



Реферат обзора

Дания

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

С 1849 г. Дания — конституционная монархия. Однопалатный парламент включает 179 членов, которые избираются каждые четыре года по пропорциональной системе. В 1973 г. Дания вошла в Европейский союз.

Население

Численность населения составляет 5,3 млн человек; 85% проживают в городах, более 30% — в Копенгагене и Фредериксберге.

Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни меньше, чем в среднем в странах Европейского союза: 74,5 года среди мужчин и 79,2 года среди женщин. В 1970—1995 гг. по темпам роста средней продолжительности жизни Дания отставала от других стран Западной Европы, но с 1995 г. опережает их.

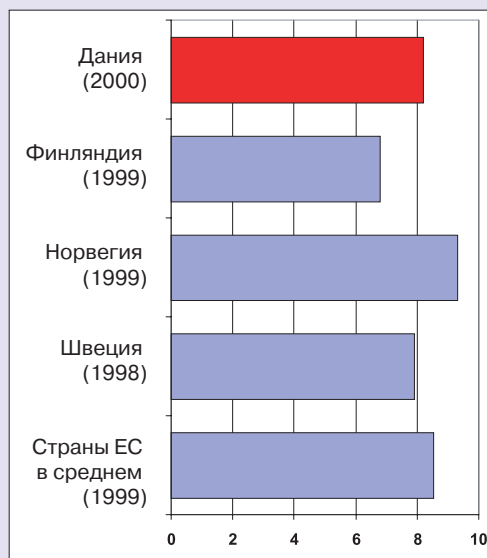
Основные причины смерти

Основные причины смерти — сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. Смертность от онкологических заболеваний в Дании самая высокая среди стран Европейского союза. В 1985 г. по общей смертности Дания практически не отличалась от других стран Европейского союза, но с 1996 г. значительно опережает их.

Новейшая история здравоохранения

С 1970 г. здравоохранение находится в ведении региональных (амты) и местных (му-

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Дании, некоторых других странах и в среднем в странах Европейского союза



ЕС — Европейский союз

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

ниципалитеты) властей. После упразднения в 1973 г. системы медико-социального страхования основным источником финансирования здравоохранения стали местные и общегосударственные налоги.

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

Направления реформ

Последние крупные преобразования структуры и финансирования здравоохранения произошли соответственно в 1970 и 1973 г. В 1993 г. больные получили право лечиться в любой больнице страны. Создание в 1994 г. Копенгагенской корпорации больниц позволило отойти от медицинского обслуживания по территориальному принципу. Другие преобразования включали изменение системы финансирования больниц (оплата в соответствии с объемом предоставленных услуг), уменьшение очередей на госпитализацию и расширение прав больных.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1999 г. общий объем финансирования здравоохранения составил 8,4% ВВП, или 2275 долларов США на душу населения (в текущих ценах). На долю государственных расходов приходилось 6,9% ВВП, на долю расходов граждан — 1,5% ВВП.

Краткое содержание реферата

Вопросы здравоохранения занимали центральное место в ходе избирательной кампании в ноябре 2001 г., поскольку в средствах массовой информации широко обсуждались очереди на госпитализацию. Тем не менее население в целом удовлетворено нынешней системой здравоохранения, особенно работой врачей общей практики. И государство, и общество придерживаются принципов всеобъемлющего, общедоступного и бесплатного медицинского обслуживания.

Структура здравоохранения

Здравоохранение Дании характеризуется интегрированным финансированием преимущественно за счет региональных и местных налогов. Медицинское обслуживание

организовано на уровне амтов. Первичное медицинское обслуживание предоставляют главным образом частнопрактикующие врачи общей практики, оплата труда которых зависит от численности обслуживаемого населения и объема предоставленных услуг. Число врачей общей практики и их распределение регламентируются на региональном, а заработная плата и условия труда — на центральном уровне. Муниципалитеты отвечают за патронаж, медицинский уход на дому, медицинское обслуживание в школах. Большинство больниц владеют и управляют амты. В Копенгагене и Фредериксберге больницы объединены в Копенгагенскую корпорацию больниц и принадлежат муниципалитетам. На долю немногочисленных частных больниц приходится менее 1% коечного фонда.

Роль правительства ограничена регламентирующими, координирующими и консультативными функциями. Правительство определяет основные направления государственной политики здравоохранения, разрабатывает нормы и правила, согласовывает действия отдельных структур системы здравоохранения, обеспечивает необходимой информацией, способствует повышению качества медицинского обслуживания, имеет дело с жалобами больных.

Министерство здравоохранения выполняет в основном административные функции. Оно отвечает за разработку политики здравоохранения, рекомендаций и законодательной базы (в том числе законов, касающихся организации медицинского обслуживания, медицинского персонала, больниц, аптек, лекарственных средств, иммунизации, охраны материнства и детства, прав больных). Министерство финансов играет важную роль в финансовом управлении здравоохранением.

Государственный совет по здравоохранению, который был учрежден в 1932 г., а сейчас присоединен к Министерству здравоохранения, отвечает за технические вопросы, такие, как надзор за деятельностью медицинских работников и медицинских учреждений, а также консультирование министерств, амтов и муниципалитетов по вопросам здравоохранения.

Медицинское обслуживание организуется и финансируется в основном на региональном уровне. Амты:

- финансируют первичное и специализированное медицинское обслуживание;
- регламентируют деятельность врачей общей практики;
- владеют и управляют центрами дородового наблюдения;
- владеют и управляют больницами;
- владеют и управляют специализированными учреждениями для инвалидов;
- организуют психиатрическую помощь;
- проводят мероприятия по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения.

В ведении муниципалитетов, которые возглавляются избираемыми каждые четыре года советами, находятся следующие службы:

- дома престарелых;
- патронаж (включая дородовый и послеродовой);
- медицинский уход на дому;
- помощь в повседневных делах на дому;
- муниципальная стоматологическая помощь;
- медицинское обслуживание в школах;
- профилактика заболеваний и укрепление здоровья.

Планирование, нормирование и управление

На центральном уровне планов не составляют; нет и специальных государственных организаций, ответственных за планирование. В соответствии с принятым в 1994 г. законом амты и муниципалитеты каждые четыре года должны разрабатывать план согласования всех видов профилактической и лечебной деятельности на своей территории. В разных амтах процедура согласования организуется по-разному, чаще всего — в виде конференций, семинаров и заседаний межведомственных комиссий, посвященных отдельным областям здравоохранения — охране здоровья детей и пожилых, охране психического здоровья и т. д. Эти планы должны быть представлены

на рассмотрение Государственного совета по здравоохранению.

На ежегодных переговорах между представителями разных уровней власти устанавливаются рамки финансирования здравоохранения (см. ниже). В последние годы правительство стремилось использовать эти переговоры не только для решения экономических вопросов, но и для утверждения основных направлений развития здравоохранения. С этой целью правительство устанавливает приоритеты (операции на сердце, лечение онкологических заболеваний, сокращение очередей на госпитализацию), выделяет амтам и муниципалитетам целевые субсидии, предназначенные для решения приоритетных задач (таких, как уменьшение очередей на госпитализацию, увеличение числа операций коронарного шунтирования, расширение психиатрической помощи).

Обеспечением медицинскими кадрами отчасти ведает Государственный совет по здравоохранению, который занимается подготовкой медицинского персонала, особенно на последипломном уровне.

Децентрализация здравоохранения

С XVIII в. больницы находились в ведении городских и региональных властей. С XIX в. ответственность за медицинское обслуживание была возложена на местные органы самоуправления. С 1930 г. финансирование здравоохранения перешло в ведение правительства. В 1970 г. в результате радикальной административной реформы число амтов сократилось с 25 до 14, число муниципалитетов — с 1386 до 275. Парламент существенно расширил полномочия амтов, передав им часть обязанностей в сфере здравоохранения, которые прежде выполнялись на центральном и местном (муниципальном) уровне. Таким образом, произошла одновременно и децентрализация, и централизация здравоохранения. С 1970 г. большинство решений, касающихся организации медицинского обслуживания, принимают на региональном и мест-

ном уровнях. Вместе с тем центральные, региональные и местные органы власти имеют возможность официально согласовывать свои усилия. В последние годы, когда одним из основных направлений политики здравоохранения стало сокращение затрат, это взаимодействие становится более тесным.

Финансирование и затраты

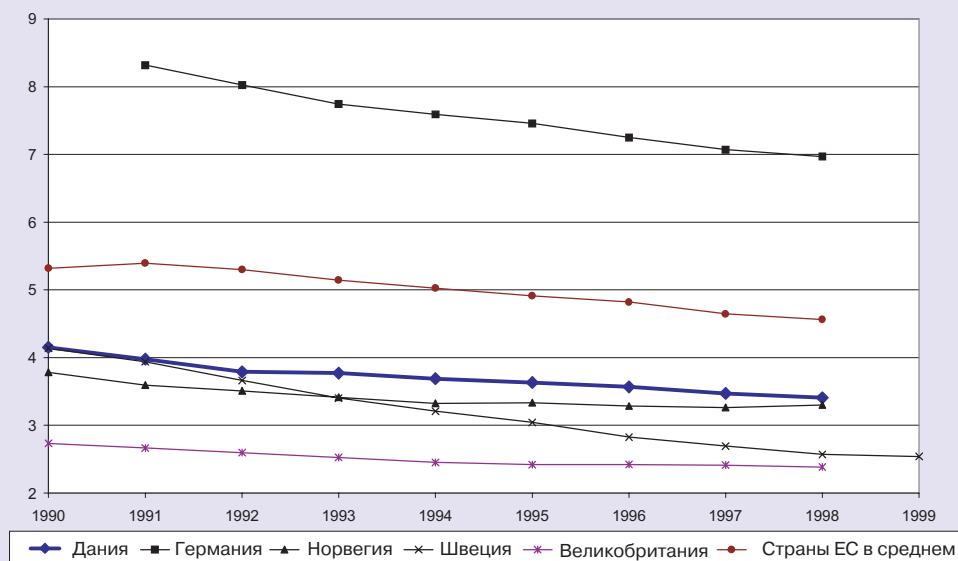
Набор медицинских услуг

В 1999 г. финансирование здравоохранения на 82,2% обеспечивали общегосударственные, региональные и местные налоги. Региональные и местные налоговые по-

ступления дополняются государственными субсидиями, объем которых определяют ежегодно в зависимости от суммы налоговых доходов. При распределении субсидий между амтами и муниципалитетами учитывают возрастную структуру населения, число детей, проживающих с одним родителем, число арендующих жилье, уровень безработицы, число лиц без образования, число иммигрантов из стран, не входящих в Европейский союз, численность населения неблагополучных районов и долю одиноких пожилых людей.

Государственной системой здравоохранения охвачены все постоянные жители Дании. Первичное медицинское обслуживание и стационарное лечение предоставляются бесплатно. Те, кто выбрал второй вариант первичного медицинского обслуживания (вторая группа), должны оплачивать

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем в странах Европейского союза



ЕС — Европейский союз

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

часть стоимости визита к врачу общей практики и специалисту.

Льготы отдельным категориям населения не предусмотрены, за исключением профилактических осмотров для детей и беременных. Некоторые виды лечения (например, косметические операции) государство оплачивает только в том случае, если их назначил врач. Подобные решения врач принимает индивидуально. Жестко регламентировано лечение бесплодия; для некоторых процедур (например, экстракорпоральное оплодотворение) установлен ряд ограничений. Государство не оплачивает нетрадиционные методы лечения (рефлексотерапия, кинезиология, гомеопатия, курортное лечение) и очки (кроме больных с тяжелыми нарушениями зрения). Физиотерапия, стоматологические услуги и назначаемые врачами общей практики лекарственные средства отчасти оплачивает госу-

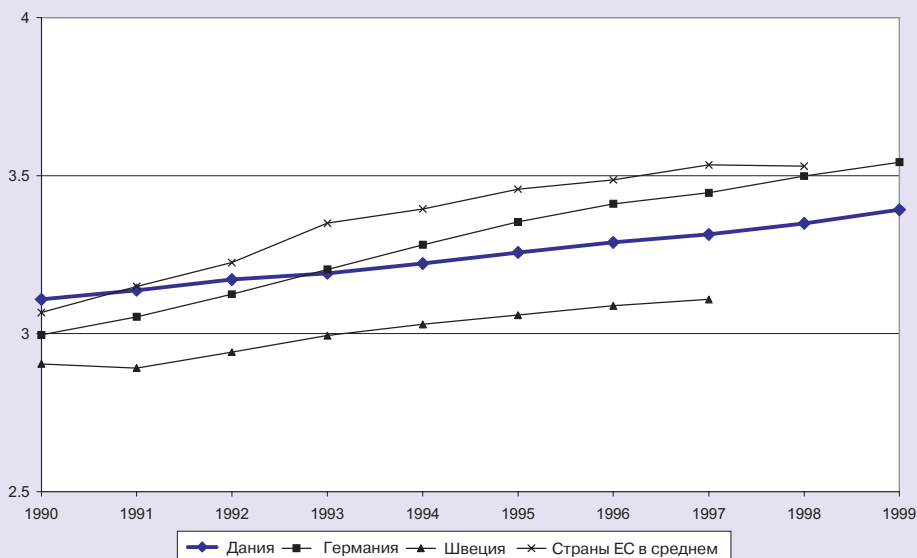
дарство, отчасти — больные. Перечень лекарственных средств, расходы на которые подлежат возмещению, составляет Государственное агентство по лекарственным средствам.

Дополнительные источники финансирования

Дополнительными источниками финансирования служат платные медицинские услуги (16,2% всех затрат на здравоохранение) и добровольное медицинское страхование (1,4% всех затрат на здравоохранение).

Больные оплачивают часть стоимости физиотерапевтического лечения, стоматологических услуг и очков. Доплата за стоматологические услуги зависит от их вида. В целом она довольно высока и потому слу-

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Дании, некоторых других странах и в среднем в странах Европейского союза



ЕС — Европейский союз

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

жит предметом споров: многие считают, что дороговизна стоматологических услуг противоречит принципу общедоступности медицинского обслуживания. Чтобы уменьшить число необоснованных обращений за медицинской помощью, предлагалось ввести плату за посещение врача общей практики и стационарное лечение. Однако это предложение было отклонено из опасений, что медицинское обслуживание станет недоступным для малоимущих.

Размеры доплаты за назначенные амбулаторно лекарственные средства (100%, 50%, 25% или 15%) зависят от общей суммы расходов больного на лекарственные средства за определенный период. Хронические больные, которые нуждаются в постоянном медикаментозном лечении, могут быть полностью освобождены от его оплаты, если их затраты на лекарственные средства достигли предельного уровня — 3600 датских крон в год. Льготы для пенсионеров в настоящее время отменены, но те, кто не в состоянии платить за лекарственные средства, имеют право обратиться к муниципальным властям за финансовой помощью. Малоимущие могут быть частично освобождены от доплаты за лекарственные средства (этот вопрос решается индивидуально). Больные, выбравшие второй вариант медицинского обслуживания (вторая группа), платят за визит к врачу общей практики и специалисту. Платные медицинские услуги не дают право на получение налоговых льгот.

Услугами добровольного медицинского страхования пользуются около 30% жителей Дании. Оно покрывает расходы на платные медицинские услуги и обеспечивает лечение в частных клиниках. Добровольное медицинское страхование стало быстро развиваться в последние 5—6 лет из-за недовольства недостатками государственного здравоохранения, в частности, очередями на госпитализацию. В настоящее время такое страхование предусмотрено во многих трудовых договорах, а также в соглашениях между государственными органами и представителями отдельных отраслей или компаний. Добровольным страхованием в основном пользуются работающие. Так как

заболеваемость среди них невысока, а при острых заболеваниях они сразу получают помощь в государственных медицинских учреждениях, добровольное страхование пока мало распространено. Рынок добровольного медицинского страхования формируется в основном за счет раздувания недостатков государственного здравоохранения. По мере того как работники и работодатели получают более достоверную информацию об ограничениях, действующих в государственном здравоохранении, а правительство увеличит расходы на здравоохранение, спрос на добровольное страхование, вероятно, упадет. Из-за отсутствия централизованного сбора информации точно оценить распространенность добровольного медицинского страхования трудно. Страховые компании неохотно предоставляют свои данные, а характеристики тех, кто пользуется услугами добровольного страхования, подробно не изучались.

Расходы на здравоохранение

В 1999 г. общий объем финансирования здравоохранения составил 8,3% ВВП: 6,9% ВВП (или 82,2% всех затрат на здравоохранение) приходилось на долю государства, а 1,5% ВВП (или 17,8% всех затрат на здравоохранение) — на долю населения. Доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, в Дании ниже, чем в среднем в странах Европейского союза (соответственно 8,3 и 8,6% в 1999 г.), а затраты на здравоохранение в долларах США на душу населения — выше (соответственно 2186 и 1848 долларов США в 1999 г.).

В 1970-х, 1980-х и начале 1990-х гг. доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, снижалась, а с середины 1990-х гг. стала постепенно возрастать. Резкое увеличение этого показателя в 1980 г. обусловлено включением в расчеты затрат на дома для престарелых (ранее эти затраты не учитывались). С 1988 по 1999 г. расходы на здравоохранение ежегодно увеличивались на 2,3%. Наиболее заметный рост отмечен с 1992 г., главным образом за счет увеличения финансирования больниц.

С 1980 по 1990 г. расходы на больницы в реальном выражении увеличились на 20%, а государственные расходы на лекарственные средства и первичное медицинское обслуживание — соответственно на 115 и 50%. Наиболее заметен относительный рост расходов населения и расходов государства на управление и амбулаторное медицинское обслуживание.

Доля государства в общих затратах на здравоохранение постоянно сокращалась, хотя с 1998 по 1999 г. слегка возросла, а доля населения увеличилась с 12,2% в 1980 г. до 17,8% в 1999 г.

С 1980 по 1990 г. доля платных услуг в расходах на здравоохранение возросла с 11,4 до 16,1%, то есть на 41,2%. В 1990—1998 гг. этот показатель увеличился всего на 3,1% и составил в 1998 г. 16,6% всех расходов на здравоохранение. По сравнению с другими странами доля населения в общих расходах на здравоохранение считается умеренной: в 1998 г. в Дании она составила 18,1%, в Люксембурге (самый низкий среди стран Европейского союза показатель) — 7,6%, в Португалии (самый высокий среди стран Европейского союза показатель) — 33,1%. Однако в пересчете на душу населения эти затраты достаточно высоки по сравнению с другими странами Европейского союза.

Медицинское обслуживание

Медицинское обслуживание в Дании предоставляют:

- частнопрактикующие врачи общей практики, специалисты (включая физиотерапевтов, стоматологов), мануальные терапевты и фармацевты;
- больницы (большинством из них владеют и управляют амты, исключение составляют больницы Копенгагена и Фредериксберга, которые объединены в корпорацию); на долю частных больниц приходится менее 1% коечного фонда;
- муниципальные учреждения — дома пре-

старелых, патронажные службы (включая дородовый и послеродовой), службы медицинского ухода на дому, службы помощи в повседневных делах на дому, муниципальные стоматологи и медицинские службы в школах.

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание предоставляют частнопрактикующие врачи и муниципальные службы.

Врачи общей практики играют ведущую роль в системе здравоохранения Дании. Именно к ним больные обращаются в первую очередь, от них получают направление к специалистам (включая физиотерапевта) и на госпитализацию. Кроме того, с 1993 г., когда больные получили возможность выбирать стационар, врачи общей практики помогают больному в выборе.

С 1973 г. граждане Дании старше 16 лет могут выбрать один из двух вариантов первичного медицинского обслуживания. Те, кто выбрал первый вариант (то есть относятся к первой группе), не платят за посещение врача общей практики. Те, кто выбрал второй вариант (то есть относятся ко второй группе), оплачивают часть стоимости визита к врачу общей практики и специалисту, но имеют право выбрать любого врача общей практики и обращаться к любому специалисту по собственной инициативе (без направления). Больные из второй группы оплачивают часть стоимости всех амбулаторных услуг. Второй вариант выбрали только 1,7% населения: с одной стороны, больные не хотят нести дополнительных расходов, а с другой — они вполне удовлетворены первым вариантом медицинского обслуживания.

Около трети всех врачей общей практики работают самостоятельно; остальные сотрудничают с другими врачами общей практики. В последнем случае помощь можно получить круглосуточно. При многих больницах имеются службы неотложной помощи, но в некоторых амтах они обслужива-

ют только больных, которых направил врач общей практики или доставила служба скорой помощи.

Общественное здравоохранение

Одни службы общественного здравоохранения объединены с лечебными учреждениями, другие организованы в самостоятельные учреждения. В 1999 г. правительство начало рассчитанную на 10 лет программу поддержки общественного здравоохранения и укрепления здоровья населения, основная цель которой — совершенствовать общественное здравоохранение и уменьшить социальное неравенство. В рамках этой программы поставлено 17 задач. В 2002 г. с приходом к власти нового правительства программа была несколько изменена. Надзор за инфекционными заболеваниями и борьба с ними входят в обязанности санитарных врачей, которые являются сотрудниками Министерства здравоохранения. При угрозе распространения инфекции санитарные врачи имеют право закрыть медицинское учреждение. Программы иммунизации осуществляют врачи общей практики; предоставленные в рамках этих программ услуги оплачиваются амтами. Профилактические осмотры детей бесплатные; вопросы полового воспитания входят в школьную программу. Дородовое наблюдение, которое проводит врач общей практики, а также услуги акушера-гинеколога и акушерки в родильном отделении больницы тоже бесплатные. В Дании проводятся массовые обследования для выявления рака шейки матки. В некоторых амтах женщин в возрасте 50—69 лет регулярно обследуют для выявления рака молочной железы.

Специализированное медицинское обслуживание

Большинство больниц принадлежат амтам и финансируются ими. Исключение составляют больницы Копенгагена и Фре-

дериксберга, а также частные больницы. На долю последних приходится менее 1% коечного фонда. В каждом амте имеется хотя бы одна центральная больница и несколько менее крупных больниц. Число больничных коек в разных амтах неодинаково. В Дании, как и в других странах Западной Европы, общее число коек (в том числе в психиатрических больницах) значительно сократилось с 40 000 в 1980 г. до 28 800 в 1990 г., а затем примерно до 23 000 в 1998—1999 гг.

Число коек на 1000 населения уменьшилось с 7,6 в 1980 г. до 4,9 в 1995 г., а затем до 3,7 в 1999 г. Без учета психиатрических коек эти показатели составили соответственно 6 на 1000 населения в 1980 г. и 4,1 — в 1995 г. Особенно заметно сократился коечный фонд в психиатрических больницах, главным образом благодаря переходу на амбулаторное лечение таких больных. На фоне сокращения коечного фонда возросла частота обращений за амбулаторной помощью. Средняя длительность госпитализации уменьшилась с 13,3 дня в 1980 г. до 5,6 дня в 1999 г., в основном за счет сокращения сроков стационарного лечения больных старше 65 лет.

С 1993 г. многие амты в дополнение к глобальному бюджету, в соответствии с которым финансировались больницы, стали заключать договоры с ними. Эти договоры не имели обязательной юридической силы. Они были предназначены для того, чтобы установить более четкую взаимосвязь между финансированием и объемом услуг, повысить эффективность и качество работы больниц. В некоторых случаях договор предусматривал оплату дополнительно предоставляемых услуг или премии за отдельные виды лечения. Те же цели — увеличение финансовой осведомленности и создание материальной заинтересованности — преследовала передача административных и финансовых полномочий на более низкие уровни, например отделениям больниц.

До 1993 г. стационарное лечение предоставлялось только на территории амта, в котором проживал больной. С 1993 г. боль-

ные имеют право выбирать любую больницу страны при условии, что выбранная больница имеет тот же уровень специализации, что и та, в которую больной направлен. Однако пользуются этим правом лишь немногие (больницу выбирают лишь в 5—10% случаев всех плановых госпитализаций, в основном при плановых хирургических операциях).

В 1990-е гг. внимание политиков и средств массовой информации к проблеме очередей на госпитализацию заставило изучить эту проблему и предпринять ряд мер. Амты получили дополнительные средства, а максимальные сроки ожидания тех или иных видов стационарного лечения были ограничены. Новые правила, действующие с июля 2002 г., гарантируют больным получение необходимой помощи в течение 2 мес.

Медико-социальная помощь

За организацию медико-социальной помощи в Дании отвечают в основном муниципалитеты. В их обязанности входят выплата социальных пособий (пособие по болезни, пенсии по инвалидности), помощь на дому пожилым, инвалидам и больным с хроническими (в том числе психическими) заболеваниями, организация амбулаторной психиатрической помощи (в некоторых районах страны). Кроме того, в ведении муниципалитетов находятся интернаты для умственно отсталых и приюты для бездомных. Амты отвечают за медико-социальную помощь определенным группам населения, включая обеспечение необходимыми медицинскими техническими приспособлениями, уход за инвалидами и умственно отсталыми, лечение наркоманов.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

За последние 20 лет число врачей на 100 000 населения увеличилось на 30%, с

218 в 1980 г. до 284 в 1999 г. Тем не менее по темпам роста этого показателя Дания отставала от других стран Европейского союза, в основном из-за ограничения набора в медицинские учебные заведения в 1970-х и 1980-х гг. В настоящее время число врачей на 100 000 населения в Дании значительно меньше, чем в среднем в странах Европейского союза. Примерно 60% врачей (около 9000) работают в больницах, около 23% (3400) — врачи общей практики. Последние распределены по стране довольно равномерно, в то время как специалисты сконцентрированы в основном в столице и крупных городах, где их насчитывается 787. Помимо нехватки специалистов в некоторых районах страны вызывает беспокойство нехватка медицинских сестер, обусловленная во многом низкой заработной платой, большой нагрузкой и неудовлетворительными условиями труда.

Лекарственные средства

В сфере первичного медицинского обслуживания снабжением лекарственными средствами занимаются частные аптеки, а в больницах — больничные аптеки. В каждом округе имеется несколько больничных аптек. Число и расположение частных аптек жестко регламентировано Министерством здравоохранения. С октября 2001 г. препараты, отпускаемые без рецепта, разрешено продавать и в других торговых точках. Около 90% лекарственных средств больницы закупают в больничных аптеках.

Медицинские технологии

Датский институт оценки медицинских технологий учрежден в 1997 г. Его основная задача — осуществлять государственную политику в области медицинских технологий, разработанную Государственным советом по здравоохранению в 1996 г. Институт оценивает медицинские технологии в сотрудничестве с другими организациями и их представителями. В настоящее время он объединен с Центром по оценке работы больниц.

Распределение средств

Общие рамки финансирования здравоохранения устанавливаются на ежегодных переговорах между Министерством здравоохранения, Министерством финансов, Ассоциацией региональных органов власти и Ассоциацией местных органов власти. На этих переговорах обсуждают государственный бюджет, определяют средние уровни региональных и муниципальных бюджетов.

Финансирование больниц

Государственные больницы финансируются в основном по методу глобального бюджета. Объем финансирования определяют региональные власти совместно с руководством больницы. Глобальный бюджет составляют на основе расходов за предшествующий период с учетом изменений в работе и потребностях больницы. Чтобы устранить недостатки, присущие данному механизму финансирования, правительство и региональные власти предприняли ряд мер. Так, с 2000 г. стационарное лечение вне своего амта оплачивается в соответствии с клинико-затратными группами (ранее оно оплачивалось по числу койко-дней). В 1999 г. было решено модифицировать механизм финансирования больниц, сочетая систему оплаты по клинико-затратным группам и согласование объема услуг. При этом 90% средств больница получает предварительно, в соответствии с заранее согласованным объемом услуг, которые оплачиваются по клинико-затратным группам, а оставшиеся 10% — в зависимости от фактически предоставленных услуг (так называемая «схема 90/10»). Если фактический объем услуг больше планового, больница получает дополнительное финансирование. Таким образом, новая система финансирования совмещает преимущества глобального бюджета и оплаты за предоставленные услуги.

Заработная плата медицинского персонала

Заработная плата врачей общей практики складывается из ежеквартальных выплат на душу населения (примерно треть заработка) и платы за предоставленные услуги — консультации, лечебные и диагностические процедуры. Персонал больниц (в том числе врачи) получает фиксированную заработную плату.

Реформы здравоохранения

В последние 10 лет на общегосударственном и местном уровнях предпринят ряд реформ, направленных на повышение эффективности и качества медицинского обслуживания и уменьшение очередей на госпитализацию. Самые важные реформы включали предоставление больным права выбора стационара (1993 г.), введение целевого управления больницами и договоров между амтами и больницами, реорганизацию медицинского обслуживания (объединение расположенных в разных местах подразделений по функциональному принципу), распределение больных по клинико-затратным группам (1999 г.), усовершенствование системы финансирования больниц (так называемая «схема 90/10», 2000 г.), разработку критериев качества медицинского обслуживания (2000—2002 гг.), установление гарантированных сроков плановой госпитализации (1993, 1995, 1999 и 2002 г.). Кроме того, предприняты попытки улучшить взаимодействие между разными административными уровнями системы здравоохранения.

Заключение

За последние десять лет в структуре здравоохранения Дании не было крупных перемен: система здравоохранения по-преж-

нему децентрализована и финансируется преимущественно за счет налогов. Вместе с тем на общегосударственном и местном уровнях предпринят ряд реформ, направленных на повышение эффективности и качества медицинского обслуживания.

Первичное медицинское обслуживание сохраняет свои ведущие позиции, а население в целом удовлетворено его качеством. Однако в будущем нехватка врачей может создать трудности в сфере амбулаторной медицинской помощи. Большинство нынешних реформ касается больниц.

Нуждаются ли в реформах другие области здравоохранения — покажет время.

В последние годы в Дании вопросы здравоохранения приобрели политическое значение, во многом благодаря обсуждению в средствах массовой информации очередей на госпитализацию. Сформированное в ноябре 2001 г. либерально-консервативное правительство обязалось уменьшить очереди на госпитализацию и увеличить государственные расходы на здравоохранение. Это означает необходимость дальнейших преобразований, включая расширение пока очень небольшого частного сектора, однако на деле большинство политиков по-прежнему придерживаются принципов общедоступного бесплатного медицинского обслуживания.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы в 2000 г. (в отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные)

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Дания	3,3 ^а	19,2 ^г	5,5	79,9 ^а
Финляндия	2,4	19,3 ^в	4,3	74,0 ^г
Норвегия	3,1	14,5 ^в	6,0	85,2
Швеция	2,5	15,9 ^в	5,5 ^а	77,5 ^в
Страны Европейского союза в среднем	4,2 ^а	17,1 ^г	8,2 ^б	77,0 ^б

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

Примечание: ^а 1999, ^б 1998, ^в 1996, ^г 1995.

Обзор системы здравоохранения Дании подготовили Сигнилд Валльгарда (доцент, кафедра общественного здравоохранения, Копенгагенский университет), Аллан Красник (профессор, кафедра общественного здравоохранения, Копенгагенский университет) и Карстен Врангбек (ассистент, кафедра общественного здравоохранения, Копенгагенский университет). Редакторы обзора — Сара Томсон и Элиас Моссиалос. Научный руководитель — Элиас Моссиалос.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Теркеля Кристиансена (профессор, кафедра общественного здравоохранения, университет Южной Дании) и Нильса Росдала (бывший санитарный врач, Копенгаген) за рецензирование обзора, Тима Бедстеда (аспирант, кафедра общественного здравоохранения, Копенгагенский университет) за комментарии к проекту обзора, а также Министерство здравоохранения Дании за поддержку.

Авторы благодарят Озе Ниссен (советник по лекарственным средствам, амт Копенгаген) за предоставление подробной информации о фармацевтическом секторе в Дании, Ханса Кейдинга (профессор, кафедра общественного здравоохранения и кафедра экономики, Копенгагенский университет) за освещение экономических вопросов фармацевтического сектора, Бенте Хольм (секретарь, кафедра общественного здравоохранения, Копенгагенский университет) за помощь в подготовке рукописи к изданию. Полный текст обзора можно найти на сайте www.observatory.dk.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

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