

# Шведское здравоохранение: реформирование и приоритеты

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

**Аннотация.** Несмотря на сложившиеся различия в системах оказания медицинской помощи, проблемы, стоящие перед здравоохранением большинства государств во многом имеют общую направленность. Это относится к эффективности реформирования отрасли и использования средств, выделяемых на здравоохранение; обеспечению доступности медицинской помощи; кадровому дефициту в первичном звене и пр. Опыт других стран по решению вышеперечисленных проблем представляет определенный интерес для отечественного здравоохранения. В этой связи нами рассмотрены некоторые особенности построения, функционирования и реформирования системы здравоохранения Швеции.

В соответствии с определением, данным в Большом энциклопедическом словаре, «реформа (лат. *refortio* – преобразовываю) – это преобразование, изменение, переустройство какой-либо стороны общественной жизни (порядков, институтов, учреждений); формально – нововведение любого содержания. Однако реформой обычно называют более или менее прогрессивное преобразование» [1].

Сегодня реформирование здравоохранения большинства государств связано с существующими и нарастающими проблемами в состоянии здоровья населения, а также с желанием обеспечить выполнение важнейших принципов современного здравоохранения: социальной справедливости и эффективности деятельности. Поэтому реформы акцентируют внимание на доступности услуг здравоохранения, а также на экономической эффективности его деятельности.

Несмотря на сложившиеся различия в системах оказания медицинской помощи в Республике Беларусь и в других странах, проблемы, стоящие перед здравоохранением всех стран во многом имеют общую направленность. Это относится к эффективности реформирования отрасли и использования средств, выделяемых на здравоохранение; обеспечению доступности медицинской помощи; кадровому дефициту в первичном звене; подготовке менеджеров для здравоохранения и пр.

Свидетельством этого выступает появившаяся 15 декабря 2008 г. в газете «Financial times» статья с красноречивым названием «The long road to health care reform» («Долгая дорога к реформам здравоохранения»),

в которой сделана попытка осветить некоторые проблемы и задачи реформирования здравоохранения США. Достаточно сказать, что в администрации Барака Обама будет функционировать новый офис – реформирования здравоохранения [2].

Изучение опыта отдельных государств по преодолению проблем в оказании медицинской помощи населению, построению и реформированию систем здравоохранения представляет несомненный интерес для белорусских организаторов здравоохранения.

В этой связи нами рассмотрены некоторые особенности построения, функционирования и реформирования системы здравоохранения Швеции. Написание данной статьи было инициировано несколькими причинами. Уровень «средней продолжительности жизни в 75 лет» (цитата Ю.М. Комарова) был преодолен Швецией еще в 1975 г. (опыт, достойный изучения и распространения). Для сравнения: Англия и Франция достигли этого социально важного показателя в 1984 г.; США с их значительно большими расходами на здравоохранение – только в 1987 г. [3]. Вторая причина – сама возможность ознакомиться с некоторыми аспектами системы здравоохранения Швеции, любезно предоставленной нам благодаря сотрудничеству с «Indevelop» – институтом общественного менеджмента, Швеция.

Сегодня Швеция – государство, занимающее по площади пятое место среди стран Европы. Население составляет около 9 255 тыс. человек. Экономика страны характеризуется высоким уровнем инноваций, постоянно модернизируемой инфраструктурой.

Основными принципами функционирования системы здравоохранения Швеции на сегодняшний день являются:

- \* государственное финансирование,
- \* доступность и равенство граждан на право получения медицинских услуг,
- \* децентрализация управления.

Основой государственного финансирования здравоохранения Швеции являются налоги, которые здесь весьма высоки. При этом не исключается соучастие пациентов (до 180 евро в год) в покрытии расходов за оказываемые им медицинские услуги.

Доступность медицинской помощи в Швеции обеспечивается в финансовом, территориально-временном и информационном плане.

Государственное финансирование, а также подушевой принцип определения расходов на здравоохранение – основные составляющие финансовой доступности медицинской помощи. Особенность подушевого финансирования в здравоохранении Швеции – учет половозрастной структуры населения. В Стокгольме, население которого составляет 1/4 часть населения страны, финансирование на одного жителя в 2008 г. в среднем – 27000 шведских крон в год (около 2700 евро).

Много внимания уделяется информационной составляющей доступности. О том, куда обращаться за медицинской помощью и в каких случаях, пациент может узнать из Интернета, из специально издающихся визиток и журналов-буклетов (последние издаются в Стокгольме 4 раза в год). Пациент может получить вполне квалифицированные советы относительно ряда проблем, возникших у него со здоровьем, по телефону. Такие телефонные консультативные функции часто выполняют медсестры. Во многом это снижает нагрузку на врачей. Возможность получить совет по телефону и расширение консультативных функций среднего медицинского персонала ведут к систематизации труда врачебного персонала, а также к росту его престижа у населения.

Важным элементом как информационной доступности, так и контроля качества оказываемой медицинской помощи является мониторинг мнения пациентов и населения относительно организации работы и качества предоставляемых услуг в госпиталях (клиниках).

Сегодня во всей Швеции проводится организационная работа по повышению доступности медицинской помощи пациентам. В частности, это касается увеличения продолжительности работы учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

В Стокгольме «явочный» контакт с врачом в течение года имеют до 50% жителей. При этом доступность врачебной помощи в первичном звене не является ситуационной. При отсутствии экстренных показаний, когда медицинская помощь оказывается в отделениях неотложной помощи стационаров, пациент может ожидать времени приема и у своего врача первичного контакта (до 2 недель), и у специалиста, к которому он попадает только по направлению врача общей практики (ВОП).

Со времени Алма-Атинской конференции (1978) особое внимание в Швеции уделяется развитию ПМСП. Это привело к тому, что количество больничных коек только в Стокгольме в течение 1980 – 2000 гг. сократилось с 24454 до 5403, параллельно численность пролеченных на них пациентов увеличилась за этот же период с 262056

до 273604. Сегодня значительную роль в оказании медицинской помощи населению играют учреждения ПМСП, поликлиники, врачи общей практики, в том числе и работающие по контракту с органами самоуправления – региональными или местными (коммуны). Число ВОП в Стокгольме к настоящему времени достигло 1050 человек (всего в городе около 6 тыс. врачей). Оптимизации оказания медицинской помощи населению во многом способствует деятельность «local hospitals» – дневных стационаров, функционирующих с 8-00 до 17-00, куда пациентов направляют свои ВОП.

За прикрепленных пациентов врачи первичного контакта получают комбинированную плату, складывающуюся из определенной доли отчислений за прикрепленное население с учетом его половозрастной структуры, а также платы непосредственно за проведенный прием (визит). Но на размер оплаты влияют результаты контроля качества оказываемой помощи. Система оплаты такова, что врач не заинтересован в механическом увеличении числа визитов, ибо излишние визиты оплачиваются минимально и врач понимает, что работает себе в убыток. Сокращению числа визитов также способствуют и принятые в Швеции подходы к возмещению потерь по временной нетрудоспособности: каждый гражданин имеет право отсутствовать на рабочем месте до 7 дней в год по причинам, связанным с болезнью, при большей продолжительности временной нетрудоспособности вопрос о возмещении потерь решается фондом, где застрахован работник.

В структуре патологии (обращений), с которой сталкиваются медицинские работники первичного контакта, преобладают хронические неинфекционные заболевания (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, артрозы и пр.) и «неотложные» инфекции: верхних дыхательных путей, мочеполового тракта и пр. На эти 2 группы причин приходится примерно 2/3 обращений.

Число визитов, выполняемых врачами к пациенту на дом, минимально. Снижению нагрузок врача по визитам на дом во многом способствует хорошо развитая система социального обеспечения.

Вместе с тем врач первичного контакта сталкивается в своей ежедневной работе с рядом особенностей, которые нередко ведут к синдрому «эмоционального выгорания» и текучести врачебных кадров в первичном звене. В этой связи труд таких специалистов чаще более высокооплачиваем, чем труд врача стационара, а окружные комитеты стараются вести учет вакантных должностей в здравоохранении и предлагать их замещение на условиях контрактов (даже на несколько месяцев) врачам, которые в настоящее время не работают. Особенно актуальна данная ситуация в районах Швеции, которые находятся в заполярье.

Офтальмологические, кардиологические, дерматовенерологические, ортопедо-травматологические и пр. проблемы пациентов, с которыми не в состоянии справиться ВОП, решаются в ближайшем стационаре, куда пациент направляется ВОП для консультации или обращается самостоятельно (в экстренном случае).

Но развитие ПМСП идет без ущерба для стационарной помощи. В обязательные функции стационара входит прием и консультация амбулаторных больных. В частности, поликлиники Стокгольма не имеют собственного рентгенологического оборудования, и население

знает, что в случаях травм и ряда острых ситуаций, требующих рентгенологического контроля, следует обращаться в стационары. На сегодняшний день только в Южной больнице Стокгольма (мощность – 550 коек; 600000 чел. прикрепленного взрослого населения) в год выполняется до 400000 визитов. Здесь функционирует крупнейший в Европе центр оказания неотложной медицинской помощи населению. В его работе задействовано 270 человек, включая врачей (в Швеции врачебная специальность «неотложная медицинская помощь» с 2004 г. получила официальное признание).

Децентрализация управления здравоохранением Швеции обеспечена тем, что многие функции управления переданы на региональный уровень – ландстингам (всего в Швеции 21 такой округ, и Стокгольм – один из них). Несмотря на то что в Швеции хорошо развита законодательная база в области здравоохранения, законодательство является «рамочным», т.е. определяющим, что должно быть сделано. Однако вопрос «как» и конкретные пути к достижению поставленных целей и задач решаются органом местного самоуправления – ландстингом. По сути, орган управления, несущий функции министерства здравоохранения и социального обеспечения Швеции, выполняет функции аналитики, контроля качества лекарственных средств и т.д., но в его задачи не входит определение параметров развития сети здравоохранения территорий, необходимого количества специалистов. Эти вопросы решаются на уровне ландстинга, исходя из конкретных потребностей.

В то же время, по нашему мнению, благодаря аналитическим функциям министерства до правительства доведены многие вопросы, решение которых на государственном уровне повлекло значительное улучшение здоровья граждан: контроль и регуляция продажи алкоголя, расширенная продажа хлебобулочных изделий с высоким содержанием грубоволокнистых волокон и пр.

Децентрализация управления здравоохранением Швеции ведет к тому, что уровень подушевого финансирования отличается по отдельным округам.

Кроме того, децентрализация управления здравоохранением ведет к тому, что руководителям учреждений здравоохранения делегировано полномочие определять, какие специалисты должны работать в них. Пример тому – центр здравоохранения в Gustavsberg – самое крупное амбулаторно-поликлиническое учреждение Швеции (около 36 тыс. обслуживаемого населения). Руководитель данного учреждения для первичного контакта с пациентами, кроме 16 врачей общей практики, наняла 6 психологов, во многом помогающих решить ряд психологических проблем, ведущих к соматизации жалоб у пациентов. При формировании данной штатной структуры она исходила из того, что наиболее трудная для врача причина обращений – депрессивные состояния пациентов, различные перенесенные стрессовые ситуации, фобии, выражающиеся в соматизации жалоб. Именно для работы с такими пациентами наняты на работу психологи.

Дополнительную подготовку по 24-часовой специально разработанной (с участием психологов и психиатра) программе прошли помощники медицинских сестер – они проводят занятия в группах пациентов (по 4 человека) с ярко выраженными соматизированными жалобами.

Кроме того, работающие в центре психологи помогают справиться с синдромом «эмоционального выгора-

ния» врачам и средним медработникам.

Децентрализация управления способствует четкому делению медицинской помощи по уровням: коммуна, ландстинг, национальный уровень. В Стокгольме и университетских городах Швеции сосредоточены стационары, где концентрируются высокотехнологичные виды помощи. При открытии новых и реконструкции старых стационаров активно внедряются передовые технологии оказания медицинской помощи. Ярким примером тому является реконструкция Каролинского госпиталя в Стокгольме. Новое здание госпиталя планируется открыть 11.12.2015 г. (на следующий день после очередного вручения Нобелевских премий). Оно рассчитано на 800 коек (меньше, чем функционирует в госпитале в настоящее время), в т.ч. 125 коек интенсивной терапии. В нем будут заняты более 6000 человек персонала различных категорий. Проект госпиталя ориентирован на одноместные палаты, т.к. это залог выполнения требований санэпидрежима, а также позволит обеспечить проведение большинства манипуляций в палате – у постели больного. Реконструкция Каролинского госпиталя предполагает, что после ее окончания будет выполняться более 1600 посещений амбулаторных пациентов в день.

Таким образом, система здравоохранения Швеции не является застывшей, она совершенствуется как в технологическом, так и организационном плане. Одним из примеров технологического совершенствования является реконструкция Каролинского госпиталя. И в то же время к таким принципам функционирования шведского здравоохранения, как государственное финансирование, доступность медицинской помощи, децентрализация управления, добавляются и другие. Например, право пациента на свободный выбор врача реально позволяет финансовым средствам следовать за пациентом. Все происходящие изменения в организации финансирования и оказания медицинской помощи находят отражение в новых контрактах, заключаемых с медицинскими работниками.

#### Литература

1. Большой энциклопедический словарь. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Большая Российская энциклопедия, СПб.: Норинт, 2004. – С. 1014.
2. Clive Crook. The long road to health care reform //Financial times. – 2008, December, 15.
3. Комаров Ю.М. Еще раз о концепции развития здравоохранения в Российской Федерации // Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2008. - №6. - С.155 -160.

#### Annotation

G.Y. Khulup, M.V. Schaveleva, A.E. Hlaskova

#### SWEDISH HEALTH CARE: REFORMS AND PRIORITIES

Non taking into consideration the existing differences in systems for medical care rendering in different states, problems, that Health Care of this countries is facing all the time in general are following one and the same direction. It is all about system reforming and resource provided on Health Care, distribution; maintaining the accessibility of medical care; staff deficiency in primary health care and so on. The experience of other countries in resolving problems mentioned above can be of great benefit for our own native Health Care. That's why we wanted to look through some particularities of structuring, functioning and reforming of Health Care system in Sweden.

Поступила 10.02.09 г.