



# Реферат обзора

# Венгрия

## Введение

### Государственный строй и новейшая политическая история

С 1989 г. Венгрия — демократическая страна с многопартийной системой и рыночной экономикой, возглавляемая президентом. Государственное управление осуществляется на трех уровнях: центральном, региональном и местном. Венгрия входит в Совет Европы, Организацию экономического сотрудничества и развития и НАТО; в мае 2004 г. Венгрия вступила в Европейский союз.

### Население

В 2002 г. население Республики Венгрия составляло 10,2 млн человек, примерно 99% имели венгерское гражданство. Из этнических меньшинств наиболее многочисленны цыгане. Доля жителей старше 64 лет увеличивается (15% в 2002 г.), а доля жителей моложе 15 лет уменьшается (16% в том же году). Уровень безработицы в 2002 г. составил 5,8%.

### Средняя продолжительность жизни

К 2002 г. средняя продолжительность жизни выросла до 68,4 года у мужчин и 76,6 года у женщин, но пока отстает от соответствующих показателей в странах Центральной и Юго-Восточной Европы и странах Европейского союза.

**Рисунок 1.** Объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) в Венгрии и других странах в 2003 г.



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

### Основные причины смерти

В половине случаев причиной смерти служат сердечно-сосудистые заболевания. На втором месте — онкологические заболевания: ими обусловлена примерно четверть всех смертей. Далее следуют болезни органов пищеварения и несчастные случаи. С середины 1990-х гг. отмечено снижение

Европейская обсерватория  
по системам здравоохранения,  
Европейское региональное бюро ВОЗ  
Адрес: Scherffigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark  
Телефон: +45 39 17 17 17  
Факс: +45 39 17 18 18  
Электронная почта: info@obs.euro.who.int  
Сайт в интернете: www.observatory.dk

смертности от всех основных причин. Тем не менее уровень смертности остается одним из самых высоких в Центральной и Юго-Восточной Европе и заметно превышает средний показатель по Европейскому союзу.

## **Новейшая история здравоохранения**

Падение коммунистического режима в конце 1980-х гг. положило начало крупномасштабной реформе здравоохранения и возрождению фондов социального медицинского страхования.

## **Направления реформ**

К главным направлениям реформ относятся децентрализация и сокращение расходов. Финансирование и функция покупателя медицинских услуг были переданы единому Национальному фонду медицинского страхования. Однако после того как в 1998 г. в целях ужесточения контроля за расходами было отменено самоуправление, Фонд медицинского страхования попал под жесткое централизованное управление. Ответственность за предоставление медицинских услуг перешла к местным органам власти, получившим в собственность большинство медицинских учреждений. Частный сектор здравоохранения пока развит слабо.

## **Финансирование здравоохранения и ВВП**

В 2002 г. Венгрия потратила на здравоохранение 7,8% ВВП. Три четверти расходов были покрыты за счет государства (рис. 1).

## **Краткое содержание обзора**

Реформы 1990-х гг. были предприняты в поисках выхода из кризиса, в котором оказалась система здравоохранения, построенная по социалистическим принципам и

не отвечавшая требованиям равенства и экономической эффективности. Многие реформы проводились на фоне четырехлетнего экономического спада и восьмилетней политики жесткого сокращения расходов. Преобразования включали разделение функций поставщиков и покупателей медицинских услуг в рамках социального медицинского страхования, введение перспективной платы за фактически оказанные услуги, а также сокращение и территориальное перераспределение конечного фонда. Обновленная система работает, однако ей мешает политика жесткого ограничения расходов.

## **Структура здравоохранения**

Конституция Венгрии гарантирует всем гражданам полное медицинское обслуживание. Текущие расходы на него оплачивает Фонд медицинского страхования. Центральное правительство определяет политику здравоохранения и выделяет средства из госбюджета на капитальные вложения. Что касается оказания медицинской помощи, то тут роль государства ограничена лишь некоторыми видами специализированной помощи. К примеру, Министерству здравоохранения принадлежит служба скорой медицинской помощи, служба переливания крови и некоторые специализированные учреждения здравоохранения. Университетские клиники принадлежат Министерству образования. Собственные медицинские учреждения есть у министерств обороны, транспорта и внутренних дел.

Администрация Национального фонда медицинского страхования — главный покупатель медицинских услуг в стране. После того как в 1998 г. управление организаций стало строго централизованным, средства в Фонд медицинского страхования поступают через Государственную налоговую службу. Основные решения, касающиеся Фонда, — размер отчислений, бюджет и методы финансирования медицинских уч-

реждений — принимаются централизованно однопалатным Парламентом (Государственным собранием), Правительством и Министерством здравоохранения. С 2001 г. Министерство здравоохранения обязано покрывать дефицит в бюджете Фонда медицинского страхования из своего собственного бюджета и уполномочено требовать перераспределения средств между разделами и подразделами бюджета Фонда медицинского страхования.

Основные поставщики медицинских услуг — местные органы власти; им принадлежит большинство медицинских учреждений, включая больницы, поликлиники и пункты оказания первичной медицинской помощи. Кроме того, они имеют право заключать договоры с частными медицинскими учреждениями. Однако частный сектор развит слабо, за исключением уровня первичной медицинской помощи, где широко применяется схема функциональной приватизации.

С 1990 г. растут число и значимость профессиональных и добровольных организаций. Лицензированием и профессиональным саморегулированием занимается Венгерская медицинская палата.

### **Планирование, нормирование и управление**

Бюджет Фонда медицинского страхования и его распределение по разделам определяет Парламент. Численность медицинского персонала и коечный фонд нормируются государством с помощью договоров, однако объем и качество услуг не нормируются. Другие аспекты медицинского обслуживания — регистрация и лицензирование персонала, лекарственных средств и оборудования, а также цены на услуги в системе социального страхования — тщательно регламентируются.

### **Децентрализация здравоохранения**

За последнее время здравоохранение претерпело значительную децентрализацию. Финансирование осуществляет Фонд ме-

дицинского страхования, а за оказание медицинской помощи отвечают региональные и местные власти. Приватизация коснулась лишь фармацевтических компаний, первичной медицинской помощи и нескольких больниц, ранее принадлежавших церкви. В 2000 г. 85% врачей общей практики работали по договорам функциональной приватизации, в то время как почти всю специализированную помощь по-прежнему оказывали штатные врачи больниц. В 2001 и 2002 г. был принят закон, устанавливающий порядок управления и владения больницами и привлечения к оказанию услуг некоммерческих организаций и частнопрактикующих врачей, а также введен ряд ограничений. Однако в середине 2002 г. новое правительство, придя к власти, приостановило действие большинства статей этого закона. Взамен оно намерено провести широкомасштабную приватизацию на основе надежной нормативно-правовой базы. Эти планы встречают серьезные возражения.

## **Финансирование и затраты**

В 2001 г. финансирование здравоохранения на 63% обеспечивал Фонд медицинского страхования, на 12% — местные и региональные власти. Остальные средства поступили из частных источников: 21% составили прямые платежи населения и 1% дали частные страховые компании.

### **Основной источник финансирования: государственное медицинское страхование**

В Венгрии действует обязательное государственное медицинское страхование для всего населения. Работодатели отчисляют 11%, работники — 3% дохода. После отмены самоуправления в 1998 г. взносы медико-социального страхования собирает Министерство здравоохранения. Кроме того, бюджету здравоохранения из госбюджета был передан небольшой налог с фиксиро-

ванной суммой, позже дополненный налогом, взимаемым по единой ставке 11% с доходов, ранее освобожденных от взносов медико-социального страхования (таких, например, как доходы с недвижимости). В новом национальном счете здравоохранения оба налога отнесены к той же статье доходов, что и взносы медико-социального страхования.

У Фонда медицинского страхования есть местные (территориальные) отделения, которые заключают договоры с медицинскими учреждениями и возмещают их расходы в соответствии с едиными государственными расценками.

### **Набор медицинских услуг**

Страховка гарантирует медицинскую помощь в полном объеме. Среди немногочисленных исключений — массаж и стерилизация без медицинских показаний. Некоторые виды специализированной помощи, например дорогостоящие вмешательства с использованием современной медицинской техники, а также программы общественного здравоохранения и услуги скорой медицинской помощи, оплачиваются (и предоставляются) государством.

### **Дополнительные источники финансирования**

Местные органы власти отвечают за финансирование и амортизационные расходы принадлежащих им медицинских учреждений и социальных служб. Правительство оказывает весьма существенную помощь, предоставляя целевые субсидии, оно осуществляет большую часть капитальных вложений и оплачивает некоторую часть текущих расходов. Кроме того, центральное правительство покрывает расходы, связанные с освобождением малоимущих от доплат, и финансирует санитарное просвещение, медицинские исследования и разработки.

Частные источники финансирования — это главным образом платежи населения, так как частное коммерческое и некоммерческое медицинское страхование развито

слабо. Платежи населения складываются из неофициальных платежей (их величину можно оценить только приблизительно) и доплат. Большая часть доплат взимается за лекарственные средства, доплачивать приходится также за протезы и другие медицинские приспособления, бальнеотерапию, уход за хроническими больными и дополнительные удобства при госпитализации. В принципе, частичная оплата установлена и за помощь специалистов, когда больной обращается в специализированные учреждения без направления врача общей практики. Полностью оплачиваются услуги, не входящие в основной набор, и услуги врачей, занимающихся частной практикой (нередко по совместительству) и не заключивших договоров с Администрацией Национального фонда медицинского страхования.

Практика неофициальных платежей получила широкое распространение в социалистической системе здравоохранения и с тех пор, вероятно, только расширилась. Масштабы выплат в виде «благодарности» точно не известны, но известно, что распространено это явление неравномерно и зависит от специальности и квалификации врача и вида оказанных услуг.

### **Затраты на здравоохранение**

По данным ВОЗ в 2002 г. Венгрия потратила на здравоохранение 7,8% ВВП. Нынешний объем расходов — результат 4-летнего экономического спада с последующим жестким сокращением расходов, продолжавшимся даже на фоне устойчивого экономического роста, который наблюдается с 1997 г. Государственные расходы и доля ВВП, идущая на финансирование здравоохранения сегодня ниже, чем в 1994 г. Несмотря на строгий контроль за расходами, Фонд медицинского страхования с самого его основания постоянно испытывает нехватку средств, с одной стороны, из-за недостаточного их поступления, с другой — из-за ситуации в экономике и на рынке труда, уклонения от уплаты налогов и трудности их сбора.

Доля частных расходов неуклонно рас-

тет. Расходы на лекарственные средства повышаются, в то время как затраты на лечебную помощь слегка сократились. Распределение средств Фонда медицинского страхования, выделенных на лечение и профилактику, между амбулаторным и больничным секторами за последние семь лет почти не изменилось.

## Медицинское обслуживание

Ответственность за предоставление медицинских услуг населению лежит главным образом на региональных и местных органах власти. Согласно принципу разделения обязанностей, местные власти — муниципалитеты — отвечают за первичную помощь, региональные власти — за стационарное и, в ряде случаев, за специализированное обслуживание. Однако в соответствии с принципом subsidiarности, если муниципалитеты согласны и способны оказывать стационарную помощь, региональные власти должны передать им свои полномочия. Местным властям не обязательно организовывать стационарное обслуживание своими силами; они могут заключить контракт с частными медицинскими учреждениями; при этом, согласно обязательству по содержанию, к частным медицинским учреждениям переходит и ответственность за капитальные расходы.

### Первичное и специализированное амбулаторное обслуживание

С 1992 г. больные получили возможность выбирать семейного врача и переходить от одного врача к другому, но не чаще одного раза в год. Семейный врач не имеет права отказывать в регистрации больному, проживающему на его участке. Местные власти обязаны обеспечить населению следующие виды медицинской помощи: а) помощь семейного терапевта и педиатра, б) стоматологическую помощь, в) круглосуточные медицинские консультации и

г) медицинскую помощь в школах. Муниципалитеты делят свою территорию на участки из расчета, что один семейный терапевт должен обслуживать как минимум 1200 взрослых, а семейный педиатр — не менее 600 детей. Кроме того, муниципальные власти вправе решать, оказывать ли услуги семейной медицины своими силами или заключить договор с частными медицинскими учреждениями. В 2000 г. из 6729 практикующих семейных врачей 85% работали по договорам функциональной приватизации (то есть получали плату за услуги из Фонда медицинского страхования и арендовали помещения и оборудование у местных властей), 15% врачей работали на других договорных условиях, например в частных хирургических клиниках. Чтобы получить право на возмещение расходов за счет Фонда медицинского страхования, частнопрактикующий врач должен доказать, что обслуживает как минимум 200 больных. Специализированную амбулаторную помощь оказывают главным образом штатные врачи государственных поликлиник и диспансеров.

Теоретически, чтобы попасть на прием к специалисту, необходимо направление от семейного врача; те, кто обращаются напрямую, должны частично оплачивать консультацию. Однако всевозможные льготы и лазейки сводят диспетчерские функции семейного врача почти на нет и на практике попасть к специалисту без направления довольно легко. Число обращений за специализированной и первичной медицинской помощью, если сравнивать с другими странами Центральной и Юго-Восточной Европы, довольно высокое — в среднем 12 в год.

Услуги по охране здоровья матери и ребенка на участковом уровне и медицинскую помощь в школах оказывают высококвалифицированные медсестры.

### Общественное здравоохранение

Служба общественного здравоохранения при Министерстве здравоохранения организована по территориальному принципу и включает центральные органы, а также

региональные и местные муниципальные службы. В ее ведение входят охрана здоровья матери и ребенка, общественная гигиена, охрана труда, борьба с инфекционными болезнями и санитарное просвещение. Кроме того, Службе общественного здравоохранения переданы многочисленные обязанности, выполняемые ранее Министерством здравоохранения, — обязательные регистрация и лицензирование, а также определение требований к медицинскому обслуживанию и профессиональному уровню медицинских работников.

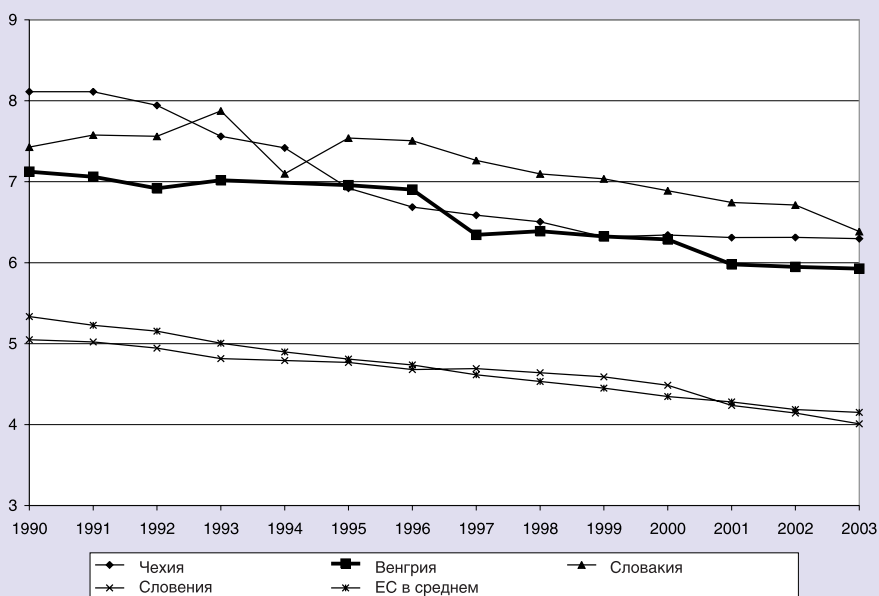
Программы общественного здравоохранения реализуются в сотрудничестве с другими структурами. Например, Служба общественного здравоохранения согласовывает программу обязательной иммунизации и поставляет вакцины, а семейные терапевты и педиатры и медицинский персонал школ вакцинируют детей. Вероятно, таким тщательно организованным программам Венгрия обязана своими блестящими показателями уровня иммунизации.

## Стационарная и специализированная помощь

Стационарную и специализированную помощь оказывают главным образом государственные поликлиники, диспансеры и многопрофильные больницы. В 2000 г. 77% коечного фонда принадлежало местным органам власти, 2% — религиозным и благотворительным организациям и 21% — центральным органам власти (10% — Министерству образования, 7% — Министерству здравоохранения и 4% — другим министерствам).

К 2002 г. число коек было сокращено до 6,0 на 1000 населения (рис. 2). Средняя длительность госпитализации в том же году составила 6,9 дней, а средняя занятость койки — 72%. На больницы было израсходовано лишь 28% всех затрат на здравоохранение, хотя по частоте госпитализаций — 23 на 100 населения — Венгрия заняла второе место среди стран Европейского региона ВОЗ.

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Венгрии и других странах в 1990—2003 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

**Таблица 1.** Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 2003 г.

	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, сутки	Средняя занятость койки, %
Чешская Республика	6,3	20,4	8,4	74,1
Венгрия	5,9	23,2	6,7	77,2
Словакия	6,4	17,7	8,5	64,8
Словения	4,0	16,2	6,1	68,1
ЕС в среднем	4,2	18,0	6,8 <sup>а</sup>	76,9 <sup>б</sup>

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех», январь 2005 г.  
Примечание: <sup>а</sup> 2002; <sup>б</sup> 2001.

Несмотря на введение новых методов оплаты, совершенствование управления и сокращение коечного фонда, ряд недостатков (например, неоправданные госпитализации) снижает экономическую эффективность больниц.

## Социальная помощь

Малообеспеченные и инвалиды имеют право на социальную помощь, включая бесплатные медицинские услуги и лекарственные средства.

Инвалиды получают первичную социальную помощь, которая оказывается на дому, и специализированную социальную помощь, которая оказывается в медико-социальных учреждениях. К услугам первичной социальной помощи относятся доставка продуктов, помощь по дому и в семье. Социальные учреждения обслуживают престарелых, людей с физической или психической инвалидностью, наркоманов и бездомных; им обеспечивается длительный уход в интернатах и домах престарелых, реабилитация, помощь в дневных стационарах и интернатах кратковременного пребывания. Особый вид социального учреждения представляет коммунальный интернат: в нем живут инвалиды (обычно от 8 до 14 человек) по соматическому или психическому заболеванию, способные хотя бы частично обслуживать себя.

Привлечение частных учреждений на договорной основе в секторе социальной помощи практикуется шире, чем в здравоохранении в целом. В 2000 г. почти чет-

верть учреждений социальной помощи были негосударственными организациями.

Социальная помощь финансируется из нескольких источников. Центральное правительство взяло на себя два типа подушных затрат и, кроме того, предоставляет субсидии для отдельных мероприятий; местные власти могут дополнить эти средства за счет собственных доходов от местных налогов. В 2000 г. очередь на те или иные виды социальной помощи (в 70% случаев речь идет о месте в доме престарелых) составляла 202 на 100 000 населения, в половине случаев ждать приходится более года.

## Медицинские кадры и обучение

В 2003 г. на 1000 населения приходилось 3,2 врача и 8,6 медицинские сестры (рис. 3). Однако за этими достаточно высокими показателями скрывается неравномерность их распределения по стране и диспропорции в численности врачей разных специальностей. Так, семейной медициной занимается лишь 20% всех врачей.

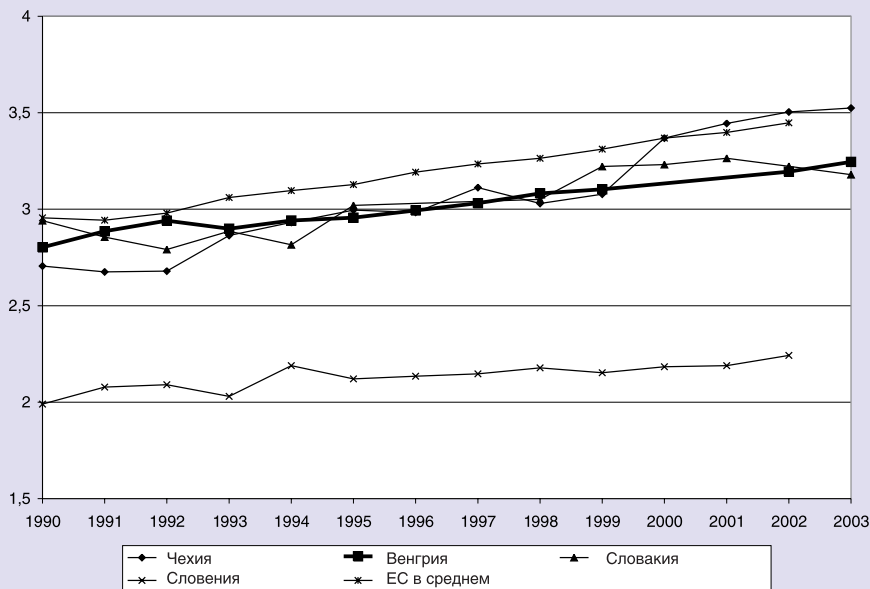
Обучение и переподготовка медицинских работников организованы на высоком уровне. Набор в медицинские институты и училища регулируется квотами.

## Фармацевтика

Фармацевтические компании в Венгрии почти полностью приватизированы, ограничения на торговлю сняты. Вся фармацевтическая отрасль от производства до



Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Венгрии и других странах в 1990—2003 г.



Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005 г.

розничной продаже строго контролируется. Регистрацией и лицензированием препаратов распоряжается Национальный институт фармации при Министерстве здравоохранения. На лицензированные лекарственные средства, включенные в государственный список важнейших препаратов, могут быть выделены субсидии из средств медико-социального страхования. В 1999 г. в список важнейших препаратов вошли 2172 из 3705 лицензированных лекарственных средств. Список важнейших препаратов, розничная цена, оптовые и розничные наценки, а также объем субсидии на препарат утверждаются на ежегодных переговорах с участием представителей фармацевтических компаний, оптовых и розничных торговых предприятий, Министерства здравоохранения, Министерства финансов и Администрации Национального фонда медицинского страхования. Кроме того, существует более узкий список льготных препаратов. Приобрести лекарственные средства по льготной цене можно только при наличии рецепта от врача, действующего в рамках своей специа-

лизации. Скидка при розничной продаже может составлять 9%, 50%, 70%, 90% или 100% стоимости препарата; последние две скидки распространяются только на препараты, назначаемые специалистами, например эндокринологами. Выписку рецептов контролирует Администрация Национального фонда медицинского страхования.

Доля расходов на лекарственные средства для амбулаторного лечения выросла с 22% всех расходов на здравоохранение в 1992 г. до 34% в 2001 г. Треть покрывали платежи населения, две трети — государственные источники. Для сдерживания расходов Фонд медицинского страхования снизил субсидирование лекарственных средств и ввел жесткий контроль за бюджетными расходами. С 1999 г. Министерство здравоохранения получило право перераспределять средства между разделами и подразделами бюджета. В 2001 г. с целью сокращения расходов были уменьшены оптовые и розничные наценки; заключено соглашение, обязывавшее производителей лекарственных средств в течение трех лет



удерживать рост цен ниже уровня инфляции; введены ограничения на выписку льготных рецептов и увеличена доля субсидий с фиксированной суммой. В 2002 г. были разработаны рекомендации по экономической оценке лекарственных средств для решения вопросов о возмещении расходов на препараты с учетом экономической эффективности.

## **Распределение средств**

### **Бюджет здравоохранения**

Бюджет здравоохранения складывается из трех частей: бюджета Фонда медицинского страхования, средств государственного и местных бюджетов. В основе распределения бюджетных средств лежит принцип разделения капитальных и текущих затрат (двойное финансирование) как в больничном, так и в амбулаторном секторе. Капитальные и амортизационные расходы оплачиваются центральными и местными властями, Фонд медицинского страхования возмещает только текущие затраты. В бюджете Фонда медицинского страхования — более двенадцати разделов. Ключевые решения по распределению средств принимаются централизованно. Парламент ежегодно определяет сумму взносов, бюджет Фонда медицинского страхования и его распределение по разделам. Расходы по всем разделам, за исключением фармацевтики, строго ограничены. С 1999 г. допускается перераспределение средств между разделами. Парламент определяет также методы финансирования медицинских учреждений в различных секторах здравоохранения с тем, чтобы избежать перерасхода бюджетных средств.

### **Заработная плата врачей**

Семейные врачи получают зарплату, зависящую от числа наблюдаемых. Некоторые врачи занимаются частной практикой, обычно по совместительству. Частные услуги оплачиваются больными. Кроме того,

многие семейные врачи, специалисты и другие медицинские работники берут плату из-под полы.

Большинство специалистов и других медицинских работников входят в число государственных служащих и получают заработную плату в соответствии с тарифной сеткой, утвержденной Парламентом.

Работодатели, преимущественно местные органы власти, получают средства из Фонда медицинского страхования по соответствующей схеме, например по методу глобальных бюджетов для диспансеров или за фактически предоставленные услуги для амбулаторной специализированной помощи. Поскольку бюджет ограничен, расценки на эти услуги колеблются. Определение объема оказанных услуг и их оплата производятся ежемесячно.

В 2002 г. правительство повысило заработную плату всем работникам государственных учреждений в среднем на 50%. Кроме того, медицинским сестрам и другим работникам среднего звена, работающим не менее 4 лет, были выплачены вознаграждения за выслугу лет. Тем не менее средняя зарплата у работников здравоохранения по-прежнему ниже, чем в других отраслях.

### **Финансирование больниц**

В 1987 г. начался постепенный переход к финансированию больниц по системе клинико-затратных групп. С 1993 г. эта схема применяется по всей стране, и лишь некоторые дорогостоящие вмешательства, например трансплантация костного мозга, оплачиваются отдельно. Длительное лечение оплачивается по числу койко-дней с учетом тяжести случая.

При социализме здравоохранение финансировалось постатейными бюджетами, его экономическая эффективность была низка, страна была обеспечена медицинским обслуживанием крайне неравномерно. Сегодня, в условиях финансирования по клинико-затратным группам при ограниченном бюджете, развиваются такие явления, как неоправданные госпитализации, подтасовки отчетности по клинико-

затратным группам и приписки. У больных нет материальной заинтересованности лечить больных амбулаторно и отказываться от неоправданных госпитализаций. Нынешнее правительство намерено расширить эксперимент по внедрению регулируемой медицинской помощи на всех уровнях, который был начат в 1998 г.

## Реформы здравоохранения

Реформы 1990-х гг. были предприняты в поисках выхода из кризиса, в котором оказалась система здравоохранения, построенная по социалистическим принципам. Они проходили в условиях глобальных политических, социальных и экономических перемен. Первые реформы — создание договорной системы, введение оплаты за оказанные услуги, способствующей росту экономической эффективности, — были успешными. Дальнейшим преобразованием помешала политика жесткого ограничения расходов, централизация управления и прямое вмешательство правительства в работу системы здравоохранения, которая в результате сосредоточилась не на улучшении своей работы, а на выбивании денежных средств.

Правительство, находившееся у власти с 1998 по 2002 г., ввело на региональном уровне регулирующую медицинскую помощь и вновь децентрализовало планирование. Кроме того, Парламент принял закон об особом порядке управления и владения больницами, исключавший, однако, из числа поставщиков услуг некоторые организации, например коммерческие. Действие большинства ограничительных статей этого закона было приостановлено нынешним правительством, пришедшим к власти в апреле 2002 г.

Одной из первых мер действующего правительства было повышение заработной платы всем государственным служащим в среднем на 50% с осени 2002 г.; кроме того, медицинским сестрам и другим специалистам среднего звена были выплачены воз-

награждения за выслугу лет. Не ясно, останут ли эти меры массовый уход из сферы здравоохранения, прежде всего специалистов среднего звена. Планы по приватизации медицинских учреждений встречают активное противодействие профсоюзов. Парламент обсуждает закон, разрешающий приватизацию медицинских учреждений, в том числе коммерческими организациями, и даже фармацевтическими фирмами. Наибольшие споры вызвал законопроект, который, кроме того, гарантирует частным организациям получение «честной» прибыли на капитал и амортизацию через Фонд медицинского страхования. Правительство намерено расширить эксперимент по внедрению регулируемой медицинской помощи, но не отказывается и от планов введения конкуренции между фондами медицинского страхования.

## Заключение

В результате реформ, проведенных за последние 15 лет, была создана новая система здравоохранения, характеризующаяся более эффективным распределением и использованием ресурсов при сохранении доступности основных медицинских услуг. По-прежнему актуален вопрос о стимулах и нормах, которые позволили бы избежать нерационального использования ресурсов, повысить качество помощи, а также увеличить объем амбулаторной помощи за счет средств на стационарную помощь, повысить расходы на услуги за счет лекарственных средств и на долгосрочную помощь и профилактику за счет лечения заболеваний.

Задачи, с которыми сталкиваются руководители здравоохранения Венгрии, действительно сложны. Системе требуется реорганизация, чтобы удовлетворять потребностям стареющего населения страны. Еще не полностью преодолены последствия социалистического прошлого; предпринимаются попытки сгладить неблагоприятные последствия недавних реформ. Кроме того, реформы должны учитывать требования внутреннего рынка ЕС.

Обзор системы здравоохранения Венгрии подготовлен Петером Гаалом (Учебный центр управления лечебными учреждениями, Семмельвейский медицинский университет, Будапешт). Редактор обзора — Аннетт Рисберг (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Берлинский технический университет). Научный руководитель — Райнхард Буссе (Европейская обсерватория по системам здравоохранения, Берлинский технический университет). За основу взят Обзор системы здравоохранения Венгрии 1999 г., подготовленный Петером Гаалом, Балажем Рекасси (Научно-исследовательский институт здравоохранения, Будапешт) и Джудит Хили (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

За помощь в создании Обзора 2004 г. авторы благодарят Тамаша Эветовитца, Эстер Шинко (Учебный центр управления лечебными учреждениями, Семмельвейский медицинский университет, Будапешт), Сабопча Сигети, Чаба Дожа (Администрация Национального фонда медицинского страхования) и Пала Гегера.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения выражает благодарность рецензентам обзора: Жуже Варваршовзки (Администрация Национального фонда медицинского страхования, Будапешт) и Армину Фидлеру (Всемирный банк, Вашингтон, округ Колумбия). Эва Орос (Организация экономического сотрудничества и развития, Париж) сделала полезные замечания и предоставила информацию для раздела «Финансирование и затраты». Мариа Манно (Министерство финансов, Будапешт) любезно предоставила данные национального счета здравоохранения.

Мы благодарим за помощь Министерство здравоохранения, социального обеспечения и планирования семьи, прежде всего Жужанну Якаб и Марианну Сатмари за рецензирование обзора, ценные замечания и поддержку.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны 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 Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Швеции и Финляндии, Венецианская область, 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 стран.