



Реферат обзора

Португалия

Краткое содержание реферата

За последние тридцать лет в Португалии произошли значительные социальные и экономические изменения. Хотя в отдельных областях здравоохранения, например в проведении вакцинации, организации первичного медицинского обслуживания и работы диабетологической службы, достигнуты значительные успехи, возник целый ряд новых проблем, в частности неодинаковый уровень медицинской помощи по стране, большое число платных медицинских услуг и плохое согласование работы первичного и специализированного медицинского обслуживания.

Затраты на здравоохранение и ВВП

В 2001 году затраты на здравоохранение в Португалии составили 9,2% от ВВП, почти столько же, сколько в среднем в странах Европейского союза — 8,7%. Следует отметить, что среди стран Европейского союза в Португалии самые высокие затраты на лекарственные средства: 1,4% от ВВП по сравнению с 1,2% во Франции и 0,4% в Дании.

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

С того момента, когда в 1974 году была свергнута продолжавшаяся 48 лет фашистская диктатура Салазара и Каэтану, Португалия стала конституционной, демократической республикой. Глава государства —

Рисунок 1. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в Португалии, в некоторых странах и ЕС в среднем



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

президент, основные государственные органы управления: парламент, правительство и суды. И президента, и парламент избирают всеобщими прямыми выборами.

Население

По данным переписи населения 2001 года численность населения составляет 10,4 млн человек. За последние 10 лет численность

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

увеличилась на 4,9%. Наряду с увеличением продолжительности жизни важную роль в этом процессе сыграло возвращение на родину более полумиллиона португальцев из бывших колоний (Анголы, Мозамбика, Гвинеи-Бисау, Сан-Томе и Принсипи, Кабо-Верде и Восточного Тимора) после того, как в 1974 году они получили независимость. По данным уже упомянутой переписи населения иммигранты составляют 2,2% от населения страны. Важный вклад в регуляцию численности населения вносит отток населения из страны: за период с 1960 по 1970 годы примерно 1 200 000 португальцев иммигрировали в другие страны, преимущественно европейские.

Если в 1970 году только 26% населения проживало в городах, то к 2000 году эта цифра составила 65,6%. По сравнению с 1960 годом рождаемость снизилась с 24,1 на 1000 населения до 11,75 в 2000 году, что выше, чем в среднем в странах Европейского союза (10,69).

Средняя продолжительность жизни

В XX веке средняя продолжительность жизни удвоилась как у женщин (с 40 лет в 1920 году до 79,7 лет в 2000 году), так и у мужчин (с 35,8 лет в 1920 году до 72,6 лет в 2000 году). И хотя в течение последних двадцати лет тенденция к увеличению продолжительности жизни продолжает сохраняться, продолжительность жизни в Португалии остается ниже, чем в среднем в странах Европейского союза.

Основные причины смерти

Основные причины смерти в 2000 году — сердечно-сосудистые (39%) и онкологические (20%) заболевания. Несчастные случаи были причиной смерти в 4,9% случаев, среди погибших преобладали мужчины (73%). Среди несчастных случаев 29% произошло на дорожно-транспортные происшествия. В 2000 году смертность в дорожно-транспортных происшествиях в Португалии составила 20 на 100 000 — это са-

мый высокий показатель среди стран Европейского союза.

Новейшая история здравоохранения

В XX веке на смену традиции оказания медицинской помощи исключительно религиозными благотворительными организациями пришла система общественного здравоохранения. Принятый в 1949 году закон о социальном обеспечении ввел обязательное страхование при приеме на работу и бесплатное амбулаторное обслуживание. Социальное обеспечение и медицинское страхование работающих граждан и их родственников осуществлялось по германской модели. После основания в 1979 году Государственной службы здравоохранения всю ответственность за организацию общедоступного всеобъемлющего и бесплатного медицинского обслуживания взяло на себя правительство Португалии.

Направления реформ

После революции 1974 года реформа здравоохранения прошла следующие основные этапы:

- 1974—1984 гг.: создание Государственной службы здравоохранения;
- 1985—1995 гг.: реорганизация Государственной службы здравоохранения и изменение роли частного сектора, особое внимание уделялось сокращению затрат на здравоохранение;
- 1996—2001 гг.: создание баланса между государственным и частным секторами здравоохранения, реформы Государственной службы здравоохранения в условиях «нового государственного управления»;
- проводимые с апреля 2002 года по настоящее время реформы направлены на внедрение новых подходов в работе государственных, частного и социального секторов здравоохранения в составе ранее созданных структур.

Структура здравоохранения

Медицинские услуги в Португалии предоставляются за счет трех источников: Государственной службы здравоохранения, специальных фондов социального медицинского страхования для представителей отдельных профессий и добровольного медицинского страхования.

Правительство представлено Министерством здравоохранения. Последнее состоит из четырех управлений и шести институтов. В его задачи входит разработка государственной политики в области здравоохранения и управление Государственной службой здравоохранения.

За реализацию государственной политики в области здравоохранения ответственны региональные управления здравоохранения. Их главные задачи: разработка долгосрочных программ развития, контроль за больницами и медицинскими центрами, заключение соглашений с частными организациями, связь с государственными организациями, муниципалитетами, благотворительными и другими частными некоммерческими организациями.

Спустя двадцать лет после создания Государственной службы здравоохранения остатки старой системы социального обеспечения все еще существуют в виде специальных фондов медицинского страхования для отдельных групп профессий, этими фондами охвачено около 25% населения. Частные медицинские учреждения дополняют Государственную службу здравоохранения.

Планирование, нормирование и управление

Поскольку в португальской системе здравоохранения государство не только оказывает медицинские услуги, но и само же платит за них, то разграничение между планированием, нормированием и управлением практически отсутствует.

Поскольку у Государственной службы здравоохранения нет собственного руко-

водства, то функции планирования, регулирования и управления выполняет Министерство здравоохранения. Региональные управления здравоохранения также играют важную роль в решении этих задач.

Децентрализация здравоохранения

Одно из основных положений Закона об охране здоровья гласит, что Государственная система здравоохранения должна управляться на уровне регионов.

На самом деле, даже после основания пяти региональных управлений здравоохранения, планирование работы и распределение средств происходит в высшей степени централизованно. Теоретически, каждое региональное управление наделено финансовыми полномочиями: с учетом численности населения ему выделяются средства на оказание медицинских услуг. В действительности региональные управления могут распоряжаться лишь средствами, выделенными на первичное медицинское обслуживание, а финансирование больниц, как и раньше, происходит централизованно.

Предпринимались и другие попытки децентрализации: например, попытки создания «региональных контрактных агентств» и инициативных групп, по введению самоуправления в больницах. К сожалению, большинство из этих проектов не были реализованы.

Финансирование и затраты

Как и в большинстве стран Европы, здравоохранение Португалии финансируется как из государственных, так и из частных источников. Государственная служба здравоохранения, обеспечивающая всеобщий охват медицинской помощью, финансируется преимущественно за счет общего налогообложения. Финансирование специальных фондов медицинского страхования, обеспечивающих как частичное, так и

полное медицинское обслуживание почти четверти населения Португалии, осуществляется, в основном, за счет взносов нанимателей и наемных рабочих. В финансировании здравоохранения важную роль играют частные вложения, в виде платежей за платные услуги и, в меньшей степени, в виде частного медицинского страхования. Этими услугами охвачено 10 и 6,5% населения соответственно.

Как показывают результаты многих исследований, в Португалии общий подоходный налог, который теоретически должен быть прогрессивным и обладать перераспределительной функцией, на самом деле оказался регрессивным, что проявляется большим числом платных медицинских услуг и высокими косвенными налогами. Косвенные налоги на товары и услуги составляют до 42,6% от всех налоговых поступлений, тогда как вклад от налога на прибыль или подоходного налога — лишь 28,5%. Это указывает, что расходы на здравоохранение очень высоки, особенно среди малообеспеченных граждан.

Набор медицинских услуг

Формально Государственная служба здравоохранения оказывает полный набор медицинских услуг. Но фактически некоторые услуги, которые должны предоставляться, попросту не доступны (например, стоматологическая помощь взрослым). И хотя сама по себе Государственная служба здравоохранения не ограничивает доступ к медицинским услугам, эти ограничения возникают самостоятельно, из-за отсутствия необходимых специалистов, нехватки докторов в сельской местности или отсутствия возможностей для проведения обследования. Долгие очереди на получение медицинских услуг в государственных учреждениях — одна из причин, из-за которой люди предпочитают частные лечебные учреждения. Все разрешенные к применению в государственных больницах лекарственные средства внесены в Государственный перечень лекарственных средств. Около 30% лекарственных средств, назначаемых в государственных больницах, не

входят в этот перечень. В амбулаторных отделениях больниц и поликлиниках врачи могут назначить любое лекарственное средство, имеющееся на фармацевтическом рынке Португалии, при этом почти во всех случаях его стоимость будет полностью или частично возмещена Государственной службой здравоохранения.

Дополнительные источники финансирования

Около 10% населения получает медицинскую помощь по различным программам добровольного медицинского страхования. В большинстве случаев это программы группового страхования, которые оплачиваются работодателем. Еще 7% населения обслуживается взаимными фондами, существующими на основе добровольных взносов. Эти некоммерческие организации частично оплачивают консультации врача, расходы на лекарственные средства и, изредка, лечение в стационаре. В последние годы возросла доля частично оплачиваемых медицинских услуг, цель этого в том, чтобы потребители медицинских услуг почувствовали их стоимость. Как упоминалось ранее, в последние 10 лет более 30% затрат на здравоохранение покрывалось именно за счет платных услуг. Внешние фонды Европейского союза также участвуют в финансировании здравоохранения.

Затраты на здравоохранение

Общий объем финансирования здравоохранения в Португалии увеличился с 3% от ВВП в 1970 году до 9,2% в 2001 году, что выше, чем в среднем в странах Европейского союза — 8,7%. Однако увеличение этого показателя в основном связано с подъемом экономики и не учитывает увеличение численности населения. Если выразить финансирование здравоохранения в долларах США на душу населения, то получится, что в 2000 году в Португалии расходовалось 1519 долларов США на душу населения — меньше, чем в среднем в странах Европейского союза (2123 доллара

США). Доля государства в финансировании здравоохранения Португалии в 2001 году составила 69%, тогда как в Дании — 82%, в Италии — 74% и в Великобритании — 81%.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание в Португалии предоставляется как государственными, так и частными медицинскими учреждениями. Первые, главным образом, представлены центрами первичной медицинской помощи. В настоящее время финансирование и управление этими центрами полностью централизовано и осуществляется региональными управлениями здравоохранения, которые, в свою очередь, получают средства от Министерства здравоохранения. По данным международных исследований, в 1998 году число обращений к врачу (на 1 человека) в Португалии составило 3,4 — это один из самых низких показателей в странах Европейского союза, еще ниже только в Швеции (2,8) и Турции (2,0).

Общественное здравоохранение

На государственном уровне за организацию общественного здравоохранения отвечает Главное управление Министерства здравоохранения. Службы общественного здравоохранения Португалии контролируют состояние здоровья населения и определяющие его факторы. Кроме того, они проводят пропаганду здорового образа жизни и профилактические мероприятия, а также оценивают их эффективность.

Часть образовательных программ, направленных на укрепление здоровья населения, исходит напрямую от отдельных структур в составе Министерства здравоохранения, таких как Национальный совет по борьбе с курением или Националь-

ный комитет по борьбе со СПИДом. Национальный институт наркологии, в котором исследуются вопросы лекарственной и алкогольной зависимости, недавно перешел под управление специальной структуры, входящей в состав Министерства здравоохранения, ответственной за профилактику и лечение наркомании (SPTT).

В 2001 году охват вакцинацией против кори составил 87%. В 1999 году против туберкулеза были вакцинированы 88,0%, против дифтерии 97,0% и против полиомиелита — 96,0% населения.

Специализированное медицинское обслуживание

В основном, специализированная медицинская помощь оказывается в больницах, однако в ряде медицинских центров также есть специалисты, оказывающие специализированную помощь в амбулаторных условиях. В 1999 году в Португалии было 205 больниц, из них 110 государственных и 84 частных. Почти половина частных больниц принадлежит коммерческим организациям. В течение некоторого времени вспомогательные службы, такие как охрана, снабжение питанием, прачечная, кремация, также осуществлялись частными организациями. Кроме того, диагностика и лечение в амбулаториях также представлены преимущественно частным сектором.

Как и в других странах Европейского союза, в Португалии значительно уменьшилось число больниц. За последние 30 лет их число сократилось на 67%: с 634 в 1970 году до 205 в 1999 году.

Распределение средств на территории Португалии неодинаково: в наихудшем положении находятся провинции Алентежу и Алгарви. В Алгарви, например, не только самый маленький коечный фонд, но и самое низкое число коек на одного человека. Максимальные коечные фонды (более 35%) сосредоточены в округе Лиссабон.

Медико-социальная помощь

Медико-социальная помощь развита слабо. Практически отсутствуют долгосрочный

уход, дневные стационары и социальная поддержка таких групп населения как престарелые, инвалиды, больные с хроническими заболеваниями и психическими расстройствами. Традиционно в Португалии, особенно в сельской местности, заботы по уходу за такими больными ложатся на плечи семьи. Но в силу того, что женщинам все чаще приходится работать, а связь между поколениями разрушается из-за миграции в города, многие лишаются этой поддержки. Как и в других странах Европы, число пожилых людей в Португалии постоянно растет, поэтому проблема обеспечения их медико-социальной помощью стоит очень остро.

Медицинские кадры

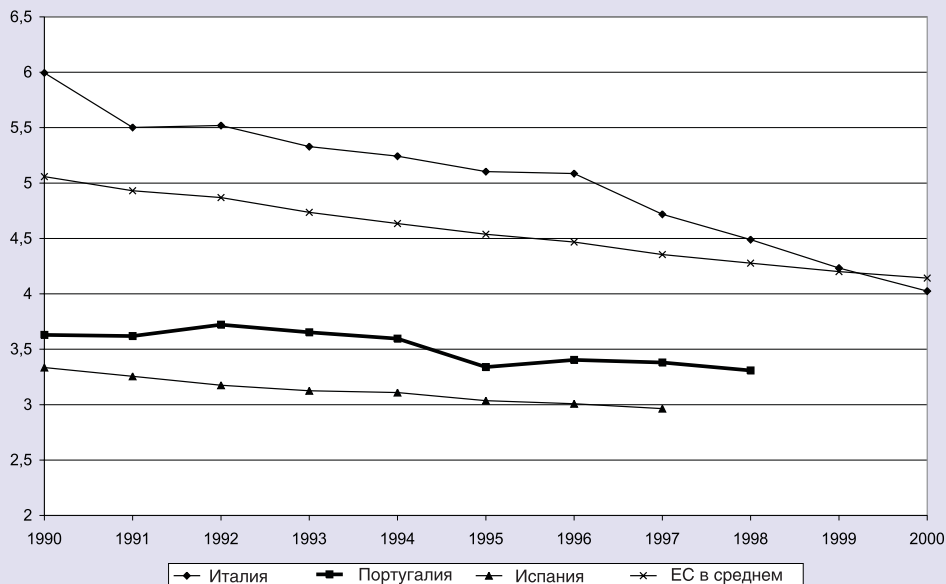
Число работников, занятых в сфере здравоохранения, значительно возросло: с 2% от числа всех рабочих в 1974 году до 2,7% в 1998 году. В 1999 году Министерство здра-

воохранения было вторым крупнейшим работодателем в государственном секторе и давало работу 115 590 человек — 19% от всех рабочих, занятых в государственном секторе.

По данным Португальской медицинской ассоциации, в 1998 году в Португалии было зарегистрировано 31 758 врачей. По данным Главного управления Министерства здравоохранения, 23 158 из них работали в государственной системе здравоохранения, и оказывали преимущественно специализированную помощь. Среди врачей, работающих в государственной системе здравоохранения, врачи общей практики и семейные врачи составляли 29,5%, в больницах работало 42,5% врачей и 2% врачей работало в системе общественного здравоохранения. В 2000 году обеспеченность врачами составила 3,2 на 1000 населения, это ниже, чем в среднем в странах Европейского союза (3,9).

Показатель обеспеченности медицин-

Рисунок 2. Число коек в обычных больницах на 1000 населения в Португалии, некоторых других странах и ЕС в среднем в 1990—2000 гг.



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

скими сестрами в Португалии постепенно растет, хотя по-прежнему остается одним из самых низких в Европе. Обеспеченность стоматологами также мала: 0,43 на 1000 населения (в 2000 году). По сравнению с другими странами юга Европы в Португалии не хватает фармакологов: их число приблизительно в два раза меньше, чем в Испании и Италии.

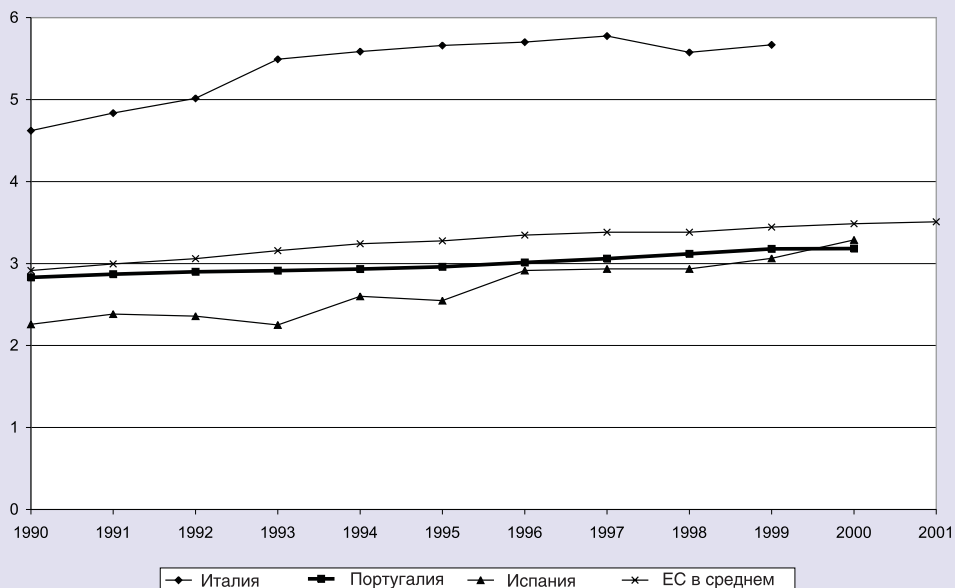
Лекарственные средства и медицинские технологии

В 1990 году для исполнения рекомендаций Европейского союза по качеству и безопасности лекарственных средств в Португалии был введен ряд законодательных поправок. В 1993 году был основан Национальный институт фармакологии (INFAR-MED), в нем утверждается список лекарственных средств, затраты на которые возмещаются государственной системой здравоохранения, и устанавливается компен-

сация за покупку лекарственного средства. С 1994 года эта организация ведаёт не только лекарственными средствами, но и медицинским оборудованием и другими медицинскими товарами.

В Португалии не оценивают эффективность медицинских технологий. В 1995 году закон отменил ограничения на использование компьютерных и магнитно-резонансных томографов. В 1998 году был составлен и опубликован Государственный список медицинского оборудования, который подробно регламентировал распределение оборудования и медицинских услуг по территории Португалии. Этот список позволяет руководству органов здравоохранения и больницам выявлять те территории, где имеются проблемы с медицинским оборудованием или услугами.

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Португалии, некоторых других странах и Европейском союзе в среднем в 1990—2001 г.



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

Распределение средств

Бюджет государственной системы здравоохранения ежегодно устанавливается Министерством финансов на основании затрат за прошедший год, планов Министерства здравоохранения и с учетом текущей государственной политики по финансированию различных секторов народного хозяйства. Министерство здравоохранения, в свою очередь, распределяет средства между региональными управлениями здравоохранения в зависимости от численности населения каждого региона.

Финансирование больниц

Финансирование больниц рассчитывается и распределяется Министерством здравоохранения через Институт финансового управления и информатизации. В настоящее время государственные больницы финансируются на основе глобального бюджета, в котором постепенно появляются элементы более сложных систем оплаты. Раньше финансирование определялось затратами прошлого года с учетом инфляции, однако с 1997 года финансирование все больше зависит от клинико-затратных групп и числа принятых амбулаторных больных.

Финансирование центров первичной медицинской помощи

У центров первичной медицинской помощи нет ни административной, ни финансовой независимости. Министерство здравоохранения выделяет средства региональным управлениям здравоохранения, а те, в свою очередь, распределяют эти средства на местном уровне по отдельным центрам. Центры первичной помощи получают лишь небольшую часть денег для оплаты аренды помещений и коммунальных услуг, исходя из затрат за прошедший год. Остальные затраты оплачиваются напрямую из местного бюджета. Таким образом, единого контроля за расходами нет.

Реформы здравоохранения

Цель начатых в 2002 году реформ — улучшить доступ к медицинским услугам, управление больницами, качество первичной медицинской помощи и укрепить сотрудничество между государственным и частным секторами здравоохранения.

Были приняты меры, чтобы уменьшить очереди на хирургические вмешательства. Активно пропагандируются услуги частного сектора и социальной помощи. В январе 2003 года 34 из 114 государственных больниц (около 30%) были преобразованы в «больницы-компании».

Министерство здравоохранения объявило, что по программе сотрудничества между государственным и частным секторами здравоохранения в ближайшие годы будет построено 10 новых больниц. Они будут находиться в общественной собственности, под частным управлением, финансироваться государством, а строительство планируется на частные вложения.

Министерство здравоохранения проводит активную политику в отношении лекарственных средств. Акцент делается на назначении не фирменных препаратов, а их более дешевых непатентованных аналогов и использовании международных названий лекарственных средств.

В сфере первичной медицинской помощи был принят закон, который, в частности, дает возможность группам врачей, частным коммерческим и некоммерческим организациям управлять центрами первичной медицинской помощи. Тем не менее профессиональные союзы медицинских работников и ассоциации врачей общей практики негативно отнеслись к этой реформе.

Заключение

В начале 70-х годов XX века Португалия была одной из первых европейских стран, создавшей новую обширную систему цен-

тров первичной медицинской помощи. Это положительно отразилось на состоянии здоровья страны: в конце 1960-х годов детская смертность в Португалии была 60 на 1000 новорожденных — самый высокий показатель среди стран Европейского союза вплоть до 1 мая 2004 года. Спустя тридцать лет, в 2001 году, этот показатель снизился до 5 на 1000 новорожденных, что меньше, чем в Греции, Голландии, Ирландии, Люксембурге, Великобритании, и сравнялся с Бельгией. Таким образом, по детской смертности Португалия занимает девятое место среди стран Европейского союза.

Несмотря на положительные достижения в области здравоохранения, остается множество неразрешенных проблем: по сравнению с другими странами Организации экономического сотрудничества и развития, для Португалии характерна зависимость затрат на здравоохранение от ВВП, низкий уровень расходов на здравоохранение в расчете на душу населения и высокие цены на лекарственные средства. По сравнению с другими странами, в которых существуют Государственные службы здравоохранения, в Португалии отмечается очень высокий уровень расходов на здравоохранение из частных источников. Хотя

существующая система здравоохранения и обеспечивает справедливый доступ и эффективность лечения, ее возможности существенно ограничены. Несмотря на подписание соответствующих законов, большинство реформ здравоохранения не были реализованы до конца.

Как и во многих странах Европы, в Португалии появляются новые формы организаций, оказывающих медицинскую помощь. Для улучшения качества и снижения стоимости медицинской помощи вводятся новые формы государственного управления и программы сотрудничества между государственным и частным секторами здравоохранения. Уже сейчас остро стоит вопрос о том, удастся ли государству достичь приемлемого баланса между старыми и новыми формами здравоохранения так, чтобы соблюсти интересы общества. Другая крупная проблема здравоохранения Португалии — непродуманное использование человеческих ресурсов, построенное без учета долгосрочной программы развития. После начального этапа реформ настало время создать новую эффективную стратегию системы здравоохранения, в которой бы сочетались как профилактические мероприятия, так и улучшение качества медицинской помощи.



Реферат обзора

Португалия

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, % |
|---------------------|---|---------------------------------------|---|----------------------------|
| Италия | 3,9 ^а | 15,6 ^а | 6,9 ^а | 76,0 ^а |
| Португалия | 3,3 ^г | 11,9 ^г | 7,3 ^г | 75,5 ^г |
| Испания | 3,0 ^д | 11,5 ^г | 7,5 ^г | 76,1 ^г |
| Страны ЕС в среднем | 4,1 ^а | 18,1 ^в | 7,1 ^в | 77,9 ^г |

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

Примечания: ^а 2001, ^б 2000, ^в 1999, ^г 1998, ^д 1997.

Авторы обзора — Маргарита Бентеш (Кашкайшский госпитальный центр), Карлош Матиаш Диаш (Национальный институт здоровья Рикардо Жоржи) и Вайда Банкаускайте (Европейская обсерватория по системам здравоохранения); координатор — Константино Сакеллари-дес (Национальный институт общественного здравоохранения; координатор Португальского отделения Европейской обсерватории по системам здравоохранения). Научный руководитель — Ричард Солтман.

За предоставление данных и рецензирование отдельных разделов текста авторский коллектив благодарит следующих лиц: Франсиско Вентура Рамос (Национальная школа общественного здравоохранения), Хозе Мартинш (Главное управление здравоохранения), Сара Валенте и Альберто Матиаш, Жоржи Альвеш (Отдел модернизации и снабжения), Мария ди Жезус Граса (Национальный институт общественного здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарна Педро Баррошу (Новый лиссабонский университет), Васко Рейшу (Национальный институт общественного здравоохранения) и Витору Рамосу (Национальный институт общественного здравоохранения, Новый лиссабонский университет) за рецензирование обзора.

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 Бельгии, Финляндии, Греции, Норвегии, Испании и Швеции, 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.