

Роль лабораторной службы в системе здравоохранения Австрии

Александр Н. Лапин

*Доцент Университета, руководитель Лаборатории медицинской химии центра социальной медицины госпиталя святой Софии
Вена, Австрия*

alexander.lapin@wienkav.at

Австрия, средневропейская страна, насчитывающая около 8,5 миллионов жителей, относится к самым состоятельным странам Европейского Сообщества. Традиционно высокому уровню медицины (стоит вспомнить знаменитых венских врачей XIX века) соответствует высокий стандарт социального обеспечения, который создавался в особенности в послевоенные годы, т.е. во время всеобщего экономического подъема западных стран. В связи с этим, Австрию иногда называют «страной благосостояния» или «островом блаженствующих» (Wohlstandstaat, Insel der Seeligen). Демографические данные соответствуют этому названию: в стране высокая средняя продолжительность жизни (м – 75,9, ж – 81,7 лет) и одна из самых низких смертностей новорожденных в мире [1]. В последние годы всеобщее ухудшение экономических показателей привело к тому, что некоторые из достижений австрийской социальной системы (Таб.1) поставлены под вопрос, но, тем не менее, в целом они пока остаются в силе, только претерпели небольшие изменения.

...без гроша нет музыки

Так гласит венская пословица. В отношении к австрийской системе социального обеспечения это означает, что все имеющиеся преимущества даются не сами по себе, а требуют довольно больших средств. Необходимые средства собираются из прямых или косвенных налогов, обременяющих каждого гражданина Австрии (Таб.2). Например, «social tax» вносится за каждого служащего, однако платит его не работник, а работодатель. Большая часть суммы, внесенной в social tax, поступает в «Фонд здравоохранения» (больничную кассу, Krankenkasse), из средств которого покрываются обычные расходы на медицинское обслуживание и лекарства в случае заболевания. Как правило, эти фонды (примерно для 4/5 служащих) находятся в прямом распоряжении каждой из 9 австрийских провинций (Федеральных земель, Bundesländer), поэтому их называют «Региональными фондами здравоохранения» (Gebietskrankenkasse, GKK).

Кроме того, лица некоторых профессий, такие как железнодорожники, крестьяне, федеральные чиновники (включая учителей, сотрудников университета, слу-

Таблица 1. Преимущества социальной системы в Австрии [2]

• Пособие по беременности	• Дотация при компенсации убытков	• Надбавка, обеспечивающая прожиточный минимум
• Специальные дотации для матерей	• Профилактические медицинские мероприятия	• Пенсии и их индексация
• Пособие по уходу за ребенком	• Пособие по болезни	• Освобождение от оплаты (телефон, радио, ТВ)
• Пособие при рождении ребенка	• Выплаты в случае неплательтежеспособности банка	• Пособие по уходу за нетрудоспособными членами семьи
• Пособие многодетным семьям	• Пособие по безработице	
• Дотация на проживание	• Поддержка социально уязвимых слоев населения	
• Пособие на обучение	• Помощь жертвам преступлений	
• Стипендии	• Пособие по нетрудоспособности/инвалидности	
• Освобождение от налогов в экстренных случаях		

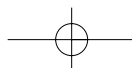


Таблица 2. Налоги (Taxes & Social Insurance) австрийских граждан.

- Подоходный налог: от 15 до 45% (в зависимости от величины заработной платы)
- Социальный налог: социальное (5%) + пенсионное (12,5%) страхование
- НДС: 20%

жащих полиции и др.) — имеют свои, т.н. «**малые фонды**» («*kleine Kassen*»). Они также организованы в каждой провинции и отличаются от «региональных фондов» (GKK) тем, что предоставляют более обширный спектр услуг — такие, как свободный выбор врача, полное медицинское обслуживание за границей и т.д.

Помимо перечисленных структур *обязательной* системы социального обеспечения, имеются дополнительные, *добровольные* формы медицинского страхования. Они предлагаются всеми страховыми компаниями и фирмами на коммерческой основе. Пациенту они гарантируют высший класс т.н. «**больничной готелерии**» а также возможность лечения в частных клиниках и санаториях. При поступлении таких пациентов в «обычные» больницы, все врачи, участвующие в процессах диагностики и лечения получают от страхового общества соответствующий гонорар. Определенные средства перечисляются и больнице.

Особую группу составляют частные предприниматели и представители свободных профессий, например, независимо работающие художники. Они застрахованы в системе добровольного, частного страхования, либо через «малый фонд», если такой существует для их профессии. Следует заметить, что и граждане, находящиеся на противоположном конце материальной лестницы — бездомные, — также обеспечены специальными социальными фондами, которые находятся в распоряжении провинций.

...организационные аспекты австрийской медицины

Правовую основу системы здравоохранения составляют соответствующие законы и постановления, возникавшие постепенно, часто в разных исторических контекстах. Некоторые из них действуют на уровне провинции, поэтому в рамках небольшого австрийского государства уместно говорить о региональных особенностях здравоохранения. Важным фактом является и то, что все австрийские врачи должны обязательно числиться членами «Врачебной палаты» (*Ärztelkammer*), причем членские взносы достигают весьма чувствительных раз-

меров. Это не всегда вызывает удовольствие, хотя Врачебная палата берет на себя за защиту профессиональных интересов врачей и предоставление правовой защиты на судебном процессе в случае врачебной ошибки и нанесения ущерба пациенту.[1].

Системой соответствующих законов урегулировано и обучение врачей, которое проводится в трех медицинских университетах (еще недавно факультетах) — в городах Вене, Граце и Иннсбруке. Все врачи получают общее университетское медицинское образование, которое длится шесть лет и заканчивается получением звания *Dr.med.*, т.е «**Доктор всей Медицины**», после чего следует специализация, которая проходит по одному из двух путей:

а) **трехлетняя** работа в *разных* больничных отделениях — обычно в городских больницах — в соответствии с точно установленным графиком, необходима

Рис.1: Число врачей разных специальностей в Австрии в 2002 г. [3]:



для того, чтобы стать «врачом общей практики» (Praktischer Arzt (GP)).

б) **шести- или семилетняя** работа в *определенных* больничных отделениях городских или университетских больниц — с целью стать «врачом-специалистом» (Facharzt).

В обоих случаях врач получает право самостоятельной врачебной деятельности, т.н. «**ius practicandi**».

На рис. 1 представлено число австрийских врачей разных специальностей в 2002 г. Характерно, что больше всего врачей-специалистов (42%), врачей общей практики (31%) и стоматологов (10%), в то время как специалисты по лабораторной диагностике составляют малочисленную группу (272 чел).

В соответствии с местом деятельности можно принципиально различать врачей:

- 1) «домашнего» сектора
- 2) «больничного» сектора

Из 35.000 врачей примерно 17.000 работает в «**домашнем секторе**» — т.е. в секторе первичного медицинского обслуживания. Это большая часть врачей общей практики (6.000), часть специалистов (7.800), а также большинство стоматологов (3.200).

Основной «функциональной единицей» этой части системы здравоохранения является «**врачебный кабинет**». Обычно это частная квартира, адаптированная определенным способом: она должна находиться на первом этаже, иметь комнату ожидания, приемную, санитарное оборудование, собственно рабочее помещение врача с необходимым оборудованием в зависимости от специальности и соответствовать строгим гигиеническим стандартам. Обычно в таком кабинете врач работает не один, он нанимает вспомогательный персонал — медсестру, секретаршу, уборщицу.

Чтобы избежать стихийности при устройстве и распределении врачебных кабинетов, выдача разрешений и лицензирование ведется по четкому плану и находится в компетенции «регионального фонда» (Gebietskrankenkasse), который также ответственен за равномерное распределение кабинетов в регионе.

На практике это определяется следующим способом: поскольку примерно 80% доходов обычного врачебного кабинета поступают от населения, т.е. из «регионального фонда», то для того, чтобы заключить контракт с региональным фондом, врачу необходимо принять его условия. Они включают, в частности, определение рабочих часов кабинета (например, чтобы кабинет был открыт и по пятницам после обеда), требования работы врача в кабинете с полной нагрузкой (full-time) или самостоятельного поиска

врачом соответствующей замены на время своего отпуска. Также устанавливается (коллективным договором), сколько врач будет получать за один «пункт» медицинской деятельности, сколько «пунктов» или врачебных действий необходимо провести при определенных диагнозах и т.д. Исполнение этих договоров подлежит строгому контролю со стороны фондов и в случае их нарушений фонд имеет право не оплачивать врачу запрашиваемый гонорар.

Но надо сказать, что в принципе любой врач может открыть собственный кабинет, вне зависимости от того, имеет ли он контракт с региональным фондом. Такая форма реализуется, например, как дополнение к другой деятельности врача. В этом случае пациенты платят наличными или оплату проводят добровольные формы медицинского страхования или иногда «малые фонды». Естественно, что такую возможность имеют лишь известные, выдающиеся врачи.

Приобретение нового кабинета молодым врачом также урегулировано особыми постановлениями. Здесь обычно самым большим барьером является финансовая компенсация инвестиций предыдущего владельца, особенно, если приходится расплачиваться за приобретенную предшественником дорогостоящую аппаратуру.

Больничный сектор по своей организационной структуре сопоставим с системой в России или других странах. В Австрии имеется 313 больничных заведений самых разных типов и направлений — от огромных университетских больниц (Венская общая университетская больница — Allgemeines Krankenhaus, насчитывает более 2.000 коек, относится к самым крупным в Европе) — до небольших специализированных клиник или гериатрических центров. В целом объем больничного сектора составляет 70.000 коек [3].

Трудно говорить об исключительно «частных» или «государственных» больницах (рис.2). Так, например

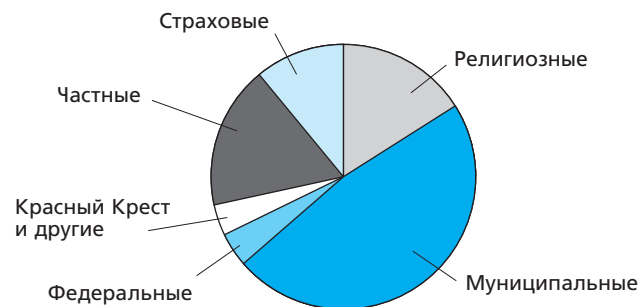


Рис.2: Принадлежность австрийских больничных заведений (организации и объединения, основные владельцы)

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

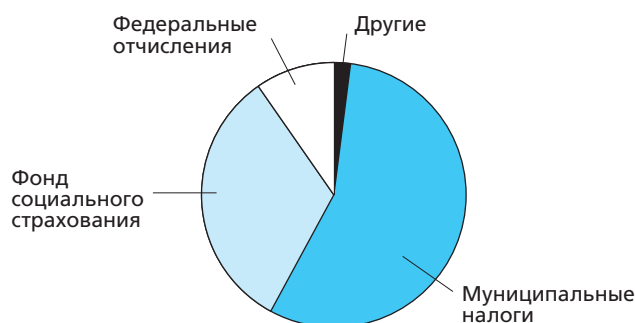
Таблица 3. Распределение австрийских лабораторий (OQUASTA, 2003).

Лаборатории в больницах на 1000 коек и более	46
Лаборатории в больницах на 500–1000 коек	43
Лаборатории в больницах на 500 коек и менее	203
Поликлиники	39
Врачебные кабинеты	55
Лабораторные медицинские учреждения	23
Кабинет врача общей практики	1.370
Кабинет врача-специальности	357
Промышленные лаборатории	29
Другие	17
Итого	2.182

больницы, которые можно условно назвать «государственными» на самом деле принадлежат провинциям или муниципалитетам и лишь в очень ограниченном масштабе — находятся в федеральном владении. Кроме того, здесь нередко используются современные экономические модели, такие как *акционерные общества, холдинги, ООО* и др. при которых основной «государственный» владелец располагает той или иной, обычно основной частью владения. Условно «частные» больницы, на самом деле опираются на со-принадлежность и субвенции больничных фондов, страховых обществ или даже «государственных» субъектов. Интересно, что довольно большая часть больниц находится во владении конфессиональных обществ (католических монастырей или объединений других вероисповеданий и религий).

Во всяком случае, австрийские больницы не могут опираться исключительно на прямые или косвенные поступления от пациентов; они должны привлекать также средства налоговых доходов — федеральных и региональных (Рис.3).

Наконец стоит остановиться и на структуре финансовых расходов больничного сектора. Примечательно, что самую большую часть занимает не сама врачебная деятельность, но общие расходы за оплату персонала (Рис.4). Этому соответствуют цели различных реформ, проводимых в здравоохранении. Они вызваны с одной стороны увеличением расходов на лечение пациентов вследствие технического прогресса, с другой стороны, стагнацией налоговых и других поступлений в здравоохранение из-за общего обострения экономической ситуации (прямая или косвенная безработица), а также и прогрессирующим старением населения. Пенсии и пособия для безработных загружают бюджет для со-

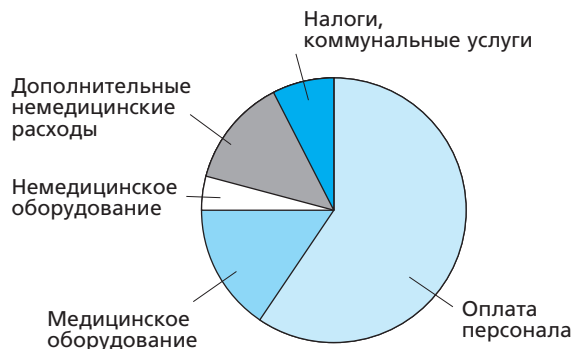
**Рис.3. Структура доходов больничного сектора [3]**

циального обеспечения и ставят политиков в области здравоохранения в незавидное положение.

В этой связи реформы с целью улучшить баланс бюджета социального обеспечения требуют снижения числа дорогих «клинических» коек, переведя их в койки «гериатрические» или отменяя их вообще. В этом смысле желательно и снижение срока пребывания в стационаре («готелерии») до минимума путем использования соответственной медицинской техники (напр. эндоскопические операционные технологии). Также, очень часто предлагается выделение из структур здравоохранения или приватизация как вспомогательных, немедицинских служб (прачечные и т.п.) так и некоторых медицинских подразделений (диагностико-радиологические и лабораторные).

Лабораторная служба в Австрии

Согласно данным общества OQUASTA — общества по контролю качества в лабораторной медицине [4] — на сегодняшний день в Австрии имеется более 2.000 медицинских диагностических лабораторий (Таб.3). Это число весьма впечатляет, однако большую часть этих лабораторий (около 1.700) составляют «лаборатории врачебных кабинетов». Такие лаборатории подразумевают обо-

**Рис.4. Обычная структура расходов австрийских больниц**

рудование кабинетов врачей общей практики и врачей-специалистов различными настольными приборами для измерения глюкозы, холестерина и т.д. (глюкометры, рефлотроны, и др.) или приборами для контроля антикоагуляционной терапии. В целом же лабораторная медицина, как и другие области медицины, в «домашнем» и «больничном» секторах имеет определенные различия.

Домашний сектор медицины

Исторически лабораторная медицина, как и другие врачебные специальности, начиналась в соответствующих «врачебных кабинетах». Специалист, врач-лаборант, открывал свой кабинет и проводил исследования проб пациентов, которые направляли к нему практические врачи или врачи-специалисты. Но очень скоро благодаря увеличению числа и расширения «меню» проводимых тестов, привлечению дополнительного медико-технического персонала «кабинеты» начали превращаться в лаборатории. Технический прогресс (автоматизация лабораторных исследований) привел к резкому скачку **продуктивности** таких лабораторий.

Однако **гонорары за «пункт»** деятельности в области лабораторной диагностики не всегда соответствовали растущей продуктивности лабораторий. Иначе говоря, снижение их стоимости происходило с запозданием относительно изменения реальной стоимости соответствующей деятельности. Это привело к тому, что в 70-80-е годы специалисты по лабораторной диагностике, имеющие свой «кабинет» оказались самыми состоятельными врачами из всех...

В последнее время эта ситуация резко изменилась. Фонды здравоохранения для экономии затрат прибегают к резким мерам с целью максимального занижения стоимости «пункта». Результатом таких попыток стали еще большие усилия лабораторий по повышению продуктивности работы (как можно больше тестов), и, порой к случаям «неофициальных сговоров» врачей-лаборантов с клиницистами для назначения как можно большего числа лабораторных исследований. Наряду с этим, многие лаборатории начали проявлять озабоченность относительно своего дальнейшего существования в условиях постоянно падающей стоимости за «пункт». В этих условиях фонды, для того чтобы сохранить стабильность регионального обеспечения — начали предписывать границы максимального объема тестов, выполняемых лабораториями. В случае если лаборатория работает, превышая такие границы, то фонд соответственно занижал свою компенсацию.

Ситуация временно нормализовалась. Но, увы, только лишь временно. Вступление Австрии в Европейское Сообщество имело свой резонанс и в австрийской лабораторной медицине. **«Консолидация»** лабораторной диагностики, которая в Германии, да и в других крупных западных странах — в США, Канаде, Австралии уже давно заняла значительное место, начала действовать и в Австрии.

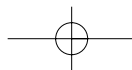
Призрак «Консолидации»

Итак, лаборатории со статусом «врачебного кабинета» начали постепенно (и порой вынужденно) сотрудничать: были организованы «кооперативы аппаратуры» (Apparaten-Gemeinschaften), для исследования некоторых особых тестов организовывались специальные лаборатории, закупка реактивов стала более координированной. Но и сам организационный принцип «врачебного кабинета» стал непрочным. Некоторые новаторские лаборатории, объявили себя «амбулаториями» или «институтами» и этим приобрели статус больничного заведения. Это, в свою очередь им позволило на основании соответствующих законов, нанимать как служащих других врачей-специалистов и, кроме того, увеличить медицинский персонал. Затем они получили возможность не ограничивать свою деятельность регионально, что позволило получать пробы из очень отдаленных мест, а также проводить более тесную кооперацию с другими специализированными лабораториями не только во всей Австрии, но в странах ЕС.

Более того. Лаборатории типа «амбулаторий» или «институтов», как и ранее обсуждаемый больничный сектор, смогли осуществить появление современных форм собственности (ООО, АО и т.д.), что естественно позволило привлечь соответствующие инвестиции. Например, Институт лабораторной диагностики IMCL сегодня обслуживает не только несколько тысяч врачей «домашнего» сектора, но и больничные структуры, соответствующие более 2.000 койкам в самых различных частных, конфессиональных и муниципальных больницах и гериатрических центрах.

Лаборатории больничного сектора

Согласно данным, приведенным в таб. 3 можно отметить, что значительная часть лабораторной службы находится в «больничном» секторе. Их организационная структура в общих чертах соответствует таковой в лабораториях России и других странах, различие может быть лишь в техническом оборудовании и эффективности. Интересен и тот факт, что средства, выделяемые на лабораторную диагно-



ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

стику, как и в других странах, едва превышают 3–5% общего бюджета больницы [1]. Несмотря на это, различные «реформаторские» инициативы администрации, имеющие цель «сэкономить» начинаются именно с лабораторий. Это проводится путем «out-sourcing», т.е. выделения лабораторной службы из экономической структуры больницы. Пример лабораторного института IMCL свидетельствует, что такие попытки увенчались успехом. Правда, в данный момент это скорее исключение, дискуссии о «консолидации» тех или иных структур в здравоохранении периодически ведутся, порой публично и не всегда с соответствующим профессионализмом.

...За границами Австрии

Если говорить о «консолидации» как о процессе, то надо указать на пример Германии, где этот процесс зашел значительно дальше, чем в Австрии. «Консолидация» немецкой лабораторной диагностики привела к тому, что в этой стране имеются буквально «концерны лабораторной диагностики». Они обслуживают огромные, даже по российским масштабам, территории (сыворотки доставляются авиарейсами несколько раз в день, например, из Южной Баварии в Гамбург). Если финансовый оборот маленькой диагностической лаборатории можно составлять от 1 до 5 миллионов евро, то оборот упомянутых концернов составляет не меньше 20–30 миллионов евро. У самых успешных из лабораторий оборот достигает 100 миллионов евро, что вполне соответствует подобным структурам в США и в других развитых государствах.

Естественно, такой прогресс в лабораторной диагностике приводит к основательному изменению приоритетов в этой отрасли: проблемы пре-аналитики, логистики и обеспечения качества становятся все более важными. Последнее касается не только обеспечения аналитического качества, но и **качества рабочих процессов**, которое здесь получает новое, совсем неожиданное значение. Благодаря современным средствам коммуникации, консультативный опыт врача-специалиста по лабораторной диагностике может при правильно построенной логистике найти более широкий доступ к коллегам — врачам-клиницистам.

Естественно, направление консолидации не остается без критики и имеет нерешенные вопросы. Безусловно, черты **монополизации** могут отрицательно сказаться именно на качестве лабораторной диагностики и в медицинском смысле. Это в какой-то мере дает оправдание современному распространению «**диагностики у постели пациента**» (РОСТ). В австрийских реалиях это отражается в уже упомянутом распространении методов «сухой химии» — настольных лабораторно-диагностических приборов.

Картина будет не полной, если не упомянуть опыт и другого соседнего с Австрией государства — Швейцарии, где развитие организации лабораторной диагностики пошло совсем другим путем. Здесь компенсация за «пункт» долгое время оставалась сравнительно одинаковой и не занижалась, как в Австрии или Германии. Вместе с этим поощрялось и проведение лабораторной диагностики в кабинетах врачей общей практики и клинических специалистов.

В результате, хотя население Швейцарии составляет примерно 3/4 населения Австрии, число лабораторий в кабинетах практических врачей и клинических специалистов тут вдвое больше (около 3000). Более того, численность и «меню» этих исследований намного выше, чем в соседних странах. Вместе с тем объем тестов, выполняемый централизованными «консолированными» лабораториями здесь намного ниже, чем за рубежом Швейцарии, даже в пересчете на одного жителя. Значительно ниже в Швейцарии и общие расходы на лабораторную диагностику. Все это означает, что врачу-практику или клиническому специалисту выгодно содержать собственную (даже маленькую) лабораторную установку, но одновременно и то, что лабораторную диагностику он вынужден — хотя бы по причинам экономии времени — проводить **рационально**, выбирая лишь самые необходимые тесты для выяснения конкретного диагностического вопроса.

Заключение

Вряд ли модель организации здравоохранения или лабораторной службы одной страны можно стопроцентно перенести в другую страну, тем более в сегодняшнюю Россию. Но наше время — время реформ, требует от нас творческой фантазии и быстрого приспособления к меняющимся условиям. Информация о том, как дело обстоит в других странах, во всяком случае, не может помешать; напротив, может помочь в поисках новых, эффективных решений и предотвратить возможные ошибки...

Литература:

1. Opolzer EM, Müller MM. Health care system and laboratory medicine in Austria: Present status and future perspectives. — 1999. — Clin Chim Acta., 290, 37-55.
2. Priesner E, Kiss K, Krückl K, Schnabl S: Staatslehre und Recht — Politische Bildung, Trauner Schulbuch, Linz, 1994.
3. Kux D: Hadbuch für die Sanitätsberufe Österreichs 2003/2004, Dieter Göschl Vlg., Wien, 2003.
4. www.oequasta.at

