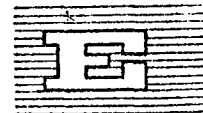


ОБЪЕДИНЕННЫЕ НАЦИИ
ЭКОНОМИЧЕСКИЙ
И СОЦИАЛЬНЫЙ СОВЕТ



Distr.
GENERAL

E/CN.4/1155/Add.19
3 October 1974

RUSSIAN
Original: ENGLISH

ЕВРОПЕЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ
КОМИССИЯ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА
Тридцать первая сессия

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ДОКЛАДЫ ПО ПРАВАМ ЧЕЛОВЕКА

Доклады об экономических, социальных и культурных правах
за период с 1 июля 1969 года по 30 июня 1973 года,
полученные от правительств в соответствии с резолюцией
1074 С (XXXIX) Экономического и Социального Совета

ФИНЛЯНДИЯ

III. I/

A. Право на труд

1. За исключением выборных должностей и постов и положений об охране труда, законодательство Финляндии не накладывает никаких ограничений на свободный выбор работы.

2. В соответствии с разделом 17 закона относительно контрактов по найму (320/70), работодатель обязан в контрактах по найму или других трудовых соглашениях руководствоваться таким размером заработной платы и другими условиями, которые предписаны для этой работы и сравнимой с ней деятельности в национальном коллективном соглашении и которые могут считаться общепринятой практикой в этом вопросе.

Система контроля за выполнением законодательства по охране труда была реорганизована законом от 16 февраля 1973 года (131/73), который значительно расширил возможности соответствующих руководящих органов применять принудительные меры в случае нарушения положений об охране труда. Посредством указанного закона была также сделана попытка установить сотрудничество между работодателями и рабочими и служащими в вопросах, касающихся техники безопасности на отдельных рабочих местах.

Законами, изданными в 1972 году и 1973 году, была также реорганизована администрация охраны труда. В соответствии с положениями этих законов, Национальная комиссия по охране труда будет руководить и контролировать администрацию охраны труда, выступая как центральный орган, подчиненный министерству социального обеспечения и здравоохранения. Вся страна разделена на округа по охране труда для районного руководства и контроля.

3. Согласно Конституции Финляндии, все трудящиеся граждане страны находятся под особой защитой государства. Это положение Конституции было дополнено законом от 28 июля 1972 года (592/72), который гласит:

I/ Секретариат Комиссии располагает также вспомогательными информационными материалами, опубликованными министерством социального обеспечения и здравоохранения Финляндии и предоставленными правительством Финляндии, для членов Комиссии, желающих с ними ознакомиться.

"При необходимости государство обеспечит возможность трудиться для каждого финского гражданина, если эта возможность не обеспечена законом".

4. См. пункт 2.

5. См. пункт 2.

6. За исключением определенных особых категорий рабочих и служащих, продолжительность рабочего дня и ежегодных отпусков устанавливается соответствующими законами, которые определяют максимальное число часов работы и минимальную продолжительность выходных дней и ежегодных отпусков.

7. В соответствии с разделом 52 закона о контрактах по найму работодатели и рабочие не должны препятствовать друг другу (так же как и один рабочий не должен препятствовать другому) в принадлежности, вступлении или работе в законной ассоциации. В случае нарушения этого положения предусматриваются определенные санкции.

8. Положения, касающиеся права на забастовки, включены в закон о коллективных соглашениях и в закон о контрактах по найму. В соответствии с первым законом, стороны, участвующие в коллективном соглашении, обязаны воздержаться от каких-либо враждебных действий, пока коллективное соглашение остается в силе. Из этого следует, что при отсутствии коллективного соглашения всегда существует право предпринимать враждебные действия. Закон о контрактах по найму содержит ясное положение о том, что ни один рабочий не может быть уволен и ни один контракт не может быть расторгнут на том основании, что указанный рабочий во время трудового конфликта принимал участие в забастовке или в других враждебных действиях, в которых он может участвовать согласно закону о коллективных соглашениях.

Администрация охраны труда в Финляндии
и ее развитие

По традиции государство несет ответственность за организацию охраны труда в Финляндии. До конца 1973 года работа в этой области проводилась в соответствии с законом о фабричной инспекции, принятым еще в 1927 году.

В 1971 году была начата реорганизация администрации охраны труда и соответствующих мероприятий по контролю, причем эта работа еще полностью не завершена. Основываясь на результатах работы двух специальных комитетов, созданных в 1971 году, парламент принял в 1972 году законы о контроле за охраной труда и об администрации по охране труда. Это означало, что ранее существовавший закон о фабричной инспекции, который содержал как положения о практической деятельности по контролю, так и положения по административной организации охраны труда, был разделен на два отдельных закона.

В 1973 году в закон об администрации по охране труда, который частично вступил в силу в 1972 году, были внесены поправки, и среди прочих, было включено положение о создании национальной комиссии по охране труда. Национальная комиссия по охране труда начала свою деятельность 1 октября 1973 года. Закон о контроле за охраной труда вступил в силу 1 января 1974 года. Этот закон, в частности, касается мер, которые следует предпринять на рабочих местах для охраны рабочих от производственных травм, и контроля за этими мерами.

Функции администрации по охране труда

В соответствии с законом об администрации по охране труда обязанностью этой администрации является содействие охране труда. Для выполнения этой задачи соответствующие руководящие органы должны выработать технику безопасности и охраны здоровья и осуществлять контроль за выполнением законов и норм по охране труда, а также выполнять другие функции, которые вменяются им по этому закону.

Кроме вышеупомянутых функций общего характера, администрация по охране труда должна:

- I) нести ответственность за меры, необходимые для планирования

и развития охраны труда;

- 2) нести ответственность за деятельность, связанную с информацией, исследованиями и обучением в области охраны труда;
- 3) обеспечивать посредством инспекций и обследований выполнение положений и норм законов, касающихся охраны труда;
- 4) выпускать инструкции, консультативные материалы и другие документы по практическому применению положений и норм закона, касающихся охраны труда;
- 5) предоставлять инструкции, консультации и обучение по охране труда предпринимателям, обходящимся своим личным трудом, и помогать им в планировании и развитии необходимой охраны труда;
- 6) поддерживать тесное сотрудничество с организациями работодателей и рабочих в области охраны труда;
- 7) сотрудничать с руководящими органами, учреждениями и организациями, занимающимися вопросами охраны труда и другими связанными с ней вопросами.

Вышеперечисленные формы деятельности являются частью так называемого "поощрения" охраны труда и являются не менее важными, чем традиционные мероприятия по контролю. При этом четко выделена роль компетентных руководящих органов, как высшей координирующей силы в деле охраны труда, по сравнению с добровольными организациями или органами, работающими по соглашению, например, компаниями по страхованию от несчастных случаев.

Организация администрации по охране труда

Администрация состоит из государственных организаций и организаций на уровне коммун. Начиная с 1 октября 1973 года центральным правительственным учреждением в этой области является Национальная комиссия по охране труда, которая руководит деятельностью, осуществляет контроль и проводит соответствующие мероприятия. Административно

Национальная комиссия по охране труда подчинена Министерству социального обеспечения и здравоохранения и, в частности, его департаменту охраны труда. При министерстве существует консультативный комитет по охране труда, в котором, среди прочих, представлены организации рынка рабочей силы и эксперты по охране труда. Районная администрация состоит из II округов по охране труда, которые отвечают за практическую работу по контролю.

Кроме осуществления работы общего характера по контролю, эти округа осуществляют инспекцию в области строительства, транспорта, сельского и лесного хозяйства. Согласно основному правилу, предприятия, на которых работают более 10 рабочих, или на которых используются опасная техника, опасные вещества или производственные процессы, — должны инспектироваться государственными органами. В каждом из округов по охране труда существует также комиссия по охране труда, состоящая из представителей работодателей, рабочих и организаций, занимающихся охраной труда.

На местном уровне роль органов по охране труда выполняют местные органы здравоохранения. Они руководят работой местных инспекторов. Государство участвует в выплате им жалованья. Местные инспекторы осуществляют контроль за условиями работы на имеющихся мелких предприятиях, чаще всего в сфере обслуживания и ремесленного производства.

Контроль за охраной труда

В законе о контроле за охраной труда определены способы контроля за соблюдением норм и законов по технике безопасности и охране здоровья. Целью этого закона является обеспечение максимальной безопасности и безвредности для здоровья при выполнении работы. Органы охраны труда должны осуществлять контроль всегда, когда эта обязанность вменяется им законом. На практике им поручается контроль за соблюдением всех законов, касающихся охраны труда и продолжительности рабочего дня.

Основными новыми положениями нового закона, вступившего в силу 1 января 1974 года, являются следующие.

I) Область действия нового закона шире, чем раньше, и охватывает теперь государственные учреждения и организации, коммуны (местные административные единицы), а также церковные или другие общественные объединения; закон относится к государственным служащим и чиновникам, ра-

ботающим в указанных организациях.

2) Развитие и поддержание безопасности и охраны здоровья на рабочих местах требует сотрудничества работодателей и рабочих и служащих. Разумеется, раньше тоже существовали положения о таком сотрудничестве, но они носили общий характер. Организации рынка рабочей силы заключали соглашения по сотрудничеству в области охраны труда на добровольных началах. Новый закон делает такое сотрудничество обязательным. Согласно закону, работодатель обязан назначить руководителя по технике безопасности, отвечающего за такое сотрудничество, если работодатель не берет эту обязанность на себя. На предприятиях, где регулярно работают более 10 рабочих, они должны выбирать делегата по технике безопасности и двух заместителей делегата, на два года каждого. Эти делегаты представляют рабочих в вопросах, касающихся сотрудничества по охране труда. Кроме того, делегаты представляют рабочих по отношению к руководящим органам охраны труда. Предприятия, где регулярно работают более 20 рабочих, обязаны учреждать комитет по охране труда, состоящий из представителей работодателя и рабочих. Такой комитет должен содействовать технике безопасности и охране здоровья рабочих на рабочих местах. Закон также дает возможность организациям рынка рабочей силы содействовать сотрудничеству путем специальных соглашений.

3) По новому закону увеличилось число возможных принудительных мер. Так, органы охраны труда имеют право прибегнуть к штрафу, обязать работодателя улучшить условия труда за его счет, предупредить о прекращении работы или прекратить работу, а также недопустить или запретить использование той или иной техники или какого-либо производственного процесса. Однако, прежде чем принимать принудительные меры, следует попытаться исключить злоупотребления или недостатки путем использования инструкций и консультаций.

Планы на будущее

Реформы, введенные в области организации охраны труда и в соответствующей деятельности по контролю, составляют основу для координированной охраны труда. Предполагается объединить все формы охраны труда под эгидой администрации по охране труда. Прежде всего, будет проведена работа по передаче функций контроля за охраной труда Национальной комиссии по охране труда в горнодобывающей промышленности и судоходстве.

Имеются также планы передать Институт по профессиональной охране здоровья непосредственно в ведение государственной администрации и финансировать его деятельность из государственных фондов. В настоящее

время руководство деятельностью этого института осуществляется за счет Учрежденного фонда. Вероятно, этот план будет осуществлен до 1977 года. Кроме того, будут учреждены новые районные институты. Помимо решения других задач, они будут обслуживать округа по охране труда.

Комитет, занимавшийся вопросами обучения в области охраны труда, рекомендовал существенно увеличить ресурсы и расширить поле деятельности в этой области. Это повлечет за собой изменения в организации охраны труда.

Наконец, следует упомянуть, что ныне действующий закон об охране труда 1958 года, будет пересмотрен комитетом экспертов. Это наиболее важный закон из всех законов, устанавливающих нормы условий работы на рабочем месте, и его пересмотр стал злободневным вопросом вследствие возникновения новых проблем, связанных с быстрым развитием в последние годы. В этой связи, очевидно, будут подробно рассматриваться различные аспекты окружающей среды на рабочих местах. Помимо аспектов, касающихся изменений в технологии, особое внимание будет уделяться технике безопасности, производственной медицине и психологии.

III.

E. Право семьи, матери и ребенка на попечение и помощь

После 1972 года была проведена дальнейшая работа и осуществление реформы в законодательстве, касающемся детских учреждений и системы компенсации семейных расходов.

19 января 1973 года был принят закон о детских учреждениях (36/73), а 16 марта 1973 года было выпущено соответствующее распоряжение (239/73). Закон вступил в силу 1 апреля 1973 года и обеспечил законодательную основу для деятельности детских учреждений в целом и для ее развития.

4 января 1974 года было принято несколько законов, направленных на полную реформу системы компенсации семейных расходов. В частности, эта реформа была направлена на улучшение положения семей, где имеются дети, путем повышения уровня помощи, предоставляемой таким семьям, и путем возмещения уменьшающейся покупательной стоимости предоставляемых им безвозвратных ссуд. В связи с унификацией и упрощением системы пособий было также решено оказывать более эффективную помощь, чем раньше, детям, живущим в условиях низкой материальной обеспеченности. С этой

целью были приняты, среди прочих, закон, вносящий поправку в раздел I закона о пособиях на детей (1/74), закон, отменяющий закон о пособиях на семью (5/74), закон, отменяющий закон о специальных пособиях на детей (6/74), закон, вносящий поправку в закон об авансах на содержание детей (7/74). Кроме того, декретом Государственного Совета от 7 февраля 1974 года (135/74) был увеличен размер безвозвратной ссуды по беременности и родам.

В текущем году предполагается предпринять шаги, касающиеся реформы существующего закона о материальном обеспечении детей (52/36). Будет также проведена работа по дальнейшему развитию деятельности детских консультаций, с тем чтобы они лучше вписывались в общую систему здравоохранения.

Более того, правительство обещало повысить пособия на детей по крайней мере на 25% в течение текущего и будущего года. Соответственно будет повышен размер безвозвратных ссуд по беременности и родам, а продолжительность выплаты пособия по родам будет увеличена до шести месяцев.

Детские консультации в 1968-1973 годах

	Число консультаций	Число обслуживаемых детей
1968	33	..
1969	33	..
1970	36	..
1971	35	23 454
1972	39	20 266
1973	41	..

Детские дома и число коек в них в 1968-1972 годах

	Детские дома	Койки
1968	208	4976
1969	205	4887
1970	207	4964
1971	206	4942
1972	205	4876

Детские сады и ясли в 1968-1973 годах

	Число мест
1968	32 635
1969	44 026
1970	34 627
1971	40 731
1972	46 535
1973	49 000 ^x

^x предварительные данные

Материальное обеспечение детей в 1968-1972 годах

	Без льгот	Число детей, обучающихся на льготных условиях	Всего
1968	12 368	6681	19 049
1969	12 102	6201	18 303
1970	12 013	6564	18 577
1971	13 849	7658	21 507
1972	11 183	6462	17 645

Жилищные субсидии, выплачиваемые семьям, имеющим детей в 1968-1973 годах

	Число семей	Число детей в таких семьях
1968	17 129	52 304
1969	20 661	61 360
1970	22 402	66 496
1971 ^{I/}	22 187	64 969
1972	28 247	73 186
1973	32 087	78 662

^{I/} Начиная с 1971 года статистика дает информацию на последний день года. В предыдущие годы приведенные цифры включают все семьи, получившие жилищные субсидии в течение рассматриваемого года.

Специальные пособия на детей в 1968-1972 годах

	Число семей	Число детей
1968	42 735	78 630
1969	26 941	48 740
1970	24 886	46 875
1971	26 154	49 076
1972	28 739	52 813

Пособия на семью в 1968-1972 годах

	Число семей	Число детей
1968	55 437	116 331
1969
1970
1971	39 142	78 737
1972	36 460	72 362

Пособия по беременности и родам в 1968-1973 годах

	Число семей	Число детей
1968	70 532	71 242
1969	63 985	64 672
1970	61 832	62 507
1971	60 000	60 602
1972	58 035	58 673
1973	56 000 x	56 789 x

x предварительные данные

Пособия на семью в 1968-1973 годах

	Число семей	Число детей	Сумма пособия	Общее число пособий (в млн.)
1968	640 164	1 275 476	17,33 - 24,67 фин. марок	305,88
1969	640 066	1 250 067	17,33 - 24,67 фин. марок	299,16
1970	637 265	1 218 010	19,00 - 27,00 фин. марок	304,66
1971	636 661	1 189 329	20,67 - 29,33 фин. марок	336,96
1972	637 976	1 164 287	22,33 - 31,67 фин. марок	354,83
1973	642 183	1 148 655	22,33 - 43,34 фин. марок	357,91

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФИНЛЯНДИИ

со специальным освещением новых законодательных и плановых мероприятий

Автор: Кари Пууро,
Генеральный секретарь
министерства социального обеспечения и
здравоохранения Финляндии

1. Вводные замечания
2. Общая характеристика администрации здравоохранения в Финляндии
3. Структура оказания услуг в области здравоохранения
4. Мероприятия последних лет в области планирования
 - 4.1 Законодательство в области планирования
 - 4.2 Национальные планы
 - 4.3 Районные и местные планы
5. Задачи и перспективы

I. Вводные замечания

Финляндия как страна характеризуется скандинавским типом развитой смешанной экономики и культурной однородностью населения, составляющего 4,7 млн. человек. Население распределено примерно поровну между городскими и сельскими районами. 20% экономически активного работающего населения получают средства к существованию за счет первичного производства (сельское и лесное хозяйство), 35% — за счет вторичного производства (обрабатывающая промышленность) и 45% — за счет третичного производства (услуги). Основная часть населения сконцентрирована в прибрежных и юго-западных районах страны, которые являются наиболее экономически развитыми. Возрастная структура населения моложе, чем в других скандинавских странах: 9,5% населения старше 65 лет.

По состоянию здравоохранения Финляндия несколько отличается от многих других промышленно и экономически развитых стран. Коэффициент детской смертности один из самых низких в мире (Финляндия на втором месте), он составлял 11,8 на тысячу живорождений в 1971 году. Однако смертность среди взрослых, особенно среди мужчин, исключительно высока из-за всех основных причин смерти: сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей (особенно рак легких) и несчастных случаев (самоубийства, транспортные аварии). Ожидаемая продолжительность жизни при рождении составляет 65,5 лет для мужчин и 73 года для женщин. В общей картине заболеваемости преобладают хронические болезни многофакторной неспецифической этиологии, такие как перерождение миокарда, заболевание двигательной системы и психические расстройства.

2. Общая характеристика администрации здравоохранения в Финляндии

Высшим органом управления в области здравоохранения является министерство социального обеспечения и здравоохранения. В состав министерства входит департамент здравоохранения, основными задачами которого являются: подготовка законодательных актов в области здравоохранения, подготовка бюджетных предложений в области здравоохранения и разработка основных принципов планирования здравоохранения в национальном масштабе.

Министерству социального обеспечения и здравоохранения подчиняется центральный административный орган — Национальная комиссия здравоохранения. Ее основными обязанностями являются:

I) руководство, контроль и развитие медицинского обслуживания и фармацевтического производства, распределения и продажи медикаментов;

2) руководство и контроль за деятельностью учреждений медицинского обслуживания и лабораторий;

3) осуществление деятельности по планированию, исследованиям, рационализации, стандартизации и консультации.

На районном и местном уровнях административная структура различна для общего медицинского обслуживания и специализированного стационарного лечения, что будет пояснено ниже. (Основная структура администрации здравоохранения на центральном уровне представлена на рис. I).

3. Структура оказания услуг в области здравоохранения

Прежде всего, уместно привести некоторые статистические данные о штатах здравоохранения и других ресурсах. Количество врачей составляет около 1 на тысячу жителей. На тысячу жителей приходится примерно 5 медицинских сестер и около 13 больничных коек.

В Финляндии большая часть услуг в области здравоохранения предоставляется обществом. В настоящее время 98% больничных коек находится в общественных больницах и подавляющее большинство амбулаторных услуг также производится в общественных учреждениях.

В Финляндии существуют местные административные единицы — коммуны — которые отвечают за предоставление услуг в области здравоохранения. Коммуны пользуются правом налогообложения и обладают ограниченным самоуправлением. Закон о здравоохранении, вошедший в силу в 1972 году, предусматривает, что коммуны должны организовывать оказание основных услуг в области здравоохранения. Через несколько лет эти услуги, в соответствии с законом о здравоохранении, будут предоставляться бесплатно. Однако часть коммун в Финляндии настолько малы, что они не в состоянии обеспечить предоставление этих основных услуг. Поэтому коммуны объединяются в федерации, которые содержат центры здравоохранения. Деятельность таких центров должна охватывать не менее 10 000 жителей. К тому времени, когда этот план будет осуществлен, в стране будет насчитываться около 220 центров здравоохранения.

Предоставление специализированного стационарного лечения также входит в обязанности коммун. Такое стационарное лечение обеспечивается больничными федерациями коммун. Вся страна подразделяется на 21 центральный больничный округ, 19 округов для лечения психических больных и 18 округов для лечения туберкулеза. Кроме того, имеется значительное число больниц меньшего масштаба, которые находятся в ведении

своих федераций коммун. В настоящее время министерство социального обеспечения и здравоохранения готовит законопроект, целью которого является объединить огромное количество существующих больничных федераций коммун в 20 районных федераций коммун, которые будут отвечать за все виды стационарного лечения, предоставляемого специалистами в соответствующих округах.

Поскольку коммуны значительно отличаются по экономическому положению, государство берет на себя часть их расходов по здравоохранению.

4. Мероприятия последних лет в области планирования

4.1 Законодательство в области планирования

По закону о здравоохранении, вступившему в силу в 1972 году, государство и коммуны впервые были обязаны осуществлять планирование здравоохранения. Законом предусматривается, что Национальная комиссия здравоохранения ежегодно должна составлять пятилетний план по организации услуг в области здравоохранения в стране. Министерство социального обеспечения и здравоохранения представляет его Государственному Совету для утверждения. Кроме того, каждая коммуна ежегодно должна составлять пятилетнюю программу деятельности в области здравоохранения, которая должна быть согласована с национальным планом. Национальная комиссия здравоохранения утверждает планы, представляемые коммунами. После вступления в силу закона о здравоохранении в него были внесены также поправки, касающиеся администрации специализированных больниц. Больницами составляется национальный пятилетний план по организации специализированного больничного лечения. Каждый центральный больничный округ должен ежегодно составлять план больничного лечения и представлять его Национальной комиссии здравоохранения для утверждения.

Планы больничного обслуживания и работы в области здравоохранения на местах, образуют единую систему планирования в области здравоохранения в Финляндии. Одновременно, Государственный Совет рассматривает национальные планы. Таким образом, Государственный Совет ежегодно пересматривает свою позицию по отношению к важнейшим вопросам развития всей системы государственного здравоохранения.

4.2 Национальные планы

Национальные планы, так же, как и Национальная комиссия здравоохранения, обеспечивает общее руководство коммунами в деле здравоохране-

ния. Планы определяют характер и круг обязанностей коммун. Контроль за политикой в области здравоохранения, осуществляемый при помощи национальных планов, основывается на следующих методах.

1) Планы устанавливают общие национальные задачи по развитию здравоохранения. В настоящее время основными задачами являются устранение неравенства в предоставлении услуг в области здравоохранения в различных частях страны и усиленное развитие тех видов обслуживания, которые необходимы для лечения наиболее часто встречающихся у населения болезней.

2) Планы определяют характер деятельности в области здравоохранения и основные принципы работы. Планы включают также положение об организации дежурств врачей в центрах здравоохранения и положение о работе поликлиник при больницах с 8 часов утра до 8 часов вечера.

3) Планы регулируют рост численности персонала. В планах указывается также тип и численность дополнительного персонала, который необходимо набрать для больниц и других учреждений здравоохранения. С другой стороны, в планах указываются также те районы, куда следует направить дополнительный персонал. Считается, что распределение ресурсов медицинского персонала по районам является одним из наиболее важных аспектов системы здравоохранения.

4) Планы определяют экономическую базу для развития здравоохранения на пятилетний период.

4.3 Районные и местные планы.

Коммуны и федерации коммун в своих планах по здравоохранению и стационарному лечению детально разрабатывают задачи и способы их выполнения в различных областях здравоохранения. Эти планы по распределению услуг касаются характера, объема и способов выполнения соответствующих работ. Те или иные проблемы имеют различное значение для разных частей страны и разных административных единиц. Условия различны и для отдельных коммун. Следовательно, само местное население может принимать более правильные решения относительно распределения услуг, если только они соответствуют принципам, принятым в общенациональном масштабе. Таким принципом является следующий: потребители услуг должны иметь возможность участвовать в принятии решений, касающихся услуг, предоставляемых обществом. Одной из важных сторон местного самоуправления, в том числе и с точки зрения обеспечения услуг в области здравоохранения в коммунах, является контроль, осуществляемый потребителя-

ми услуг.

Планы, составляемые коммунами и федерациями коммун, направляют политику в области местного здравоохранения. Например:

1. Планы определяют количество и качество услуг, а также принципы работы в данном районе на следующие пять лет.
2. Планы устанавливают сроки выполнения работ в области услуг по здравоохранению.
3. Планы определяют основные направления политики капиталовложений для коммун и федераций коммун.
4. Планы детально нормируют численность персонала в учреждениях, которые содержатся коммунами и федерациями коммун.

Важность этих местных планов в выработке политики в области здравоохранения состоит в их согласованности с общенациональным планом, что контролируется Национальной комиссией здравоохранения. Соответствие планов коммун общенациональным планам является необходимым условием для получения государственных субсидий.

Мы уверены, что эта взаимозависимость между планами и субсидиями будет являться основой создания единой плановой системы, связанной с принятием решений. Такая система позволяет также лицам, принимающим политические решения, осуществлять контроль за тем, чтобы ресурсы, потребляемые обществом на здравоохранение, использовались в соответствии с реальными нуждами населения.

В настоящее время еще слишком рано делать оценку системы планирования здравоохранения в Финляндии. Через пять-десять лет мы, вероятно, сможем оценить, достигается ли решение поставленных задач, выбранными нами методами. Сейчас мы, однако, считаем, что наиболее важные проблемы политики в области здравоохранения в промышленно развитом обществе могут быть решены путем применения описанных выше методов планирования.

5. Проблемы и перспективы

Одной из основных проблем с точки зрения центрального правительства в области здравоохранения является следующий факт: совершенствование медицинских знаний, а также совершенствование и удорожание меди-

цинской техники быстро увеличивает стоимость медицинского обслуживания, в то время как "отдача" от этого обслуживания в виде здоровья населения оказывается относительно небольшой по сравнению с затратами на усиление здравоохранения и профилактику болезней и несчастных случаев. Однако, ожидается, что в настоящее время необходимые административные потребности уже удовлетворены настолько, чтобы удерживать экспоненциальный рост расходов на здравоохранение в приемлемых пределах, и чтобы выделять относительно больше ресурсов на профилактику и амбулаторное лечение. Тем не менее современный образ жизни и поведения людей (питание, транспорт, курение и т.д.) порождает дополнительные опасности для здоровья, на которые можно лишь частично повлиять обычными мерами в области здравоохранения. Для эффективности решения этих проблем необходимо выработать новую стратегию и тактику.

ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

принят в Хельсинки 28 января 1972 года

В соответствии с решением Парламента, принимается следующий закон:

Глава I.

Работа в области здравоохранения

§ 1. Под работой в области здравоохранения понимается забота о здоровье человека и об окружающей его среде и медицинское обслуживание человека, а также деятельность, связанная с этим и имеющая целью поддержание и улучшение состояния здоровья населения.

Если другими законами или установлениями, принятыми на основании этих законов, не предусматривается или не предписывается противное, постановления настоящего закона распространяются на работу в области здравоохранения, упомянутую выше в абзаце I, за исключением деятельности, направленной на оздоровление окружающей человека среды, и мероприятий, связанных с этой деятельностью, обусловленных установлениями, изложенными в других документах.

Глава 2.

Администрация

§ 2 Высшее руководство и контроль за работой в области здравоохранения возлагается на Национальную комиссию здравоохранения.

§ 3 Национальная комиссия здравоохранения должна каждый год составлять национальный план мероприятий и организации работы в области здравоохранения на последующие пять календарных лет. Этот план и любые поправки к нему должны быть представлены на утверждение Кабинету, который одновременно решает вопрос о времени представления местными властями (коммунами) планов мероприятий, предусмотренных § 19, на рассмотрение Национальной комиссии здравоохранения для включения в национальный план.

§ 4. Работа в области здравоохранения внутри каждой губернии должна контролироваться и инспектироваться губернской комиссией, подчиненной Национальной комиссии здравоохранения.

При решении вопросов общего или перспективного характера в отношении работы в области здравоохранения в помощь губернской комиссии может быть создан консультативный совет, который должен быть предусмотрен соответствующим статутом.

§ 5. Местные власти (коммуна) несут ответственность за работу в области здравоохранения в соответствии с положениями настоящего закона или других установлений.

С согласия Национальной комиссии здравоохранения коммуны могут совместно отвечать за деятельность, предусмотренную в абзаце I, организуя для этой цели федерации коммун. С согласия Национальной комиссии здравоохранения коммуна может также договариваться с соседней коммуной о том, что последняя берет на себя ответственность за некоторые функции, упомянутые в абзаце I.

В некоторых случаях правительство по рекомендациям Национальной комиссии здравоохранения и после заслушивания заинтересованных коммун пользуется правом приказывать коммунаам войти в кооперацию, предусмотренную в абзаце 2, и сформулировать условия для такой кооперации.

В случае, если деятельность, предусмотренная настоящим законом, закрепляется за федерацией коммун, она же должна нести ответственность за выполнение задач коммун в работе в области здравоохранения, предусмотренной другими законами.

Положения этого закона, касающиеся коммун, коммунальных советов и населения коммун должны также распространяться и на федерации коммун, федеральные советы и население коммун-членов федерации.

§ 6. Коммуна должна иметь местную комиссию здравоохранения, которая помимо того, что предусмотрено настоящим законом, должна нести ответственность за выполнение задач, предусмотренных для местной комиссии здравоохранения другими законами.

Если за работу в области здравоохранения несет ответственность федерация коммун, то она должна назначить местную комиссию здравоохранения, общую для коммун-членов федерации, а последние, в свою очередь, не имеют никаких своих местных комиссий здравоохранения.

Местная комиссия здравоохранения должна подразделяться на общий отдел и отдел контроля.

В директиве, упоминаемой в § 20, может быть предусмотрено, что местная комиссия здравоохранения делится на отделы иначе, чем описано выше, или что комиссия функционирует без деления на отделы, или что руководство работой в области здравоохранения организуется иначе, чем предусматривается настоящим законом, если это считается целесообразным по соображениям количества населения коммуны или по каким-либо другим причинам.

§ 7. Отдел контроля должен заниматься вопросами, связанными с оздоровлением окружающей человека среды, а общий отдел — другими вопросами, возложенными на местную комиссию здравоохранения.

Местная комиссия здравоохранения как единый орган должна заниматься вопросами, которые надлежит представлять на рассмотрение национальных властей, а также вопросами касающимися:

- 1) бюджета
- 2) годового отчета
- 3) круга ведения
- 4) найма и увольнения персонала, отпусков персонала, в той степени, в какой эти вопросы входят в сферу деятельности комиссии, и
- 5) вопросов, которые по своему характеру являются общими для отделов.

Вопросы иного характера, чем упомянутые в абзаце 2, должны решаться местной комиссией здравоохранения как единым органом, если не ясно, входят ли они в компетенцию того или иного отдела.

§ 8. Местная комиссия здравоохранения должна насчитывать не менее 10 и не более 12 членов, а отдел — не менее 6 членов.

Если местная комиссия здравоохранения не делится на отделы, количество ее членов может быть меньшим, чем предусмотрено в абзаце 1, но не менее 6.

Члены местной комиссии здравоохранения и личный заместитель каждого из них должны назначаться местным советом, а в случаях, предусмотренных в абзаце 2 § 6 — федеральным советом федерации коммун сроком на 4 года. На этот же период времени из числа членов комиссии совет назначает председателя и вице-председателя комиссии.

На период своей деятельности местная комиссия здравоохранения назначает членов отделов из числа комиссии и их заместителей из числа заместителей членов комиссии. Из числа назначенных членов отделов комиссия назначает на такой же период председателя и вице-председателя каждого отдела.

§ 9. Ни один правительственный служащий, в обязанности которого входит контроль и инспекция работы в области здравоохранения, не подлежит назначению в местную комиссию здравоохранения в пределах района, вверенного под его наблюдение.

§ 10. Правительственный орган контролирующей работу в области здравоохранения, имеет право для определенных целей потребовать созыва заседания местной комиссии здравоохранения или ее отдела.

Правительственный орган или назначенный им представитель имеет право присутствовать на таких заседаниях и принимать участие в обсуждении вопросов, но не в принятии решений.

§ 11. Для выполнения своих обязанностей местная комиссия здравоохранения наделяется полномочиями требовать сведения от правительства, церковных органов и коммун и от всех лиц, занимающихся работой в области здравоохранения, при условии, что выдача этих сведений не нарушает требования соблюдения секретности.

§ 12. Должностные лица, подчиненные местной комиссии здравоохранения, наделяются властью проводить в пределах их компетенции инспекцию там, где возникает повод подозревать опасность или вред для здоровья. Однако, в отношении обследования домов предусматриваются специальные положения.

§ 13. Местная комиссия здравоохранения должна представлять Национальной комиссии здравоохранения и губернской комиссии сведения о работе в области здравоохранения, приведенной коммуной, и на основе этих сведений подготавливать годовой отчет за истекший год по форме, утвержденной Национальной комиссией здравоохранения. Годовой отчет должен представляться Национальной комиссии здравоохранения и губернской комиссии в конце апреля следующего года.

Глава 3.

§ 14. Работа коммуны в области здравоохранения

В работе в области здравоохранения в рамках плана мероприятий, упомянутых в § 19, коммуна обязана:

- 1) осуществить общие мероприятия по охране здоровья, под чем понимается информационная работа в области здравоохранения, консультации по применению противозачаточных средств и организация обследований общего состояния здоровья населения коммуны;
- 2) организовывать медицинское обслуживание населения коммуны, под чем понимается обследование у врача и лечение, проводимое им или под его наблюдением, восстановление здоровья, а также оказание неотложной помощи в пределах коммуны;
- 3) обеспечивать транспортировку больных, за исключением приобретения и эксплуатации самолетов, необходимых для этого, и специальных транспортных средств для тяжелых условий транспортировки и т.п.;
- 4) проводить постоянную работу по борьбе с заболеваниями зубов, под чем подразумеваются информационная работа и предупредительные мероприятия, а также обследование и лечение зубов у населения коммуны; и
- 5) осуществлять здравоохранение в школах, под чем понимается наблюдение за состоянием здоровья учащихся в начальных школах, в средних школах первой ступени, в комплексных школах, в средних школах второй ступени и в государственных профессиональных школах, расположенных на территории коммуны, медицинское обслуживание учащихся этих школ, а также необходимые специальные обследования с целью установления состояния здоровья любого учащегося, как это подробно предусмотрено соответствующим статутом.

Под "жителем коммуны" в настоящем законе подразумевается лицо, которое имеет постоянное место жительства в этой коммуне, как это определено на основании § 9 закона о регистрации населения (141/69). Под словами "коммуна проживания и жилища" такого лица понимается коммуна в которой это лицо проживает.

§ 15. Для осуществления функций, упомянутых выше, в пунктах 1-5 абзаца 1 § 14, коммуна должна иметь центр здравоохранения. Функции центра здравоохранения по мере надобности осуществляются во вспомогательных приемных помещениях или с помощью передвижных пунктов медицинской помощи.

Кроме функций, упомянутых в абзаце I, коммуна может возлагать на центры здравоохранения задачи по работе в области здравоохранения, относящиеся к ведению коммун в соответствии с другими законами.

С согласия Национальной комиссии здравоохранения коммуны могут договариваться с работодателями и школами, кроме упомянутых в пункте 5, абзаца I § I4, о том, что центр здравоохранения будет осуществлять меры здравоохранения, возложенные на работодателя или школу.

§ I6. Приоритет на предоставление больничной койки в центре здравоохранения отдается больным, которых, ввиду специфики их заболевания или необходимости обследования, лечения или восстановления здоровья, либо ввиду уровня выздоравливания, наиболее целесообразно помещать туда. Лицо, нуждающееся в срочной медицинской помощи, которая может быть оказана в центре, должно всегда быть обеспечено больничной койкой в центре здравоохранения для оказания этой помощи, в случае невозможности обеспечить соответствующее обследование и лечение в центре здравоохранения, должно направляться или перевозиться в соответствующее медицинское учреждение.

В случае, если длительность пребывания пациента из другой коммуны на больничной койке центра здравоохранения данной коммуны превосходит среднюю продолжительность пребывания в больнице, или по просьбе пациента центр здравоохранения должен предпринять меры по переводу этого пациента в центр здравоохранения или другое медицинское учреждение, находящееся в ведении коммуны, являющейся местом жительства пациента, если этот перевод не связан с опасностью для здоровья пациента.

§ I7. Ответственный врач центра здравоохранения должен решать, где следует лечить больного: вне стен лечебного учреждения, включая лечение в домашних условиях, или на больничной койке в центре здравоохранения. Он также может решать вопрос о переводе больного в другое медицинское учреждение.

§ I8. В регистрационных документах центра здравоохранения должны быть записи о состоянии здоровья любого человека, обратившегося к врачу или другому лицу в центре здравоохранения, или о том, кого посетили работники центра здравоохранения, а также и о том, кто поступил на больничную койку центра здравоохранения. По требованию центр здравоохранения должен выдавать любому другому медицинскому учреждению информацию, содержащуюся в регистрационных документах центра здравоохранения, относительно пациента, который обслуживается в данном учреждении, либо выдавать копию этих регистрационных документов, либо одалживать их. В случае, если пациент переезжает в другую коммуны, его регистрационные документы переводятся в соответствующий центр

здравоохранения по запросу последнего.

Любые регистрационные документы, содержащие сведения, о которых говорится выше, в абзаце I, и забытые в районе центра здравоохранения лицом, практиковавшим в этом районе в качестве врача-терапевта или зубного врача, или документы, которые принадлежат частному медицинскому учреждению или научно-исследовательскому медицинскому учреждению, закончившему свою деятельность в центре здравоохранения передаются в архив центра здравоохранения и хранятся в отдельном разделе архива.

§ 19. Местная комиссия здравоохранения должна каждый год составлять на последующие 5 календарных лет план мероприятий по работе в области здравоохранения, о чем говорится в § 14. План мероприятий включается в национальный план, утверждаемый Кабинетом на основании § 3.

План мероприятий, как это предусматривается статутом включает подробный отчет по объему и виду мероприятий и по установленным и текущим расходам, связанным с деятельностью коммун в области здравоохранения. План мероприятий должен быть одобрен местным советом и утвержден Национальной комиссией здравоохранения, на рассмотрение которой этот план должен быть представлен в сроки, определенные Кабинетом на основании § 3. Мнение губернской комиссии относительно плана должно быть получено до его утверждения.

План мероприятий утверждается без изменений, хотя некоторые поправки и могут быть сделаны. Если план мероприятий противоречит закону или статуту или если он не соответствует национальному плану, утвержденному Кабинетом, или если он нецелесообразен по каким-либо иным причинам, он должен быть возвращен для пересмотра. Если Национальная комиссия здравоохранения вновь сочтет, что пересмотренные решения местного совета неприемлемы по тем же причинам, дело передается на рассмотрение и решение Кабинета.

Положения абзацев I и 2 относительно составления, одобрения и утверждения плана мероприятий должны соблюдаться в случае внесения изменений в утвержденный план мероприятий в результате изменений в национальном плане, утвержденном Кабинетом, или в результате других причин.

§ 20. В директиве о работе в области здравоохранения должны более подробно излагаться способы руководства работой в области здравоохранения в коммуне.

В числе прочих пунктов директива должна содержать положения относительно обязанности врачей в центре здравоохранения оказывать по требованию помощь полицейским властям в проведении судебно-медицин-

ской экспертизы, включая клиническое обследование живого человека или физическое обследование трупа, а также положения об их обязанности работать в качестве врачей по обследованию лиц, подлежащих призыву на военную службу, в случае, если власти, осуществляющие призыв, обратятся в местную комиссию здравоохранения с такой просьбой.

Директива и любые поправки к ней должны одобряться местным советом и утверждаться Национальной комиссией здравоохранения. Что касается утверждения, то положения абзаца 2 § 19, должны соблюдаться в части касающейся с оговоркой, что этот вопрос не должен представляться на рассмотрение и решение Кабинета, а должен решаться министерством социального обеспечения и здравоохранения.

§ 21. Медицинское обслуживание возложенное на коммуну и упомянутое выше в § 14, должно быть бесплатным для всех, кому оно предоставляется, с оговоркой, что в статуте может быть предусмотрена плата пациентами за перевозку, материалы, используемые во время лечения, и приборы и аппараты, приобретаемые через агентство центра здравоохранения, а также за содержание пациента в центре здравоохранения.

§ 22. В случае, если пациент, не являющийся жителем коммуны, пользуется услугами центра здравоохранения, находящегося в ведении этой коммуны, и занимает там больничную койку, оплату за медицинское обслуживание этого пациента производит центр здравоохранения коммуны, в которой проживает этот пациент.

§ 23. Расходы по обследованию и лечению в центре здравоохранения или на его больничных койках иностранцев, для которых Финляндия не является постоянным местом жительства, как это указано в абзаце 2 § 14, покрываются из государственных фондов и выплачиваются коммуне, содержащий этот центр здравоохранения.

§ 24. Национальная комиссия здравоохранения имеет право входить в соглашение с коммунной, содержащей центр здравоохранения, об обслуживании в ее центре или на его больничных койках, пациентов из вооруженных сил или из других государственных учреждений. Если соглашение не может быть достигнуто, министерство социального обеспечения и здравоохранения может обязать коммуну принимать таких пациентов на обслуживание в центре здравоохранения или на его койках в таком количестве, которое учитывает собственные нужды самой коммуны. Оплата коммуне за лечение таких пациентов должна производиться из государственных фондов.

§ 25. Если не существует иных соглашений, расчет платежей, упомянутых в §§ 22, 23 и 24, производится путем вычитания из общей суммы соответствующих расходов центра здравоохранения в течение предшествующего

финансового года, к которым добавляется 4% на покрытие амортизации основного капитала, расходов по обслуживанию и лечению пациентов и государственного субсидирования текущих расходов в количестве, в котором оно получено для покрытия расходов, подлежащих оплате, а также прочих доходов как таковых. В доход, однако, не должны включаться вклады коммун или суммы, получаемые в качестве компенсации расходов, от государства, либо от других центров здравоохранения, либо от упомянутых в этом абзаце коммун. Разность делится на полное число дней обслуживания, если речь идет о больничных койках центра здравоохранения, и на полное число посещений для обследования и лечения, если речь идет о других функциях центра здравоохранения. Полученная таким образом сумма затем умножается на количество дней обслуживания или на количество посещений для обследования и лечения данного пациента. К полученной сумме добавляется сумма расходов на обследование и лечение за каждый день обслуживания или каждое посещение для обследования и лечения, в случае если эти расходы не были взысканы с пациента, даже если они и могли быть взысканы в соответствии с настоящим законом или положениями, вытекающими из него.

§ 26. В случае если для кого-либо из учащихся, упоминаемых в пункте 5 абзаца I § 14, не являющегося жителем коммуны, содержащей центр здравоохранения, было организовано специальное обследование, упомянутое в указанном пункте, центр здравоохранения коммуны, являющейся местом жительства этого учащегося, возмещает первому центру расходы по обследованию, включая лабораторное и рентгеновское обследование или любые другие исследования, предписанные врачом или специалистом, а также разумные расходы за проезд учащегося и его сопровождающих.

Глава 4

Помощь государства

§ 27. Государственные дотации на необходимые расходы по организации и содержанию центра здравоохранения выдаются коммуне в соответствии с общей классификацией платежеспособности коммун, а именно:

Класс платежеспособности	Государственная дотация в %
I	70
2	66
3	62
4	58
5	54
6	51
7	48
8	45
9	42
10	39

При исчислении текущих расходов, на которых основывается государственная дотация, из общей суммы расходов вычитается плата за обследование и лечение, получаемая с пациента при приеме в центре здравоохранения, а также та часть этой платы, которая выплачивается Центру здравоохранения в соответствии с законом о страховании от болезней. Вычитаются также взносы на пособия, взимаемые с персонала и суммы, выплачиваемые другой коммуной, федерацией коммун, или государством, а также прочие доходы как таковые; это, однако, не касается сумм, взимаемых с пациентов, кроме упомянутых выше, или финансовых доходов, или доходов от деятельности, стоимость которой не оплачивается государственными субсидиями.

Если центр здравоохранения вступает в соглашения, о которых говорится в абзаце 4 § 5 или в абзаце 2 § 15, то положения, изложенные в других законодательных актах, применимы в отношении государственных дотаций, выплачиваемых в счет расходов, возникающих из такой деятельности.

Государственные дотации не выплачиваются на проведение мероприятий, упомянутых выше, в абзаце 3 § 15.

Что касается расходов по созданию центра здравоохранения, включая любые дополнительные расходы, возникшие в связи с ростом цен или по другим приемлемым причинам, основой для государственной субсидии должна служить классификация платежеспособности, действовавшая в год, когда были утверждены создание центра здравоохранения и платежные обязательства и включены в генеральный план государственных субсидий.

§ 28. При определении государственной дотации федерации коммун на покрытие расходов по созданию центра доля коммуны-члена федерации в общей сумме расходов должна быть пропорциональна доле общего числа больничных коек, резервируемой за этой коммуной.

§ 29. При определении государственной дотации федерации коммун на текущие расходы доля коммуны-члена федерации в упомянутых расходах должна соответствовать сумме, которую коммуна должна выплатить на покрытие расходов на пациентов, получающих обслуживание на больничных койках центра здравоохранения, при этом основой расчетов служит количество дней, затраченных на обслуживание жителей этой коммуны; это касается также расходов, для подсчета которых основой служит прием жителей этой коммуны в различных отделах центра здравоохранения и посещение этих жителей персоналом центра здравоохранения.

§ 30. Расходы по созданию центра должны включать расходы на приобретение земельного участка и помещений, необходимых для работы центра здравоохранения, флигелей, пристроек, служебных и жилых зданий, приведенных в соответствующее состояние, водопровода и канализации, электрооборудования, кондиционеров и прочего оборудования, расходы на подключение к таким объектам, а также расходы на строительство дорог, заборов и т.п., включая расходы по планированию и руководству всеми мероприятиями, касающимися упомянутых закупок, а также расходы на управление и контроль. В число расходов включается также приобретение техники, приборов и инструментов, мебели, средств для перевозки больных, необходимого комплекта медикаментов, одежды и т.п., и другие мероприятия, необходимые для открытия и работы центра здравоохранения.

В расходы по созданию центра должны быть также включены расходы, упомянутые в абзаце I, которые возникают в связи с расширением помещений центра здравоохранения или его части, в связи с капитальным ремонтом или реорганизацией, за вычетом сумм, полученных от продажи собственности, вышедшей из употребления.

§ 31. Текущие расходы включают необходимые расходы на административную деятельность центра, выплату заработной платы и пенсий персоналу, а также их социальное обеспечение, различные вознаграждения натурой и в виде медицинского обслуживания, эксплуатацию и ремонт недвижимости и оборудования, упомянутых в § 30, а также ежегодные расходы на приобретение основного оборудования, движимости, запасов белья и медикаментов и т.д. В текущие расходы включается также стоимость медикаментов, перевязочных материалов, прочих предметов потребления, расходы на продовольствие, водоснабжение, отопление, электроэнергию и освещение, пользование прачечными, уборку помещений, арендную плату, страхование, исключая личное страхование, научно-исследовательскую работу, планирование и развитие и другие расходы, связанные с функционированием центра здравоохранения.

Что касается медицинского обслуживания на дому, в текущие расходы включаются только расходы, связанные с посещениями больных персоналом центра и использованием медикаментов и лечебных средств центра здравоохранения при оказании медицинской помощи на дому.

Вышеупомянутые текущие расходы не должны рассматриваться как расходы, связанные с управлением деятельностью местных комиссий здравоохранения.

§ 32. В случае если расходы на создание центра связаны с приобретением или для замены имущества, уничтоженного или поврежденного в результате пожара или других причин, страховые суммы и другая компенсация, получаемая в результате этого, должны вычитаться из этих расходов.

Положения абзаца I не действительны, если государственная субсидия на приобретение имущества не выдавалась или, в случае страховых претензий, если такая субсидия не выдавалась на выплату страховых премий.

§ 33. Государственные субсидии не выдаются на оплату расходов, не связанных с проведением в жизнь утвержденного плана мероприятий, или расходов, которые неразумно высоки или чрезмерны, в той степени в какой они превышают сумму, рассматриваемую как разумную.

Государственные субсидии не выдаются на оплату основных расходов или процентов по займам.

§ 34. Расходы по содержанию персонала должны рассматриваться как необходимые расходы в той степени, в какой они необходимы для соответствующим образом организованной деятельности и если заработная плата и другие выплаты персоналу, с учетом пособий натурой и соображений вызвавших их, не превышают аналогичных выплат лицам, выполняющим такие же функции на государственной службе, либо на службе в коммунах или в федерациях коммун, если указанный выше персонал не попадает под действие закона о влиянии коллективного соглашения коммуны на помощь со стороны государства (62/70). Размеры пенсионных пособий должны рассматриваться как необходимые в той степени, в какой вид исполняемой работы, за которую они выплачиваются, считается необходимым, и если они не превышают пенсии, выплачиваемые пенсионным статутом коммун.

В случае, если количество персонала не было утверждено в плане мероприятий, вопрос может быть заранее передан на рассмотрение Национальной комиссии здравоохранения. В этом случае Национальная комиссия здравоохранения поступает в соответствии с общими указаниями министерства социального обеспечения и здравоохранения относительно того, какие расходы на оплату персонала могут быть одобрены в качестве оправдывающих выплату государственной субсидии.

В случае если принципы, изложенные в абзаце I, соблюдаются в отношении заработной платы и других видов экономического поощрения персонала, правительство выслушав мнение комиссии, упомянутой в § 2 закона об основах государственных субсидий на покрытие некоторых расходов по заработной плате в лечебно-медицинских учреждениях (546/60), может решать вопрос о полном или частичном отказе в предоставлении субсидий на покрытие тех расходов по заработной плате и другим видам экономического поощрения, к которым относятся эти расходы.

§ 35. До постройки помещений центра здравоохранения или значительной их перестройки или расширения в соответствии с планом мероприятий на рассмотрение и утверждение министерства социального обеспечения и здравоохранения представляется план строительства или реконструкции.

§ 36. Выплата государственных субсидий на покрытие расходов по созданию центра производится при условии, что до начала работ по устройству центра здравоохранения министерство социального обеспечения и здравоохранения по заявке Национальной комиссии здравоохранения одобрит эту работу для включения в генеральный план выплаты государственных субсидий.

В случае строительства новых помещений для центра здравоохранения или капитального ремонта старых зданий, положения абзаца I распространяются на выдачу государственных субсидий для покрытия текущих расходов.

Если существуют веские причины, министерство социального обеспечения и здравоохранения может выдать государственную субсидию на частичную или полную оплату расходов по созданию центра и приобретению помещений для него являющихся частью национального плана, несмотря на то, что такая работа или закупки были начаты до утверждения и включения в план, упомянутый в абзаце I.

Если коммуна принимает решение о строительстве помещений для центра здравоохранения или о капитальном ремонте старых зданий, министерство социального обеспечения и здравоохранения может по просьбе коммуны решить заранее вопрос о том, будут ли выданы государственные субсидии на покрытие текущих расходов после осуществления этих планов коммуны, несмотря на то, что вопрос об утверждении этих работ для включения в генеральный план выдачи государственных субсидий не был еще в то время решен.

§ 37. Когда министерство социального обеспечения и здравоохранения утвердит работы по созданию центра здравоохранения и соответствующие закупки, о которых говорится в § 36, для включения в генеральный план выдачи государственных субсидий, Национальная комиссия здравоохранения должна выдавать авансы в счет государственной субсидии по мере развёртывания работ. Национальная комиссия здравоохранения выдает государственную субсидию после того, как упомянутые работы или закупки произведены.

§ 38. Государственная субсидия на покрытие текущих расходов должна выплачиваться Национальной комиссией ретроактивно и ежегодно. Авансы в счет государственной субсидии выплачиваются ежемесячно, каждый раз в размере одной двенадцатой части общей суммы субсидии за предыдущий год. Министерство социального обеспечения и здравоохранения может в особых случаях вынести решение о выдаче большего или меньшего аванса.

Аванс в счет государственной субсидии на первый год работы центра здравоохранения должен определяться путем оценки.

§ 39. По просьбам коммун правительство может выдавать дополнительные государственные субсидии для оплаты расходов коммун с низкой платежеспособностью, для которых расходы, вытекающие из положений настоящего закона, могут вызвать неоправданные финансовые затруднения.

Глава 5

Разное

§ 40. Помещения центра здравоохранения не должны использоваться до принятия их Национальной комиссией здравоохранения и утверждения числа больничных коек для него.

§ 41. По требованию Национальной комиссии здравоохранения коммуна обязана направлять своего служащего, занимающегося работой в области здравоохранения, на повышение квалификации по своей специальности, по меньшей мере один раз в десять лет.

§ 42. Члены местной комиссии здравоохранения и лица, занимающие должности, находящиеся в ее ведении, не должны без разрешения разглашать тайны отдельных лиц или семей, о которых они узнают по роду своих занятий или по своему положению. Нарушение обязательств по сохранению тайны наказывается штрафом или тюремным заключением на срок до шести месяцев, если не предусмотрено более строгое наказание, другими законами. Государственный прокурор не предъявляет обвинения, если потерпевшая сторона не заявляет о возбуждении дела.

§ 43. В случае если в деятельности центра здравоохранения не соблюдаются действующих норм и положений или нарушается план мероприятий, или происходят злоупотребления, а исправление этих нарушений не имеет места в установленные для этого сроки, Национальная комиссия здравоохранения может прервать выплату государственных субсидий или прекратить выплату авансов в счет государственных субсидий. При необходимости Национальная комиссия здравоохранения может приказывать прекратить частично или полностью деятельность центра здравоохранения пока не будут приняты соответствующие исправительные меры.

§ 44. В случае если движимое или недвижимое имущество центра здравоохранения, строительство которого частично или полностью финансировалось из государственных фондов, передается другому владельцу на условиях иных, чем предусмотрено законом о вступлении в силу настоящего закона (т.е. 67/72), или в случае, если использование этого имущества для деятельности, оговоренной настоящим законом, прекращается или его функции изменяются до такой степени, что Национальная комиссия здравоохранения не может одобрить их как деятельность, предусмотренную настоящим законом, правительство может решить, что вышеупомянутое имущество должно быть выкуплено правительством по соответствующей справедливой цене, установленной им же.

Любые выплаченные государственные субсидии в таких случаях учитываются как входящие в стоимость выкупа. Решение должно быть принято и уведомление об этом направлено в течение года с того момента, когда владелец информировал Национальную комиссию здравоохранения о любых таких изменениях или с момента, когда комиссия удостоверилась в таких изменениях и информировала об этом владельца.

Если Национальная комиссия здравоохранения дала согласие на изменения, упомянутые в абзаце I, права на выкуп не имеется. В таком случае, однако, государству выплачивается та часть стоимости имущества, которая эквивалентна части капитальных затрат, оплаченных из государственных фондов, если правительство не отказывается частично или полностью от такой выплаты.

В случае передачи имущества, упомянутой в абзаце I, другой коммуне или федерации коммун, которым выплачивались государственные субсидии на соответствующие капитальные расходы, то эти государственные субсидии и суммы, подлежащие выплате государству на основании положений абзаца 2, могут быть аннулированы в той степени, в какой они перекрывают друг друга.

§ 45. Стоимость имущества, упомянутого выше, в § 44, должна подтверждаться в отношении земли, зданий и движимости, путем оценки расходов на эти закупки в момент оценки, а затем из этой стоимости вычитается разумная сумма на амортизацию и устарелость.

Стоимость имущества и размеры выплачиваемой компенсации утверждаются комиссией, состоящей из председателя, назначенного министерством социального обеспечения и здравоохранения, и четырех членов. Двое из них назначаются Национальной комиссией здравоохранения, а двое других — коммуной или федерацией коммун.

§ 46. Движимое и недвижимое имущество центра здравоохранения, капитальные расходы на создание которого частично или полностью финансировались из государственных фондов, должно быть застраховано от пожара в размере его полной стоимости.

При наличии заявления и на условиях, определяемых им самим, министерство социального обеспечения и здравоохранения может освободить от обязанностей, предусмотренных в абзаце I.

§ 47. В течение 30 дней с момента получения уведомления о каком-либо решении местной комиссии здравоохранения в губернскую комиссию может быть подана апелляция на это решение.

Положение абзаца I не действительно, если какие-либо другие

положения в отношении апелляции изложены в законе или статуте или если апелляция запрещается ими, а также если решение в соответствии с законом о коммунах (642/48) может быть представлено для рассмотрения комиссией Федерации коммуны.

Апелляция на решение комиссии, упоминаемая в § 45, может быть подана в губернскую комиссию в течение 30 дней с момента получения уведомления о решении.

Относительно апелляции на решение губернской комиссии введены в действие специальные положения.

§ 48. Решение местной комиссии здравоохранения может быть выполнено до того, как оно становится обязательным по закону, что предусмотрено законом о коммунах, § 209. Несмотря на вышесказанное положение, решение может быть выполнено и при наличии апелляции, если выполнение этого решения не терпит отлагательства или если его выполнение нельзя отложить по причинам, связанным со здоровьем населения и если местная комиссия здравоохранения приказала выполнить это решение немедленно.

§ 49. Более подробные положения, касающиеся исполнения этого закона, должны быть изложены в статуте.

Что касается введения в силу настоящего закона то положение об этом должно быть введено отдельным законодательным актом.

При вступлении в силу настоящего закона аннулируются закон о здравоохранении от 9 марта 1951 года (141/51), закон о медицинских сестрах в коммунах от 31 марта 1944 года (220/44), закон о центрах охраны здоровья матери и ребенка от 31 марта 1944 года (224/44), закон об акушерках в коммунах от 31 марта 1944 года (223/44); §§ 7-9, 87 и 88 закона о здравоохранении от 27 августа 1965 года (469/65), закон о врачах в начальной школе от 31 октября 1952 года (362/52), и закон о зубных врачах в начальной школе от 17 мая 1956 года (297/56) со всеми последующими поправками к этим законам.

Несмотря на положения этого закона, закон о ликвидации районных больниц и маленьких сельских больниц от 9 марта 1951 года (142/51) остается в силе в части, касающейся государственных субсидий для стационарных центров здравоохранения, если последние были созданы на базе больницы коммуны, упомянутой в указанном законе.

Хельсинки, 28 января 1972 года Урхо Кекконен, Президент Республики Алли Лаатинен, министр социального обеспечения и здравоохранения.

ЗАКОН О ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Общая аргументация правительства

В связи с положением о строительстве центральных больниц основное внимание в нашей политике в области здравоохранения за последние несколько десятилетий уделялось больничному строительству. Возможности госпитализации значительно возросли, т.к. строились не только центральные больницы, но и районные и местные больницы, а также расширились ранее существовавшие. Осуществление программы строительства, утвержденной законом о строительстве центральных больниц (337/50), потребовало огромных общественных ресурсов. Расходы на здравоохранение росли быстрее национального продукта. В настоящее время, когда программа строительства, предписанная вышесказанным законом, еще не закончена, мы тратим 6% нашего валового национального продукта на здравоохранение. Поскольку здравоохранение охватывает всю деятельность, направленную на улучшение и сохранение здоровья, на предотвращение болезней, лечение болезней и восстановление здоровья, то одно лишь развитие медицинского обслуживания в больницах не может само по себе улучшить состояние здоровья населения, что явствует из показателей смертности и заболеваемости среди населения трудового возраста.

Возрастная структура населения исключительно благоприятна с точки зрения здравоохранения, т.к. доля детей относительно высока, а доля лиц трудового возраста одна из самых высоких в мире. Следствием относительно низкого числа престарелых является то, что показатель общей смертности в Финляндии мал в сравнении с показателями смертности других промышленно развитых стран. В противоположность этому, общая по возрасту смертность наиболее высока в Европе как для мужчин, так и для женщин. Более того, направление развития этой тенденции весьма тревожно. За период 1957-1967 гг. смертность женщин во всех возрастных группах снизилась, а смертность мужчин во всех возрастных группах от 40 лет и выше возросла.

Состояние здоровья населения может также иллюстрироваться предполагаемым сроком жизни, т.е. ожидаемым количеством лет жизни. Ожидаемая продолжительность жизни новорожденного в Финляндии 65,5 лет для мужчин и 72,5 года для женщин. При сравнении со странами Европы эти показатели занимают 21-е и 13-е места соответственно. Если подсчитать вероятность оставшихся лет жизни у лиц, достигших 40 лет, на основе последних данных, то увидим, что финны имеют весьма неблагоприятную позицию в международном масштабе. Мужчины занимают последнее место, а женщины 23-е место.

Единственными показателями по смертности населения, где Финляндия выдерживает международное сравнение, являются показатели смертности новорожденных и смертности рожениц. Эти благоприятные показатели и их стабильно благоприятная тенденция объясняются частично повышением уровня жизни, а также эффективным осуществлением профилактических мер в области охраны здоровья матери и ребенка и санитарного просвещения, и созданием по всей стране государственных учреждений, обеспечивающих медицинскую помощь бесплатно.

Названные выше национальные показатели смертности сами по себе обнаруживают порайонные различия в состоянии здоровья населения страны. Показатели смертности и заболеваемости в восточной и северной Финляндии явно выше тех же показателей в юго-западной и южной Финляндии. Частично это объясняется тем фактом, что большая доля заболеваний в восточной и северной Финляндии принимает хроническую форму или заканчивается смертельным исходом.

Статистика смертности раскрывает лишь часть вызывающего беспокойство положения в области здоровья населения. Статистика смертности и инвалидности, равно как и исследования состояния здоровья населения обнаруживают, что в Финляндии имеется более одного миллиона хронических больных, а пенсии по инвалидности с международной точки зрения выплачиваются чрезвычайно большой части населения трудовых возрастов.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что медицинское обслуживание в больницах, как уже подчеркивалось, и его дальнейшее развитие само по себе еще не достаточно для улучшения состояния здоровья населения, и для улучшения его необходимо развивать другие функции здравоохранения, с тем чтобы вместе с системой больниц они составили то единое целое в медицинском обслуживании, которое необходимо для эффективного проведения работы в области здравоохранения. Развивая таким образом здравоохранение, можно контролировать рост расходов на больницы более эффективно, чем другими способами. Однако это не произойдет немедленно, поскольку развитие других функций здравоохранения, по всей видимости, по крайней мере в некоторых случаях, приведет к росту потребностей в стационарном лечении. Возможно, такое развитие событий приведет также к ситуации, когда стационарным лечением будет охватываться значительно большее число тяжело больных. Это поставит перед больницами новые задачи и выдвинет дальнейшие требования, что увеличит их прямые расходы. И наоборот, можно предположить, что со временем относительная потребность в больницах снизится, и это тоже окажет влияние на окончательные расходы.

Если исследовать долю услуг здравоохранения в валовом национальном продукте, то мы увидим, что эта доля возросла за период 1954-1969 гг. с 3,0% до 5,1%. В производстве услуг в области здравоохранения самая крупная доля принадлежит коммунам. В основном расходы на эти

услуги делятся между коммуной и государством. Потребители этих услуг тоже делают взносы в счет оплаты расходов на медицинское обслуживание, а Национальный пенсионный институт делает такие взносы с момента выхода закона о страховании по болезни.

С 1960 по 1967 гг. средний рост расходов на здравоохранение составлял 17% в год. Этот рост расходов на здравоохранение в основном происходил за счет роста расходов на систему больниц. В настоящее время расходы на систему больниц составляют 85% расходов на здравоохранение. Возможности повлиять на рост расходов на систему больниц ограничены, по крайней мере в ближайшей перспективе. Принятые решения способствуют увековечению такого роста расходов. Решение строить приводит к увеличению текущих расходов, как только здание готово. Решение обучать персонал делает постоянным рост расходов на обучение.

Была произведена сопоставительная оценка роста расходов на здравоохранение, причем на 1969-1974 гг. рост предполагался в размере 402-711 млн. марок в зависимости от выбранного варианта. Доля роста расходов на больницы составила бы 367-676 млн. марок для соответствующих вариантов. В прогнозе, подготовленном на соответствующем основании, рост расходов на нестационарное обслуживание составил 34 млн. марок. С точки зрения будущего развития расходов на здравоохранение необходимо будет целесообразно размещать медицинский персонал, поступающий на рынок труда по различным рабочим секторам. Размещение врачей в особенности очень важно для будущего развития расходов. Согласно прогнозу и в соответствии с уже принятыми решениями по обучению персонала, чистый рост числа врачей составит 324 человека в год до 1975 г., а затем 520 врачей в год. Новые врачи обычно находят работу в системе больниц.

Если направлять возрастающую долю оканчивающих учебу врачей на работу в области нестационарного медицинского обслуживания, станет возможным использовать растущий персонал в целях здравоохранения при уменьшении общих расходов.

Из вышесказанного очевидно, что работа в области здравоохранения имеет в виду охрану здоровья человека и окружающей его среды, медицинское обслуживание человека и связанные с этим мероприятия с целью сохранения и улучшения состояния здоровья населения. Действующее законодательство о работе в области здравоохранения включает большое число различных законов. Положения об общем руководстве работой в области здравоохранения и о штатах для этой работы, о мероприятиях в области здравоохранения, касающихся человека и окружающей его среды, а также касающихся нестационарного медицинского обслуживания, изложены не только в законе о здравоохранении (санитария и среда; 469/65), но и в законе об общей медицинской практике (141/51), законе о медицинских сестрах в коммунах (220/44), законе об акушерках в коммунах

(223/44), законе о центрах охраны здоровья матери и ребенка в коммунах (224/44), законе о врачах начальных школ (362/52) и законе о зубных врачах начальных школ (297/56). Некоторые положения, связанные с контролем над заболеваниями, содержатся не только в вышеупомянутом законе о здравоохранении (469/65), но и в законе о прививках (361/51), законе о венерических заболеваниях (52/52), законе о проказе (638/45). Положения, касающиеся санитарного надзора, содержатся в законе о пищевых продуктах (526/41), законе о контроле качества молочных продуктов (558/46), законе о контроле качества мясных продуктов (160/60), законе о защите от радиации (174/57) и законе об охране труда (299/58). Что касается системы больниц, то следует учесть, что закон о больницах общего типа в коммунах (561/65) и закон о центральных университетских больницах (392/56) содержат помимо положений о стационарном лечении, лишь положения об амбулаторных отделениях, в то время как закон о туберкулезе (355/60) и закон о психических заболеваниях (187/52) содержат положения о профилактических мероприятиях, амбулаторном обслуживании и стационарном лечении по этим видам заболеваний.

Поскольку положения, касающиеся здравоохранения, издавались по разным случаям, было невозможно при выпуске различных законов создать достаточно исчерпывающую систему, по которой осуществлялось бы общее планирование работы в коммунах и в национальном масштабе. В этих положениях упущено много существенных пунктов, и в связи с этим они не применимы в современных условиях. Условия работы врачей коммуны, зачастую значительно более трудные, чем условия работы других врачей, привели к тому, что работать туда идет незначительное количество врачей, особенно это касается отдаленных районов. Одним из последствий ряда положений о государственной помощи, а именно о положении о том, что только небольшая часть заработной платы врача коммуны поступает от государства, а остальное он получает от пациентов за медицинское обслуживание, явилось то, что за амбулаторное медицинское обслуживание больной должен платить больше, чем он платил бы, находясь на лечении в больнице. Это опять же приводит к тому, что больные обращаются в больницы и их амбулаторные отделения для обследования и лечения, даже если они могут пройти обследование и получить лечение вне больницы. Положения настоящего законодательства охватывают только ту часть работы в области здравоохранения, которая относится к охране здоровья и медицинскому обслуживанию человека, а что касается других функций, то они охвачены лишь в той мере, в какой они не предусмотрены положениями других законов. В отношении других функций положения о работе в области здравоохранения входили в силу раздельно, как например, в здравоохранении (гигиена и окружающая среда).

Закон о работе в области здравоохранения

Основной целью законопроекта о работе в области здравоохранения является перенос центра тяжести в политике здравоохранения на охрану здоровья и предоставление медицинского обслуживания вне стен медицинских учреждений путем создания административных и финансовых условий для быстрого и организованного развития системы первичного медицинского обслуживания в коммунах.

Целью законопроекта является объединить существующие разрозненные положения по работе в области здравоохранения в один закон о работе в области здравоохранения, содержащий положения по обязанностям коммун в этой области, по финансированию и администрации работ в области здравоохранения.

Национальная комиссия здравоохранения сохраняет высшую руководящую роль даже в отношении государственной районной администрации, а также в отношении контроля работы в области здравоохранения, проводимой коммунами.

По закону от 30 декабря 1970 года о районной администрации здравоохранения и медицинского обслуживания (839/70) губернские комиссии, каждая в своей губернии, является также районной администрацией в области здравоохранения и медицинского обслуживания, подчиненной Национальной комиссии здравоохранения. Соответственно, в законопроект было включено положение (§4) о том, что руководство работой в области здравоохранения в губерниях и соответствующий контроль должны осуществляться губернскими комиссиями, которые должны быть подчинены Национальной комиссии здравоохранения, и что каждая губернская комиссия может иметь консультативный комитет для решения соответствующих вопросов.

Предполагается, что организация работы в области здравоохранения на местах останется задачей коммун в соответствии с действующим законодательством. В некоторых случаях может оказаться целесообразным для коммун объединять свои усилия в организации работы в области здравоохранения. Организация работы в области здравоохранения, проводимой непосредственно коммунами, целесообразна для коммун с населением около 10 000—13 000 человек. Одной из причин является то, что рекомендованное число врачей, необходимых для такого количества населения, составляет от 4 до 6, но не менее 3. Только в исключительных случаях считается возможной организация работы в области здравоохранения непосредственно коммунами для коммун с населением менее 8000 человек. Следовательно, законопроект предоставляет коммунаам возможность обра-

зывать Федерации коммун для указанной цели. С согласия Национальной комиссии здравоохранения та или другая коммуна может договариваться с соседней коммуной о частичной организации работы в области здравоохранения, в соответствии с указанным законом, для некоторой части первой коммуны. В случае, если кооперация между коммунами, которая считается совершенно необходимой, не может быть осуществлена добровольно, правительство должно быть уполномочено приказать коммунам осуществить указанную кооперацию.

Необходимо различными средствами способствовать работе в области планирования здравоохранения и усиливать ее. С этой целью Национальной комиссии здравоохранения предлагается подготовить общенациональный план организации работы в области здравоохранения в стране. Этот план должен составляться на пять последующих календарных лет, и ежегодно в него должны вноситься поправки и улучшения. План должен утверждаться правительством. Учитывая необходимость совершенствования планового подхода к работе в области здравоохранения в коммунах и принимая во внимание особые требования, возникающие в местных условиях, законопроект содержит положение о плане работ в области государственного здравоохранения в коммунах (§19). Поскольку такой план представляется для утверждения Национальной комиссией здравоохранения в сроки, устанавливаемые правительством, имеется возможность обеспечить нужную степень согласованности планов работы коммун с общенациональным планом. Общенациональный план, равно как и планы работы коммун, детально определяет виды и объем работ в области здравоохранения на пятилетний период. Поскольку услуги в области здравоохранения и социального обеспечения во многих случаях совпадают, целесообразно, чтобы национальные планы и планы коммун в области здравоохранения подготавливались при сотрудничестве руководящих органов здравоохранения и социального обеспечения. Схема организации работы в области здравоохранения в коммунах детально определяется в правилах (§20), которые также представляются на утверждение Национальной комиссии здравоохранения. Эти правила также предусматривают целесообразность сотрудничества местных комиссий здравоохранения с местными комиссиями социального обеспечения.

Руководящими органами местного здравоохранения являются местные комиссии здравоохранения, причем это название, заменяющее ныне существующее "комиссии медицинского обслуживания", т.к. новое название лучше отражает деятельность комиссии во всей сфере здравоохранения и медицинского обслуживания. Для облегчения работы комиссия будет подразделяться на два отдела. Однако в связи с различиями между коммунами, в правилах следует допустить, чтобы администрация здравоохранения в коммунах могла быть организована иначе, чем это предусматривается законом. В малых коммунах комиссии здравоохранения могут продолжать функционировать без подразделения на отделы, а для очень крупных коммун может

быть рассмотрено подразделение комиссий более чем на два отдела. В обязанности местных комиссий здравоохранения помимо предписываемых им настоящим законопроектом задач, входят также задачи, предписываемые другими законами. Если работой в области здравоохранения руководит федерация коммун, то она назначает объединенную местную комиссию здравоохранения для всех коммун-членов федерации. В этом случае в отдельных коммунах-членах федерации никаких других комиссий не организуется. Если федерация коммун отвечает за работу в области здравоохранения в соответствии с настоящим законопроектом, задачи коммун, предписываемые им другими законами в отношении здравоохранения, предписываются также и федерации коммун.

Положения законопроекта, касающиеся обязанностей коммун заниматься работой в области здравоохранения (§14), расходятся с ныне существующими положениями в том смысле, что позиция и обязанности должностных лиц, занимающихся работой в области здравоохранения, не нормируются законом с той целью, чтобы отныне они определялись правилами и директивами коммун.

Что касается обслуживания отдельных лиц, то коммуны обязаны проводить медицинские консультации (§14, абзац I, пункт I). Предполагается постепенно расширять эту работу, так чтобы охватить ею не только деятельность по охране здоровья матери и ребенка, но и другие формы консультации населения коммун, основанные на общих медицинских осмотрах. Для лиц, нуждающихся в консультации по вопросам противозачаточных средств, беременности или родов, а также для новорожденных и детей дошкольного возраста, следует регулярно организовывать бесплатные медицинские консультации, на которых они проходят медицинский осмотр и получают советы. Аналогично следует отдельно устраивать консультации для трудовых возрастов, поскольку медицинские консультации для этих лиц являются важной частью работы коммуны в области здравоохранения, несмотря на то, что некоторые обязанности в этом плане берут на себя работодатели. Кроме вышеупомянутых регулярных медицинских консультаций, при необходимости следует устраивать периодически медицинские консультации, служащие определенной цели. Им обычно предшествуют массовые осмотры всего населения коммуны или его части с целью выявления болезней, в том числе на ранних стадиях, когда больной еще не замечает никаких симптомов болезни. После внесения в общий план деятельности коммун в области здравоохранения детального плана мероприятий по медицинским консультациям и массовым осмотрам населения необходимо осуществлять контроль и руководство этими мероприятиями.

Обязанность предоставлять медицинское лечение населению коммун в соответствии с национальным планом, должна быть ограничена осмотром общепрактикующим врачом и лечением этим врачом или под его надзором,

а также медицинским освидетельствованием и предоставлением первой помощи непосредственно в коммунах. Больничные койки в центрах здравоохранения предназначены для улучшенного лечения хронических больных, хотя часть коек используется для пациентов, нуждающихся в кратковременном лечении, которые могли проходить лечение у общепрактикующего врача.

Задачей коммун является также обеспечение транспорта для перевозки больных, за исключением воздушного транспорта или транспорта для труднопроходимых местностей или других специальных транспортных средств.

Работа по борьбе с болезнями зубов должна быть расширена и должна включать не только информационную и профилактическую деятельность, но и осмотр и лечение зубов у населения коммуны (§14, абзац I, пункт 4). Следовательно, коммунам необходимо организовать зубоврачебную помощь и лечение. В процессе расширения работы по борьбе с болезнями зубов следует прежде всего сосредоточить внимание на обеспечении осмотра и лечения зубов у всего населения коммуны моложе 17 лет. Это необходимо провести в жизнь, так как обнаружено, что дети, поступающие в начальную школу, часто уже имеют больные зубы. Поскольку ученики, переходящие из начальных школ в другие школы, в настоящее время не получают там обязательного установленного законом стоматологического обслуживания, то, как показывает опыт, значительная часть результатов, достигнутых обязательным стоматологическим лечением в начальных школах, полностью теряется. Такое положение нельзя считать приемлемым как с точки зрения здравоохранения, так и с точки зрения экономики.

Обязательная охрана здоровья в школах, в соответствии с настоящим законом, охватывает начальные школы и, где это возможно, комплексные школы коммун, а также ту часть средних школ, которая соответствует комплексным. Такое положение не может считаться приемлемым с точки зрения здравоохранения. Соответственно, вносится предложение расширить эту работу так, чтобы охватить не только комплексные школы, к которым относятся и начальные, но также и средние школы второй ступени и государственные профессиональные школы.

Для того чтобы сделать работу коммун в области здравоохранения возможно более эффективной и целесообразной, необходимо слияние всех разрозненных функций коммун в этой области в одно функциональное единство. Дальнейшее развитие системы работы врачей в коммунах лишь в направлении организации групповой практики является явно недостаточным; все функции должны быть подвержены организационной реформе. Только таким путем достигается возможность эффективного и гибкого использования персонала, занятого в работе по здравоохранению в коммунах,

причем заработная плата этого персонала составляет основную часть расходов на здравоохранение из всех многообразных расходов на выполнение задач центров здравоохранения. Предлагаемая централизация дает экономию в затратах на создание центров.

Кроме функций, упомянутых в данном законопроекте, коммуны могут возлагать на Центры здравоохранения те задачи в области здравоохранения, которые предписываются другими законами. Однако, считается невозможным обязывать коммуны или федерации коммун нести ответственность за обеспечение работы в области здравоохранения в школах своего района, выходящей за рамки вышеизложенных мероприятий; это же относится и к такой работе на рабочих местах. С другой стороны, считается возможным, чтобы работодатель или школа, если это необходимо, заключали соглашение с коммуной или федерацией коммун о проведении работы в области здравоохранения в школах и на предприятиях, которую надлежит проводить самим школам или работодателям; соответствующая плата должна быть установлена в соглашении.

При предоставлении больничной койки в центре здравоохранения для лечения больного, не являющегося жителем коммуны, содержащей этот центр, плата за его лечение вносится центром здравоохранения той коммуны, где постоянно проживает данный больной. Лечение в амбулаторных отделениях центров здравоохранения оплачивается в соответствии с законом о страховании по болезни. Расходы за осмотр и лечение иностранцев, не проживающих постоянно в Финляндии, в центрах здравоохранения, в том числе и за стационарное лечение, оплачиваются коммунами, содержащими данный центр, из правительственных фондов.

Положение о правах Национальной комиссии здравоохранения заключать соглашения с коммунами от имени государственного учреждения на лечение пациентов из этого учреждения в центрах здравоохранения коммун, равно как и положения о плате за лечение в таких случаях, предусмотрены в §§ 22, 23 и 24 данного законопроекта и эквивалентны соответствующим положениям закона о больницах общего типа в коммунах (561/65).

Плата, взимаемая в коммунах общепрактикующими врачами за осмотр и лечение, была высокой по сравнению с платой в амбулаторных отделениях больниц, возглавляемых специалистами. Не существовало необходимой градации в оплате за лечение врачами-специалистами и общепрактикующими врачами. Поэтому невозможно было проводить политику, целесообразную с точки зрения здравоохранения, а именно: обеспечивать обращение за помощью прежде всего к общепрактикующим врачам. Чтобы ускорить процесс обращения за помощью, предлагается отменить плату за лечение у общепрактикующих врачей. Роль этой платы в позднем обращении за помощью к врачу была особенно велика среди больных с низкой обеспеченностью.

Для направления фондов системы страхования по болезни на развитие центров здравоохранения коммун и для выравнивания порайонной неравномерности в предоставлении услуг правительство намерено одновременно с данным законопроектом, касающимся работы в области здравоохранения, представить законопроект, вносящий поправки в закон о страховании по болезни, с тем чтобы страховая компенсация направлялась непосредственно в центры здравоохранения.

Согласно данному законопроекту услуги в области здравоохранения, возложенные на коммуны и упомянутые в §14 законопроекта, будут предоставляться бесплатно, с оговоркой, что плата за перевозку на машинах скорой помощи, за материалы и лекарства, используемые при лечении, и за дополнительные услуги, предоставляемые в центрах здравоохранения, а также за стационарное содержание будет взиматься с пациента, если это установлено статутом. Соответственно, медицинское обслуживание, о котором говорится в пункте 2 абзаца I §14 закона о здравоохранении, становится бесплатным не сразу по вступлении в силу закона, а только начиная с 1980 года. В течение периода до 1980 года гонорар и плата, установленная статутом, взимаются с пациента (§3 закона о вступлении в силу закона о государственном здравоохранении). По вступлении в силу упомянутого закона бесплатно будет осуществляться только осмотр и лечение зубов у лиц моложе 17 лет. С точки зрения успешной работы в области здравоохранения бесплатное лечение зубов только для лиц моложе 17 лет не может считаться достаточным; аналогичные меры должны быть распространены на лиц старше этого возраста. Поскольку для этого пока еще нет возможности из-за недостаточного числа зубных врачей, предлагается, чтобы сроки и порядок введения бесплатного осмотра и лечения зубов для лиц старше 17 лет устанавливались законодательством.

Выполнение работ в области здравоохранения, предусмотренных данным законопроектом, при существующих правилах, потребует от государства расходов в размере около 170 миллионов марок на 1972 год. Согласно законопроекту, государство выплачивает коммунальям субсидии на создание и работу центров здравоохранения в соответствии с общей классификацией платежеспособности. Процентная шкала для государственных субсидий остается той же самой, что и для субсидий на работу больниц; соответствующий правительственный законопроект был представлен парламенту. При исчислении этой процентной шкалы, которое производится одинаково для системы больниц и системы центров здравоохранения, предполагается, что плата, взимаемая с пациентов за прием в центрах здравоохранения, вычитается из текущих расходов центра здравоохранения до того, как определяется сумма государственной субсидии. Кроме того, поскольку коммуны получают компенсацию в соответствии с законом о страховании по болезни взамен взимания платы с пациента, сумма этой компенсации также вычитается. Эта процедура соответствует ныне действующей системе, по которой плата, взимаемая с пациентов за осмотр и

лечение врачами коммун, не входит в общие расходы коммун на здравоохранение, исходя из которых выплачивается государственная субсидия. В соответствии с этой шкалой суммарные государственные субсидии возрастают в целом на 62 млн. марок, из которых 5,8 млн. марок будет израсходовано согласно данному законопроекту. Расширение сферы деятельности в соответствии с законопроектом, естественно, повлечет за собой рост расходов государства и коммун. Однако, следует помнить, что после принятия законопроекта он не будет сразу же осуществляться в полном предусмотренном масштабе, поскольку существует нехватка врачей и стоматологов; будет осуществляться постепенное расширение деятельности в соответствии с увеличением наличного числа указанных врачей. Увеличение расходов тоже не произойдет одним скачком, а распределится на целый ряд лет. Поскольку общенациональный план работы в области здравоохранения утверждается правительством сразу на пять лет, имеется возможность согласовать расширение работы в области здравоохранения с экономическим положением государства и коммуны. С этой точки зрения годовой прирост расходов центров здравоохранения можно оценить примерно в 15% в год в первые годы их работы. В последующие несколько лет доля государства будет соответственно возрастать примерно на 25-30 млн. марок в год, в зависимости от развития указанных видов работы.

В соответствии с §38 данного законопроекта государство выплачивает ежемесячные авансы на текущие расходы центров здравоохранения, сумма которых составляет до одной двенадцатой от суммы государственной субсидии, выплаченной за предшествующий год. Это означает, что коммуна в первый год работы центров здравоохранения должен быть выдан аванс в размере 69 млн. марок на развитие тех видов работ, на которые они не получали субсидий по действующим законам. Поскольку коммуны получают государственную субсидию на указанные работы в самом начале первого года работы центров здравоохранения, исходя из расчетов на базе предыдущего года, предполагается в интересах государственного финансирования, чтобы система выплаты авансов входила в силу постепенно (§16 закона о вступлении в силу).

Тот факт, что услуги центров здравоохранения будут предоставляться бесплатно, является основой данного законопроекта. Полная и немедленная отмена платы вызовет увеличение расходов примерно на 25-30 млн. марок. Правительство представило в парламент законопроект о внесении поправки в закон о страховании по болезни, по которому эти дополнительные расходы передаются системе страхования от болезни. Бесплатное представление медицинских услуг может создать трудности в удовлетворении растущих потребностей в таких услугах, в основном из-за нехватки врачей. Поэтому предлагается постепенное снижение платы, так чтобы окончательно отменить ее к 31 декабря 1979 года. Сумма расходов, перекладываемая на систему страхования по болезни; в этом случае будет зависеть от размеров снижения платы и темпов развития деятельности в области здравоохранения.

Опыт, полученный в процессе работы центров охраны здоровья матери и ребенка, ясно показал, что бесплатное медицинское обслуживание, основанное на профилактике и ранней диагностике, через некоторое время приводит к снижению потребности в медицинском лечении и улучшает состояние здоровья населения. Правительство намерено в период первого пятилетнего плана уделить основное внимание консультативной работе на основе санитарного просвещения и медицинским осмотрам населения. Эти виды работы лишь незначительно увеличивают расходы на здравоохранение, и поэтому могут быть легко включены в программу на первые несколько лет. В период первого пятилетия центрами здравоохранения должна также проводиться исследовательская работа с целью разработки методов массового осмотра, которые играют важную роль в улучшении состояния здоровья населения. Правительство намерено также выработать основные направления работ на более поздний период первого пятилетия в плане дальнейшего развития медицинского обслуживания и освидетельствования, а также профилактики и лечения заболеваний зубов. В связи с сооружением центров здравоохранения в течение первого пятилетнего периода будет проведена работа по выявлению функционально выгодных решений для центров здравоохранения. Следует усилить работу по увеличению числа штатных должностей для врачей в центрах здравоохранения в пределах общего выпуска врачей; за первое пятилетие этот рост должен составить примерно 70 новых должностей в год. Общая тенденция состоит в передаче функций специализированного лечения хронических больных центрам здравоохранения.

Нормы и правила, касающиеся того, какие расходы относить к расходам по созданию центра здравоохранения, а какие — к текущим расходам, аналогичны нормам, предписанным законом о больницах общего типа в коммунах.

Вступление в силу

Реформа работы в области здравоохранения представляет собой далеко идущие изменения во всей системе услуг в области здравоохранения. Для проведения этой реформы потребуются разработка многих детальных положений, хотя они и потеряют свое значение после проведения реформы. Следовательно, очень важно издать эти положения в отдельном законе.

Имеется намерение ввести в силу закон о работе в области здравоохранения 1 апреля 1972 года. До вступления этого закона в силу предполагается предпринять все шаги, необходимые для его выполнения. Центры здравоохранения начнут свою деятельность немедленно после

вступления закона в силу. Что касается процедуры составления плана работы, о которой говорится в § 19 закона о работе в области здравоохранения, возможно что план еще не будет утвержден ко времени вступления закона в силу, и, соответственно, закон о вступлении в силу содержит положения о том, что центры здравоохранения будут продолжать выполнение своих функций по здравоохранению до утверждения плана в тех же масштабах, что и до вступления закона в силу. Предполагается, что директивы и инструкции, утвержденные и одобренные посредством различных законов, которые теперь предлагается отменить, должны соблюдаться в той мере, в какой они не противоречат закону о работе в области здравоохранения, до издания в свое время новых положений. Нецелесообразно было бы требовать компенсации государству той части стоимости местных больниц, которая финансировалась из государственных фондов и финансирование которой по новой реформе прекращается (§5). Это же касается случаев, когда собственность местной больницы передается другой коммуне или федерации коммун для использования в работе центра здравоохранения (§6). Однако, когда определяется стоимость передаваемой собственности, часть ее, которая финансировалась за счет государства, должна учитываться как фактор, снижающий стоимость. В результате реформы местные больницы закрываются, если правительство не принимает другого решения относительно отдельных больниц по рекомендации Национальной комиссии здравоохранения и по решению соответствующих коммун или федераций коммун (§7). Только крупным местным больницам, руководимым специалистами и сравнимым по масштабу с районными больницами, будет дано разрешение продолжать их деятельность, если они не требуются для обеспечения работы центров здравоохранения. Что касается временных мероприятий, которые могут оказаться необходимыми, то здесь можно рассматривать вопрос о сдаче в аренду местной больницы для использования ее в качестве части центра здравоохранения, например, если существующая кооперация между коммунами не рассматривается как постоянно действующая (§7). Существующие помещения для работы в области здравоохранения в основном будут использоваться для этих целей и в будущем. То же относится и к имуществу, приобретение которого не финансировалось частично или полностью из государственных фондов (§9).

Относительно перевода постоянных и должностных лиц коммун на соответствующие должности, относительно перевода лиц, работающих по полупостоянным контрактам, на соответствующую работу и относительно их вознаграждения в законопроект включены с некоторыми поправками ныне существующие положения в отношении определенных больничных учреждений (§§ II-15). В этой связи имеется намерение перевести в будущем медицинских сестер коммун и акушерок коммун на должности медицинских сестер системы здравоохранения.

В этом плане предполагается упразднить соответствующие должности медицинской сестры и акушерки коммуны и заменить их должностями медицинской сестры системы здравоохранения, на которые будут переведены лица, занимавшие упраздненные должности. Специальным статутом будет установлено, какое вознаграждение для медицинских сестер системы здравоохранения, с учетом государственной шкалы зарплаты для служащих, может считаться приемлемым как основа для государственного субсидирования.