

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО РЕФОРМЫ

Основой функционирования каждой системы здравоохранения являются финансовые средства или оборот средств, предназначенных для покупки услуг и покрытия других расходов, связанных с оказанием медицинской помощи. Здесь нет никакой ошибки – именно покупки услуг. Эта покупка совершается за счет средств государственного бюджета, т.е. на средства всех граждан. Однако следует обратить внимание на то, что ситуация, при которой предназначенные на нужды здравоохранения средства специально не выделяются, не содействует их рациональному использованию и не способствует хорошему ознакомлению с размером реальных затрат. Такая ситуация вредит в равной степени как финансам государства, поскольку планирование происходит таким способом, при котором берутся расходы за предыдущий год, индексируются (хорошо еще, если это индексирование инфляции; хуже, если этот индекс устанавливается волевым политическим решением без экономического обоснования), так и непосредственно здравоохранению, поскольку оно не знает, какими средствами будет располагать. Особенно драматической бывает ситуация, когда весь сектор оказывается в стадии хронического недостаточного финансирования, а так происходит в случае, когда лицом, которое платит, решает, владеет и контролирует, является одна и та же организация или субъект, в данном случае это... – государство.

Часть секторов здравоохранения, например, военное и железнодорожное, находилась в непосредственном подчинении соответствующих ведомств. В связи со спецификой этих секторов к ним нельзя было относиться так, как ко всем остальным. Это также должно было учитываться при разработке новой системы. Основные недостатки старой системы:

1. Отсутствие разделения между тем, кто платит и тем, кто оказывает услуги.
2. Централизация и бюрократизация в сфере распоряжения ресурсами: перераспределение никогда не охватывает все средства, не является эффективным, так как в нем участвуют посреднические структуры.

Необходимо обратить внимание на то, что, чем больше таких посреднических структур, тем меньше средств доходит до адресата.

3. Низкая производительность труда вследствие отсутствия заинтересованности как у аппарата управления, так и у рядовых сотрудников (оплата труда не связана с качеством и количеством выполненной работы).

4. Отсутствие субъективности (пациент воспринимается не как личность, а как медицинский случай).

5. Государство платило за все медицинские услуги, независимо от того, были ли они необходимы или нет, а пациент не нес никакой ответственности за свое здоровье.

6. Возможность использования недостатков системы лицами, от которых зависело принятие решения – “местными гангстерами”, например “ускоренные” госпитализации при наличии больших очередей.

Чтобы представить себе, с какой системой мы имеем дело, приведем некоторые статистические данные за 1998 год: основные медицинские услуги – 230 млн врачебных консультаций (в том числе в приемных покоях больниц – около 60 млн консультаций специалистов). В больницах на 200 000 коек лечилось около 5,5 млн пациентов, их время пребывания в больницах составляло около 53 млн так называемых человекодней¹.

ПРИНЦИПЫ РЕФОРМЫ

В новой системе основное место отводится пациенту – лицу, для которого и создается вся система.

Отход от принципов распределения, например, в области фармации, хождение так называемых “зеленых рецептов”, на которые можно было получить бесплатные лекарства и медицинский материал, выдаваемые некоторым категориям лиц или больным определенными болезнями, вызывало непредсказуемые последствия для государственного бюджета.

Основной задачей было обеспечение возможности осуществлять медицинскими работниками индивидуальную и групповую практику, услуги которых должны были оформляться контрактом наравне с услугами целых медицинских учреждений. Среди главных задач также следует назвать такие, когда:

- основную нагрузку берет на себя “семейный (домашний) доктор”, включая направление пациента к узким специалистам и в больницу, кроме экстренных случаев;
- средства накапливаются в так называемом специализированном учреждении – кассе больных;
- осуществляется децентрализация в области распоряжении финансами – создание 17 касс больных;
- разделены функции плательщика и собственника;
- факт уплаты взносов дает право на получение услуг (в том числе оплата взносов из государственного бюджета за некоторые категории населения);
- имеется равный, независимо от доходов, доступ к медицинским услугам;

- осуществляется право выбора пациентом врача и больницы на данном уровне референции;
- предоставлена возможность “участия в системе” негосударственных субъектов.

Перед введением новой системы было необходимо:

1. Создать правовые условия для функционирования новой системы.
2. Предоставить самостоятельность общественным (государственным) единицам здравоохранения, включая ведение финансового хозяйства на тех же принципах, как и прочие хозяйственные субъекты с полным расчетом стоимости, а не с помощью финансирования из государственного бюджета.
3. Создать субъекты (кассы больных), которые станут партнерами – контрагентами тех, кто предоставляет услуги. Кроме этого, следовало обеспечить оборудованием кассы больных и подготовить кадры, которым предстояла совершенно незнакомая работа.
4. Исходя из того, что было необходимо стремиться к максимальному использованию потенциала системы, была предпринята попытка определить преференционные уровни больниц, что должно было позволить “приписать” данную процедуру для выполнения в более или менее специализированной больнице с целью “разгрузки” клиник, где должны проводиться более сложные процедуры. Если пациент решается на выполнение обычной процедуры в высокоспециализированной клинике, то он должен компенсировать разницу стоимости услуги, выполняемой в обеих больницах.
5. Коммерциализация или приватизация оздоровительного лечения: переход на полный собственный расчет предприятий, обеспечивающих лечение и медицинские процедуры в оздоровительных учреждениях.

РЕФОРМА – ВРЕМЯ “0”

Создание центров страхования здоровья – касс больных – поручается каждому региону (согласно новому территориальному разделению страны) за исключением Отраслевой кассы для людей в форме, которая охватывает всю страну. Таким же образом определен и платательщик, который знает, какими средствами будет располагать, и не может растратить их больше, так как обязан вести учет.

Взносы на уплату медицинской страховки берутся из подоходного налога с физических лиц, введенного в 1991 г. (подлежат отчислению от него), и являются источником средств, необходимых для покупки услуг. Взносы переводятся при помощи Службы социального страхования, которая является специальным учреждением, занимающимся сбором страховых взносов и осуществляет пенсионные выплаты, пособия, оплачивает больничные листы, а также имеет право взыскивать задолженность.

В государственном бюджете предусматриваются средства на приобрете-

ние высокоспециализированных процедур – услуг, которые в связи с высокой ценой не могут быть компенсированы за счет страховых взносов.

Согласно решению парламента, в 1999 г. конкурс предложений не проводился, а велись только переговоры с предоставляющими услуги. Обсуждались вопросы, связанные с потребностями местного рынка, а также “прежний” бюджет и распределение пациентов по районам (по предыдущей системе).

Конечно же, все заключенные контракты должны были соответствовать принятому кассами больных финансовому плану. В области основных видов медицинской помощи в основу положен так называемый “подушевой” принцип финансирования (от *per capita* – “на душу”), предусматривающий также диагностику, медсестринский уход и т.д. В случае же услуг узких специалистов и лечения в больнице оплата производится по принципу “free for service” или “оплата за услугу”.

Четко определены роль и задачи органов территориального самоуправления, к которым от государства перешли функции собственника и которые одновременно получили (на самом высоком уровне самоуправления – воеводском) возможность реально влиять на систему путем избрания членов советов касс больных. В компетенции совета кассы остается:

- 1) утверждение устава кассы больных;
- 2) принятие решения о создании отделов кассы больных и определение территории их деятельности;
- 3) назначение и увольнение директора кассы больных, а также назначение по предложению директора двух его заместителей, в том числе замдиректора по медицинским вопросам;
- 4) назначение и освобождение членов комиссии по вопросам жалоб и предложений;
- 5) утверждение финансового плана, а также принятие и утверждение годового и квартального финансовых отчетов;
- 6) разработка плана работы, рассмотрение и принятие квартальных и годового отчетов о его выполнении;
- 7) рассмотрение периодических отчетов о работе администрации кассы больных, а также Комиссии по вопросам жалоб и предложений;
- 8) утверждение регламента работы совета и администрации кассы больных;
- 9) принятие решений об имуществе кассы больных, инвестициях, превышающих уставные полномочия администрации, а также о приобретении, отчуждении и дебетировании недвижимости;
- 10) избрание представителей в республиканский союз касс больных.

С каждым днем растет конкуренция между теми, кто предоставляет услуги: контракты заключаются на всех уровнях, начиная с основных видов медицинской помощи и заканчивая сложной квалифицированной. Контракты мо-

гут заключать как государственные, так и негосударственные субъекты, что было невозможно при их финансировании из госбюджета, когда средства проходили мимо негосударственных субъектов.

Пациент, как правило, должен контактировать с семейным доктором (врачом первого контакта, который по мере необходимости направляет его дальше, как бы выполняя функции проводника, “ведя пациента по системе”).

НОВАЯ СИСТЕМА

Система строится согласно следующим принципам:

1) общая солидарность: платят все те, кто пользуется услугами и те, кто в них нуждается, независимо от того, кто и сколько заплатил системе; главным является лечение;

2) самоуправляемость;

3) самофинансирование;

4) право свободного выбора врача и кассы больных (ограничивается на первом году функционирования);

5) обеспечение равного доступа к услугам;

6) деятельность касс больных не ради прибыли (взносы должны направляться, после вычета себестоимости, на покупку услуг);

7) экономность и целенаправленность деятельности.

Основным юридическим документом, в котором упорядочены принципы системы страхования, является Закон о всеобщем медицинском страховании². Закон определяет и нормирует основные проблемы и устанавливает:

1. Кто подлежит страхованию. Это – польские граждане и иностранцы, имеющие разрешение на постоянное место жительства, которые а) подлежат обязательно медицинскому страхованию, б) страхуются добровольно, в) являются членами семей лиц, о которых указывается в пунктах 1 и 2. Согласно Закону об иностранцах, оплату за медицинские услуги, предоставленные лицам, временно находящимся на территории Польши, вносит сам пребывающий или пригласившее его учреждение.

II. Кто подлежит обязательному страхованию. Этот вопрос является весьма важным в новой системе, поэтому мы уделим ему больше внимания. Сюда относятся:

1. Лица, охваченные социальным страхованием или социальным страхованием сельскохозяйственных работников, оговоренным в ст. 2, которые являются:

а) работниками;

б) сельскохозяйственными работниками или членами их семей;

в) лицами, занимающимися несельскохозяйственной деятельностью или лицами, сотрудничающими с ними;

г) лицами, занимающимися надомным промыслом;

д) лицами, выполняющими работу на основании агентских договоров, трудовых договоров или лицами, сотрудничающими с ними;

е) духовными лицами;

ж) членами сельскохозяйственных производственных кооперативов, кооперативов сельскохозяйственных кружков или членами их семей;

з) лицами, получающими социальные пособия, выплачиваемые в период отпуска или социальную помощь на период прохождения переквалификации и поисков новой работы, согласно отдельным правилам или коллективным договорам о труде;

2. Профессиональные военнослужащие, а также солдаты, находящиеся на временной или сверхсрочной военной службе;

3. Полицейские;

4. Сотрудники управления охраны государства (UOP);

5. Служащие органов пограничной охраны;

5а. Служащие органов таможенной службы;

6. Работники исправительных учреждений;

7. Сотрудники государственной пожарной службы;

8. Сенаторы и депутаты;

9. Прокуроры и судьи;

10. Лица, получающие пенсии и пособия, за исключением лиц, перечисленных в ст. 7 пункта 21а; лица, находящиеся в запасе и получающие пенсию или пособие на семью, а также лица, получающие пособие после увольнения со службы;

11. Дети, учащиеся, а также слушатели курсов учителей в соответствии с правилами о системе образования, не находящиеся на содержании лица, подлежащего страхованию;

12. Студенты и аспиранты, не находящиеся на содержании лица, подлежащего страхованию;

13. Слушатели республиканской школы государственной администрации,

14. Лица, получающие спортивные стипендии после достижения 15-летнего возраста и не охваченные медицинским страхованием иных видов;

15. Безработные;

16. Лица, получающие предпенсионное пособие или помощь;

17. Лица, получающие социальное пособие, постоянное пособие, постоянное компенсационное пособие или гарантированное временное пособие из средств социальной помощи;

18. Ветераны, не подлежащие социальному страхованию в Республике Польша, или не получающие пенсии и пособий;

19. Лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком и не находящиеся на содержании лиц, подлежащих страхованию;

20. Сельскохозяйственные работники и члены их семей, которые не подле-

жат социальному страхованию сельскохозяйственных работников на основании Закона о социальном страховании сельхозработников, а также если они не подлежат обязательному медицинскому страхованию согласно пунктам 1-19;

21. Иностранцы, пребывающие на территории Республики Польша на основании разрешения на постоянное или временное местожительство, выданного им в связи с получением статуса беженцев.

Иные категории лиц могут быть включены в систему только на принципах добровольности или в некоторых случаях, – являясь членами семьи застрахованного лица.

III. Кто вносит взносы за отдельных лиц и кто их представляет, чтобы они были охвачены страхованием.

IV. Кто подлежит добровольному страхованию.

V. Каковы принципы внесения взносов.

VI. Какие виды услуг могут получать застрахованные. Это услуги, направленные на:

- 1) сохранение здоровья и профилактику болезней и травм;
- 2) раннюю диагностику болезней;
- 3) лечение;
- 4) профилактику инвалидности и ее снижение.

VII. Какие виды медицинской помощи финансирует касса больных. Это:

- 1) обследование и врачебные консультации;
- 2) диагностическое обследование;
- 3) лечение (амбулаторное, на дому у больного, больничное и в рамках оказания скорой помощи);
- 4) медицинская реабилитация;
- 5) медсестринский уход;
- 6) наблюдение женщин в период беременности, родов и в послеродовой период, наблюдение плода в период внутриутробного развития, и наблюдение за новорожденным;
- 7) профилактическое наблюдение;
- 8) обеспечение лекарствами и медицинскими материалами;
- 9) обеспечение ортопедическими материалами и вспомогательными средствами, а также техническими медсредствами,
- 10) заключение о состоянии здоровья;
- 11) паллиативно-хосписное наблюдение.

VIII. Организация оказания медицинских услуг.

IX. Организация, сфера деятельности, а также принципы ведения финансового учета кассами больных.

X. Органы, имеющие право контролирования и наблюдения, в том числе специальный орган наблюдения – управление по наблюдению за оздорови-

тельным страхованием.

XI. Закон регулирует даже такие деликатные моменты, как неразглашение медицинских и персональных сведений о пациентах.

Кроме всего сказанного, увеличилась ответственность пациента за состояние своего здоровья, так как оплачивая из своего кармана, в некоторых случаях пациент начинает замечать, что хорошее здоровье приносит заметную финансовую пользу.

Уменьшилось расточительство лекарственных средств. Они уже не прописываются так щедро (это не означает, что пациентов стали хуже лечить); врачи перестают выписывать лекарства про запас. Пациенты, в значительной мере компенсирующие их стоимость, не делают запасов дома.

Введение в больницах должности рецептария или попытка стандартизовать метод лечения и применения лекарств содействует лучшему финансовому учету и создает реальную возможность учета расходов.

Уже в скором времени будут разработаны стандарты медицинских услуг и аккредитация отделений, т.е. признание того, что данное отделение соответствует определенному (высокому) стандарту как по оборудованию, так и по квалификации кадров.

Ниже перечислены некоторые недостатки, идентифицированные уже во время функционирования новой системы, и способы борьбы с ними.

- **Несовершенная система взыскания взносов (поступает только 95% запланированной суммы).** Чтобы избежать этого недостатка, должна быть более совершенной система принудительного взыскания долга Центром социального страхования, а также необходимо решиться на выделение в долг средств из госбюджета для касс больных.
- **Необходимость реструктуризации принятия на работу.** В апреле 1999 г. правительство приняло программу, поддерживающую реструктуризацию государственных медицинских учреждений, включающую в себя элементы протекционной деятельности для работников здравоохранения. Согласно этой программе, дополнительно финансируются расходы, связанные с сокращением персонала, сменой профиля деятельности; выделяются также средства для кредитов тем лицам, которые желают открыть свое дело – медицинскую практику за свой счет.
- **Нереальные ожидания работников в связи с проводимой реформой о быстром росте их доходов.** Выходом из этой ситуации является дополнительная просветительская работа, чтобы как можно больше людей поняло принципы новой системы.
- **Отсутствие четкого определения так называемых “материалов”, являющихся предметами покупки для касс больных.** Как продавцы, так и покупатели не определили стандартов и области действия покупаемых услуг. В связи с изложенным, была ускорена разработка стандартов меди-

цинских процедур, и уже в процессе заключения контрактов на 2000 г. кассы больных достаточно точно представляли, “что и на каких условиях они хотят приобрести”.

Что касается фармацевтической промышленности, то опыт свидетельствует, что денежная продажа при участии стратегического инвестора не обеспечивает трансферта современных товаров, технологий и ноу-хау, несет с собой угрозу увеличения стоимости товаров, производимых приватизированными фирмами, а также отказ от профиля продукции в случае изготовления приобретающей фирмой того же ассортимента. Это касается также отказа от лицензионных договоров, заключенных польским производителем, а также отсутствия заинтересованности в производстве в нашей стране оригинальных лекарств, разнообразящих рынок и составляющих конкуренцию импортным лекарствам.

В первом полугодии мы сконцентрировались на решении следующих основных задач:

- стремление к достижению финансовой стабильности в системе финансирования медицинских услуг путем правильного распоряжения страховыми взносами, накопленными в кассах больных;
- стремление к росту эффективности управления в медицинских учреждениях путем рационализации общей стоимости и инвестиционных капиталовложений;
- приспособление структуры отделений, а также количества сотрудников к спросу на медицинские услуги (реструктуризация);
- усиление роли врача, оказывающего основные медицинские услуги, в непосредственной связи с увеличением роли пропаганды здорового образа жизни общества;
- улучшение доступа к медицинским услугам или создание стройной и четкой системы получения пациентом надлежащих ему медицинских услуг в соответствии с Законом о всеобщем медицинском страховании, в том числе – продление времени работы медицинских учреждений, занимающихся амбулаторным лечением,
- сокращение времени ожидания путевок в санатории и на оздоровительное лечение,
- стремление к достижению наивысшего качества предоставляемых застрахованным лицам³ медицинских услуг.

В завершение немного статистики о популярности системы среди пациентов:

Отзывы пациентов об основных видах медицинских услуг⁴:

- доступ к услугам (способ и исправность регистрации, время приема пациентов, возможность получения направления к специалисту или на диагностическое обследование; возможность получения консультации в день

обращения в поликлинику, свобода выбора поликлиники и врача) – средняя оценка 4,0;

- возможность получения консультации в день обращения подтвердили 90,1% пациентов, свободу выбора поликлиники – 87,5, а свободу выбора врача – 96,4% лиц, ответивших на анкету;
- оценивая медицинский персонал, пациенты выставили средний балл 4,0, а ожидаемые условия оказания услуг (чистота в поликлинике, доступность санитарных служб и т.д.) респонденты оценили на 3,9;
- степень удовлетворения оценена на 3,9, а желание или намерение сменить врача высказали только 15,9%;
- отзывы пациентов амбулаторного специального лечения (пациенты должны были оценить исправность работы регистратуры, время приема врачами, возможность выбора медицинского учреждения и врача-специалиста): оценка доступности услуг составила 4,2; не имели трудностей в доступности к специальным процедурам 94,2% респондентов; свобода выбора врача – 72,6; медицинский персонал специальных амбулаторий получил оценку 4,2, также, как и ожидаемые условия оказания услуги. Средняя оценка, из всех выставленных, составляет 4,1.

Окончательную оценку новой системы здравоохранения можно будет сделать только после окончания года и конкурса на предложения услуг в 2000 г.

Литература

- ¹ Медицинские услуги в цифрах: Статистический справочник / Центр организации и экономики здравоохранения. Варшава, 1999.
- ² Закон от 6 февраля 1997 г. О всеобщем медицинском страховании // Законодат. Вестник. № 28 (пол. 153 с последующими изменениями).
- ³ Отчет Уполномоченного правительства по вопросам введения всеобщего медицинского страхования за I квартал и первое полугодие 1999 г. Варшава, 31 августа 1999 г.
- ⁴ На основании анкеты, проведенной Лодзинской региональной кассой больных.