

После перехода к рыночной экономике Польша стала стабильной демократией с постоянным экономическим ростом. Она является полноправным членом Евросоюза с 2004 г. Здесь есть три уровня территориальной администрации и самоуправления: муниципалитет на самом низком уровне, выше – район, далее – воеводство или регион.

После перехода к рыночной экономике централизованная система здравоохранения, основанная на модели Семашко, была заменена децентрализованной. Было введено обязательное медицинское страхование.

Центральный фонд медстрахования

Конституция 1997 г. гарантирует всем гражданам право на равный доступ к медицинскому обслуживанию, которое финансируется из государственных источников: взносов обязательного медицинского страхования, государственных и территориальных бюджетов самоуправления. Страховые взносы собираются двумя учреждениями социального страхования – Институтом социального страхования и Сельскохозяйственным фондом социального страхования. Собранные страховые взносы затем передаются Центральному фонду медицинского страхования (ЦФМС).

Имеется четкое отделение системы финансирования здравоохранения от системы предоставления медицинского обслуживания: ЦФМС – единственный плательщик в системе, отвечает за финансирование здравоохранения и заключение контрактов с государственными и негосударственными поставщиками медицинских услуг. Министерство здравоохранения является высшим государственным органом, ключевым разработчиком политики и регулятором системы и поддерживается рядом консультативных организаций.

Взносы медицинского страхования полностью уплачиваются наемными работниками, собираются посредническими учреждениями и накапливаются в ЦФМС и затем распределяются между его 16 региональными отделениями в зависимости от численности, возраста и пола застрахованного в регионе населения. Отделения сами заключают контракты на медицинское обслуживание застрахованных пациентов.

Финансы ЦФМС контролируются министерствами финансов и здравоохранения.

Некоторые задачи здравоохранения и регулирующие функции были децентрализованы. Например, контроль качества поручен центру контроля качества медицинской помощи, контроль санитарно-гигиенических стандартов передан Санитарной инспекции. Другие задачи, главным образом профилактика и содействие укреплению здоровья, переданы на уровень органов территориального самоуправления. Что касается выбора поставщиков медицинской помощи, то органы территориального самоуправления также имеют на это право, а при особых обстоятельствах даже обязаны преобразовать эти учреждения в коммерческие компании.

Уровень и структура финансирования здравоохранения подверглись существенным изменениям с 1989 г., но доля валового внутреннего продукта (ВВП), выделяемого на здравоохранение, осталась почти постоянной. За 1995-2009 гг. произошло пятикратное увеличение ассигнований на здравоохранение (с 18,5 млрд злотых до 99 млрд). Однако значительно возрос и валовый внутренний продукт и, следовательно, процент ВВП, выделяемый на здравоохранение, увеличился только на 1,9% – с 5,2 до 7,4.

Около 70% финансовых средств в здравоохранение поступает из государственных источников,

Все поставщики медицинских услуг, отвечающие определенным критериям, могут конкурировать за контракты с ЦФМС. Контракты, за исключением услуг первичной помощи и покупки медицинских устройств, предоставляются посредством подачи конкурентоспособных предложений или (редко) через переговоры.

частных больниц было создано после 1999 г., то их физическое состояние, средства обслуживания в среднем находятся в лучшем состоянии, и поддержание их в порядке является менее дорогостоящим.

Большинство медицинских учреждений амбулаторной помощи находится в частных руках, в то

правляет пациентов на более высокие уровни медицинской помощи. На каждом уровне помощи пациенты имеют право выбора среди врачей, имеющих контракт с ЦФМС. На прием к специалистам, за исключением некоторых специалистов (например, гинеколог) и некоторых состояний (например, туберкулез), необходимо полу-

А как у них?

Польский сценарий реформы

Проблемы здравоохранения этой страны похожи на наши



более 83,5% из них – из системы ОМС, которое охватывает 98% населения и гарантирует доступ к широкому диапазону медицинских услуг.

В 2008 г. ЦФМС оплачивал более 91% государственных расходов на медицинское обслуживание. Второй самый важный источник общественных фондов – государственный бюджет, подкрепляемый бюджетами территориальных самоуправлений. Платное медобслуживание играет большую роль в Польше, чем в большинстве других государств – членов ЕС и осуществляется, главным образом, в виде платежей из кармана пациентов (около 22% полных расходов здравоохранения в 2009 г.). Широко распространены неофициальные платежи, но их степень уменьшилась после принятия суровых мер по борьбе с коррупцией. Добровольное медицинское страхование (ДМС) играет ограниченную роль и главным образом касается профилактики профессиональных заболеваний.

Финансовые ресурсы ЦФМС являются ограниченными, что фактически означает, что широкие права, гарантируемые законом на бумаге, не всегда доступны пациентам. Оплата части расходов пациентов государством возможна, за исключением лекарств, лекарственных изделий и вспомогательных медицинских устройств, лечения на курортах и некоторых зубоорачебных процедур и материалов. Списки возмещения расходов пациентов действуют с конца 2009 г. и периодически обновляются Министерством здравоохранения. Взносы медицинского страхования взимаются, как и подоходный налог, из зарплаты и уплачиваются работникам полностью.

Приватизация: старт дан

Различные механизмы оплаты используются согласно уровню медицинской помощи и виду предоставляемого медицинского обслуживания. Первичная помощь оплачивается путем подушевой оплаты, а принцип «гонорар за услуги» применяется для вторичной амбулаторной помощи, стоматологии и некоторых программ общественного здравоохранения (общественное здравоохранение также финансируется из государственного бюджета). С 2008 г. для стационарной помощи была введена система диагностически-связанных групп (ДСГ), а в 2011 г. она была расширена на отдельные виды специализированной помощи амбулаторным больным. Большинство услуг скорой помощи оплачиваются из государственного бюджета.

Механизмы оплаты высококвалифицированных профессионалов включают контрактные соглашения на основе трудового законодательства, гражданского права о найме, самозанятости и финансирования государством медицинских студентов и стажеров. Никакой минимальной оплаты труда для отдельных профессиональных групп в системе здравоохранения не установлено.

Частные больницы материально более устойчивы, чем государственные. Поскольку большинство

времени как большинство больничных коек являются государственными. Территориальные самоуправления – основной источник предоставления инвестиций для больниц.

В 2010 г. расходы пациентов на здравоохранение в среднем составляли приблизительно 4,8% от их доходов (для пенсионеров почти вдвое больше). В 2009 г. 8-12% респондентов ответили, что они не обращались за медицинской помощью из-за финансовых барьеров, хотя такая потребность и была. Платежи за лекарства, выписанные или рекомендованные врачами, оказались значительным финансовым бременем для пациентов.

Страховые взносы покрывают большую часть государственных расходов здравоохранения, а остальные средства поступают из государственных и территориальных бюджетов. Финансовый дефицит, некоторые неясные инструкции, отсутствие стандартов и механизмов финансирования, плохо приспособленных к реальным медицинским потребностям, привели к относительно высоким расходам из кармана пациентов, особенно при оплате лекарств.

В теории контракт, заключенный с ЦФМС, должен также обеспечить больницы деньгами для реконструкции, закупки оборудования. Но после уплаты текущих расходов остаток средств для капитальных инвестиций остается незначительным.

Хотя в Польше в 2009 г. число больничных коек на 1 тыс. жителей уменьшилось до 6,7, оно всё еще было значительно выше, чем в среднем по ЕС (5,3). Структура распределения больничных коек мало изменилась с начала 2000-х, остается явный избыток коек для лечения острых заболеваний и дефицит для долгосрочного лечения. Существенные различия в географическом распределении больниц влияют и на доступ к медицинской помощи.

Медицинские кадры

В 2009 г. в стране было 82 900 врачей, 12 100 дантистов, 24 200 фармацевтов, 200 500 медсестер и 22 400 акушеров, которые работали в учреждениях здравоохранения. Ощущается нехватка в здравоохранении квалифицированных медработников. В Польше число врачей на душу населения ниже, чем в большинстве западноевропейских стран и уменьшается с 2003 г. главным образом из-за отъезда медиков в другие страны ЕС, где оплата труда выше, условия труда и перспективы профессионального роста лучше.

Врач первичной помощи на-

править пациентов на более высокие уровни медицинской помощи. На каждом уровне помощи пациенты имеют право выбора среди врачей, имеющих контракт с ЦФМС. На прием к специалистам, за исключением некоторых специалистов (например, гинеколог) и некоторых состояний (например, туберкулез), необходимо полу-

Здоровье поляков стало лучше

В 90-е годы произошло значительное улучшение состояния здоровья польского населения. Так, в 2009 г. средняя продолжительность жизни достигла 80,2 года у женщин и 71,6 года у мужчин. Но всё еще имеется большой разрыв в продолжительности жизни между Польшей и странами Западной Европы, а также между продолжительностью всей жизни и ожидаемым числом лет без болезней или нетрудоспособности. Младенческая смертность заметно уменьшилась, достигая 5,6 промилле в 2009 г., но этот показатель всё еще выше, чем его среднее значение для ЕС.

Сердечно-сосудистые болезни – главная причина смерти и у мужчин и у женщин, на втором месте онкологические заболевания и далее внешние причины – травмы и отравления. Сердечно-сосудистая смертность существенно не уменьшилась, в то время как преждевременная смертность наиболее часто относится к онкологии. Табак и потребление алкоголя более распространены в Польше, чем в Западной Европе, поэтому смерти, связанные с циррозом печени у молодых и взрослых средних лет, не уменьшились. Значительно возросли среди детей избыточный вес и показатели ожирения в том числе.

С 2005 г. в стране было проведено несколько реформ здравоохранения. Главные реформы и политические инициативы затронули улучшение системы медицинской информации, доступа к медицинской помощи, финансирования в больничном секторе, усиление борьбы с коррупцией в здравоохранении, расширение прав пациентов.

Время покажет, как это скажется на доступности, цене и качестве медицинской помощи в Польше.

Александр ЛАЗАРЕНКО,
кандидат медицинских наук.

НА СНИМКЕ: перемены в здравоохранении Польши, как и в других отраслях, закладываются в столице – Варшаве.