

ПРОЦЕСС РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОЛЬШЕ

Л. Вдовяк, Ю. Дятчик, Л. Капка (Люблин, Польша)
Институт медицины села, г. Люблин

Резюме. В 80-е годы XX ст. в большинстве европейских стран наблюдалась тенденция к реформированию системы здравоохранения. Изменения в здравоохранении необходимы в связи с недостаточной эффективностью существующей системы, неравенством доступа к услугам, отсутствием конкуренции, недостаточной мотивацией персонала и ответственностью пользователей. Представлен обзор существующих на сегодняшний день способов реформирования системы здравоохранения, а также актуальные предложения, касающиеся внедрения нового способа финансирования больниц как элемента реформирования системы медицинского обеспечения.

Ключевые слова: реформирование, система медицинского обеспечения, здравоохранение.

В 80-е годы XX ст. в большинстве европейских стран наблюдалась тенденция к реформированию системы здравоохранения. Изменения в здравоохранении необходимы в связи с недостаточной эффективностью существующей системы, неравенством доступа к услугам, отсутствием конкуренции, недостаточной мотивацией персонала, недостаточной ответственностью пользователей, а также с необходимостью ограничения темпа роста расходов на здоровье [13].

Реформа здравоохранения стала всеобщей необходимостью в большинстве стран мира. Первые попытки реформирования здравоохранения в Польше сделаны в 90-е годы XX ст. Это связано с глубокими политическими и экономическими изменениями. Причинами, мотивирующими реформацию системы здравоохранения в Польше в 80-е годы, были чрезмерная централизация принятия решений и их бюрократизация, а также недостаточное финансирование здравоохранения и игнорирование экономических инструментов, в том числе расчета затрат как механизма рационализации медицинских действий и использования доступных в системе резервов. Не менее важными причинами были также недостаточное использование мотивационных инструментов, которые могут положительно влиять на эффективность работы персонала, а кроме этого, некомпетентия руководящего персонала в области здравоохранения, особенно в так называемых вопросах менеджмента, т.е. организации управления и экономики системы [9]. К этому можно добавить отсутствие в практике адаптации к локальным условиям и потребностям организационных систем, формальный подход к участию общества в процессе функционирования системы и к процессу ее функционирования, недооценивание прав и обязанностей об-

щества и пациентов к участию в принятии решений, связанных с их здоровьем.

Всеобщую поддержку в необходимости проведения реформ определяли три главных фактора: демографические перемены, цивилизационный и технологический прогресс, а также экономические реалии. Демографические перемены выражены приростом населения, старением населения, а вместе с этим — ростом группы населения, требующей интенсивной и длительной медицинской опеки [3]. Цивилизационный и технологический прогресс предоставляет все более современные процедуры диагностики и лечения в медицине, позволяет ускорить темп развития медицинских наук и способствует росту эффективности медицинских действий. С другой стороны, эти факторы приводят к росту стоимости диагностически-лечебных процедур, к деградации окружающей среды и к появлению новых опасностей для здоровья. Экономические реалии, в свою очередь, ограничивают возможности роста затрат на здоровье, особенно в публичном секторе в шкале, которая была бы адаптирована к темпу демографических и технологических перемен [5].

Соответственно, целью перемен в период экономическо-общественной трансформации было, прежде всего, ограничение роли государства в службе здоровья, приобретение самостоятельности публичного сектора, введение рыночных отношений и элементов рынка медицинских услуг в бюджетной системе здравоохранения.

Основным документом, который позволил реализовать вышеупомянутые цели, а также являлся источником перемен в финансовом и организационном функционировании организаций здравоохранения, был закон «Об учреждениях здравоохранения» от 30 ав-

густа 1991 г. [11]. Он создал юридические основания для функционирования различных организационных и собственных структур в системе здравоохранения — государственных и частных учреждений здравоохранения. Узаконенное равенство между государственным и частным секторами было первым шагом в сторону изменений и способствовало рыночным отношениям, а особенно (эффективности) улучшению процессов управления государственными учреждениями здравоохранения и качества медицинских услуг. Одним из основных юридических решений в вышеупомянутом законе и пунктом старта реформ была возможность получения государственными учреждениями самостоятельного юридического статуса, т.е. преобразование государственных учреждений здравоохранения из бюджетных в учреждения, имеющие юридическое лицо. Такое учреждение финансирует свою деятельность из имеющихся средств и получаемых доходов. Следующим этапом была поправка к закону «Об учреждениях здравоохранения» и принятый парламентом 6 февраля 1997 г. закон «О всеобщем медицинском страховании», что привело к процессу преобразований в государственных учреждениях здравоохранения. «Больничные кассы» функционировали только в учреждениях здравоохранения, имеющих статус самостоятельных [10].

Большое значение для процесса управления частными учреждениями здравоохранения имело введение поправки 10 декабря 1998 г., на основании которой частное учреждение здравоохранения может заказывать медицинские услуги в учреждениях, действующих в рамках частного сектора здравоохранения:

- частных учреждений здравоохранения в диапазоне заданий, определенных в их уставах;
- физических лиц, оказывающих медицинские услуги в виде индивидуальной или специальной практик, определенных отдельными законами;
- групповой врачебной и медсестринской/акушерской практик, определенных отдельными законами;
- физического лица, которое имеет соответствующие медицинские квалификации в определенной области медицины, а также помещение и медицинскую аппаратуру, соответствующую требованиям медицинских учреждений здравоохранения, и действует в соответствии с законами о частном предпринимательстве [8].

Главной переменной в здравоохранении Польши в январе 1999 г. было разграничение функций организатора и плательщика в здравоохранении. Плательщик отвечал теперь за рациональную и соответствующую медицинским потребностям аллокацию государственных средств, предназначенных для здравоохранения.

Следующим шагом было создание в 2003 г. Народного Фонда Здоровья. Финансирование системы здравоохранения теперь стало централизованным. В законе «О всеобщем страховании» от 23 января 2003 г. в На-

родном Фонде Здоровья приняты юридические урегулирования [14]. Это проверенные решения и ранее введенные изменения в систему здравоохранения:

- финансирование медицинских услуг из системы обязательных взносов;
- функционирование целевого фонда здравоохранения независимо от бюджета страны;
- самостоятельность учреждений здравоохранения;
- формальный раздел плательщика и организатора медицинских услуг;
- финансирование и реализация медицинских услуг на основании договоров об оказании медицинских услуг;
- свобода выбора реализатора услуг (врача, первой медицинской помощи, врача специалиста, больницы);
- равенство частных и государственных учреждений в доступе к общественным средствам, предназначенным для финансирования здравоохранения.

Учреждение Народного Фонда Здоровья, как единственного плательщика, несомненно, привело к стандартизации в здравоохранении, укрепило позицию локальной администрации как организатора здравоохранения, передав полномочия на разработку планов здоровья. Юридические решения, введенные этим законом, существенно укрепили позицию Министерства Здоровья в области принятия стратегических решений и контрольных функций надзора над финансовой деятельностью Фонда.

Конкретные задачи в области управления здравоохранением были переданы локальной администрации, т.е. учредительным органам, и концентрировались на реализации двух функций — опека над инвестициями и материальной базой (функция учредителя), а также действия учреждения в соответствии с его стратегическими целями (функция организатора) (рис. 1).

Юридические решения по всеобщему медицинскому страхованию базировались на общественной солидарности и обеспечении всем застрахованным равного доступа к медицинским услугам. Правильная реализация этой концепции непосредственно связана с принятыми государством формами финансирования

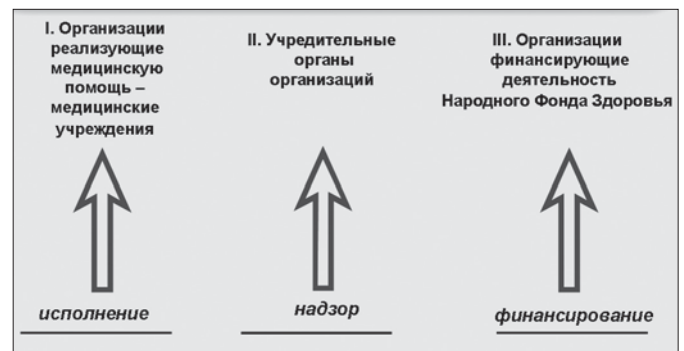


Рис. 1. Схема системы медицинского обеспечения в Польше

медицинских услуг. Финансовые средства со страховых взносов являются государственными средствами. Из этого следует, что пользователь системы имеет право знать, каким образом может реализовать свое право на охрану здоровья и осуществляется ли соответствующий надзор над государственными средствами, предназначенными на охрану здоровья.

Пациент имеет право на:

- медицинские услуги на соответствующем уровне;
- информацию о своем состоянии здоровья;
- согласие или отказ от определенных медицинских услуг на основании предоставленной ему информации;
- конфиденциальность и уважительный подход во время реализации медицинских услуг;
- спокойную и достойную смерть.

27 августа 2004 г. был принят Закон «О медицинских услугах, финансируемых из общественных средств», который определил условия и диапазон медицинских услуг, финансируемых из государственных средств, правила и формы финансирования

этих услуг, правила всеобщего обязательного и добровольного медицинского страхования, а также формы контроля над финансированием и реализацией финансируемых из общественного фонда медицинских услуг.

В настоящее время быстрый рост дефицита сектора государственных финансов и связанное с ним увеличение государственной задолженности являются следствием существующей структуры бюджетных расходов, которые ограничивают свободу хозяйственной политики в финансовом секторе. Около 40% общего бюджета страны и 50% его расходов – это социальные трансферты [7].

По расчетам Народного Фонда Здоровья, около 38,1 млн поляков застрахованы (медицинское страхование). В течение последних 12 лет продолжительность жизни увеличилась на 4,4 года для мужчин и на 3,6 для женщин [4]. В ближайшее десятилетие потребность в медицинских услугах в связи со старением общества будет быстро расти, что повлечет за собой множество проблем в системе здравоохранения.

Поэтому было необходимо введение нового способа финансирования больниц. Аргументы изменения существующей системы следующие:

- отсутствие соответствующей методики управления каталогом медицинских услуг;

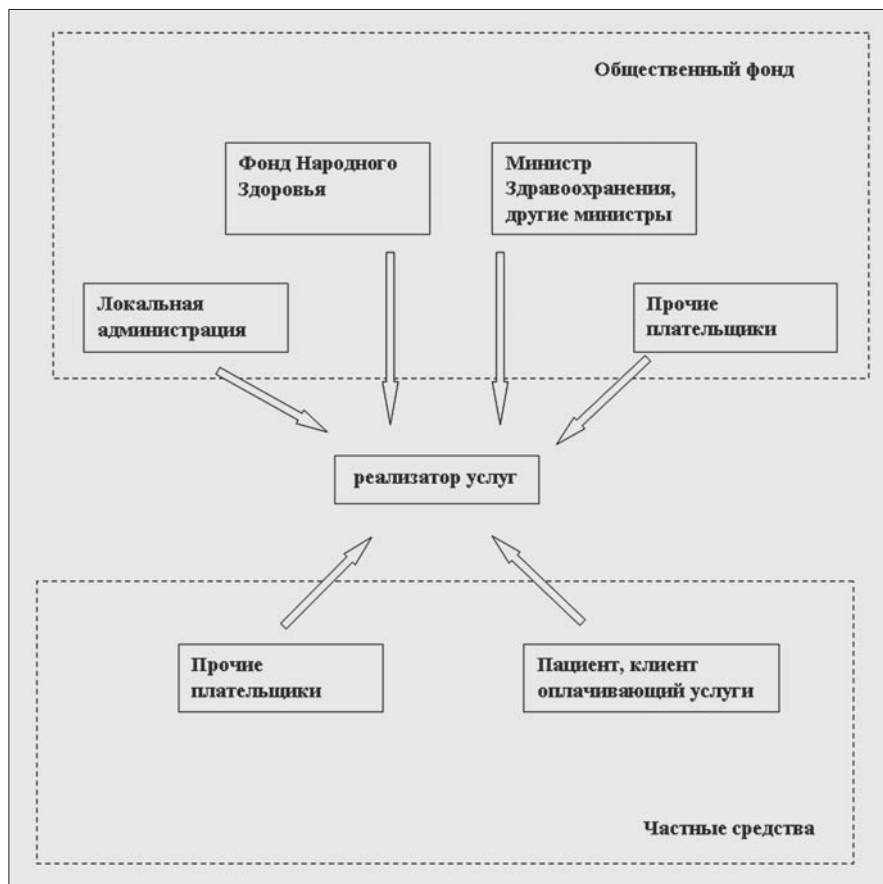


Рис. 2. Финансирование медицинских услуг в Польше

- видимые отклонения от первичных целей: злоупотребление «суммированием», тенденция к увеличению каталога услуг (непонятные названия услуг, требующие постоянной интерпретации);
- отсутствие связи с основными классификациями;
- договорной механизм расценки позиций в каталоге;
- неэффективный расчет и высокие показатели злоупотреблений;
- рост операционных затрат и несоответственное использование больничных расчетов.

С другой стороны, правительство Польши ожидает от новой системы: однозначности в определении и описании услуг, упрощения правил и уменьшения количества позиций в каталоге, связи финансирования с затратами, ограничения возможности отрыва финансовых расчетов от фактически реализуемой терапии, необходимости классификаторов (МКБ-10, МКМП-9) в статистических целях и при модификации системы расчетов.

Система однородных групп пациентов оправдала себя во многих европейских странах и в США, как система расчетов между плательщиком и больницей. Эту систему рекомендует также Европейский Союз при расчетах с больницами [6].

Она базируется на каталоге сгруппированных медицинских процедур, а предпосылки, способствующие

объединению услуг, — подобная клиническая проблема и подобный лечебно-диагностический процесс. Это значит, что в одной группе находятся более дорогие и более дешевые медицинские процедуры, а их стоимость усреднена [2]. Если система ОГП будет введена в Польше, то число позиций в каталоге медицинских процедур уменьшится с 1,5 тыс. (на данный момент) до 450.

Кроме того, система ОГП оптимальна для Польши, поскольку имеет проверенные теоретические основы — эта модель проверена во многих странах, адаптирована к разным классификаторам и системам финансирования больниц. Система совместима также с расчетом расходов, в котором пациент является «носителем расходов».

Понятие и эффективное использование системы ОГП требует изучения ее конструкции и используемых форм описания. Важными критериями во время создания групп системы ОГП должны быть универсальность и прозрачность. Каждая группа ОГП должна выполнять условия минимального количества проявлений в масштабе страны, в польских условиях — не менее 300 случаев и/или о суммарной стоимости услуг более 1,5 млн PLN [1]. Количество групп должно быть «соответствующим», то есть включать в себя сотни, а не тысячи позиций. Кроме этого, система должна иметь универсальный характер и использоваться в расчетах всех больниц, в диапазоне повторяющихся и характерных проявлений болезни, а носителем средств должна быть госпитализация конкретного пациента. Цена, которую платательщик должен заплатить за лечение, зависит не только от выполненных процедур или диагностики, но также от возраста сопутствующих заболеваний и возможных осложнений.

Конкретные группы ОГП делятся на клинически обусловленные секции, которые связаны с клиническим окружением и отраслью медицины — эта классификация имеет упорядоченный характер, что облегчает поиск групп. В конце каждой секции находятся списки дополнительных rozpoznаний или процедур, характерных для групп только данной секции [1].

Классические черты системы ОГП (по Феттру) охватывают три группы вопросов:

- каждая группа должна иметь клиническое значение, которое ассоциируется с предполагаемым способом лечения и характеристикой пациентов по отношению ко времени пребывания в больнице, видам выполняемых процедур, диагностики, лекарств и т.д.;
- конкретные группы должны включать пациентов с подобной стоимостью лечения, как расхода ресурсов больницы;
- группы должны определяться на основании общедоступных данных в больничной документации относительно состояния здоровья пациента или лечения [6].

Основной чертой финансирования в системе ОГП является система возврата затраченных расходов, в которой тарифы приписаны к однородным проявлениям заболевания по поставленному диагнозу или выполненным медицинским процедурам. Система ОГП базируется на международных классификациях болезней (МКБ-10) и процедур (МКМП-9), которые являются универсальным способом описания госпитализации. С целью сохранения однородности кодирования Народный Фонд Здоровья адаптировал перевод новейшей версии Международной классификации медицинских процедур (МКМП-9) и предоставил ее всем желающим бесплатно. Благодаря этому, система ОГП позволяет легче и дешевле проводить расчеты больничных услуг на основании европейских законов о координации, а также непосредственно соединяет медицинскую документацию с расчетом госпитализации и улучшает качество статистических отчетов (также для международной организаций — EUROSTAT). Также способствует улучшению качества собираемых данных, что, в свою очередь, позволит плательщику определить реальные медицинские потребности застрахованных и затраты на их реализацию. Расчет в системе ОГП требует отчета законченной госпитализации пациента, содержащего коды важных элементов лечения от момента принятия до момента выписки, а также основной причины принятия в больницу [1].

С 2008 г. разрабатывается система тарифов ОГП, которая базируется на реальных затратах больницы на трех аналитических уровнях:

- сравнение стоимости выработки пункта ОГП во всех больницах, готовых предоставить данные;
- сравнение стоимости выработки пункта ОГП для конкретных больничных отделов вместе с оценкой их рентабельности;
- использование информации о стоимости лечения конкретных пациентов в выбранной группе больниц, которые используют расчет стоимости больничного лечения в соответствии с декретом Министра Здоровья от 22 декабря 1998 г. «О способах расчета расходов в государственных учреждениях медицинской помощи» [2].

Система ОГП должна быть так спроектирована, чтобы в будущем могла предоставить возможность мониторинга групп, оценку их характеристики и пропорцию групповых случаев, стоимости их выработки больницами, и вследствие чего должна поддерживать разделение чрезмерно разных и соединение подобных групп. Система ОГП должна реализовать требования стоимостной однородности групп. Поэтому тарифы ОГП должны определяться при условии не более 25-процентной разницы в стоимости услуг между учреждениями. Группы должны позволить плательщику аллокацию ресурсов, с другой стороны, они должны помогать в управлении больницей, планировании и контроле ресурсов.

Ета новая система — поправки и изменения будут вноситься еще на протяжении многих месяцев. Тем не менее, авторы этой программы надеются, что она

оправдает надежды медицинских работников и директоров больниц в Польше.

Список литературы

1. Access mode: <http://www.cms.hhs.gov/home/regsguidance.asp>.
2. Access mode: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=7>.
3. Golimowska S. Z Opieka Zdrowotna w Polsce po reformie / S. Golimowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek // Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych. Raport CASE: 53/2002.
4. Grabowski J. Polski system jednorodnych grup pacjentów / Jacek Grabowski, Adam Kozierkiewicz, Franciszek Gajek // Służba Zdrowia październik. — 2001. — Nr. 18. — S. 80–81.
5. Grochowski L. Finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce / Leszek Grochowski, Krystyna Radecka, Leszek Wdowiak // Zdrowie Publiczne: [podrecznik] / pod red. M. Latańskiego. — Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie, 1999. — S. 233–240.
6. Materiały i informacje na temat JGP w Narodowym Funduszu Zdrowia. — Access mode: <http://www.mp.pl/jgp/index.php?aid=39689>. — Title from screen.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centrale i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej // Dz. U. — 1998. — Nr. 164. — Poz. 1194.
9. Konstytucja z dnia 2 kwietnia 1997 r.: Ustawa zasadnicza // Dz. U. — Nr. 78. — Poz. 483.
10. O powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym: Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. // Dz. U. — Nr. 28. — Poz. 153 z późn. zm.
11. O zakładach opieki zdrowotnej: Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. // Dz. U. — Nr. 91. — Poz. 480 z późn. zm.
12. Wdowiak L. Meandry reformy krajowego systemu ochrony zdrowia / Leszek Wdowiak // Alma Mater. — 2002. — R. 12, nr. 4. — S. 84–87.
13. Wdowiak L. Reformowanie opieki zdrowotnej w Polsce / Leszek Wdowiak, Krystyna Walkowska // Polska Medycyna Rodzinna. — 2003. — T. 5. — S. 215–219.
14. Wdowiak L. Stan reformy systemu opieki zdrowotnej w Polsce / Leszek Wdowiak, Krystyna Walkowska, Alfred Owoc // Zdrowie Publiczne. — 2002. — T. 112, nr. 4. — S. 511–515.

Процес реформування системи охорони здоров'я у Польщі

[Л. Вдов'як], Ю. Дятчик, Л. Капка (Люблін, Польща)

У 80-ті роки ХХ ст. в більшості європейських країн спостерігалася тенденція до реформування системи охорони здоров'я. Зміни в охороні здоров'я необхідні у зв'язку з недостатньою ефективністю існуючої системи, нерівністю доступу до послуг, відсутністю конкуренції, недостатньою мотивацією персоналу і відповідальністю користувачів. Наведено огляд існуючих на сьогоднішній день способів реформування системи охорони здоров'я, а також актуальні пропозиції, які стосуються впровадження нового способу фінансування лікарень як елементу реформування системи медичного забезпечення.

Ключові слова: реформування, система медичного забезпечення, охорона здоров'я.

Process of health care system transformation in Poland

[L. Vdovyak], Yu. Dyatchyk, L. Kapka (Lublin, Poland)

In 1980s XX century in the majority of the European countries, the transformation of the system of health care and health protection was observed. Changes in the system of health care are necessary due to the insufficient effectiveness of the existing system, lack of equality in access to services, lack of competitiveness, insufficient motivation of staff, insufficient feeling of responsibility by users, as well as the slow pace of increase in outlays for health. The article presents a review of the ways transformation of the existing health care and health protection systems, and current proposals concerning the implementation of a new method of financing hospitals as an element of health care system reform.

Key words: transformation, health care system, health care.

Рецензент: канд. екон. наук Н.Т. Кучеренко.