

# Реферат обзора

## Польша

### Основные положения

Польша – государство в Центральной и Восточной Европе, характеризующееся самой большой численностью населения (38,1 млн) и площадью (312 685 км<sup>2</sup>). После 1989 года Польша успешно перешла к свободно избираемому парламенту и рыночной экономике и сейчас представляет собой страну с устойчивой демократией и постоянным экономическим ростом. Государство также хорошо представлено в Европейских и международных политических и экономических организациях, являясь полноправным членом ЕС с 2004 года. Во второй половине 2011 года Польша стала страной-председателем Совета ЕС (осуществляется по принципу ротации).

Национальная Ассамблея Республики Польша представлена двумя палатами – нижней и верхней, члены которых избираются сроком на 4 года. Президент Республики Польша, избираемый всеобщим голосованием на пятилетний срок, назначает Председателя Совета министров Республики Польша и Совет министров (Правительство Республики Польша). Административно-территориальное деление и органы местного самоуправления страны представлены на трех уровнях: на нижнем – гмины (муниципалитеты), на среднем – повяты (районы), на высшем – воеводства (регионы).

Переходный период 1990-х годов был отмечен значительным улучшением показателей состояния здоровья польского населения. В 2009 году средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении у женщин составила 80,2 лет, а у мужчин – 71,6 года. Вместе с тем все еще наблюдается существенная разница в показателях продолжительности жизни в Польше

и других западных странах, входящих в ЕС; также имеется различие в показателях общей продолжительности жизни и числа лет ожидаемой жизни, проживаемых без болезней и инвалидности. Младенческая смертность заметно снижается, составив 5,6 на 1000 живорожденных по данным за 2009 год. Данный показатель все еще выше аналогичного среднего показателя по ЕС-27 (страны-члены ЕС, включая присоединившиеся после мая 2004 года и января 2007 года) и ЕС-15 (страны-члены ЕС до мая 2004 года), но ниже аналогичного среднего показателя по ЕС-12 (страны-члены ЕС после мая 2004 года и января 2007 года). К основным причинам смерти населения относятся: сердечно-сосудистые заболевания, занимая первое место, как среди мужчин, так и среди женщин, на втором – новообразования, на третьем – внешние причины, включая травмы и отравления. С начала нового тысячелетия не наблюдается существенного снижения показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний как среди мужчин, так и среди женщин, однако замечено изменение динамики в сторону более пожилого населения, в то время как преждевременная смертность чаще наступает по причине новообразований. Злоупотребление алкоголем и табаком носит более выраженный характер в Польше по сравнению с другими странами Западной Европы, а показатель смертности от цирроза печени среди населения молодого и среднего возраста не снизился. В стране также отмечается значительный рост как взрослых, так и детей, страдающих излишним весом и ожирением.

В 2004 году смертность превысила рождаемость, что на фоне роста продолжительности жизни по предварительным оценкам приведет

к существенному росту доли пожилого населения на следующие несколько десятилетий. Это в значительной степени повлияет на систему здравоохранения как с точки зрения финансов (в связи с ростом спроса на медицинские услуги), так и структуры (в связи с изменением типов медицинских услуг, требуемых населению).

Конституция Республики Польша (1997) гарантирует всем гражданам право равного доступа к медицинским услугам, финансируемым из государственных источников, включающих взносы на социальное страхование, а также бюджеты национального уровня и органов регионального, районного и муниципального управления. Взносы на социальное страхование взимаются двумя организациями социального страхования – Институтом социального страхования (Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)) и Сельскохозяйственным фондом социального страхования (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)), а затем направляются в центральный фонд медицинского страхования, так называемый Национальный фонд здравоохранения (Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)). Данный фонд выполняет функции единого плательщика, уполномоченного заключать договоры на поставку медицинских услуг с государственными и негосударственными поставщиками. Финансирование фонда осуществляется Министерством финансов (Ministerstwo Finansów), а деятельность регулируется Министерством здравоохранения (Ministerstwo Zdrowia), выступающим в качестве главного органа по вопросам разработки политики и управления системой здравоохранения. Ряд консультативных органов, некоторые из которых были созданы относительно недавно, осуществляет деятельность по поддержке Министерства здравоохранения. Например, Агентство по оценке медицинских технологий (Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM)), основанное в 2005 году, предоставляет Министерству здравоохранения данные, на основе которых последнее принимает решения о включении медицинских услуг в перечень гарантированных государством бесплатных медицинских услуг, а также об уровне и методах их финансирования.

Определенные задачи системы здравоохранения, в том числе регулятивные функции, были децентрализованы. К примеру, функции по контролю качества оказываемой медицинской помощи (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)), а функции мониторинга санитарно-эпидемиологических норм – Департаменту государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Другие функции, преимущественно по продвижению здорового образа жизни и профилактике заболеваний, были делегированы на уровень органов регионального, районного и муниципального управления, которые выступают в качестве органов, регламентирующих государственных поставщиков медицинских услуг, а также обладают правом, а при определенных обстоятельствах – и обязательством наделить поставщиков статусом компании, входящей в Кодекс коммерческих предприятий. Поскольку взаимодействие различных служб внутри системы здравоохранения затруднено ввиду независимого положения каждого из уровней органов регионального, районного и муниципального управления, были выдвинуты предложения об усилении роли воеводств в обеспечении взаимодействия различных служб на районном и муниципальном уровнях.

С 1989 года уровень и структура финансирования системы здравоохранения претерпели существенные изменения, однако при этом доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, в целом не изменилась. В период 1995–2009 годов расходы на здравоохранение увеличились в 5 раз (с 18,5 млрд злотых до 99,0 млрд злотых). Вместе с тем в этот период также отмечался постоянный рост ВВП, а доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, последовательно выросла всего на 1,9 пункта (с 5,5% от ВВП в 1995 году до 7,4% от ВВП в 2009 году).

Порядка 70% расходов на здравоохранение финансируются из государственных источников. В 2008 году более 83,5% этих расходов приходилось на всеобщее медицинское страхование, а на Национальный фонд

здравоохранения – более 91% государственных расходов на охрану здоровья отдельных категорий граждан. Вторым по значимости источником государственного финансирования является бюджет национального уровня, а также бюджеты органов регионального, районного и муниципального управления. В Польше финансирование частного медицинского сектора играет большую роль по сравнению со многими странами ЕС и происходит в основном за счет личных платежей граждан (порядка 22% общих расходов на здравоохранение в 2009 году). Неформальные платежи широко распространены, но их становится все меньше в связи с проведением серьезных антикоррупционных мер. ДМС используется ограниченно, в основном в виде подписки на медицинское обслуживание в рамках программ по охране труда, предлагаемой работодателями.

Порядка 98% населения охвачены ОМС, которое гарантирует доступ к широкому спектру медицинских услуг. Ввиду ограниченных финансовых возможностей Национального фонда здравоохранения не все положения более широкого характера, гарантируемые государством на бумаге, реализуются в действительности. Национальный фонд здравоохранения выполняет функции единого плательщика системы здравоохранения, а возможность уклонения от исполнения данных обязательств отсутствует. Участие граждан в софинансировании ограничено, за исключением лекарственных средств, медицинских изделий и вспомогательных изделий медицинского назначения, курортных процедур, отдельных видов стоматологических процедур и материалов. С конца 2009 года в стране действуют перечни льготных лекарственных средств, регулярно утверждаемые Министерством здравоохранения.

Взносы на медицинское страхование взимаются в качестве налога исключительно с работодателей. Взносы на страхование уязвимых групп населения производятся из средств государственного бюджета.

До 86% взносов, внесенных за один год, может быть получено напрямую из средств, поступивших от налогообложения, кроме того, отмечался постоянный рост ставки взноса с начала 2000-х годов. Центральное управление Национального фонда здравоохранения консолидирует взносы и перераспределяет полученные средства отделениям фонда (по одному в каждом воеводстве). Распределение средств по отделениям основано на механизмах, ежегодно утверждаемых правительством, и зависят от числа прикрепленных граждан и их половозрастной структуры. Отделения самостоятельно заключают договоры с поставщиками медицинских услуг для прикрепленного населения и распределяют бюджетные средства на различные виды медицинских услуг. Все поставщики медицинских услуг, отвечающие определенным требованиям, могут вступать в конкурентные отношения по заключению договоров с Национальным фондом здравоохранения. За исключением услуг ПМСП и приобретения медицинского оборудования, договоры заключаются с поставщиками на основе конкурсного тендера или в результате переговоров (редко). Фактический размер выплачиваемых поставщикам средств, в конечном счете, зависит от суммы, указанной в конкурсном предложении, предоставленном поставщиками Национальному фонду здравоохранения. Это означает, что суммы, выплачиваемые разным поставщикам, могут варьировать даже в одном воеводстве.

В зависимости от уровня медицинской помощи, а иногда и от типа медицинских услуг, используются различные виды механизмов оплаты. Сектор ПМСП финансируется исходя из подушевого норматива, на платной основе функционируют специализированная амбулаторная помощь, стоматологическая помощь и программы общественного здравоохранения (общественное здравоохранение также финансируется из средств государственного бюджета). С 2008 года для стационарной помощи была введена система, оперирующая подобно

системе по клинически связанным группам (DRG/КСГ), а затем в 2011 году ее стали использовать при предоставлении отдельных услуг специализированной амбулаторной помощи. Большинство служб скорой медицинской помощи финансируются по количеству койко-дней из средств государственного бюджета.

Механизмы оплаты труда медицинских сотрудников включают трудовой договор (на основе Трудового кодекса), договор возмездного оказания услуг, индивидуальную трудовую деятельность и государственное финансирование студентов-медиков и врачей-практикантов. Системой здравоохранения не предусмотрено минимального размера оплаты труда независимых профессиональных объединений.

В 2009 году в Польше насчитывалось 754 больницы общего профиля с общим коечным фондом более 180 000 единиц. Порядка 90% коек находились в государственных больницах, однако за последние 10 лет отмечался рост числа негосударственных больниц (с 38 в 2000 году до 228 в 2009 году), что отчасти стало результатом перехода государственных больниц в категорию компаний, утвержденных Кодексом коммерческих предприятий. В связи с тем, что частные больницы не защищены от банкротства, они, как правило, более стабильны в финансовом отношении по сравнению с государственными больницами. Кроме того, поскольку большинство частных больниц было основано после 1999 года, их материально-техническое состояние, в среднем, лучше, а поддержание обходится дешевле. Предоставление услуг амбулаторной помощи осуществляется в основном частными медицинскими организациями, в то время как большинство стационарного коечного фонда является государственным. Органы регионального, районного и муниципального управления выступают в качестве основного источника капиталовложений для больниц. Ассигнование средств из государственного бюджета также значительно, а выделяемые средства в основном направляют на

разработку проектов, финансируемых ЕС. Теоретически в рамках договоров с Национальным фондом здравоохранения предусмотрены средства для больниц на капитальный ремонт, расширение и замену оборудования, однако денег, оставшихся после покрытия текущих расходов на капиталовложения, слишком мало.

Несмотря на то, что число стационарных коек на 1000 человек населения уменьшается, в 2009 году данный показатель составил 6,7, что все еще значительно выше среднего показателя в странах ЕС-15 (5,3). Структура распределения стационарных коек мало изменилась с начала 2000-х годов и характеризуется существенным избытком коек в больницах краткосрочного лечения и нехваткой коек в больницах долгосрочного лечения. Также отмечаются значительные различия в территориальном распределении больниц, что приводит к различиям в доступе к медицинской помощи. Такое распределение носит исторический характер и необязательно отражает потребности населения в медицинской помощи.

В 2009 году в учреждениях системы здравоохранения, предоставляющих финансируемые государством медицинские услуги, работало 82 900 врачей, 12 100 стоматологов, 24 200 фармацевтов, 200 500 медицинских сестер и 22 400 акушеров. Хотя достоверная информация по оценке уровня укомплектованности персоналом отсутствует, исходя из имеющихся данных, можно предположить, что в стране не хватает медицинских работников. Показатель числа медицинских работников на 1000 человек населения в Польше был в среднем ниже по сравнению со странами-членами ЕС-15 по основным специальностям: 2,2 врача на 1000 человек населения в Польше (по сравнению с 3,5 в ЕС-15), 5,2 медицинских сестер (по сравнению с 9,1 в ЕС-15), 0,3 стоматолога (по сравнению с 0,7 в ЕС-15) и 0,6 фармацевтов (по сравнению с 0,8 в ЕС-15). Показатель числа врачей на душу населения в Польше ниже, чем в большинстве стран Западной Европы, и с 2003 года отмечается его постоянное снижение,

преимущественно вследствие миграционного оттока медицинских работников за границу, обусловленного лучшей заработной платой, условиями труда и возможностями непрерывного профессионального роста.

Участковые терапевты, как правило, являются врачами «первого контакта» в системе, направляя пациентов для дальнейшего оказания более сложных видов медицинской помощи. На каждом уровне оказания медицинской помощи пациент обладает правом выбора из имеющихся поставщиков медицинских услуг. Для получения специализированной помощи требуется направление, исключения составляют отдельные специалисты (например, гинеколог) и отдельные состояния (например, туберкулез). Оказание амбулаторной помощи (первичной и специализированной) осуществляется медицинскими учреждениями (клиниками и диспансерами) и врачебными практиками. Предоставление стоматологической помощи в государственных медицинских учреждениях весьма ограничено и предполагает софинансирование со стороны пациента. Последние передовые процедуры и материалы предоставляются исключительно в частных медицинских организациях. Большинство больниц предоставляют медицинские услуги по нескольким направлениям, а больницы, оказывающие услуги только по одному направлению, встречаются редко. Дневные стационары недостаточно развиты, и пациенты в случаях, не требующих госпитализации, могут проходить лечение в амбулаторно-поликлиническом секторе. Польша известна длительными традициями в санаторно-курортном лечении (*lecznictwo uzdrowiskowe*), предоставляемом в лечебницах и санаториях. Оказание реабилитационной и долговременной помощи осуществляется как медицинским, так и социальным сектором, однако возможно дальнейшее улучшение взаимодействия между этими секторами. Предоставление финансовой помощи членам семей, осуществляющим уход на дому, которые представляют собой основной источник помощи для пожилых,

инвалидов и больных с хроническими состояниями, весьма ограничено. Сеть учреждений паллиативной помощи хорошо развита, а спектр предоставляемых услуг широк. Ограниченные финансовые ресурсы Национального фонда здравоохранения и нехватка медицинского персонала оказывают негативное воздействие на доступ к медицинским услугам.

С момента опубликования последнего обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» о Польше в 2005 году в стране был проведен ряд реформ. Основные реформы и политические инициативы затронули многие аспекты системы здравоохранения и включали: усовершенствование информационной системы, повышение доступности медицинской помощи (например, законодательство, обеспечивающее гарантированный государством объем медицинской помощи), улучшение организации и финансирования сектора стационарной помощи (например, инициативы по переводу больниц на коммерческую основу), борьбу с коррупцией в секторе здравоохранения, усиление прав пациентов, улучшение системы финансирования сектора здравоохранения (несколько попыток ввести ДМС оказались безуспешными), усовершенствование механизмов возмещения расходов поставщикам Национальным фондом здравоохранения (введение DRG/КСГ в различных областях медицинской помощи), повышение качества оказываемой медицинской помощи (например, Закон об аккредитации в системе здравоохранения (2008); разработка медицинских стандартов), а также различные меры, направленные на решение вопросов нехватки и миграционного оттока медицинских работников.

В 2010 году средний показатель подушевых расходов на здравоохранение составил порядка 4,8% среднего бюджета домохозяйств, а для пенсионеров данный показатель увеличился вдвое. В 2009 году около 8–12% респондентов, участвовавших в опросах домохозяйств, признали, что не обращались за необходимой медицинской помощью из-за имеющихся финансовых

барьеров. Оплата рецептурных лекарственных средств или препаратов, рекомендованных врачом, стала тяжелой финансовой ношей для более половины домохозяйств.

Систему финансирования ОМС в целом можно охарактеризовать как пропорциональную (взносы составляют 9% установленной ставки начислений), предусматривающую различные нормы для фермеров и лиц, осуществляющих индивидуальную трудовую деятельность. Взносы составляют основную часть средств, используемых для покрытия расходов на здравоохранение; другими источниками выступают бюджет национального уровня и бюджеты органов регионального, районного и муниципального управления, которые представляют собой прогрессивные финансовые источники. Нехватка финансовых средств, отдельные неясности в нормативно-правовой базе, отсутствие стандартов и механизмов распределения средств, точно отвечающих существующим потребностям населения в медицинской помощи, привели к относительно высокому уровню личных платежей граждан для домохозяйств, в результате чего получило распространение частное регрессивное финансирование, особенно в таких областях, как предоставление лекарственных средств.

Получение ПМСП для большинства населения не представляет трудности. Вместе с тем данный показатель снизился с 92% в 2006 году до 83% в 2008 году и в целом был ниже для горожан, по сравнению с сельскими жителями. Значительно хуже была проведена оценка государственных специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений. В качестве самого распространенного способа быстрого получения специализированной амбулаторной помощи пациенты используют платные услуги в частном секторе в обход государственной системы, в то время как в стационарном секторе пациенты преимущественно выбирают государственные медицинские учреждения. Общий уровень удовлетворенности системой здравоохранения среди населения понизился,

и на сегодня данный показатель в Польше ниже по сравнению с другими странами ЕС.

В стране был предпринят ряд попыток повышения качества оказания медицинской помощи. Несмотря на то, что официально не предусмотрено обязательного лицензирования поставщиков медицинских услуг с целью внедрения требуемых стандартов для персонала, оборудования или инфраструктуры, Национальный фонд здравоохранения (в процессе заключения договоров) награждает дополнительными баллами тех поставщиков, которые получили аккредитацию и/или сертификацию ISO9001. Польские поставщики медицинских услуг приняли участие во все большем числе международных инициатив и программ по повышению качества оказываемой медицинской помощи под руководством Центра контроля качества оказываемой медицинской помощи (например, Программа ОЭСР Показатели качества медицинской помощи, Программа оценки улучшения качества лечения в больницах (PATH) Европейского регионального бюро ВОЗ); кроме того, были разработаны стандартизированные механизмы оценки удовлетворенности пациентов.

Принимая во внимание скромные финансовые, кадровые и материальные ресурсы системы здравоохранения с вытекающими из этого последствиями, в целом финансовую эффективность польской системы можно считать удовлетворительной. В силу занимаемой им позиции монополиста Национальный фонд здравоохранения может повышать и/или менять структуру расходов на здравоохранение, а также внедрять новые механизмы оплаты и, таким образом, воздействовать на эффективность распределения ресурсов. Вместе с тем отсутствует схема распределения ресурсов на основании потребностей в медицинских услугах, направленная на поддержание принятия решений о распределении ресурсов по регионам и/или по типам медицинских услуг на национальном, региональном и местном уровнях. По таким индикаторам технической эффективности,

как кадровый и инфраструктурный, Польша демонстрирует низкие или приближенные к ним показатели по сравнению с другими странами ЕС и ОЭСР. Такие показатели, как предотвратимая госпитализация пациентов с хроническими состояниями, а также средняя продолжительность ожидания приема врача в амбулаторно-поликлиническом учреждении и стационаре были высокими. За последние годы Национальный фонд здравоохранения предпринял ряд мер с целью повышения эффективности, в основном направленных на перераспределение финансовых средств в сектор ПМСП и введение новых механизмов оплаты медицинских услуг, включая систему лечения по однородной группе диагнозов (*jednorodnie grupy pacjentów (JGP)*), являющейся системой типа DRG/KCF. В результате было отмечено небольшое снижение показателя средней продолжительности пребывания в стационаре, но вместе с тем отмечался рост средней стоимости госпитализации.

В стране были проведены масштабные реформы, связанные с началом политических и экономических преобразований 1989 года, включая и первые системные реформы в секторе здравоохранения. Первые реформы носили спорадический характер, а перестановки в составе правительства не способствовали преемственности проводимых преобразований. Вместе с тем в связи с победой на парламентских выборах 2011 года политической партии, находящейся у власти, можно предположить, что общее направление реформ будет сохранено. Многие из существующих трудностей требуют разрешения, а мировой экономический кризис, который до настоящего времени лишь незначительно затронул польскую экономику, возможно, приведет к возникновению ряда трудностей в секторе здравоохранения.

Ограниченное финансирование становится самым значимым барьером на пути достижения доступности медицинской помощи и ее высокого качества, а также повышение удовлетворенности пациентов системой здравоохранения. ДМС часто предлагали в качестве источника дополнительного финансирования, но, несмотря на значительные

финансовые средства, поступающие из частного сектора здравоохранения, все инициативы в этой области на данный момент не увенчались успехом. Вместе с тем были предприняты меры, направленные на улучшение механизмов распределения финансовых средств, получаемых от Национального фонда здравоохранения, между различными видами помощи с целью лучшего определения их фактической стоимости. Если к предпринятым мерам, помимо всего прочего, присовокупить меры, касающиеся механизмов распределения финансовых средств региональным управлениям Национального фонда здравоохранения, это может способствовать улучшенному и более равному доступу к медицинской помощи. Совершенствование взаимодействия между различными органами сектора здравоохранения и социального сектора могло бы в значительной мере содействовать развитию в этом направлении.

Приватизация государственных больниц как решение неэффективного регулирования и накопленного долга была отрицательно встречена в политических кругах, однако, процесс приватизации медицинских учреждений идет, а в рамках принятого Закона о медицинской деятельности (2011) органам регионального, районного и муниципального управления рекомендовано переводить больницы на коммерческую основу. По истечении времени станет очевидно, насколько это повлияет на территориальную и финансовую доступность, а также на качество оказываемой медицинской помощи в Польше.

Значимые меры были предприняты в области контроля качества оказываемой медицинской помощи, включая введение оценки технологий здравоохранения и аккредитационных стандартов для больниц и сектора ПМСП, однако подобного рода инициатив все еще недостаточно в других областях медицинской помощи. Растущая нехватка медицинского персонала также ставит под угрозу предоставление медицинских услуг и, возможно, потребует применения более стратегического подхода в добавление к мерам единовременного характера.