

ЗАРУБЕЖНОЕ ПРАВО

А. Вятровска*

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОЛЬШЕ¹

Введение. На способ урегулирования системы охраны здоровья в каждой стране оказывают влияние выбранное политическое направление, уровень общественного и финансового развития страны. Чтобы охарактеризовать систему здравоохранения в Польше, необходимо рассмотреть существующую систему финансирования службы здоровья, так как от этого зависят существующие в данной стране способы обеспечения граждан медицинским обслуживанием.

В мире можно выделить три системы финансирования здравоохранения:

- страховая модель, основанная на обязательном страховании граждан;
- модель национальной службы здоровья, финансируемая из бюджета государства, т. е. из налогов граждан;
- модель, основанная на частном страховании, где ответственность государства считается небольшой.

В Европе мы можем встретить две первые модели, третья из них характерна для Соединенных Штатов Америки.

Очевидно, что во многих случаях, так же как и в Польше, имеют место не чистые разновидности этих систем, а их изменения или смешения. Однако эта схема дает нам возможность внимательнее присмотреться к тому, как действует служба здоровья в данном государстве. Система, основанная на частных страхованиях через принятый конституционный принцип общественной солидарности, не может применяться в Польше, а также в остальных странах Европы, поскольку главной ее чертой, можно сказать, является принцип «лечишься, если тебе есть на что».

У двух выступающих на нашем континенте моделей есть свои названия. Страховая система называется системой Бисмарка, а система национальной службы здоровья — системой Бэвэриджа.

Общие черты системы Бисмарка² — это поступление ресурсов на медицинские услуги прежде всего из обязательных взносов, чаще всего связанных с работой, где право на

* Александра Вятровска — студентка, Ягеллонский университет.

© А. Вятровска, 2013

¹ Статья публикуется в авторской редакции.

² Grzegorz Jasiński. Ochrona zdrowia na świecie. Wybrane aspekty organizacji i metod finansowania systemów ochrony zdrowia w państwach europejskich. Biuletyn NFZ.

бесплатные медицинские услуги получают главным образом застрахованные (работники) и их семьи, а фондами располагают кассы больных (от нем. *Krankenkasse*).

Сфера этих услуг определяется исключением некоего рода медицинских услуг, исполнители — это в основном частные лица, которые заключают контракты с «кассами больных» на передачу финансирования за услугу. Пациент свободно выбирает исполнителя и часто вместе с ним платит за услуги.

Система Бэвэриджа заключается в том,³ что ресурсы поступают в основном из общих налогов или других доходов государства, а услуги могут оказываться всем гражданам. Фондами располагают центральные или децентрализованные учреждения государственной администрации (правительственное или муниципальное), сфера оказания очень широкая, ограниченная только финансовыми возможностями государства, исполнители оказываются главным образом публичными, и они не заключают контрактов, только финансируются генерально. Пациенты доплачивают только в немногочисленных случаях, но выбор исполнителя ограничен.

История возникновения существующей системы в Польше. Представляя действующую сейчас систему в Польше, необходимо было упомянуть выше о двух существующих системах в Европе. До 1998 г. действовала так называемая система Семашки, которая была на самом деле небольшой модификацией системы Бэвэриджа, так что следует признать, что она имела все ее черты. Отличием было то, что все исполнители были публичными, пациент вообще не доплачивал за лечение и был четко привязан к одному району, где мог лечиться. Публичная служба здоровья могла функционировать в трех формах: бюджетной единицы, бюджетного предприятия или Самостоятельного государственного учреждения медицинского обеспечения (СГУМО).

На рубеже 1998–1999 гг. Польша добилась четырех больших реформ,⁴ одной из которых — и, можно сказать, самой сложной — была реформа системы здравоохранения. Тогда было решено перейти с модели национальной службы здоровья на смешанную страхово-бюджетную систему и совершить реорганизацию структуры системы. Были восстановлены Кассы больных, т. е. 16 региональных публичных страховых единиц, которые должны были исполнять функцию плательщика. Взнос на медицинское страхование первоначально получался вместе с налогом на доходы физических лиц. Реформа ввела правила, составляющие основы для создания Частных предприятий медицинского обеспечения (ЧПМО), что является одной из черт страховой системы, и как исключение предусмотрела введение учреждения медицинского обеспечения в форме бюджетной единицы или бюджетного предприятия. СГУМО, созданное органами публичной администрации, были введены с этого момента в форме самостоятельного учреждения, покрывающего из имеющихся ресурсов и получаемых доходов издержки деятельности и обязательства.

Главным стимулом изменений было принятие закона о всеобщем медицинском страховании, которое получило двухлетнее *vacatio legis* (время для осуществления закона). Это было связано с необходимостью преобразования медицинских учреждений до 1 января 1999 г. в Самостоятельные государственные учреждения медицинского обеспечения. Осуществление этого закона было моментом перехода от бюджетной

³ Ibid.

⁴ *Violeta Siwińska, Jadwiga Brożyniak, Joanna Iłżecka, Mirosław J. Jarosz, Zbigniew Orzeł. Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich. Praca Poglądowa Zdr Publ 2008, 118 (3): 358-367.*

системы Семашки (Бэвэриджа) к страховой системе (Бисмарка), в которой ресурсы на финансирование медицинских услуг будут собираться в кассах больных, независимых от общественной администрации.

Эта система, однако, с самого начала подвергалась критике. Причиной было изначальное отсутствие Реестра медицинских услуг. Его введение тоже ничего не изменило в функционировании системы, заключение договоров вызывало трудности, так как никто не знал, сколько на самом деле услуг было выполнено и сколько это стоит.

После очередных выборов снова приступили к медицинской реформе, в результате которой были ликвидированы кассы больных и была создана одна центральная организация — Национальный фонд здоровья (далее — НФЗ) вместе с региональными отделениями в каждом воеводстве. После оспаривания закона о НФЗ кассы больных окончательно исчезли в 2003 г., а в 2004 г. был принят закон о медицинском страховании, финансируемом из общественных ресурсов. Теперь бесплатные медицинские услуги оказываются только на основе этого Фонда, так как он исполняет роль плательщика — финансирует медицинские услуги и покрывает расходы за лекарства на основе полученных ресурсов из всеобщего обязательного страхования здоровья. Реформа не коснулась принятого ранее разделения медицинских учреждений на Самостоятельные государственные учреждения медицинского обеспечения и частные предприятия медицинского обеспечения и далее осуществлялась путем страховой модели финансирования медицинских услуг.

Во второй половине 2011 г. по причине необходимости упорядочения субъектов, входящих в состав системы охраны здоровья в Польше, урегулирования неясностей, вытекающих из предыдущего закона, был принят новый закон о лечебной деятельности, который заменил существовавший до тех пор закон о медицинских учреждениях. Сама система охраны здоровья осталась прежней. Однако сейчас лечебная деятельность понимается как предоставление оздоровительных услуг, промоция здоровья и выполнение дидактических и исследовательских заданий в связи с предоставлением оздоровительных услуг и промоции здоровья, внедрением новых медицинских технологий и методов лечения. По-новому стали определяться субъекты, выполняющие лечебную деятельность. Они сейчас делятся на лечебные субъекты и профессиональную практику. Лечебными субъектами с момента принятия нового закона являются: предприятия, СГУМО, бюджетные единицы, исследовательские институты, фонды и общества, а также костелы, церковные юридические лица, религиозные союзы в сфере, в которой они выполняют лечебную деятельность. Характеристику самых важных субъектов в этой системе я представляю ниже.

Источники финансирования. На сегодняшний день в польской страховой системе кроме медицинского страхования выступают следующие источники финансирования системы охраны здоровья:

- бюджет государства;
- собственные ресурсы пациентов;
- финансирование, основанное на сборах показаний, чаще всего покупаемых предприятиями для работника и его семьи.

Самое большое участие в финансировании системы имеет, однако, медицинское страхование. Сначала оно было связано с налогом на прибыль от физических лиц, а сейчас уплачивается в Фонд общественного страхования или Кассы сельскохозяйственно-социального страхования.

Бюджет государства покрывает⁵ главным образом издержки, связанные с высокоспециализированным лечением. Непосредственно из бюджета государства финансируется также медицинская служба спасения. Зато единицы территориального самоуправления обязательно финансируют медицинские показания в пределах профилактических оздоровительных программ.

Второй источник — это собственные доплаты пациента, которые имеют место, когда услуга не подлежит финансированию из медицинского страхования или бюджета государства или в случае, когда расходы за услугу покрываются государством, однако у пациента нет статуса застрахованного, он пользуется медицинской услугой у исполнителя, не имеющего договора с НФЗ, или пользуется медицинской услугой у исполнителя, имеющего подписанный контракт с НФЗ, однако услуга превышает принятый лимит оказания или предоставляется вне очереди.⁶

Однако на самом деле система имеет много дефектов, и ей далеко до модельной страховой системы. Взнос, оплачиваемый гражданами, не добровольный, пациент не имеет выбора страховщика, так как НФЗ считается монополистом на этом рынке. Страхование является всеобщим и обязательным, без возможности влияния застрахованного лица на то, что он может получать взамен.⁷

НФЗ — действие, органы и исполнение функции плательщика. НФЗ — это центральная государственная организационная единица, имеющая отделения в каждом воеводстве (т. е. 16). Возникновению этого органа предшествовало оспаривание закона с 2003 г. через Конституционный Суд, который вменял ему несоответствие с Конституцией, так как он не исполняет требований конкретности, не гарантирует равного доступа к медицинским услугам и не определяет точно, что на самом деле полагается застрахованному. В связи с этим в 2004 г. был принят новый закон.⁸

НФЗ принял функцию плательщика и считается единственным диспозитом взносов на медицинское страхование, т. е. монополистом, заключающим договоры на медицинские и оздоровительные услуги с субъектами, их выполняющими.

Самые важные органы Фонда — это Совет, который создается премьер-министром на 5-летний срок, и Председатель, также назначаемый премьером, но по предложению министра здоровья после получения мнения Совета НФЗ. Каждое Воеводское отделение имеет свой Совет и своего Директора. Главные цели НФЗ: проведение конкурсов (тендеров), заключение договоров об оказании медицинских услуг, контроль их исполнения, выполнение порученных медицинских программ, контроль издержек медицинских услуг по качеству, рациональности, доступности.

Гарантированное в Конституции право на охрану здоровья и право на получение гражданами равного доступа к оказанию медицинского обслуживания, финансируемого из общественных ресурсов,⁹ выполняется только через НФЗ. Это учреждение осуществляет функцию плательщика в системе охраны здоровья в Польше. Это стало

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13 grudnia 2004 roku w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁶ Violeta Siwińska, Jadwiga Brożyniak, Joanna Hżeczka, Mirosław J. Jarosz, Zbigniew Orzeł. Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich.

⁷ Там же.

⁸ Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 210, poz.2135).

⁹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr78 poz. 483), art. 68.2.

возможным благодаря созданию системы обязательного медицинского страхования. Закон перечисляет лиц, которым обязательно надо оплачивать взнос на это страхование, а на самом деле расчет охватывает почти всех. Люди, которые не подлежат этому обязательству, — это, например, дети и молодежь, которая учится, — пользуются медицинском страхованием родителей; безработных страхуют через учреждения работы. Деньги, полученные от этого страхования, целиком направляются в Фонд.

НФЗ контролируется министром здоровья, и это достаточно широкий контроль. Надзор осуществляется по критерию целеустремленности, а распоряжения после контроля обязательно подлежат выполнению под угрозой штрафов. Министр здоровья имеет также возможность отстранения Председателя Фонда, его заместителей или директоров областных отделений, однако эти случаи не будут охарактеризованы подробнее.

Исполнители. Как упомянуто в предыдущих частях работы, закон о лечебной деятельности ввел в польскую юридическую систему новое разделение исполнителей.¹⁰

Исполнители делятся в данный момент на две категории:

1) лечебные субъекты:

- предприятия,
- самостоятельные государственные учреждения медицинского обеспечения,
- бюджетные единицы,
- исследовательские институты,
- Фонды и общества,
- костелы, церковные юридические лица, профессиональные союзы в сфере, в которой выполняют лечебную деятельность;

2) профессиональную практику (врач, врач-стоматолог, медсестра, акушерка):

- индивидуальная,
- индивидуальная практика исключительно в месте вызова,
- индивидуальная специализированная,
- индивидуальная специализированная практика исключительно в месте вызова,
- индивидуальная практика или индивидуальная специализированная практика на предприятии лечебного субъекта на основе договора,
- групповая практика.

Самостоятельное государственное учреждение медицинского обеспечения. Два самых важных вида лечебных субъектов — это предприятия и самостоятельные государственные учреждения медицинского обеспечения. Я начну со второй единицы.

Она является, пожалуй, наиболее комментируемой в юридической и медицинской литературе единицей, предоставляющей медицинские услуги. До момента введения нового закона СГУМО было единственным субъектом, имеющим правосубъектность. Надо сказать, что после изменений он сохранил эту черту. Произошло, однако, очень серьезное изменение. Существующие до сих пор СГУМО остаются, но нет возможности создания новых. Они создавались министром или центральным органом государственной администрации, воеводой, единицами территориального самоуправления, государственными медицинскими учебными заведениями или учебными заведениями, ведущими исследования и научную деятельность в сфере медицины. Вместе с субъектами, которые являются бюджетными единицами, они принадлежат сектору публичных финансов. При существовании предыдущего законодательства часто велись

¹⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).

дискуссии, касающиеся того, является ли СГУМО предпринимателем. Теперь наступило урегулирование этого вопроса: СГУМО является предпринимателем в понимании гражданского кодекса, но не считается предпринимателем в понимании закона о свободе экономической деятельности, что дает возможность этим единицам (также бюджетным единицам) функционировать без необходимости записи в реестр предпринимателей и исполнения обязательств, вытекающих из данного закона. Зато эти два рода исполнителей целиком подчинены режиму закона о публичных финансах. СГУМО действует с целью получения прибыли, само покрывает свои долги, издержки ведения деятельности и сам решает, на что направить прибыль. У этой единицы есть возможность предоставления платных медицинских услуг людям, не застрахованным в НФЗ, а также застрахованным, но услуги на лечение которых в законодательстве определены как не финансируемые из общественных ресурсов. Способ финансирования деятельности СГУМО заключается в том, что он содержит договоры с НФЗ на предоставление услуг — это называется «контрактованием». Считается, что на основе этого договора СГУМО предоставляет свои услуги «без собственной выгоды», значит, цена за медицинскую услугу, которую надо предоставлять бесплатно, не может составлять в своем объеме прибыли. У СГУМО есть два органа: руководитель и общественный совет — совещательный орган. Благодаря юридической правоспособности и дееспособности предприятие может самостоятельно выступать в юридическом обороте, в особенности оно может заключать договоры о предоставлении медицинских услуг (контрактование). Также предприятие является субъектом гражданских прав и несет гражданскую ответственность. Возможность принятия собственного статуса, устава, определяющего функционирование предприятия, является проявлением внутренней автономии.

СГУМО — самостоятельный орган с точки зрения финансов, так как само покрывает свои обязательства и издержки ведения деятельности. Основой этого считается составление финансового плана. Обладание юридической индивидуальностью предполагает, что СГУМО платит налог прибыльного дохода от юридических лиц.

Имущественная самостоятельность существует, однако она не бессознательная и не ограниченная. СГУМО самостоятельно распоряжается в соответствии с законом переданными в бесплатное пользование недвижимостью и имуществом казначейства страны или муниципальным и собственным имуществом. Однако же СГУМО¹¹ обязано действовать в соответствии с принципами публичного права, так как понятие «хозяйствование» не идентично понятию «выполнение права собственности».

Присутствующий закон урегулировал ситуацию, когда СГУМО имеет отрицательный финансовый результат — его обязательством будет самостоятельно его покрыть. Однако в законе также прописано, что создаваемый субъект (учредитель) в течение трех месяцев может покрыть отрицательный финансовый результат за прошлый оборотный год этого предприятия. В случае непокрытия его создаваемый субъект (учредитель) в течение двенадцати месяцев по истечении законных трех месяцев должен выдать распоряжение/решение (в зависимости от рода создаваемого органа) о преобразовании субъекта в общество или о ликвидации. Такое действие направлено на то, чтобы в результате СГУМО исчезли из системы, а медицинская деятельность велась как предпринимательство, а там, где это не возможно, была бюджетной единицей.

¹¹ *Agnieszka Zemke-Górecka. Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja.*

Предприниматели. Вторым самым важным лечебным субъектом являются предприниматели в понимании правил закона о свободе экономической деятельности во всех формах, предусмотренных для экономической деятельности (в соответствии с законом о лечебной деятельности). В связи с этим здесь мы можем иметь дело как с физическими лицами, ведущими экономическую деятельность, юридическими лицами (товарищества и общества), так и с организационными единицами, которые не являются юридическими лицами, но за которыми отдельный закон признает юридическую правоспособность. Вместе с введением нового закона этот субъект считается заменителем существующих до сих пор Самостоятельных государственных учреждений медицинского обеспечения и частных предприятий медицинского обеспечения. Деятельность этого субъекта, независимо от его учредителя, должна вестись в соответствии с принципами рыночного хозяйства, как и любое другое предприятие, хотя, очевидно, после исполнения данных требований, предусмотренных в законодательстве. В настоящее время несмотря на то, что СГУМО существуют, уже невозможно их создавать, а рекомендуется преобразование этих субъектов в общества. Государственные субъекты теперь могут создать лечебный субъект исключительно в форме общества или бюджетной единицы, зато субъекты частного права не будут ограничены формой ведения предприятия.

Лечебный субъект исключительно в форме общества или бюджетной единицы может создать:

- 1) казначейство страны, представляемое:
 - министром,
 - центральным органом правительственной администрации,
 - воеводой;
- 2) территориальная единица самоуправления.

Следует заметить, что законом в отношении создаваемых обществом единиц территориального самоуправления были исключены все законы и статьи, касающиеся коммунального хозяйства.

Обязанность каждого субъекта, выполняющего медицинскую деятельность, — владеть порядковым регламентом, который подробно определяет организацию конкретного субъекта. Обязанностью для СГУМО и субъектов, создаваемых в форме обществ, является также владение уставом, что вытекает из закона о лечебной деятельности и кодекса торговых компаний. Начало деятельности возможно лишь после записи в реестр субъектов, выполняющих лечебную деятельность.

Профессиональная практика — врач. Вторая группа исполнителей также дифференцируется, что представлено выше. Разделяется она двумя критериями: профессии и формы выполнения деятельности. Сам закон говорит о том, что все относящееся к врачу, относится также и к врачу-стоматологу, а все относящееся к медсестре, также относится и к акушерке. Деятельность этих профессиональных групп охвачена и профессиональными законами, характеризующими их профессию.

Принимая во внимание позицию врача в целой системе, я хотела бы сосредоточиться на этой профессии. Следует добавить, что правила, касающиеся врача, относятся также к стоматологу, а регулирование, касающееся медсестер и акушерок, похоже.

Работа врача в пределах этих организационных форм считается деятельностью, исполняемой вне лечебного субъекта, и такая деятельность регулируется в соответствии с Законом о свободе экономической деятельности от 2 июля 2004 г. Это означает, что

выполнение данной деятельности допускается исключительно после и определенных условий закона о профессии врача и врача-стоматолога и после записи в реестр регулируемой деятельности. Очевидно, что в соответствии с принятым в Польше регулированием выполнение профессиональной практики врачами может осуществляться в форме экономической деятельности (это индивидуальная практика) или в форме товарищества: простое, полное и партнерское товарищество (это групповая практика). Врачи, ведущие индивидуальную практику, и простое товарищество регистрируются в реестре экономического учета, а полные и партнерские товарищества — в Национальном судебном реестре. Кроме того, врач должен сделать записи в реестре субъектов, выполняющих лечебную деятельность.

Врачи, осуществляющие практику, независимо от организационной формы должны иметь помещения и оборудование, которые будут соответствовать требованиям, предусмотренным распоряжением министра здоровья. Врачи, ведущие врачебную практику, независимо от формы (индивидуальная, групповая) должны обязательно вести медицинскую документацию пациентов. Ведение практики требует получения номера налоговой идентификации — ИНН. Врач, выполняющий деятельность в пределах практики, подчиняется обязательному страхованию от гражданской ответственности за вред, причиненный при выполнении профессиональной деятельности.

Возможность ведения групповой практики исключительно в трех формах товариществ — простой, полной и партнерской — связывается с доверием пациента к врачу и ролью, которую играет эта профессия в обществе.

Отдельно регулируемая часть системы — Государственная медицинская служба спасения (ГМСС). Отдельно регулируемой частью системы охраны здоровья в Польше является медицинская служба спасения. Опорой возникновения современной системы стал Закон от 25 июля 2001 г. о государственной медицинской службе спасения. Выполнение заданий в этой сфере возложено Законом исключительно на органы правительственной администрации, в то время как в состав МСС входят и так называемые единицы системы, которыми являются спасательные отделения в больницах и коллективы медицинской службы спасения (в том числе авиационное). Они обязаны в любой момент предпринять действия, спасающие жизнь, и всегда быть готовы к мобилизации. Долг сотрудничества с этими единицами имеют Государственная пожарная команда (а тоже добровольная), полиция и другие единицы, контролируемые министром внутренних дел и администрации и министром обороны. На основании своих законов сотрудничают и общественные организации, такие как Водная добровольная спасательная команда и Горная добровольная спасательная команда. Таким образом, выполняется конституционный принцип, согласно которому каждый человек имеет право на охрану здоровья. А значит, каждый человек независимо от своего гражданства, находящийся в состоянии, угрожающем его жизни, имеет право получить помощь.¹² Каждый субъект лечебной деятельности может войти в систему МСС через владение больничным спасательным отделением. Закон не ограничивает этой функции исключительно для публичных предприятий оздоровительной заботы.

Больничное спасательное отделение — это организационная часть больницы. Оно осуществляет свою деятельность, исключительно предоставляя медицинские услуги людям в состоянии внезапной угрозы здоровью. После предоставления необходимой

¹² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr78 poz. 483), art. 68.1.

помощи для исключения или ограничения такой угрозы медицинские услуги должны выполняться уже другими подразделениями этого или другого предприятия оздоровительной заботы, особенно если требуется дальнейшее больничное лечение (госпитализация), или в пределах амбулаторного лечения.

Министр здоровья и воевода — это соответствующие субъекты для выполнения заданий системы государственной медицинской службы спасения. Министр здоровья выполняет свои обязанности и осуществляет права на территории всей страны. Надзор над системой поручен министру здоровья, который в пределах своих обязанностей имеет право на проведение всех контролей, связанных с планировкой, организацией, координированием системы службы медицинского спасения и соблюдением правил закона на территории всей страны. Кроме того, ему принадлежит право выдачи рекомендаций, показаний и директив, являющихся результатом контроля. Прежде всего, к его заданиям относятся утверждение воеводского плана действия системы и актуализация этого плана, обрабатываемого воеводой.

Именно этот обрабатываемый воеводой план является фундаментом всей системы. Это отдельный документ для каждой области, составляемый по крайней мере раз в три года, очевидно, с возможностью актуализации. Проект плана должен быть составлен до 31 марта года, предшествующего первому году вступления в силу этого плана, передан министру здоровья, который имеет право внесения поправок и дополнения его в части, касающейся авиационных коллективов медицинской службы спасения. Финансирование происходит из бюджета государства, а распределение ресурсов осуществляется через заключение договоров с диспонентами коллективов медицинской службы спасения.

Закон содержит гарантию, составляющую одновременно законное обязательство каждого воеводы такой организации системы Государственной медицинской службы спасения в воеводстве, согласно которой максимальное время прибытия помощи не будет превышать 15 минут в городе с населением 10 000 жителей и 20 минут за пределами города с населением более 10 000 жителей. В предыдущей версии закона о ГМСС максимальное время прибытия коллективов на место инцидента было определено как 20 минут в городе и 30 минут за пределами города.

В соответствии с законом единицы системы — это больничные спасательные отделения и коллективы медицинской службы спасения, травматический центр и организационная часть больницы, специализирующаяся в предоставлении оздоровительных услуг, оказании всего необходимого для медицинской службы спасения.

Больничное спасательное отделение принимает людей в состоянии внезапной угрозы жизни и здоровью независимо от того, добрались они до места сами или были привезены коллективом медицинской службы спасения.

Коллективы медицинской службы спасения делятся на:

— специализированные коллективы, в состав которых входят по крайней мере три человека, уполномоченных для выполнения медицинских спасательных занятий, в том числе врач системы и медсестра системы или медицинский спасатель (коллектив С);

— основные коллективы, в состав которых входят по крайней мере два человека, уполномоченных для выполнения медицинских спасательных занятий, в том числе медсестра системы или медицинский спасатель (коллектив О).

Финансирование медицинской службы спасения поступает из двух источников: из бюджета государства и из ресурсов Национального фонда здоровья.

Из бюджета страны, из части, диспонентами которой являются воеводы, финансируются коллективы медицинской службы спасения, а из части, диспонентом которой является соответствующий министр здоровья, — авиационные коллективы службы медицинского спасения. Законодатель учел в оказании медицинских спасательных услуг, оказанных коллективами медицинской службы спасения, издержки, связанные с функционированием (финансированием) медицинского диспетчера.

Заключение. Какой вывод можно сделать о существующей в Польше системе здоровья? Результаты последнего рапорта The Empowerment of the European Patient 2009¹³ не удовлетворительны. Страна находится на 25-м месте из 31 возможного в рейтинге, оценивающем права пациента, доступ к информации, медицинские технологии и уровень финансирования системы. Из возможных 1000 пунктов получено 528. Что в таком случае удастся плохо, где реформы не действуют, а где удастся что-то изменить в лучшую сторону?

Очень часто звучит авторитетное мнение, критикующее возникновение и способ действия НФЗ. Считается, что отказ от касс больных был политическим шагом, сделанным в момент, когда эта единица начинала рационально действовать. Очевидна важность того, что введение центрального фонда с отделениями освободило пациентов от принуждения лечиться в своем воеводстве. Однако НФЗ считается монополистом на рынке, что провоцирует недостаток конкуренции, а значит, низкую оценку стоимости медицинских услуг (т. е. слишком низкую оплату услуг, выполняемых исполнителями) и установление лимита услуг, который часто исчерпывается уже к середине года. Учредителям этой системы ставят в вину также изъятие НФЗ из бюджетного регулирования — Фонд является внебюджетным, что провоцирует непрозрачность его экономики.

В общем, чаще всего в упомянутом выше рапорте критикуются очереди к специалистам, отсутствие доступа ко второму, альтернативному врачебному мнению. Необходимо также введение, и как можно быстрее, систематических анализов в сфере лекарств, технологии и медицинских процедур, поскольку хорошее функционирование этих организаций требует времени на доработку и усовершенствование критериев и системы оценки.

Положительно можно охарактеризовать стремление к совершенствованию системы, хотя бы с помощью многократно упомянутого нового закона о лечебной деятельности, который заменил закон об учреждениях медицинского обеспечения. Главным образом закон отошел от сосредоточения на субъекте системы и пытается охарактеризовать систему в целом. В нем определены ранее не описанные понятия, такие как лечебная деятельность. Постановлено также противостоять долгам СГУМО при помощи приватизации. Но от принудительной приватизации отказались, учредителям публичных учреждений дана возможность выбора, однако предусмотрены привилегии, связанные с такими фактами, как аннулирование части задолженности или выдача дотации таким субъектам. В конце концов закончен длившийся в доктрине спор, и для всех субъектов предусмотрен статус предпринимателя в понимании гражданского кодекса, а для всех субъектов, кроме СГУМО и бюджетных единиц, также в понимании закона о свободе экономической деятельности.

¹³ Health Consumer Powerhouse «The Empowerment of the European Patient 2009» — options and implications. Report.

Как и раньше, радует то, что предоставление медицинских услуг, финансируемых НФЗ из медицинского страхования, возможно не только государственными, но и частными единицами.

Все больше граждан осознают, что никакие медицинские услуги на самом деле не бесплатны, так как если мы не платим за них непосредственно, то платим за медицинскую страховку. Количество людей, лечащихся в общественных и частных больницах, которые также имеют подписанный договор на предоставление медицинских услуг НФЗ, соизмеримо.

В правильном ли направлении мы идем? В полной мере это можно будет оценить через несколько лет. Однако же наша позиция в независимом европейском рейтинге наводит на размышления. Изменения определенно необходимы.

Статья поступила в редакцию 28 сентября 2012 г.