

Клисиньски Я.

ШАНСЫ И БАРЬЕРЫ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПОЛЬШЕ

Реформы – это изменение устаревшего, но, одновременно, и процесс. С точки зрения критериев различаем следующие изменения:

- действительные и видимые (критерий сущности);
- планомерные и случайные (критерий целеполагания);
- рациональные и нерациональные (критерий познаваемого регулирования);
- мирные и конфликтные (критерий этической оценки);
- эстетически положительные и отрицательные (критерий оценки эстетичности).

Собственно, реформа системы здравоохранения – это изменения, которые являются действительными, планомерными, рациональными, мирными и эстетически положительными. При этом следует помнить, что каждые существенные изменения приводят, в начальной стадии к ухудшению ситуации, с чем мы имеем дело в сфере реализации медицинских услуг в настоящее время в Польше, а уже затем ведет к его улучшению. С точки зрения теории изменений так называемыми агентами изменений являются врачи, в следующую очередь медицинский персонал.

Это они должны быть, прежде всего, уверены в идее реформы охраны здоровья, чтобы нести ответственность за соответствующее внедрение законодательных норм в реальную действительность.

Диапазон проводимых изменений.

Предшествующая система здравоохранения в Польше была чрезмерно централизована, опиралась на административные инструменты управления. В связи с этим самоуправление органов здравоохранения было незначительным. Отсутствовали объективные критерии, показатели и методы оценки потребностей, деятельности и экономической эффективности. Применялись критерии известные, не содержащие стоимостных показателей, и тем более не проводились расчеты стоимости отдельных услуг. В результате нельзя было использовать имеющиеся средства, их распределение было неэффективно и возникали неравенства в доступе к медицинским услугам /1/.

Современные приемы в системе здравоохранения в Польше включает:

- Новые принципы функционирования негосударственных структур здравоохранения;
- Многообразие средств финансирования;
- Внедрение стандартных основ регистрации в учреждениях здравоохранения;
- Децентрализацию финансовых решений бюджетных учреждений;
- Восстановление палат самоуправления здравоохранением;
- Новую организацию фармацевтического контроля;
- Определение роли государства, разделение прав и обязанностей между органами власти, самоуправления и другими субъектами (в основном экономическими) в сфере обеспечения потребностей граждан в медицинских услугах;
- Определение позиций гражданина, который в значительной степени должен принять ответственность за свое здоровье, однако права которого в области охраны здо-

ровья должны быть четко определены и защищены.

- Эти перемены являются классическим примером реализации в действительности основ функционирования системы здравоохранения, приближенной к Всеобщей системе обеспечения медицинских услуг.

Рынок оздоровительных услуг.

Главным столпом реформы является замена финансирования охраны здоровья из бюджета государств новыми системами медицинского страхования. В этой системе, опирающейся на всеобщее медицинское страхование, закладывается функционирование многих субъектов на действующем рынке медицинских услуг, а также их реальный доступ к средствам общества.

Наличие рынка медицинских услуг требует функционирования таких субъектов, как:

- пациенты как потребители медицинских услуг;
- врачи и другие специалисты как поставщик оздоровительных услуг;
- общественных плательщиков за услуги;
- власти как субъекта регулирования.

В системе рыночного хозяйства роль пациента должна возрасти. Последний из просителя должен становится клиентом. О его получении конкурируют между собой субъекты, предоставляющие услуги.

Никто уже не утверждает, что вложения в медицинскую опеку является тем же, что и вложения в исправление состояния здоровья. В соответствии с открытой аномалией Цохрана нет связи между этими вложениями, так же как и количеством учреждений службы здоровья и здоровья нации. В свою очередь Механик утверждает, что «ни одна система не в состоянии поставить такое количество услуг, которое пациенты хотели бы потребить и для этого любая система применяет принципы рационального распределения услуг» /2/. В связи с этим, в мире существует всеобщая нехватка услуг оздоровительной опеки и потребность их рационального распределения.

Можно выделить пять форм рационального распределения:

- по потребностям;
- по основам справедливости;
- с учетом спроса рынка и уровня цен;
- по очередности заявки и времени ожидания;
- по срочности случая.

Особую существенную роль играет распределение средств на лекарства. Составляют они от 10 до 20% вложений на здоровье в европейских странах /3/. Установлена зависимость – чем государство мощнее, тем большую долю общих расходов на здоровье составляют фармакологические средства. Уже сегодня все вложения, предназначенные для здравоохранения, можно было бы использовать исключительно на лекарства. Также и в Польше, в связи с постоянным ростом цен на лекарства и стоимости фармакотерапии, особенно в приобретенных болезнях, необходимо прививать каждому врачу фармакологическое мышление. Фармакологический анализ должен вести и врач, и медицинский эксперт, подготавливающий стандарты медицинского обслуживания, и члены коллектива, обрабатывающего больничные рецепты /4/. Первыми странами, которые применили этот тип экономического анализа,

Клисиньски Я. Заведующий кафедрой маркетинга Ченстоховского политехнического института.

стали Австрия, Канада и США.

Несомненными преимуществами внедрение рыночных механизмов в медицинское обслуживание в Польше являются:

- ограничение иррациональности медицинских услуг;
- выдача только такого количества денег, которое было затрачено ранее;
- смена дистрибуции средств – последние идут для потребностей пациентов, а не учреждений;
- повышение эффективности распределения средств;
- применение эффективных медицинских технологий;
- внедрение стандартов медицинского обслуживания;
- реагирование на потребности пациентов, что требует наличия выбора со стороны продаж.

Связь реформы здравоохранения с новым административным делением Польши.

Реформа охраны здоровья, в особенности смена способа её финансирования была проведена в Польше одновременно с реформой государственного устройства. С 1 января 1999 года в рамках трехступенчатой структуры, в Польше создано 16 воеводств, 373 повета и 2489 гмины. Это было основой для определения сети как больничных касс, которых было создано 16 плюс одна отраслевая, так называемая фирменная. Эти кассы распоряжаются фондами, создаваемыми всеми работающими в форме отчислений 7,5% от доходов застрахованных лиц, в целом компенсируемых из налогов граждан. Установленный уровень отчислений на медицинское страхование в Польше серьёзно отличаются от соответствующих уровней в других европейских странах. В Германии он составляет примерно 14% от доходов в расчете на одного жителя, в четыре раза ниже, чем в Чехии, которая 5 лет раньше проводила реформы (соответственно 130 долл. США и 500 долл. США). Следовало бы дифференцировать отчисления в зависимости от возраста пользователя услуг. В Польше еще не установлен полный личностный расчет стоимости медицинских услуг относительно возрастной группы.

В особых случаях больничные кассы в Польше не несут расходов по медицинским услугам. Из бюджета государства финансируются высококвалифицированные услуги (пересадка сердца, костного мозга и т.п.), правительственные программы поддержки больничных касс, проводимое за границей лечение и диагностические исследования при одобрении министерства здравоохранения и общественной опеки. Одновременно из фонда работодателей финансируются некоторые услуги службы медицины труда.

Рыночная трансформация польской экономики, а в её рамках рынок медицинских услуг является не только проблемой экономической, а, прежде всего, лежит на преобразованиях в сфере сознания. В области здравоохранения процесс перемен

в окружающей среде особенно явный, так как относится к стилю жизни объясняемому как основной элемент промоции здоровья.

Опираясь на опыт государств, которые начали раньше чем в Польше реформы здравоохранения, следует подчеркнуть, что удовлетворительные изменения в этой системе осознаются не только через развитие знаний лиц, связанных с теми структурами. В Польше переход от центрального управления к управлению на низших уровнях организационных структур требует большего образования кадров менеджеров медицинских услуг.

В отчете OECD уровень реформированной системы охраны здоровья остался оценённый как приличный. Несомненно, лучшей по сравнению с традиционно функционирующей, является система здравоохранения, в которой:

5. небольшое обложение домашних хозяйств отчислениями на лечение;
6. врачи-специалисты являются доступными без каких-либо ограничений;
7. скорая врачебная помощь является всегда доступной для всех;
8. применяются современные методы лечения;
9. существует равный доступ к услугам;
10. имеется хорошая организация услуг;
11. существует хорошая информация, адресованная пациентам и работникам службы здоровья.

В соответствии с концепцией М. Лалонда /5/ служба здоровья обеспечивает только одно «поле здоровья». Одинаково важным являются образ жизни, окружающая среда и генетические причины. Большинство государств, исходя из этого, формирует свою политику здравоохранения, опирающуюся на идею промоции здоровья, усматривая в ней возможности улучшения состояния здоровья как личности, так и всего общества. Это проблема поставлена в проект Закона о национальной программе охраны здоровья, которые вскоре будет рассмотрен Сеймом Республики Польша.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Klich. J. i inni. Zarzadzanie w opiece zdrowotnej: planowanie. Kraków 1998
2. Mechanic D. The Growth of Bureaucratic Medicine: An inquiry into the Dynamics of Patients Behavior and the Organization of Medical Care. New York 1976
3. Birsch S., Donaldson C. Application of Cost – Benefits Analysis to Health Care: Departures from Welfare Economic Theory. “Journal of Health Economics”, 1987, #3
4. Pilecka D. Gospodarka lekiami w Anglii. “Forum Reformy Sluzby Zdrowia”, 1995, nr. 22
5. Ham C. I inni. Health Check. Health Care Reforms in an International Context. London, 1990

УДК 338.621.75

Славюк Р.А.

АГРАРНЫЙ БИЗНЕС: СУЩНОСТЬ, ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ, МЕТОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ

Аграрный бизнес является органичным структурным элементом рыночной экономики. Аграрный сектор всегда играл роль необходимой предпосылки создания рыночной среды. Специфика и функциональное своеобразное значение аграрного бизнеса приобретает особое значение для стран, которые идут путем возрождения рыночной системы хозяйствования на селе. Способность аграрного бизнеса к структурообразова-

нию выдвигает задачи его возрождения и ставит в число первоочередных мероприятий реформирования экономики Украины.

Роль и функции аграрного бизнеса, исходя из его общеэкономических позиций, заключаются не только в том, что он является одним из важных действенных факторов экономического развития общества. Его важной функцией есть содейст-

Славюк Р.А. Декан экономического факультета, к.э.н., доцент кафедры финансов предприятий и кредита Вольнского государственного университета.