

Финансирование специализированного амбулаторного обслуживания

Принятые новые законы - О Медицинском Совете Чехии, об Общем медицинском страховании, о Компаниях, оказывающих услуги медицинского страхования, о Негосударственных медицинских учреждениях

Поправки к действующим законам - Закон об охране здоровья населения

В рамках закона создать сетевую структуру медицинских учреждений не удалось. Более того, в прошлом организации медицинского страхования были обязаны заключать контракт с любым медицинским учреждением, обратившимся с заявкой. Сейчас уже внедрен процесс проведения аукционов, но для страховых компаний он не обязателен. В результате этого сеть медицинских учреждений развивается хаотично, она не отвечает существующим потребностям, но при этом финансовые требования продолжают значительно возрастать. Основная задача страховых учреждений заключается не в финансировании действующих организаций в сфере здравоохранения а в том, чтобы обеспечить эффективное использование средств страховых фондов и направить их на предоставление высококачественного медицинского обслуживания в необходимых масштабах.

Доход медицинских учреждений: 95% поступления от фирм
медицинского страхования
5% прямые платежи

- Частное дополнительное страхование отсутствует
- Невозможно осуществить взыскание дополнительных платежей в связи с застрахованными лечебными процедурами, даже если стоимость лечения превышает объем страховой компенсации (было предпринято несколько безуспешных попыток внести изменения в законодательство)
- цены на прямые выплаты регулируются

Скорость роста эксплуатационных расходов (стоимость энергоносителей, заработная плата, стоимость медицинских материалов и лекарственных препаратов) превышает скорость роста поступлений.

Капиталовложения государственных медицинских учреждений финансируются органами управления этой сферы - Министерством здравоохранения либо региональными органами управления. Законодательство запрещает передачу подобных фондов частным медицинским учреждениям, которые, кроме того, обязаны погашать кредиты, полученные в банках при проведении приватизации (на основе законов о приватизации). Таким образом, часть средств, собранных для финансирования охраны здоровья, переходит в руки банков, никак не способствуя повышению качества медицинского обслуживания.

Источники фондов медицинского страхования - эти средства складываются из взносов и государственных выплат

- Сотрудники предприятий и организаций платят 4.5% от заработной платы, и работодатели платят 9% (эта система действует подобно налогу - она обязательна в соответствии с законом и размер выплат связан с уровнем заработной платы)
- Лица, занятые ИТД, платят достаточно низкие взносы, но как правило это объясняется тем, что они работают меньшее количество часов (матери с детьми, пенсионеры)
- Государство оплачивает взносы за лиц, не имеющих источника дохода (первоначально объем выплат составлял 80% от минимальной заработной платы в 2900 Кс, а теперь от 3250 Кс)

Особо важно отметить, что численность застрахованных лиц, выплачивающих взносы, составляет только 43 % от общего количества застрахованных, но сумма выплачиваемых ими взносов представляет собой 76 % от общего объема средств. Численность лиц, не выплачивающих взносов, составляет 57 % от общего количества, но при этом объем выплат со стороны государства за этих лиц дает только 24 % от общей суммы страховых ресурсов. Это расхождение служит предметом частых споров, поскольку со старением населения оно будет только возрастать.

Фонды медицинского страхования с разбивкой по годам:

1991	-	39.5 миллиардов Кс
1992	-	45.6 миллиардов Кс
1995	-	100.6 миллиардов Кс
1999	-	135.1 миллиардов Кс
2002	-	???

Огромный, но по-прежнему недостаточный, рост фондов, показывает, что сфера медицинского обслуживания может потреблять все больше и больше средств. Тем не менее, мы должны принимать во внимание достижения новых технологий в отношении развития оборудования, разработки новых методов лечения, доступность и надлежащее количество всех лекарственных препаратов; количество коек по-прежнему остается высоким; растет число амбулаторных медицинских учреждений...

Привел ли этот рост к улучшению здоровья населения, повышению продолжительности жизни населения и улучшению качества жизни?

Изменения в финансировании амбулаторного медицинского обслуживания на протяжении последних десяти лет

Тарифная сетка, Вариант “0” - существует только одна организация, предоставляющая услуги медицинского страхования; первые платежи идентичны существовавшим в прошлом платежам из государственных бюджетов

“Функциональная система” - начинается приватизация государственных медицинских учреждений и предоставляется возможность открытия новых, негосударственных организаций медицинского обслуживания. Многие амбулатории воспользовались этой возможностью и предоставляли все больше и больше услуг, независимо от реальной потребности. Такое обслуживание очень нравилось пациентам.

“Единообразные твердые платежи” - с 1 июля 1997 г. терапевты и педиатры перешли на систему подушевой оплаты, то есть оплаты по количеству пациентов. Некоторые услуги, например, вакцинация или профилактический осмотр, оплачиваются отдельно. Постепенно вводится регулирование услуг, для которых требуется направление (лабораторные анализы, рентгеноскопия); стоимость лекарств и направления к специалистам контролируются. Нарушения норм приводят к снижению подушевых выплат, а те, кто “экономит средства” получают вознаграждения. Многие пациенты жалуются на недостаточность медицинского обслуживания.

“Единообразные твердые платежи” - специалисты поликлиник также переключаются с функциональной системы на систему единообразных твердых платежей. Уровень таких платежей несколько возрос по сравнению с эквивалентным периодом прошлого года и они уплачиваются в форме депозита. После истечения определенного срока в действие вступают ограничительные нормативы, а вслед за ними - нормативы по оказанию услуг по направлению и обеспечению лекарств по рецепту. Некоторые организации, предоставляющие страховые услуги, по-прежнему используют понижающие коэффициенты в случаях, когда возрастает или уменьшается количество пациентов, обслуженных конкретным медицинским учреждением. Но проведение такой операции осложнено тем, что пациенты имеют право переходить от одной страховой компании к другой каждые три месяца. Сроки ожидания лечения растут, предоставление лекарств по рецепту ограничено нормативами, и это вызывает недовольство пациентов.

Цель использования всех этих нормативов заключается, в основном, в стабилизации уровня расходов организаций, предоставляющих услуги по страхованию. При этом не уделяется достаточного внимания потребностям застрахованных лиц в медицинском обслуживании и полностью игнорируется вопрос эффективности всей системы в целом.⁶

Наше частное предприятие медицинского обслуживания “SPEA Olomouc, s.r.o.” - доказательство того, что все описанные выше трудности можно преодолеть.

1 октября 1996 г. мы приватизировали государственную поликлинику, получили кредит в банке, и в настоящее время наша организация не только растет и производит капиталовложения, но и регулярно осуществляет платежи в счет погашения кредита.

В нашей компании 152 сотрудника, в том числе 52 врача, обслуживающие взрослых пациентов и детей. Мы предоставляем услуги всех специалистов за исключением специалистов по болезням легких; кроме того, мы не проводим реабилитационного обслуживания. Тем не менее, мы надеемся расширить сферу нашей работы и включить эти виды обслуживания в нашу деятельность.

Учет прибыли каждого из отделений осуществляется отдельно; это дает нам возможность видеть и поощрять их деятельность по результатам работы. Сотрудники сами следят за результатами своей деятельности, и это создает для них положительный стимул к тому, чтобы вносить вклад в получение надлежащих результатов работы всей организации.

**С наилучшими пожеланиями дальнейшего успеха в работе,
Мария Хорáковá, Республика Чехия**