



Реферат обзора

Грузия

Основные положения

Введение

С момента провозглашения независимости в Грузии произошли значительные демографические изменения. По официальным данным население страны уменьшилось почти на одну пятую до 4,4 млн. человек, но согласно информации Фонда народонаселения Организации Объединенных Наций (ЮНФПА) фактическая численность населения в стране составляет 3,9 млн. человек, что объясняется интенсивным миграционным оттоком. Кроме того, в результате конфликтов в Абхазии и Южной Осетии в стране отмечается большое число внутренне перемещенных лиц (ВПЛ). Эти территории де-факто не контролируются правительством Грузии.

Из-за гражданской войны, резкого перехода к рыночной экономике и гиперинфляции, последовавших за провозглашением Грузией независимости, в стране начался экономический коллапс. Однако, начиная с 1994 года экономическая ситуация стала быстро улучшаться. В период с 2003 по 2007 год рост ВВП в среднем составлял 9,7%, а в 2008 году снизился до 2,0%. Однако, значительная часть населения (по официальным данным на 2007 год – 21,3%) до сих пор живет в бедности, хотя коэффициент Джини и упал с 40,8 в 2005 году до 36,3 в 2007 году. Недальновидная политика предыдущего правительства Грузии, допустившего усиление социального неравенства, привела в 2003 году к Революции Роз. Новая власть приступила к радикальному реформированию экономики, направленному на сокращение бюрократии и снижение роли правительства в финансовом регулировании

как инструменту борьбы с коррупцией. Вера в рыночные механизмы и либерализация экономики – таковы отличительные черты нового экономического курса Грузии.

В целом, сразу после обретения независимости состояние здоровья населения Грузии значительно ухудшилось, и ситуация стала улучшаться только в начале 2000-х годов, хотя к этим данным следует относиться с осторожностью. По сравнению с другими странами уровень материнской и младенческой смертности в Грузии по-прежнему остается высоким, несмотря на тенденцию к его снижению в связи с улучшением социально-экономического положения. Инфекционные заболевания, особенно форма туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью, также остаются серьезными проблемами для здравоохранения Грузии.

Организационная структура

В 1991 году Грузия унаследовала от Советского Союза масштабную и жестко централизованную систему здравоохранения Семашко, сохранить которую после обретения независимости новому правительству не удалось. В результате последующих реформ в существующей системе здравоохранения функции разработки политики, закупок, предоставления услуг и управления разграничены. Хотя Министерство здравоохранения, труда и социального развития (МЗТиСР) официально ответственно за разработку политики в области здравоохранения, возможности министерства по проведению политики ограничены. Причина этого ограничения кроется в том, что, во-первых,

производители медицинских услуг являются либо частными, либо находятся в ведении Министерства экономического развития (МЭР), и, во-вторых, МЗТиСР делегировало значительную часть своих регулирующих функций подведомственным исполнительным агентствам. Министерство ответственно за выполнение государственных программ предоставления медицинских услуг, финансируемых за счет общественных средств. Доля эти программ незначительна, поскольку услуги преимущественно оплачиваются в момент их получения за счет личных средств граждан.

Финансирование

После Революции Роз расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, постоянно росли и в 2007 году достигли 8,2%. В то же время доля государственного финансирования в общих расходах на здравоохранение составила всего 18,4%, что по европейским стандартам является крайне низким показателем. В 2007 году на долю личных расходов граждан на оплату медицинской помощи в момент ее получения приходилось 70,9% всех расходов на здравоохранение. Начиная с 2008 года семьям, находящимся за чертой бедности, предоставляются ваучеры, которые могут быть использованы для приобретения полисов добровольного медицинского страхования (ДМС). Остальным категориям населения предлагается самостоятельно приобретать полисы ДМС или оплачивать медицинские услуги в момент их получения за собственный счет.

В ситуации, когда превалирует модель прямой оплаты медицинской помощи в момент ее получения, доступ населения к медицинской помощи определяется возможностью пациента платить, а не его правами в рамках различных схем предоплаты. В стране отсутствует как обязательное медицинское страхование

(ОМС), так и национальная система здравоохранения, гарантирующая всеобщий охват граждан (наподобие модели Семашко). Вплоть до 2008 года некоторые категории населения в рамках государственных программ имели доступ к ограниченному набору услуг, которые частично финансировались за счет соплатежей. В прошлом средства на выполнение этих программ не всегда выделялись, и объем выделяемых средств не покрывал стоимость оказываемых услуг. Сложившаяся ситуация только усугублялась из-за постоянного недофинансирования.

Принятые в 2008 году изменения были ориентированы на радикальное сокращение прав граждан на получение медицинской помощи в рамках государственных программ, выделение государственных средств только на нужды наиболее уязвимых домохозяйств, изменение процедур закупки медицинских услуг.

Система здравоохранения Грузии характеризуется отсутствием значительного объединения финансовых средств в пулы, поскольку в большинстве своем медицинские услуги напрямую оплачиваются пациентами без использования схем предоплаты. В рамках выполнения государственных программ предоставления медицинской помощи организационные связи смещаются от интегрированной к контрактной модели. С 1996 года медицинский персонал нанимается непосредственно медицинскими учреждениями. Все медицинские учреждения получили статус независимых производителей. Исключение составляют сельские практики врачей первичного звена, состоящие из врача и медицинской сестры. В настоящее время они финансируются по принципу фондодержания. В рамках финансирования государственных программ предоставления медицинской помощи используются различные механизмы оплаты в зависимости от типа предоставляемых услуг.

Планирование и регулирование

В свете экономических реформ послереволюционного периода, направленных на достижение экономического роста путем значительной либерализации экономики, регулирующая роль МЗТиСР была ограничена, а новый подход предусматривал рыночное регулирование взаимоотношений пользователей, покупателей, поставщиков и государственных органов управления. Такие действия правительства были продиктованы уверенностью в том, что рыночные отношения в здравоохранении могут регулировать сектор. В целом, реформы здравоохранения разрабатывались без учета необходимых механизмов регулирования. Функция планирования Министерства здравоохранения, труда и социального развития также ограничена в условиях системы, преимущественно ориентированной на частный сектор и рыночные отношения. Свою роль в этом процессе сыграл и тот факт, что прямые платежи граждан составляют непропорционально большую часть общих расходов на здравоохранение. Предполагается, что МЗТиСР удастся лучше выполнять функции управления, если оно будет выступать в роли основного покупателя ДМС.

Материальные и трудовые ресурсы

Грузия унаследовала обширную инфраструктуру с избыточными стационарными мощностями. С момента провозглашения независимости коечный фонд значительно сократился. В 1992 году обеспеченность койками составляла 10 коек на 1000 человек, а в 2007 году этот показатель составил 3,3. Столь значительное сокращение скорее объясняется значительной нехваткой ресурсов, чем политикой рационализации больничного сектора. С 1999 года применялись различные подходы к рационализации, в том числе в конце 2006 года был введен генеральный план развития больниц, согласно которому только

шесть тбилисских больниц остались в государственном секторе, а остальные медицинские учреждения были приватизированы.

В Грузии отмечается один из самых высоких показателей обеспеченности врачами. В 2006 году этот показатель составлял 4,7 врача на 1000 жителей, что значительно выше, чем в странах Европейского региона ВОЗ и тем более, в странах ЕС. Более того, в самом Тбилиси врачей в три раза больше, чем в других регионах страны. Привлечение врачей в сельские регионы остается серьезной проблемой. Также серьезной проблемой остается набор медсестер в систему, характеризующуюся преобладанием врачей.

Предоставление медицинских услуг

Поставщики первичных медицинских услуг в каждом районе имеют различные формы организации в зависимости от того, как они были зарегистрированы в соответствии с законом 1997 года о коммерциализации. Некоторые из них выступали в качестве компаний с ограниченной ответственностью или акционерных обществ, являясь самостоятельными образованиями, в то время как большая часть медицинских учреждений добровольно объединились в одно юридическое лицо (например, амбулаторно-поликлинические учреждения, стационарно-поликлинические учреждения, и т.д.), предоставляющее медицинские услуги населению района. В результате организационные формы поставщиков первичной помощи значительно варьируют. Семейная медицина была выделена в отдельную дисциплину в 1997 году. Многие службы ПМСП укомплектованы преимущественно врачами общей практики, предоставляющими более широкий спектр услуг. В то время как другие учреждения ПМСП укомплектованы участковыми

терапевтами и педиатрами и врачами – узкими специалистами. Врачи первичного звена выполняют роль «привратника» для пациентов, имеющих ДМС, поскольку пациенты оплачивают услуги за собственный счет, и для обращения в стационар направления лечащего врача не требуется. Многие пациенты делают выбор в пользу стационарного лечения, так как качество ПМСП остается весьма низким.

Стационарное лечение в Грузии предоставляется в учреждениях вторичной и третичной помощи, многопрофильных больницах и лечебно-диагностических центрах, научно-исследовательских институтах, специализированных больницах и диспансерах. Хотя на сегодняшний день уровень госпитализации в Грузии выше, чем он был 2001 году (4,6 госпитализаций на 100 человек), он все еще остается одним из самых низких уровней среди стран Европейского региона ВОЗ (6,5 госпитализаций на 100 человек, 2007 год). В 2007 году число врачебных посещений на душу населения составляло 1,95 посещений в год, что остается одним из самых низких уровней в Европейском регионе ВОЗ. В 2000 году этот показатель достиг своего минимума и составил 1,4 посещения на душу населения. Уровни потребления как стационарной, так и амбулаторной помощи могут рассматриваться в качестве доказательств наличия проблем с доступностью медицинской помощи.

Реформы системы здравоохранения

С 2006 года основные принципы реформы здравоохранения направлены на обеспечение полного перехода сектора здравоохранения на рыночные отношения: частное оказание услуг, частная система закупки услуг, либеральное регулирование и минимальный контроль. Принятие таких решений было продиктовано проводимой экономической политикой,

направленной на обеспечение экономического роста за счет либерализации и развития частного сектора. Введенная в 1990-х годах система ОМС была отменена и заменена системой ДМС, Правительство предоставляет населению, живущему за чертой бедности, ваучеры на приобретение полисов ДМС, которые можно оформить в одной из частных компаний по выбору клиента. Затем правительство заключает контракт со страховщиком, закупая приобретенную программу ДМС за счет государственных средств. Остальные категории граждан вынуждены приобретать полисы ДМС за счет собственных средств или оплачивать услуги напрямую в момент их получения. С целью расширения использования схем предоплаты для этих групп населения правительство разработало ограниченные программы ДМС, которые субсидировались государством и рассматривались в качестве инструмента содействия расширению доступного охвата.

Оценка системы здравоохранения

Заявленной целью правительства Грузии в области здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения. Для достижения поставленной цели была принята стратегия обеспечения населения доступной медицинской помощью высокого качества, гарантирующая финансовую защиту от риска катастрофических расходов на медицинскую помощь. Несмотря на то, что в стране достаточно медицинских учреждений, потребление медицинской помощи остается на низком уровне, а финансовые барьеры, ограничивающие доступ к помощи – значительными. Существующие доказательства свидетельствуют, что плата за медицинские услуги негативно влияет на возможность получения необходимой медицинской помощи людьми с низкими доходами даже в тех случаях, когда таковые в принципе должны предоставляться бесплатно. В частности, стоимость медикаментов остается непомерно высокой.

Уровень общих расходов на здравоохранение в Грузии является относительно высоким, однако, 70,9% приходится на оплату медицинской помощи в момент ее получения, осуществляемую за счет личных средств граждан. В настоящее время система здравоохранения нацелена в значительно большей степени на оказание дорогостоящей стационарной помощи в учреждениях вторичной и третичной помощи, чем на оказание более экономически эффективной первичной помощи. Значительные мощности в сочетании с низким уровнем потребления медицинских услуг свидетельствует о низкой продуктивности системы. Слабая регулятивная функция системы приводит

к отсутствию механизмов измерения и обеспечения качества медицинской помощи.

Улучшение состояния здоровья населения Грузии, особенно по таким показателям, как младенческая и материнская смертность, служат неопровержимым доказательством того, что при анализе ситуации необходимо учитывать большее число социально экономических факторов. Вместе с тем, основные показатели свидетельствуют о наличии неискорененных проблем в системе здравоохранения, которые требуют разрешения, если правительство Грузии намерено проводить политику, направленную на достижение показателей Целей тысячелетия в области здравоохранения, сформулированных в Декларации ООН.