



Реферат обзора

Албания

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

С 1944 по 1991 г. у власти в Албании были коммунисты, это был период изоляции, отсталости и нищеты.

По Конституции 1998 г. исполнительная власть принадлежит президенту и однопалатному парламенту из 140 членов.

Население

Население Албании — 3,1 млн человек, оно моложе, чем в других странах Европы (40% младше 18 лет). 58% — сельские жители. С 1990 по 1999 г. страну покинуло примерно 750 000 человек. Албания — одна из беднейших стран Европы.

Средняя продолжительность жизни, детская и материнская смертность

Средняя продолжительность жизни довольно высока: 68,5 года для мужчин и 74,3 года для женщин (в 1995 г.; более свежие данные отсутствуют). Долголетие связывают с традиционно здоровым питанием албанцев. Детская смертность составляет, по разным оценкам, от 17,5‰ (данные Министерства здравоохранения Албании) до 28‰ (данные Детского фонда ООН); такие высокие показатели объясняются прежде всего плохой охраной материнства. Довольно высокая материнская смертность, составившая в 1999 г. 17,5 на 100 000, постепенно снижается.

Основные причины смерти

Основные причины смерти — сердечно-сосудистые заболевания, злокачествен-

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Албании, некоторых других странах и в среднем в странах ЦВЕ и ЕС



ЕС — Европейский союз
ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

ные новообразования, травмы и несчастные случаи.

Новейшая история здравоохранения

До Второй мировой войны во всей Албании было 111 терапевтов и 39 стоматологов

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30
Факс: +45 39 17 18 70
Электронная почта: observatory@who.dk
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

(1932 г.) и для большинства населения медицинская помощь была недоступна. В коммунистический период здравоохранение строилось на принципах Семашко. Из-за изоляции и бедности страны качество медицинской помощи и оснащенность лечебных учреждений были чрезвычайно низкими. После падения коммунистической системы и беспорядков 1991—1992 гг. Албания недосчиталась четверти городских и трети сельских медицинских учреждений. Новая волна беспорядков в 1997 г. сопровождалась разграблением аптек и больниц, при этом прекратили работу около 30% медиков страны. Положение было особенно тяжелым во время кризиса в Косово, когда Албанию наводнили больные и истощенные беженцы.

Направления реформ

С начала 1990-х гг. перед руководством Албании стоит две главные задачи: 1) предотвратить дальнейший развал системы здравоохранения, 2) сделать здравоохранение экономически жизнеспособным. Чтобы решить эти задачи, Албания развивает первичную медицинскую помощь, ищет новые источники финансирования (медико-социальное страхование, платные медицинские услуги) и децентрализует управление здравоохранением.

Финансирование здравоохранения и ВВП

По оценкам Министерства здравоохранения, общий объем финансирования здравоохранения в 2000 г. составил 3% ВВП, что существенно ниже средних показателей в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы. На долю государства пришлось около двух третей расходов, одну треть составили платежи населения.

Краткое содержание реферата

Албания взяла курс на коренную пере-

стройку здравоохранения, однако этому препятствует политическая нестабильность и слабость экономики. Чтобы улучшить положение, необходимо повысить финансирование здравоохранения, пока явно недостаточное. Введение системы медико-социального страхования стало шагом вперед, но значительная часть населения до сих пор не платит страховых взносов. Приватизация системы распространения лекарственных средств покончила с их дефицитом, но сделала их недоступными для людей с низкими доходами. Постепенность реформ позволяет поддерживать определенную стабильность здравоохранения.

Структура и управление

Государственное управление в Албании мало изменилось с приходом многопартийной демократии. Сохранило прежние черты и управление здравоохранением. Некоторое влияние на него оказали две реформы, проведенные в 1993 г.

1. Создано 12 префектур, им переданы некоторые функции государственного управления.
2. Расширены полномочия местных властей, в результате управление первичной медицинской помощью частично перешло из города в село.

В целом, однако, управление остается жестко централизованным с подчинением местных органов центральным.

И финансирование, и предоставление медицинских услуг остается в ведении Министерства здравоохранения. Несмотря на проведенную реорганизацию, оно сохраняет командную позицию в системе здравоохранения.

В 2000 г. указом правительства создано Тиранское районное управление здравоохранения. Эта организация должна объединить разрозненные службы первичной медицинской помощи и общественного здравоохранения. Работа проводится при участии Всемирного банка и Министерства международного развития Великобрита-

тании. Цель этого эксперимента — найти способы передачи полномочий от Министерства здравоохранения в районы.

Введение медико-социального страхования началось в 1995 г., когда был создан Институт медицинского страхования. Планируется, что этот государственный страховой фонд будет постепенно расширять набор медицинских услуг, обеспечиваемых страховкой.

Частный сектор в медицине стал развиваться с начала 1990-х гг., когда он был разрешен законодательно. Сейчас он преобладает в стоматологии и снабжении лекарственными препаратами, есть и небольшое количество частных диагностических лабораторий и специализированных поликлиник.

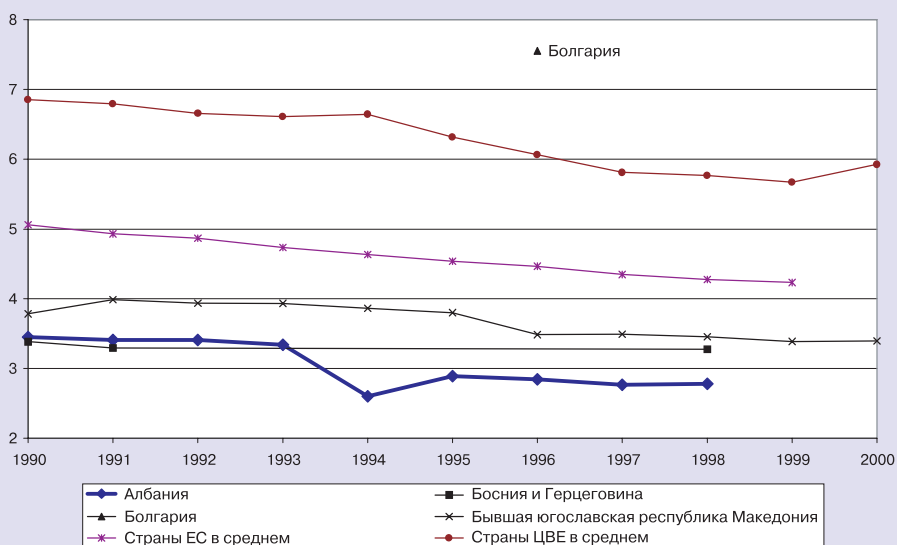
В Албании действует ряд неправительственных организаций, в том числе такие сильные и крупные, как Албанский Красный Крест.

Финансирование и затраты

Финансирование здравоохранения

Здравоохранение финансируется за счет налогов и страховых взносов. Основным источником финансирования — государственный бюджет. Из-за бедности населения, развития теневой экономики и уклонения от налогов он пополняется с большим трудом. В 1999 г. структура поступлений была следующей: 59% поступило из государственного бюджета, 29% составили платежи населения (включая страховые взносы), 4% оплатили работодатели, 8% предоставили международные организации. Институт медицинского страхования получил 17% этих средств, в том числе 8,5% из государственного бюджета, 4,3% из пла-

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Албании, некоторых других странах и в среднем в странах ЦВЕ и ЕС



ЕС — Европейский союз

ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

тежей работодателей и 4,4% из страховых взносов населения.

Хотя государство по-прежнему остается основным источником финансирования, его доля сократилась с 84% в 1990 г. до 59% в 1999 г. Соответственно возрос удельный вес других источников, прежде всего страховых взносов населения.

Институт медицинского страхования дает относительно немного: набор услуг, которые он обеспечивает, ограничен, страховые взносы невелики и зависят от дохода застрахованного.

Дополнительные источники финансирования

Частные лица непосредственно оплачивают лишь небольшую часть стоимости медицинского обслуживания, это главным образом плата за лекарственные средства и некоторые виды амбулаторного лечения. Лечение в больнице должно проводиться

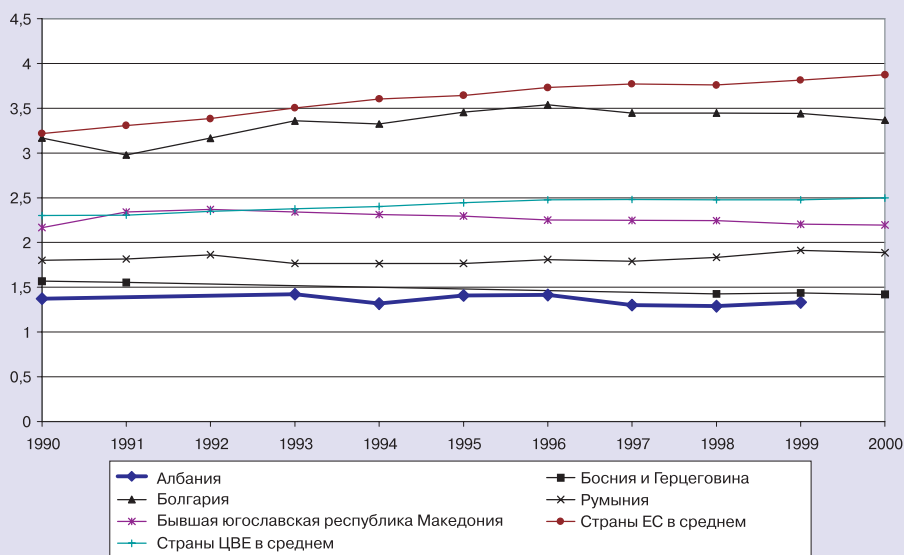
бесплатно. В то же время опрос, проведенный в 2000 г., показал, что четверть всех взяток (а если судить по соседним странам, то еще больше) берут именно в медицинских учреждениях, прежде всего в больницах.

Частные страховые компании не спешат выходить на рынок Албании из-за неустойчивой экономической и политической ситуации в стране. Помощь извне, от иностранных правительств и неправительственных организаций, составляет заметную долю (8%) общего бюджета здравоохранения.

Набор медицинских услуг

Медицинская помощь гарантирована всем гражданам страны, которые платят страховые взносы. За людей с низкими доходами взносы платит государство. Считается, что первичное медицинское обслуживание предоставляется бесплатно только тем, кто платит страховые взносы; на практике, одна-

Рисунок 3. Число врачей на 1000 населения в Албании, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз

ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

ко, в нем не отказывают никому. Все население страны имеет право на бесплатное лечение в государственных больницах, но качество этого лечения довольно низкое и за него часто приходится платить из-под полы.

В целом, набор доступных медицинских услуг весьма невелик: система здравоохранения, полуразрушенная в период общественных беспорядков, не в силах дать большего.

Затраты на здравоохранение

В 1991 г. объем финансирования здравоохранения достиг максимума, составив почти 5% ВВП, но в последующие годы он резко сократился. По данным Министерства здравоохранения, общие затраты на здравоохранение в 2000 г. составили 3% ВВП. Доля государственных средств уменьшилась до 2% ВВП. Финансирование здравоохранения остается на уровне, совершенно недостаточном для предоставления всем албанцам медицинской помощи приемлемого качества.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

На селе первичным медицинским обслуживанием занимаются так называемые медицинские центры. Обычно в них работает несколько медицинских сестер и не более трех врачей, часто без специальной подготовки по первичному медицинскому обслуживанию. Существуют также сельские медицинские пункты — здесь работает, как правило, медицинская сестра или акушерка, которая занимается помощью матери и ребенку и иммунизацией. В период общественных беспорядков многие из сельских медицинских учреждений были разрушены или закрыты.

В городах имеются крупные медицинские учреждения, призванные оказывать

специализированную амбулаторную помощь, однако больные используют их как первичные медицинские учреждения. Раньше, чтобы обратиться в эти учреждения, нужно было получить направление, теперь этот порядок упразднен. Для тех, кто обращается в специализированные учреждения, минуя первичные, установлена плата, однако это мало что дало. Специалисты, которые получают плату из-под полы, совершенно не заинтересованы в изменении порядка вещей.

В 1997 г. при поддержке Европейского союза был разработан план развития первичной медицинской помощи. Ставится задача создать по крайней мере один медицинский центр в каждой коммуне (мелкая административная единица) и медицинский пункт в каждом селе. Благодаря международной поддержке многие медицинские центры уже восстановлены. В дальнейшем планируется создать группы врачей первичной медицинской помощи под руководством специалиста по общей практике, которые будут выполнять диспетчерские функции.

При поддержке международных организаций Министерство здравоохранения приступило к объединению отдельных служб здравоохранения в единую структуру первичного медицинского обслуживания. В него уже вошли, в частности, служба профилактики туберкулеза, школьные медицинские пункты и санитарное просвещение.

Общественное здравоохранение

Институт общественного здравоохранения, созданный в 1995 г. на базе Научно-исследовательского института гигиены и эпидемиологии, подчиняется Министерству здравоохранения и занимается медицинской статистикой, организацией медицинских исследований и вакцинацией населения, следит за состоянием окружающей среды и здоровьем населения. Институт дает рекомендации по политике общественного здравоохранения, осуществляет техническую поддержку и выступает в качестве национального исследовательского и учебного центра.

За охрану здоровья отвечают главным образом районные директораты здравоохранения и директораты первичного медицинского обслуживания, имеющие разную структуру и функции.

Эпидемиологическая обстановка в Албании тяжелая, причиной тому — антисанитария, повсеместное отсутствие водопровода и канализации. На случай крупных эпидемий Институтом общественного здравоохранения, ВОЗ и ЮНИСЕФ разработан план экстренных действий.

Министерство здравоохранения прилагает значительные усилия, чтобы обеспечить достаточный охват иммунизацией и сохранить «холодную цепь» транспортировки вакцин. В 1999 г. более 90% детей были вакцинированы от целого ряда инфекционных заболеваний.

Больницы

Больницы остаются в ведении государства, преимущественно Министерства здравоохранения.

По числу коек на 1000 населения Албания стоит на одном из последних мест в Европе. В 2000 г. этот показатель составил 3,2 (в 1992 г. — 4,0). Это меньше, чем в странах Центральной и Восточной Европы и бывших Советских республиках, хотя и больше, чем в таких странах, как Финляндия, Швеция и Великобритания. С 1992 г. многие больницы закрылись, другие были преобразованы в сельские медицинские центры и к сегодняшнему дню их число снизилось со 160 до 51.

Частота госпитализации составляет 8,0 на 100 жителей в год — меньше, чем в большинстве европейских стран. Из-за непоследовательных поборов, плохого качества лечения, нехватки лекарственных средств и антисанитарии люди неохотно ложатся в больницу, даже когда это необходимо.

Средняя продолжительность госпитализаций в 1992 г. составила 12,7 дня, а в 1999 г. снизилась до 7,1. Это невысокий показатель для европейской страны, но и не самый низкий, особенно если сравнивать со странами Западной Европы.

Большинство стационаров — это рай-

онные больницы с четырьмя отделениями — терапевтическим, педиатрическим, хирургическим и акушерско-гинекологическим. В 1992 г. Министерство здравоохранения решило преобразовать от 6 до 12 таких больниц в крупные многопрофильные центры примерно на 500 коек каждый. Сегодня работают три таких центра, два из них субсидируются Всемирным банком, а третий — Фондом международного развития Организации стран — экспортеров нефти.

Специализированную стационарную помощь оказывают в клинике Тиранского университета и других специализированных больницах Тираны.

Единственная негосударственная больница строится в Тиране на средства римско-католической церкви, в ней будет 200 коек.

В последние годы появились частные специализированные поликлиники, преимущественно в городах.

Медико-социальная помощь

В Албании сильны родственные связи, и о стариках обычно заботятся близкие. Интернатов для престарелых мало, а больниц для длительного лечения пожилых нет совсем.

Одна из первоочередных задач в этой области — организовать амбулаторное обслуживание людей с хроническими психическими заболеваниями, чтобы уменьшить нагрузку на стационары. Сейчас работает несколько таких стационаров, качество лечения в них невысоко, а их пациенты страдают без родных. Есть и несколько центров для лиц с задержкой психического развития, они принадлежат неправительственным организациям и Министерству труда и социального обеспечения.

Медицинские кадры

Албания обеспечена медицинскими работниками гораздо хуже, чем другие европейские страны, причем большинство их сосредоточено в больницах. В 1999 г. в государственных медицинских учреждениях

работало 25 676 человек (на 25% меньше, чем в 1991 г.), а в частных — 2954 (около 11,5% общего числа), преимущественно в стоматологии и торговле лекарственными средствами.

В 1999 г. в Албании было 4494 врача, то есть 1,36 на 1000 жителей. Это самый низкий показатель в Европе (не считая Турции). В первичном медицинском обслуживании работает 34% врачей. По числу медицинских сестер и акушерок (по разным оценкам оно составляет от 3,7 до 4,0 на 1000 населения) Албания также находится на одном из последних мест в Европе.

С 1994 г. число врачей не изменилось, а число медицинских сестер уменьшилось; существенно уменьшилось и число получивших высшее медицинское образование.

Врачей готовят на медицинском факультете Тиранского университета. С 1997 г. тут работает двухгодичный курс подготовки врачей общей практики. Система аккредитации врачей отсутствует, нет и системы повышения квалификации. В 1994 г. во Влёре открыт первый факультет сестринского дела, а медицинское училище в Тиране преобразовано в Колледж сестринского дела.

Фармацевтика

Две албанские государственные фармацевтические компании, Профарма и Завод антибиотиков, в 1992 г. оказались на грани развала и были приватизированы. В стране имеется еще несколько мелких фармацевтических компаний, выпускающих небольшое число препаратов. Растет импорт лекарственных средств. Прежде чем поступить в продажу, все лекарства регистрируются в Министерстве здравоохранения.

В 1994 г. на основе перечня ВОЗ составлен перечень жизненно важных препаратов. Первоначально в него вошли 174 препарата, впоследствии он был расширен до 308. Расходы на препараты, включенные в перечень, частично или полностью возмещает Институт медицинского страхования. В 2000 г. на это ушло 70% его бюджета.

Из-за бедности больниц препараты поступают туда с большими перебоями и больным приходится покупать их в частных аптеках. Здесь снабжение налажено гораздо лучше, хотя, пользуясь слабостью контроля, они нередко продают некачественные, просроченные и незарегистрированные препараты. При Министерстве здравоохранения недавно создана рабочая группа инспекторов-фармацевтов, задача которых — следить за соблюдением норм и правил лекарственного снабжения.

Распределение средств

В начале финансового года бюджет согласуют и утверждают в парламенте. Затем средства перечисляются в Министерство здравоохранения, местные органы управления и другие учреждения. Настоящего разделения поставщиков и покупателей медицинских услуг не существует. Сейчас проводится эксперимент, в котором Институт медицинского страхования выступает покупателем медицинских услуг у Дурресской районной больницы и тиранских медицинских учреждений. Главный недостаток существующей системы — раздробленность источников финансирования, особенно на уровне первичного медицинского обслуживания. Невозможно разработать действенную систему стимулирования, если Институт медицинского страхования оплачивает услуги врачей и лекарственное снабжение, районные отделы Министерства здравоохранения платят остальному медицинскому персоналу, а местные власти распоряжаются средствами на текущие расходы.

Финансирование больниц и других медицинских учреждений

Министерство здравоохранения направляет средства непосредственно в больницы, с указанием, сколько отводится на заработную плату и другие потребности. Руководители больниц вынуждены проби-

вать бюджет в Министерстве здравоохранения и лишены самостоятельности в расходах. Средства на содержание сельских медицинских центров и медицинских пунктов местные власти получают главным образом от государства.

Роль Института медицинского страхования возрастает. Сейчас он оплачивает труд врачей первичного медицинского обслуживания, в дальнейшем планируется передать ему финансирование всей специализированной амбулаторной помощи и, в конце концов, стационарной помощи.

Оплата труда врачей

Заработную плату врачам системы первичного медицинского обслуживания с 1995 г. платит Институт медицинского страхования. Ее размер определяется численностью населения на участке с поправкой на местные особенности и состав больных.

Другие врачи получают заработную плату по государственной тарифной сетке. Многие из них берут взятки с больных.

Оплата труда врачей в целом низкая и служит источником постоянного недовольства. В системе первичного медицинского

обслуживания положение несколько лучше — после введения страховой системы заработная плата здесь возросла на 50%.

Реформы здравоохранения

После падения коммунистического режима здравоохранение оказалось в отчаянном положении — почти без средств среди разрухи, безвластия и нищеты. Проводимые реформы можно разделить на четыре направления.

1. *Создание новых источников финансирования.* В государственном секторе разрешено взимать плату за медицинские услуги, созданы Институт медицинского страхования и частные медицинские организации. Часть затрат, таким образом, была переложена на потребителей медицинских услуг.
2. *Децентрализация.* Часть управленческих функций передана районам и коммунам. Еще один шаг в этом направлении — создание Тиранского районного управления здравоохранения.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Страны ЕС в среднем	4,1 ^а	18,9 ^б	7,7 ^б	77,4 ^в
Албания	2,8 ^а	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 ^в	7,2 ^в	9,8 ^в	62,6 ^б
Болгария	—	14,8 ^д	10,7 ^д	64,1 ^д
Страны ЦВЕ в среднем	5,4	17,8	8,3	72,3
Бывшая югославская республика Македония	3,4	8,2	8,0	53,7

В отсутствие данных за 2001 г. приведены самые свежие данные: ^а 2000, ^б 1999, ^в 1998, ^г 1997, ^д 1996, ^е 1995, ^ж 1994, ^з 1993, ^и 1992, ^к 1991.

ЕС — Европейский союз

ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

3. *Реформа медицинского обслуживания.* Многие сельские больницы преобразованы в сельские медицинские центры, введена обязательная регистрация врачей, пять клиник Тиранского университета объединены под общим руководством, развивается первичное медицинское обслуживание, совершенствуется законодательство.

4. *Реформа снабжения лекарственными средствами.* Аптеки приватизированы, введены правила экспорта и импорта лекарственных средств и обязательная регистрация лекарственных средств.

Не все реформы были успешны. Министерство здравоохранения не смогло создать систему районных больниц и крупных многопрофильных центров. Нормы и правила оказания платных услуг не уточнены. Система повышения квалификации по таким специальностям, как управление здравоохранением, общественное здравоохранение и первичное медицинское обслуживание, развивается слабо. Состояние

материально-технической базы здравоохранения остается неудовлетворительным, несмотря на вложения государства и международных организаций. Система здравоохранения не удовлетворяет ни больных, ни врачей.

Заключение

Здравоохранение Албании, как и сама страна, переживает трудные времена. Реформы лишены прочной основы. Здравоохранение сильно зависит от международной помощи и тех денег, которые присылают эмигранты. Отъезд из страны наиболее квалифицированных кадров делает положение еще тяжелее. Тем не менее система здравоохранения сохраняется и постепенно совершенствуется. Судьба реформ зависит от того, удастся ли преодолеть разруху и насколько прочным будет порядок в стране.



Обзор системы здравоохранения Албании подготовлен Элли Трагакес. Редакторы — Джеффри Лазарус и Миша Хёкстра. Полный текст обзора по Албании, представленный на сайте www.observatory.dk, подготовили Бесим Нури (Университет Монреала) и Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), которая была и его редактором. Научное руководство осуществлял Жозеп Фигерас. В подготовке обзора помогли сотрудники министерств и учреждений Албании: Сильва Бино (Институт общественного здравоохранения), Маргарита Цаци (Институт статистики), Нурие Коши (Министерство здравоохранения), Эли Гьика (Министерство здравоохранения), Саймур Кадю (Министерство здравоохранения и Всемирный банк), Мануэла Мурти (Институт общественного здравоохранения) и Виган Саляси (Институт медицинского страхования). Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.