

European **Observatory**
on Health Care Systems



Health Care Systems in Transition

Армения



Европейская обсерватория по системам здравоохранения – это плод партнерского сотрудничества Европейского регионального бюро ВОЗ, правительств Греции, Норвегии и Испании, Европейского инвестиционного банка, Института “Открытое общество”, Лондонской школы экономики и политических наук и Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

Системы здравоохранения в переходный период Армения

2001 г.

Авторы:
Samvel G. Hovhannisyan,
Ellie Tragakes, Suszy Lessof,
Hrair Aslanian и Ararat Mkrtchyan

Содержание

Стр.

Предисловие.....	i
Выражение признательности	iii
<u>Введение и краткая историческая справка.....</u>	1
<u>Вступительный обзор</u>	1
<u>Историческая справка.....</u>	5
<u>Организационная структура и управление.....</u>	8
<u>Организационная структура системы здравоохранения</u>	8
<u>Планирование, регулирование и управление</u>	18
<u>Децентрализация системы здравоохранения</u>	24
<u>Финансирование и расходы в области здравоохранения</u>	28
<u>Основная система финансирования и охвата населения</u>	28
<u>Медицинская помощь: предоставляемые услуги и их нормирование</u>	32
<u>Дополнительные источники финансирования</u>	34
<u>Расходы в области здравоохранения.....</u>	37
<u>Система медицинского обслуживания</u>	43
<u>Первичная медицинская помощь и службы общественного</u> <u> здравоохранения.....</u>	43
<u>Медицинская помощь вторичного и третичного уровней.....</u>	50
<u>Социальная помощь</u>	56
<u>Кадровые ресурсы и их подготовка.....</u>	58
<u>Фармацевтические препараты и оценка технологии здравоохранения</u>	63
<u>Распределение финансовых ресурсов</u>	67
<u>Создание бюджетов третьей стороны и распределение ресурсов.....</u>	67
<u>Финансирование больниц.....</u>	69
<u>Оплата труда медперсонала</u>	71
<u>Реформы здравоохранения.....</u>	74
<u>Цели и задачи</u>	74
<u>Содержание реформ и законодательство</u>	76
<u>Осуществление реформ</u>	80
<u>Выводы</u>	85
<u>Библиография.....</u>	87

ВВЕДЕНИЕ И КРАТКАЯ ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Вступительный обзор

Республика Армения – это небольшая горная страна, не имеющая выхода к морю, площадью в 29 800 км², имеющая границы с Грузией – на севере, Азербайджаном – на востоке, Турцией – на западе и Азербайджаном, Ираном и Турцией – на юге. Плотность населения составляет 127 человек/км², при этом около 67% живут в городах, а почти половина населения проживает в столице республики Ереване.

В административном отношении страна разделена на 11 *марзов*, одним из которых является Ереван (в период, когда Армения входила в состав Советского Союза, в республике было 37 административно-территориальных единиц). Десять *марзов*, за исключением Еревана, в свою очередь, подразделяются на 931 коммуну.

Государство Армения располагается сейчас на территории, которая исторически была восточной Арменией. Этот регион относился к сфере влияния персов и оттоманов, которые сражались за овладение этой зоной в течение трех столетий, до тех пор пока в начале девятнадцатого столетия она не была присоединена к Российской империи. В девятнадцатом и двадцатом столетиях данный регион стал местом боевых действий русских и оттоманских войск, что имело ужасающие последствия для армянского народа. Согласно оценкам, в период с 1915 по 1922 гг. в результате вынужденного переселения, голода и оттоманской политики геноцида по отношению к армянам в Армении погибло около 1,5 млн. человек.

После большевистской революции в 1918 г. восточная Армения стала независимым государством, и возродились надежды на восстановление армянского суверенитета над частями западной Армении. Этого, однако, не произошло в связи с тем, что Турция отвергла Севресский договор 1920 г. (в котором союзники признали независимость Армении). После серии региональных конфликтов Армения стала частью Советского Союза в ноябре 1920 г. Вначале она была одной из частей Закавказской Федерации Советских Республик, а затем, в 1936 г., она стала полноправной советской республикой.

Находясь в составе Советского Союза, Армения смогла сохранить армянскую культуру, и ей было разрешено сохранить свой собственный алфавит. Однако население Республики испытывало большую неудовлетворенность относительно границ, установленных правительством Советского Союза, особенно относительно того, что такие регионы, как Нагорный Карабах (с преимущественно армянским населением) и Нахичевань (со значительной частью армянского населения), были отданы Азербайджану.

Рисунок 1. Карта Армении¹

Источник: Central Intelligence Agency, The World Factbook, 2000.

В 1988 г. Региональный совет Нагорного Карабаха обратился к Верховному Совету СССР с просьбой о том, чтобы он был включен в состав Армении. Первоначальная реакция Советского Союза выразилась в установлении прямого контроля под этим районом и направлении туда воинских подразделений, однако в результате развала Советского Союза в 1991 г. этот конфликт перерос в полномасштабную войну. В 1992 г. советские войска перешли под командование российского правительства и были выведены из Нагорного Карабаха. К концу 1993 г. Армения контролировала большую часть Нагорного Карабаха и установила с ним коридор сообщения через территорию Азербайджана. В 1994 г. – при посредничестве России – было достигнуто соглашение о прекращении огня, которое сохраняет силу и на сегодняшний день. Текущие мирные переговоры между Арменией и Азербайджаном пока что не позволили перейти к какому-либо взаимоприемлемому решению этого конфликта.

¹ Карты, представленные в настоящем документе, не отражают какого-либо мнения секретариата Европейской обсерватории по системам здравоохранения или ее партнеров о юридическом статусе какой-либо страны, города либо района или их органов власти, либо взгляды о делимитации их границ.

Армения официально объявила о своей независимости в сентябре 1991 г. Главой государства является президент. Законодательным органом является Национальное собрание республики Армения, состоящее из 131 места. Новая конституция, принятая в июле 1995 г. в результате всенародного референдума, критикуется за границы за широчайшие полномочия, которые она предоставляет президенту, включая право на роспуск Национального собрания, на назначение новых выборов по своему желанию, а также на утверждение должностных лиц исполнительной и судебных ветвей власти без одобрения со стороны Национального собрания (парламента). Согласно поправке, принятой в 1997 г., президент имеет право назначать выбранного им премьер-министра.

В первые годы независимости индустриальная база Армении и ее инфраструктура были сильно подорваны, чему способствовали многочисленные катастрофические события, например, такие, как последствия произошедшего в 1988 г. землетрясения в Спитаке², конфликт в анклав Нагорного Карабаха; война с Азербайджаном в 1992–1993 гг.; азербайджано-турецкая блокада Армении; террористические атаки на линии энергоснабжения; экономический и политический коллапс в соседней Грузии. Согласно данным Всемирного банка, реальный ВВП сократился на более чем 50% в 1992 г., а в 1993 г. он снизился еще на 14,8%. Как и во многих других бывших советских республиках, в Армении наблюдалась гигантская гиперинфляция, достигшая почти 11 000% в 1993 г. – второе по величине значение среди всех бывших республик Советского Союза.

Национальная валюта (драм) была введена в 1993 г., с тем чтобы заменить рубль, а в 1994 г. была начата политика валютной стабилизации, поддерживаемая Международным валютным фондом (МВФ). Это сопровождалось широкомасштабными структурными реформами, включающими массовую приватизацию государственных предприятий, либерализацию рынка, реформирование банковского сектора. Рост ВВП возобновился с 1994 г., при этом показатели роста составляли 5–7% (за исключением 1997 г., когда этот показатель был равен 3,1%). Инфляция резко снизилась к 1998 г. до 9%, а в 2000 г. в Армении имела место маловыраженная дефляция (около -0,4%), что было обусловлено снижением цен на пищевые продукты и низким потребительским спросом.

Структура экономики Республики Армения значительно изменилась за период независимости. Доля промышленности в ВВП снизилась с 44,4% в 1990 г. до 23,4% в 1998 г., что объясняется такими факторами, как война с Азербайджаном, разрушение системы торговли с бывшим Советским Союзом, переход на рыночные цены. Восстановление, наблюдающееся с 1994 г., имеет место прежде всего в таких отраслях, как строительство и обслуживание, прежде всего в секторе торговли и в меньшей степени в отраслях банковского дела и страхования, чему способствовала реконструкция банковского сектора. Показатели производства сельскохозяйственной продукции колебались, но, согласно оценкам, они сейчас почти на 10% выше, чем в 1992 г.

² Это землетрясение охватило 30% территории Армении и разрушило 40% экономического потенциала страны, оставив полмиллиона человек без какого-либо крова. Количество жертв этого бедствия составило 25 000 человек.

Огромный экономический спад 1992 г., наряду с войной и коррупцией, стал причиной развития очень крупной теневой экономики, которая, согласно оценкам, составляла около 36–44% ВВП в 1996 г.³. Благодаря решительным мерам, предпринятым для уменьшения практики уклонения от уплаты налогов – прежде всего в области улучшения системы сбора налогов и налогового законодательства – масштабы теневой экономики, по-видимому, снизились в последние годы до примерно 20% ВВП.

В период, когда проблемы страны были наиболее выраженными, президент и министр здравоохранения объявили Армению зоной бедствия. Несмотря на то, что к настоящему времени были достигнуты положительные сдвиги в устранении наиболее острых нехваток продовольствия, электричества, тепла, транспорта и медицинских поставок, ситуация в Республике продолжает оставаться сложной, в частности, в отношении нормативов питания и обеспечения лекарственными средствами. Несмотря на то, что большая часть промышленного комплекса не функционирует, окружающая среда продолжает оставаться высоко загрязненной, отражая исторически сложившуюся концентрацию промышленности в Армении, что является еще одним негативным фактором для здоровья населения.

Согласно официальным оценкам, население Армении на конец 1998 г. составляло 3 798 200 человек. Однако считается, что эта цифра завышена. Несмотря на то, что большое число беженцев (около 300 000–500 000 человек) вернулись в Армению из бывших советских республик или из анклава Нагорного Карабаха, примерно 700 000 человек покинули Армению за период, прошедший после распада Советского Союза. Население, вынужденное покинуть свои жилища в результате войны, не смогло вернуться домой, и, по-видимому, проблема беженцев будет иметь долгосрочный характер. Согласно самой последней переписи в рамках Советского Союза, имевшей место в 1989 г., 93,3% населения были армянами, 2,6% – азербайджанцами, 1,7% – курдами и 1,5% – русскими. За прошедший период азербайджанское мусульманское меньшинство покинуло Армению. Показатель естественного прироста населения быстро снижался, уменьшившись с 17,3 на 1000 населения в 1990 г. до 3,3 в 1999 г.

В мире имеется большая армянская диаспора, состоящая из приблизительно 4 миллионов человек, 1,5 миллиона из которых проживают в других бывших республиках бывшего Советского Союза, а 2,5 миллиона – в других частях мира (Соединенные Штаты, Франция, Ближний Восток).

Официальным языком Республики является армянский, имеющий уникальный алфавит, хотя в городах широко используется русский язык. Преобладающая религия – армянская апостольская церковь. Религиозные меньшинства включают армянских католиков (вторая по численности религиозная группа), армянских евангелистско–баптистских христиан, евангелистских христиан, общину адвентистов, приверженцев Всемирного общества бахаистов, последователей Кришны, мормонов.

³ В зависимости от метода расчета. Economist Intelligence Unit, Country Profile, 1999–2000.

Согласно данным подготовленного при поддержке ООН национального доклада по потреблению в Армении, 55% населения живут в бедности, в то время, как только 20% населения относятся к категории хорошо обеспеченных. Согласно оценкам, доля населения, имеющего доступ к медицинской помощи, безопасной воде и службам канализации/ассенизации, составляет соответственно 80%, 85% и 67%.

В годы советской власти Армения имела одну из наиболее развитых систем здравоохранения в Советском Союзе. Однако экономический кризис резко уменьшил возможности правительства обеспечивать адекватное финансирование здравоохранения, что имело серьезные негативные последствия для здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни, которая в начале 1980-х годов была самой высокой среди всех советских республик, снизилась в первые годы после приобретения независимости, но затем, начиная с середины 1990-х годов, постепенно поднималась, достигнув 74,7 лет в 1999 г. Показатели ожидаемой продолжительности жизни снизились в первой половине 1990-х годов из-за ухудшения состояния здоровья взрослого населения в связи с повышением частоты сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета, туберкулеза и других патологий. Повысилась частота основных инфекционных болезней, таких, как туберкулез и ВИЧ-инфекция/СПИД. В результате снижения доступа к медицинской помощи и ухудшения качества служб здравоохранения снизились показатели здоровья матерей и детей. Ухудшение технического состояния плохо поддерживаемых сетей водоснабжения привело к вспышкам болезней, передаваемых через воду. В Республике быстро повышается уровень употребления табака, а злоупотребление наркотическими средствами начинает становиться серьезной проблемой, особенно среди подростков. Эти тенденции можно считать результатом разрушения плановой экономической системы и социально-экономических трудностей переходного периода, особенно в 1992–1994 гг.

Таблица 1. Динамика состояния здоровья населения

Показатели	1991	1993	1995	1997	1999
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (в годах)	72.58	71.15	72.99	74.08	74.70
КМС ¹ на 1000 живорожденных	18.04	17.75	14.24	15.41	15.67
КМС ² на 100 000 живорожденных	23.13	27.10	34.72	38.70	32.90

КМС¹ – коэффициент младенческой смертности.

КМС² – коэффициент материнской смертности.

Источник: База данных Европейского регионального бюро "Здоровье для всех".

Историческая справка

Советское влияние на систему здравоохранения было настолько сильным, что ко времени приобретения Республикой независимости каких-либо следов предшествующих советскому строю традиций в области здравоохранения не сохранилось. Страна унаследовала высокоцентрализованную систему,

организованную по модели Семашко. Все население гарантированно обеспечивалось медицинской помощью независимо от социального положения и имело доступ к всестороннему медицинскому обслуживанию на вторичном и третичном уровнях. Однако качество оказываемой медицинской помощи не соответствовало западным стандартам. Кроме того, еще одной проблемой была широко распространенная практика неофициальных платежей пациентов за оказанные услуги, что особенно касалось вторичного и третичного уровней медицинского обслуживания.

Страна была разделена на 37 административных районов, каждый из которых имел больницу и связанную с ней поликлинику, оказывающую амбулаторную и первичную медицинскую помощь. Каждый гражданин был зарегистрирован в медицинском учреждении по официальному месту жительства и приписан к определенному врачу. Несмотря на то, что конституция гарантировала доступ ко всем уровням медицинского обслуживания, пациенты не имели возможности выбирать врача, а также не имели права выбирать какую-либо другую поликлинику помимо той, к которой они были приписаны по месту жительства.

Система здравоохранения была высоко централизована по вертикали. Хотя местное правительство и несло непосредственную ответственность за финансирование районных учреждений здравоохранения, все уровни и механизмы финансирования определялись государством. Районные органы власти, главным образом, выполняли функции канала финансирования. Государственные нормативы определяли, какие лечебно-профилактические учреждения должны обеспечиваться из расчета на определенное количество населения и какое техническое оборудование должно приобретаться. Они также определяли оказываемые виды услуг, кадровую укомплектованность и объем работы. Оплата больниц и врачей определялась на центральном уровне и не отражала реального объема работы, ее эффективность или качество. Такой подход заглушал индивидуальную инициативу и не побуждал медицинских работников или лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) искать творческие пути удовлетворения медико-санитарных потребностей. Более того, этот подход препятствовал совершенствованию механизмов управления и формировал дефицит управленческого потенциала на уровне как стационаров, так и местных органов власти.

Систему здравоохранения в конце советской эпохи можно также характеризовать как систему, в которой все лица, имеющие с ней дело, не поощрялись к тому, чтобы брать на себя какую-либо личную ответственность. Это касалось как населения, которое, имея гарантированный доступ к бесплатной и неограниченной медицинской помощи, не испытывало чувство ответственности за свое собственное здоровье, так и медицинских работников, которые не имели каких-либо стимулов сдерживать расходы или оказывать пациентам высококачественные медицинские услуги. Таким образом, обретя независимость, Республика Армения унаследовала систему здравоохранения, которую можно охарактеризовать такими словами, как деморализованная и жесткая. Медицине вторичного уровня уделялся больший приоритет в ущерб первичной медико-

санитарной помощи, а медицинское обслуживание в сельских районах было хуже, чем в городах. Широко распространенными проблемами были переизбыток кадров и чрезмерное количество больничных коек, а также отсутствие стимулов, которые бы поощряли рационализацию служб медицинской помощи.

В период непосредственно после получения независимости Армения столкнулась с огромными экономическими и социально-политическими проблемами, которые привели к ухудшению состояния здоровья населения и легли непереносимым грузом на систему здравоохранения. Имевшиеся слабости были усугублены такими факторами, как конфликт в Нагорном Карабахе, приток беженцев и широко распространенные перебои в снабжения, что еще больше подчеркнуло все недостатки советской модели здравоохранения. Все это способствовало усилению политических требований реформировать систему здравоохранения, в основе которых лежало желание заменить жесткую централизацию, характерную для советской эпохи, более открытыми и демократичными структурами. Однако важнейшей причиной необходимости реформирования отрасли здравоохранения была полная невозможность поддержания прежних служб здравоохранения в новых экономических условиях. Армения была просто не в состоянии продолжать финансировать громоздкую, дорогостоящую и неэффективную систему и была вынуждена разработать и реализовать радикальную программу реформирования здравоохранения.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И УПРАВЛЕНИЕ

Организационная структура системы здравоохранения

Несмотря на радикальный характер реформирования отрасли здравоохранения в Армении, основная организационная структура системы здравоохранения претерпела лишь очень небольшие изменения. Национальное собрание (парламент) отвечает за законодательство, в том числе в области здравоохранения. Министерство здравоохранения осуществляет контроль и несет ответственность за все звенья служб здравоохранения и за процесс реформирования. В советскую эпоху в Армении было 37 административных районов, каждый из которых имел свой собственный совет, больницу и поликлинику. После приобретения Республикой независимости страна была разделена на более крупные 11 областей (10 *марзов* и Ереван), в каждом из которых имелся директор *марза*, назначенный президентом, и областное “правительство”, которое несло ответственность за финансирование служб здравоохранения, с тем чтобы обеспечить местное население медицинским обслуживанием. В 1998 г. эта функция была возложена на Государственное агентство здравоохранения. В Республике продолжают функционировать все больницы и поликлиники, сельские пункты здравоохранения, включающие деревенские центры здравоохранения, амбулатории и пункты здравоохранения, созданные еще при предыдущей системе организации здравоохранения. Больницы, которые ранее номинально отчитывались перед местной администрацией, а, в конечном итоге, были подчинены Министерству здравоохранения, сейчас приобрели более автономный статус и несут все большую и большую ответственность за свой собственный бюджет и управление. С другой стороны, местные органы власти продолжают осуществлять контроль за качеством медицинской помощи, оказываемой населению, а Министерство здравоохранения сохраняет нормативные функции. Минздрав также поддерживает сеть санитарно-эпидемиологических станций, унаследованную от советской системы и обеспечивающую сбор эпидемиологических данных и первичное реагирование как на проблемы, связанные с гигиеной окружающей среды, так и на вспышки инфекционных заболеваний. В 1997 г. санэпидемстанции были переименованы в центры гигиенического и противоэпидемиологического надзора.

Министерство здравоохранения

Министерство здравоохранения претерпело огромные изменения. Если раньше этот орган был крупным, громоздким и бюрократическим, то сейчас он значительно уменьшился в размерах и изменил рабочие методы. В частности, Минздрав заказывает сейчас проведение многих из своих научно-исследовательских и стратегических разработок независимым учреждениям. Министерство здравоохранения является ключевым звеном, определяющим национальную политику здравоохранения, так как именно оно отвечает за разработку такой политики и за ее представление на утверждение парламентом. Оно также сохранило свою роль высшего арбитра применительно к медицинскому

образованию, лицензированию, регулированию и установке стандартов и нормативов. Однако по мере углубления процесса реформирования Минздрав все в большей степени освобождается от своих централизованных полномочий и обязанностей. Функции, которые он будет выполнять и далее, включают следующие:

- разработка и осуществление политики в области здравоохранения
- подготовка проекта бюджета системы здравоохранения, финансируемого государством
- оценка потребностей в области здравоохранения
- лицензирование и регламентирование работы врачей и больниц
- лицензирование фармацевтических препаратов
- планирование кадровых ресурсов
- центральный сбор и анализ эпидемиологических данных⁴.

Рисунок 2. Организационная схема системы здравоохранения



Министерство здравоохранения создало департамент реформ и осуществления и мониторинга программ, основной упор в работе которого ставится на изменениях. В 1997 г. был создан департамент политики здравоохранения и разработки программ, который возглавляет заместитель министра и который помимо разработки политики и стратегий в области здравоохранения играет ключевую роль в координации программ здравоохранения и в лоббировании в пользу нового законодательства. Он работает в тесном сотрудничестве с Национальным институтом здоровья, который в настоящее время разрабатывает проекты политических заявлений и законов (работа, которая ранее выполнялась только в рамках самого Министерства). Национальный институт здоровья был

⁴ Основываясь при этом на работе санэпидемстанций.

создан недавно за счет слияния ряда научно-исследовательских институтов и институтов непрерывного образования.

Что касается медицинского образования, то Министерство здравоохранения поддерживает тесное сотрудничество с Министерством образования. В настоящее время применяются меры для снижения числа студентов, поступающих в медицинские учебные заведения.

Помимо этого Министерство здравоохранения продолжает выполнять роль плательщика третьей стороны за некоторые услуги, предоставляемые на государственном уровне; его прежняя роль плательщика за услуги, включенные в гарантируемый государством базовый пакет медицинских услуг (см. раздел Медицинская помощь: предоставляемые услуги и их нормирование) была передана Государственному агентству здравоохранения в 1998 г.

В соответствии с президентским указом от февраля 2000 г. Министерство здравоохранения и Министерство социального обеспечения были интегрированы в Министерство здравоохранения и социальных дел, однако в мае того же года они еще раз были разделены на Министерство здравоохранения и Министерство социального обеспечения.

Другие министерства и учреждения

Министерство здравоохранения сотрудничает с целым рядом других министерств и учреждений, с тем чтобы обеспечить выполнение стоящих перед ним задач:

- Министерство финансов играет важнейшую роль в верификации и принятии бюджетов здравоохранения. Оно также отвечает за сбор и распределение полученных в результате налогового обложения доходов, обеспечивая финансирование как Министерства здравоохранения, так и Государственного агентства здравоохранения.
- Министерство образования разделяет с Минздравом ответственность за преддипломное обучение врачей и медсестер.
- Министерство социального обеспечения должно обеспечивать защиту наиболее уязвимых групп населения и – совместно с Министерством здравоохранения – предпринимает все усилия для предоставления дополнительной помощи пожилым, беженцам, ветеранам войны, лицам с функциональными расстройствами и т.д. Однако слабая ресурсная база сильно ограничивает способность этого Министерства выполнять поставленную перед ним задачу, и значительная доля бремени, связанного с оказанием помощи таким лицам, легла на плечи их родственников или практические учреждения здравоохранения. В настоящее время внедрена система, позволяющая облегчить бремя на систему здравоохранения, связанное с обслуживанием уязвимых групп населения. В рамках этой системы Министерство социальных дел покупает дополнительные койко-дни для оказания помощи наиболее социально обделенным лицам.

- Другие министерства, круг ведения которых включает, например, жилищное строительство, трудоустройство населения и защиту окружающей среды, также формулируют стратегии, оказывающие воздействие на состояние здоровья населения, и консультируются с Министерством здравоохранения во всех необходимых случаях.
- В 1998 г. для того чтобы отделить функции предоставления медицинской помощи от функций ее финансирования, при поддержке со стороны Всемирного банка было создано Государственное агентство здравоохранения (ГАЗ). Министерство здравоохранения продолжает нести ответственность за выработку политики в области здравоохранения и оказание медицинской помощи, в то время как ответственность за финансирование была передана ГАЗ, которое взяло на себя роль плательщика третьей стороны. Данное Агентство – это правительственная организация, независимая от Министерства здравоохранения, являющаяся первым шагом на пути к созданию широкомасштабной системы социального страхования (сбор взносов на социальное страхование и оплата услуг производителей медицинских услуг). Поскольку государственное финансирование здравоохранения обеспечивается за счет налогов, ГАЗ получает государственные ассигнования на нужды здравоохранения от министерства финансов и распределяет их по медицинским учреждениям. ГАЗ превратилось в крупную бюрократическую организацию, с которой у Министерства здравоохранения сложились конкурентные взаимоотношения.
- Параллельные сети охраны здоровья, принадлежащие другим министерствам и финансируемые из их бюджетов (например, Министерство обороны и Министерство внутренних дел) также занимаются оказанием медицинской помощи определенным группам населения. Эта практика унаследована от советского периода, и она действует в ограниченном числе лечебно-профилактических учреждений первичного уровня и стационаров. Во многих отношениях эти структуры являются анахронизмом и, как правило, дублируют медицинские услуги, оказываемые общегосударственной системой здравоохранения. Мы надеемся, что эти учреждения примут реформы, происходящие в других звеньях здравоохранения. Однако они не обязаны придерживаться новых установок и рекомендаций, поскольку они отчитываются перед своими собственными плательщиками и полностью независимы от Министерства здравоохранения.
- В июле 1996 г. под эгидой Министерства здравоохранения был создан имеющий автономный статус Армянский информационно-аналитический центр здравоохранения, который отвечает за разработку и дальнейшее развитие медицинской информационной системы.

Областное/местное правительство

В советскую эпоху 37 районных органов власти отвечали за направление средств в местные лечебно-профилактические учреждения. Они, однако, не играли сколько-нибудь значимой роли в обеспечении согласования между оказываемыми медицинскими услугами и местными потребностями, поскольку решения относительно планирования и распределения ресурсов принимались на центральном уровне. После изменения административно-территориального деления Республики в Армении было создано 11 областных правительств, которые взяли на себя ответственность за охрану здоровья населения.

Роль областных правительств как представляющих третью сторону плательщиков за оказанные медицинские услуги закончилась в 1998 г., когда она была передана Государственному агентству здравоохранения. Традиционно районные администрации устанавливали согласованный уровень ассигнования больниц в соответствии с национальными нормативами. В начале процесса реформирования здравоохранения в середине 1990-х годов в случае больниц и крупных поликлиник был отмечен переход на заключение договоров и способы оплаты, зависящие от объема оказанной медицинской помощи. В тех случаях, где последний подход еще не получил очень широкого распространения, Государственное агентство здравоохранения прилагает все усилия для его внедрения, поставив перед собой такую конечную цель, как обеспечение применения этого метода оплаты во всех лечебно-профилактических учреждениях страны.

Областные органы власти, как правило, не вносят существенного вклада в планирование или регулирование служб здравоохранения, хотя в рамках финансируемых Всемирным банком мероприятий областные отделы здравоохранения принимали участие в различных аспектах проводимой работы, в том числе в разработке “планов оптимизации”, нацеленных на реформирование стационаров на основе использования различных критериев, таких, например, как количество коек на душу населения и показатели их использования. Областные органы власти не вносят сколько-нибудь существенного вклада в управление сетью санэпидемстанций⁵, поскольку Министерство здравоохранения продолжает выполнять более ключевые центральные функции и финансировать работу по сбору эпидемиологических данных. Медицинские учреждения все еще должны в определенной степени отчитываться перед местными органами власти, например, по финансируемым мероприятиям, однако больницы и поликлиники приобретают все большую и большую самостоятельность. В отдаленной перспективе желательно, чтобы областные органы власти уделяли больше внимания вопросам охраны здоровья и принимали стратегии, способствующие укреплению здоровья населения, однако, проводимые сейчас реформы направлены прежде всего на усиление самостоятельности больниц и на обеспечение максимально большой свободы для действия рыночных механизмов. Тем не менее, правительство

⁵ В Армении помимо республиканского центра продолжают функционировать 37 районных санэпидемстанций, унаследованных от прежней системы здравоохранения.

оказывает на них определенное влияние через такие механизмы, как “планы оптимизации”.

Больницы

В 1993 г. государственные учреждения здравоохранения стали государственными предприятиями здравоохранения или полунезависимыми учреждениями, которые помимо ассигнований из государственного бюджета могли получать свои собственные доходы из других источников. Начиная с 1995 г. больницам было разрешено оказывать населению частные медицинские услуги в дополнение к услугам, финансируемым из государственного бюджета. Больницы и поликлиники на сегодняшний день – это автономные самофинансирующиеся учреждения, обладающие большими полномочиями в плане принятия стратегических решений. Начиная с 1997 г. услуги, за которые больницы могли получать оплату от пациентов, поставлены под государственный контроль. Начиная с 1999 г. медицинские учреждения начали устанавливать цены⁶, определять количество необходимого персонала и заключать контракты с сотрудниками. Каждое учреждение несет ответственность за покрытие своих собственных расходов и за привлечение достаточного объема заказов на услуги, которые могли бы обеспечить его финансовое будущее. Министерство здравоохранения продолжит устанавливать нормативы и через расширение системы лицензирования попытается оказать влияние на характер предлагаемых медицинских услуг, но, тем не менее, больницы и поликлиники будут играть все более значительную роль в вопросах организации и управления медицинской помощью.

Страховые организации и предприятия

В настоящее время в Армении не функционирует какая-либо эффективная система медицинского страхования, несмотря на то, что ожидается, что в Республике со временем будет сформирована добровольная система медицинского страхования. Был принят закон, создающий условия для создания такой добровольной системы, а также проведен анализ возможности ее финансирования на основе отчислений от зарплаты и вкладов как работников, так и работодателей. До сих пор не проработаны такие детали этой системы страхования, как ее охват, тарифы, коррективы на риск.

Закон, принятый в марте 1998 г. по добровольному страхованию, также создал правовую основу для заключения договоров между предприятиями и больницами. В советскую эпоху крупные предприятия, как правило, имели собственные поликлиники на своих территориях и обеспечивали их финансированием. Однако в связи с экономическим кризисом в стране эти поликлиники были закрыты, и предприятия более уже не вносят какой-либо вклад в покрытие расходов на охрану здоровья своих служащих. В новом законе предусматривается заключение прямых договоров между предприятиями и

⁶ В пределах ограничений, утвержденных Министерством.

больницами о предоставлении базового пакета медицинских услуг всем работающим. Однако на данный день ни одного такого договора пока что заключено не было.

Точная роль этих “новых” плательщиков третьей стороны в плане определения приоритетов, регулирования и т.д. продолжает оставаться неясной, однако автономный статус больниц и поликлиник дает им полномочия вести переговоры и заключать договоры (контракты)⁷ на любых согласованных условиях. Несмотря на то, что для развития страхового фонда и покупки медицинских услуг предприятиями имеется огромный потенциал, экономические трудности, стоящие перед нанимателями в настоящее время, не позволяют рассчитывать на быстрый прогресс в этой области.

Отдаленная цель заключается в создании системы всестороннего обязательного медицинского страхования, охватывающей большинство населения. (С более подробной информацией вы можете ознакомиться в разделе “Основная система финансирования и охвата населения медицинской помощью”). Согласно оценкам, на создание такой всесторонней системы может потребоваться по крайней мере 10 лет, так как это прежде всего зависит от обеспечения значительного повышения ВВП на душу населения, уменьшения неформальных выплат, производимых как в отрасли здравоохранения, так и в экономике в целом, а также от совершенствования налоговой системы, предусматривающей, в частности, более обязательную выплату налогов на доходы. На более раннем этапе может быть обеспечено менее всестороннее сочетание систем добровольного и обязательного страхования.

Частный сектор

В советской Армении не было какой-либо традиции частной медицины, хотя, с другой стороны, врачи, как правило, предлагали свои консультативные и лечебные услуги через сеть неформальных контактов и действительно получали небольшое вознаграждение за свои услуги. В последнее время частный сектор, за рядом нескольких исключений, развивался довольно медленно. Закон, принятый в январе 1996 г., позволяет вести частную практику лицензированным врачам, однако на сегодняшний день очень мало врачей ведут такую практику (главным образом, акушеры-гинекологи и психиатры).

Хотя законодательство и позволяет создавать частные больницы, гражданский кодекс Республики Армения, принятый в 1998 г. (в частности, регулирующий деятельность стационаров) не разрешает создание некоммерческих больниц. В результате, в соответствии с нынешним законодательством, все больницы независимо от их статуса и формы собственности (государственные, частные, благотворительные и т.д.) рассматриваются как коммерческие учреждения, даже если они действуют как некоммерческие больницы. Это стало причиной инициирования движения за то, чтобы провести юридическое разграничение между коммерческими и некоммерческими больницами, с тем

⁷ Либо со страховыми фондами, либо непосредственно с работодателями.

чтобы от последних не требовалась выплата налогов на доходы.

В настоящее время в Республике имеется несколько частных больниц: Проктологический центр, Институт хирургии, медицинский центр “Арабкир” (который функционирует как некоммерческая организация). Помимо этого в Республике имеется частично частный стационар – Центр перинатологии, акушерства и материнства, в котором по крайней мере одна треть медицинских услуг предоставляется в государственном секторе.

Медицинский центр “Арабкир” – это педиатрический центр, специализирующийся по уронефрологии и хирургии. В 1995 г. он объединил силы со швейцарскими и бельгийскими партнерами с целью создания объединенного благотворительного фонда “Арабкир”, миссия которого заключается в улучшении здоровья армянских детей. Он финансируется совместно правительством Армении и бельгийскими и швейцарскими партнерами, а также за счет платежей пациентов (в 2000 г. за счет государственного бюджета и личных платежей было покрыто соответственно по 25% издержек, в то время как оставшиеся 50% были покрыты бельгийскими и швейцарскими партнерами).

В Ереване в виде акционерной компании был создан частный диагностический центр. Хотя этот центр является частной собственностью на 80%, государство сохранило за собой меньшую часть акций. Большая часть оборудования этого центра была получена от государства, хотя некоторые приборы были впоследствии приобретены благодаря зарубежным контактам. Центр сам финансировал строительство нового помещения в 1995 г. В основном, его пациентами являются частные лица, хотя государство и имеет право пользоваться его услугами бесплатно. Министерство здравоохранения договаривается с центром о числе и характере исследований, которые будут проведены для государственного сектора, и распределяет их между регионами в соответствии с численностью населения для обеспечения того, чтобы люди имели равный доступ к этим высокоспециализированным диагностическим услугам.

Другой ключевой областью, затронутой приватизацией, является розничная продажа лекарственных средств. Практически все аптеки на сегодняшний день приватизированы, и хотя они и подлежат строгому контролю и регулированию со стороны Министерства здравоохранения, они функционируют как частные коммерческие предприятия. Незначительным исключением из этого правила являются аптеки в сельской местности или аптеки, приписанные к лечебно-профилактическим учреждениям. Стоматология в настоящее время находится в процессе приватизации. Некоторые клиники предпочитают оставаться в государственном секторе, так как они могут продолжать получать государственную поддержку. Стоматологические кабинеты, прикрепленные к стандартным поликлиникам, продолжают оставаться в государственном секторе в ближайшей перспективе, хотя они сейчас и являются частью самофинансируемых автономных предприятий и требуют оплаты за большинство предоставляемых

услуг⁸. Школьные стоматологические службы были очень сильно урезаны и в последнее десятилетие были полностью парализованы. По существу, на сегодняшний день школьная стоматологическая служба (как профилактическая, так и лечебная) не работает.

В Республике имеются пять частных медицинских вузов и десять частных колледжей сестринского дела⁹, которые были созданы после приобретения страной независимости, несмотря на то, что они не признаются Министерством здравоохранения, что их студенты не имеют права сдавать государственные медицинские экзамены. Первые врачи, подготовленные в этих частных учебных заведениях, будут выпущены в ближайшем будущем, однако они не получают (согласно нынешним планам) лицензии на практическую работу. В марте 2000 г. один из этих медицинских вузов, требующих признания, выиграл процесс в суде. Однако ни один из них не был аккредитован Министерством здравоохранения (или его регулирующим и аккредитирующим органом). Лицензирование работников здравоохранения, заканчивающих эти учебные заведения, все еще не разрешено.

Профессиональные группы

Профессиональные группы и профсоюзы, характерные для советской эпохи, были дискредитированы и сейчас практически прекратили свое существование. Новая ассоциация врачей была создана в 1992 г., а новая ассоциация медицинских сестер была основана в 1996 г., однако они не оказали сколь-либо существенного влияния ни на политику в области здравоохранения, ни на те или иные профессиональные вопросы.

Армянский союз общественного здравоохранения – это национальная независимая некоммерческая добровольная ассоциация, представляющая интересы общественного здравоохранения в Армении и имеющая связи с международным сообществом общественного здравоохранения. Его миссия заключается в создании специального национального органа в Армении, отстаивающего интересы улучшения и поддержания индивидуального и общественного здоровья на основе таких принципов здравоохранения, как профилактика заболеваний, укрепление и охрана здоровья, здоровая общественная политика. Сфера интересов этого союза включает следующее: эпиднадзор за болезнями и борьба с ними, предупреждение заболеваний и укрепление здоровья, здоровье человека и экосистемы, равенство и социальная справедливость, организация и управление службами здравоохранения.

В Республике также созданы ассоциации различных медицинских специальностей (такие, как ассоциации кардиологов, хирургов, гинекологов, неврологов, семейных врачей и т.д.), которые надеются оказать большее воздействие на процессы учреждения нормативов и распространения научной информации. Врачи и медсестры сейчас сами ведут переговоры об условиях индивидуальных контрактов со своими работодателями (обычно директором больницы или поликлиники).

⁸ Почти все виды стоматологической помощи исключены из минимального базового пакета медицинских услуг, оплачиваемых государством.

⁹ По сравнению с одним государственным медицинским институтом и семью официальными колледжами сестринского дела.

Добровольные организации

В рамках прежней административно-политической системы каких-либо добровольных организаций в Республике не имелось, а чрезвычайные экономико-социальные трудности последних лет также не способствовали организации населения в какие-либо благотворительные организации или группы давления.

В то же время в Армении работает ряд международных неправительственных организаций (НПО), занимающихся оказанием гуманитарной помощи и осуществлением программ здравоохранения. Эти организации и виды их деятельности включают следующие:

- **Фонд Гулбенкяна:** Пожертвовал средства для химической лаборатории, специализирующейся на анализе лекарственных средств в больнице при Национальном институте здоровья.
- **UNHRC:** Данная организация занимается, главным образом, распространением лекарственных средств в сельской местности.
- **Организация спасения детей:** Данная организация проводит проект, направленный на восстановление сельских амбулаторий.
- **AGBU (Армянский общий благотворительный союз):** Благодаря этому союзу в Ереване был открыт центр пластической и восстановительной хирургии.
- **USID/SCF:** Финансирует программу распространения фармацевтических препаратов.
- **Международная ассоциация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца:** Обеспечивает поддержку деятельности в следующих направлениях: восстановление районов и объектов, пострадавших от землетрясения, проведение медицинских программ и программ подготовки кадров, борьба против малярии.
- **Красный Крест Армении**
- **Красный Крест Германии**
- **Врачи без границ (Франция):** В августе 1995 г. эта организация начала реализацию программы профилактики заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП); в настоящее время она также осуществляет множество других медицинских программ.
- **Врачи без границ (Бельгия):** Работает в Армении с 1988 г. Вначале она оказывала помощь жертвам землетрясения, а в настоящее время эта организация проводит множество медицинских программ.
- **Aznavour pour l'Arménie:** Эта организация была спонсором открытия ортопедического отделения “Эребуни” и центра протезирования в Мараше. В настоящее время эта организация занимается обеспечением нуждающихся детским питанием, цельным молоком и молочными смесями для грудных детей, а также восстановлением фабрики детского питания.

- **FAR (Фонд оказания помощи Армении):** Является спонсором программ подготовки работников здравоохранения и менеджеров здравоохранения, а также национальной медицинской библиотеки и медицинской сети. Кроме того, он также обеспечивает лечебно-профилактические учреждения страны оборудованием и медицинскими поставками.
- **Medical Outreach, UMAF*/Марсель, UMAF/Париж, UMAF/Лион, Equilibre,** Всемирный фонд восстановления (WRF).
- **OXFAM:** Оказывает поддержку службам ПМСП на уровне общины.
- **TACIS:** Оказывает поддержку работе, направленной на реформирование здравоохранения.
- **Комитет помощи объединенных методистов (UMCOR):** Оказывает поддержку в следующих областях: фармацевтические средства, первичная медицинская помощь в сельских районах, охрана репродуктивного здоровья, питание матерей.

Планирование, регулирование и управление

До приобретения страной независимости Министерство здравоохранения несло ответственность почти за все виды планирования и регулирования служб здравоохранения и устанавливало все нормативы в области здравоохранения. Реформы, проведенные в самое последнее время, призваны изменить установившуюся практику. Многие из областей, которые раньше контролировались с центрального уровня, все в большей степени саморегулируются под воздействием рыночных сил. Министерство здравоохранения все еще продолжает играть ключевую роль в этой области. В частности, оно несет ответственность за разработку реформ и надзор за их реализацией; продолжает осуществлять мониторинг за состоянием здоровья населения, стандартами и нормативами медицинской помощи и т. д; Минздрав также является единственным органом, имеющим полномочия выдавать лицензии медицинским работникам и лечебно-профилактическим учреждениям. Тем не менее, новый подход к управлению службами здравоохранения представляет собой радикальный отход от прежних традиций.

Система здравоохранения Армении в советскую эпоху была организована в соответствии с интегрированной моделью, в которой все медицинские учреждения были либо государственной собственностью, либо работали для государства. В настоящее время система здравоохранения состоит из сети независимых самофинансируемых (или финансируемых из различных источников) производителей медицинских услуг, предоставляющих широкий диапазон медицинской помощи и работающих преимущественно частным образом. Это новый подход не полностью соответствует модели заключения договоров (контрактов), в рамках которых плательщики третьей стороны (Министерство здравоохранения или Государственное агентство здравоохранения) не заключают

* Союз армянских врачей во Франции.

подробно составленных договоров с больницами или поликлиниками, однако между функциями покупателей и производителей медицинских услуг проведено четкое разграничение. Производители медицинских услуг юридически обязаны оказывать медицинскую помощь всем пациентам, охватываемым государственным базовым пакетом услуг, а плательщики третьей стороны финансируют оказываемые услуги с помощью проспективных платежей, внося в них соответствующие поправки на ежеквартальной основе, с тем чтобы обеспечить соответствие между выплатами и объемом оказываемой помощи. На местном уровне не ведется каких-либо переговоров по поводу цен, так как Министерство здравоохранения устанавливает единый тариф для всех амбулаторных визитов и определяет цены для всех видов стационарной помощи, используя фиксированную цену на койко-день, среднюю продолжительность госпитализации при данной патологии и специальный коэффициент для взвешивания цен с учетом издержек на лечение по каждой из 43¹⁰ признанных категорий медицинской помощи. Все виды лечения, не охваченные государственным пакетом базовых медицинских услуг, оплачиваются за счет собственных средств пациентов, а цены устанавливаются независимо в каждой больнице или поликлинике. Согласно закону № 174 от 1998 г., правительство должно нести ответственность за оказание медицинской помощи большинству населения. Дух этого закона явно противоречит реальной ситуации, в которой государственную медицинскую помощь получают только уязвимые группы населения. Эта ситуация также свидетельствует о приверженности правительства идее поддержки здравоохранения, с одной стороны, и об отсутствии финансовых ресурсов для выполнения этой задачи, с другой. Основным источником доходов для лечебно-профилактических учреждений являются официальные и неофициальные платежи пациентов. Министерство здравоохранения постоянно разрабатывает “реалистичный пакет” медицинских услуг с учетом имеющегося бюджета, а также реалистичных цен на услуги, оказываемые медицинскими учреждениями. В 1999 г. Министерство здравоохранения повысило тарифы платежей за амбулаторные и неотложные услуги. Хотя новый пакет и считается более совершенным по сравнению с предыдущим, а цены – более реалистичными, он не позволил полностью решить проблему доступа к медицинской помощи для наиболее уязвимых групп населения¹¹, а неофициальные платежи продолжают оставаться широко распространенным явлением.

Планирование

Совет Министерства здравоохранения состоит из руководителей всех департаментов министерства (заместителей министров) и представителей Национального института здравоохранения, и он рассматривает все планы развития служб здравоохранения. Фактически он является национальным органом планирования в области здравоохранения. На областном уровне эквивалента

¹⁰ Категории лечебно-профилактической помощи, утвержденные для целей оплаты за случай лечения, являются чрезвычайно широкими, например, терапия, торакальная хирургия, физиотерапия, и охватывают всеобъемлющий круг медицинских услуг.

¹¹ Уязвимые группы освобождаются от уплаты за медицинскую помощь, и платящая доля населения по существу субсидирует в некоторой степени медицинскую помощь, получаемую неплатящей долей населения.

такого органа не имеется. Подход Совета и Министерства здравоохранения к планированию основывается на том мнении, что система здравоохранения Армении переукомплектована кадрами и ЛПУ, и что эффективный способ ее оптимизации заключается в том, чтобы дать рыночным силам возможность определить, какие стационары или ЛПУ первичного уровня останутся открытыми, а какие закроются. Министерство здравоохранения поэтому пересмотрело механизм финансирования таким образом, чтобы медицинские учреждения стали, в основном, самофинансирующимися структурами.

В то время как группы населения, более уже не имеющие права на бесплатную медицинскую помощь, должны платить за лечение из собственных средств и по ценам, установленным производителем услуг, все стационары и поликлиники по закону обязаны лечить представителей тех групп населения, которые охвачены государственным пакетом базовой медицинской помощи. Поскольку выплачиваемые третьей стороной платежи за эти услуги установлены на уровнях, которые, согласно оценкам, находятся ниже реальных затрат на лечение, медицинские учреждения вынуждены взимать большие суммы за лечение, которое оплачивают сами пациенты, чтобы покрыть свои расходы и обеспечить выплату зарплат своим работникам, а также оплату других счетов.

Министерство здравоохранения предполагает, что в новых условиях приблизительно 50% всех медицинских учреждений обанкротятся. Эта политика, по-видимому, основана на достаточно противоречивом сочетании рыночных сил, с одной стороны, и разрабатываемых областными органами власти “планов оптимизации”, с другой стороны. Эти планы нацелены на регулируемое сокращение числа больничных коек, используя для этой цели такие критерии, как, например, нормированное число коек на 1000 населения. Более того, в стране, по-видимому, нет какой-либо согласованной стратегии относительно того, что следует делать с остающимися без дела ресурсами. Министерство здравоохранения также отказалось от планирования капитальных инвестиций и приобретения оборудования, решив передать ответственность за эту деятельность непосредственно учреждениям здравоохранения¹². Решение отказаться от ответственности за этот аспект планирования отражает как веру в рациональный характер рыночных сил, так и политические трудности, связанные с попытками закрыть часть стационаров.

Эта надежда на рациональный характер рынка находит также отражение и в других разделах политики здравоохранения. Министерство здравоохранения осознает, что с точки зрения приоритетов развития здравоохранения оно хочет увидеть переход от преимущественно вторичной и стационарной помощи к первичной, профилактической и амбулаторной медицинской помощи, и оно рассчитывает, что рыночные силы сыграют значительную роль в достижении этих целей.

Разделение структуры управления поликлиниками и больницами в середине

¹² На республиканском и областном уровнях имеются бюджеты на обновление медицинских учреждений, однако выделенные для них средства являются недостаточными.

1990-х годов устранило порочные стимулы, побуждающие директоров больниц поощрять высокий уровень госпитализации. Осуществляемые третьей стороной платежи за стационарную помощь, оказываемую охваченным медицинской страховкой группам населения, установлены ниже реальной стоимости лечения, что делает невыгодным необоснованную и длительную госпитализацию пациентов. Более того, там, где госпитализация необходима, выплата производится за среднюю продолжительность лечения за такой случай, и больницы оставляют в своем бюджете любую экономию, достигнутую за счет уменьшения числа дней госпитализации. Это создает для больниц стимул повысить эффективность и свести к минимуму продолжительность госпитализации, что, в свою очередь, будет способствовать уменьшению национальных нормативов, используемых для определения суммы платежей за лечение конкретного заболевания в последующие годы. Нынешняя структура платежей также побуждает медиков как можно скорее направлять пациентов в первичные учреждения здравоохранения для получения последующей амбулаторной помощи. Хотя выплачиваемые третьей стороной платежи за амбулаторные визиты также установлены ниже рыночных уровней, разница между этими платежами и фактической стоимостью амбулаторной помощи менее выражена, чем в случае стационарной помощи. Новая система платежей должна побудить врачей первичного уровня отдавать предпочтение профилактической, а не лечебной медицине, что будет способствовать достижению поставленных Министерством стратегических целей.

При выборе того или иного вида медицинской помощи население, которое должно сейчас само платить за свое лечение, также, как ожидается, будет принимать решения, более взвешенные с точки зрения экономики. Население может предпочесть покупать медицинские услуги в более эффективных с точки зрения затрат медицинских учреждениях первичного уровня и в отделенной перспективе перейти на предпочтительную покупку профилактических услуг. Также предусматривается уменьшение средней продолжительности госпитализации, поскольку пациенты, платящие за свое лечение, будут выплачивать суточный гонорар за “гостиничные услуги”. Таким образом, рыночные механизмы должны способствовать развитию первичной и профилактической медицины, хотя сейчас еще слишком рано судить о том, позволят ли эти меры добиться желаемых результатов.

Хотя Министерство здравоохранения и выбрало подход, в соответствии с которым многое должно определяться рыночными силами, оно также рассматривает активное использование процесса лицензирования для обеспечения того, чтобы в основе оказания медицинской помощи лежали рациональные приоритеты. В процессе нынешнего лицензирования упор ставится на удостоверение того, что медицинские работники и медицинские учреждения способны оказывать соответствующие услуги. Министерство желает расширить процесс лицензирования, с тем чтобы оно позволяло определить, являются ли предлагаемые услуги уместными с учетом конкретной ситуации и медицинских потребностей населения. Согласно нынешним предложениям, предусматривается

система лицензирования, в соответствии с которой медицинские работники и учреждения будут получать лицензии на проведение только тех процедур и вмешательств, которые представляются уместными в данном контексте. Это позволит Минздраву успешно провести разграничения между первичным, вторичным и третичным уровнями медицинской помощи и ограничить использование дорогостоящих высокотехнологических процедур только теми случаями, где они действительно целесообразны. Такие рычаги фактического планирования позволят Министерству здравоохранения предупредить любые попытки смещения акцента от первичной к вторичной медицинской помощи.

Что касается планирования кадровых ресурсов, то Министерство здравоохранения, с одной стороны, не будет предпринимать каких-либо шагов для сокращения имеющегося персонала, предпочитая оставить этот вопрос на усмотрение ЛПУ, являющихся непосредственными работодателями. С другой стороны, оно прилагает активные усилия к контролю числу готовящихся врачей. В частности, Минздрав отказался признать частное медицинское образование и сократил число мест, имеющихся в государственном медицинском вузе. Сокращается также число мест в училищах и колледжах сестринского дела.

Регулирование

Поскольку Министерство здравоохранения приняло решение играть меньшую роль в сфере планирования, оно стало больше полагаться на свои регулирующие функции, которые почти все осуществляются централизованно Министерством здравоохранения, в то время как области играют в этом процессе лишь минимальную роль, удостоверяя уровни деятельности медицинских учреждений в роли плательщиков третьей стороны. Под рамки регулирования подпадают следующие области:

- **Фармацевтические препараты:** Министерство здравоохранения вместе с Агентством лекарственных средств и медицинской технологии осуществляет контроль за качеством медикаментов, а Министерство здравоохранения регулирует цены, ограничивая уровень прибыли частных фармацевтов и аптек. Тем не менее, рецептурные лекарства все еще не контролируются и широко продаются без рецепта врача.
- **Образование и подготовка медицинских кадров:** преддипломные медицинские вузы и училища и колледжи сестринского дела должны удовлетворять стандартам, установленным министерствами здравоохранения и образования, а число студентов регулируется управлением кадровых ресурсов Министерства здравоохранения. Последипломная подготовка регулируется непосредственно Министерством здравоохранения, которое приняло закон, регулирующий процесс специализации, и внедрило практику резидентуры во всех специальностях. Оно также настаивает, чтобы квалифицированный персонал проходил непрерывное обучение в рамках процесса периодического лицензирования.
- **Оборудование:** несмотря на то, что Министерство здравоохранения увеличило

независимость медицинских учреждений, позволив им самостоятельно покупать медицинское оборудование, оно оставило за собой право лицензирования использования высокотехнологической аппаратуры с целью поддержания необходимых стандартов и, в конечном итоге, с целью сдерживания чрезмерного роста вторичного и третичного звеньев здравоохранения.

- **Вознаграждение труда медицинских работников:** Министерство здравоохранения отменило механизмы, определяющие порядок оплаты труда медработников, предоставив эти вопросы на усмотрение самих медицинских учреждений.
- **Стоимость медицинских услуг и прибыль больниц:** Министерство здравоохранения устанавливает цены на все компоненты базового пакета медицинской помощи на центральном уровне. Оно определяет стоимость амбулаторного посещения, а также величину оплаты за пролеченные случаи, используя для этой цели такие параметры, как средняя продолжительность госпитализации для данного типа заболевания и весовой коэффициент, отражающий стоимость различных категорий медицинской помощи. Минздрав позволяет ЛПУ определять стоимость лечения, оплачиваемого из собственных средств пациентов, но ограничивает прибыль стационаров и поликлиник определенной долей от величины издержек.
- **Производители медицинских услуг:** Министерство здравоохранения – это единственный орган, отвечающий за лицензирование врачей и стационаров. Оно располагает профессиональным советом, отвечающим за оценку профессиональной пригодности всех практикующих врачей (лицензия которым выдается только на 5 лет), а также рядом механизмов, позволяющих проводить проверку санитарно-гигиенических условий в больницах, их безопасности, оборудования и т.д. Министерство здравоохранения планирует расширить функции процесса лицензирования, с тем чтобы охватить все звенья, находящиеся на стыке между первичным, вторичным и третичным уровнями здравоохранения, а также побуждать переход медицинских служб на амбулаторную, первичную и профилактическую медицинскую помощь.

Управление

Ответственность за управление работой первичных, вторичных и третичных служб здравоохранения была передана на уровень самих медицинских учреждений. На национальном, областном или местном уровнях не имеется каких-либо органов планирования оказания населению медицинской помощи, несмотря на то, что Министерство здравоохранения продолжает контролировать работу службы санитарно-эпидемиологического надзора.

Государственное агентство здравоохранения как плательщик третьей стороны не играет сколь либо важной руководящей роли, несмотря на то, что оно заключает “контракты” с больницами и поликлиниками¹³, с тем чтобы обеспечить

¹³ Определяя перспективные бюджеты на основе исторических уровней лечебно-профилактической деятельности

медицинское обслуживание населения, имеющего право на бесплатные базовые медицинские услуги. Управленческая роль этого агентства ограничена, поскольку цены устанавливаются Министерством здравоохранения, а оно обязано финансировать все виды медицинской помощи, в которой нуждаются охватываемые группы. Плательщик третьей стороны не может договариваться о специальных тарифах с производителями медицинских услуг, и Государственное агентство здравоохранения (ГАЗ) не имеет какого-либо права ограничить объем помощи, которую он должен оплатить. Однако Министерство здравоохранения прилагает значительные усилия для оптимального расчета выделяемых ресурсов для обеспечения того, чтобы перспективные бюджеты как можно в большей степени соответствовали уровням лечебно-профилактической деятельности, и чтобы Государственное агентство здравоохранения не было вынуждено финансировать лечение, расходы на которое превышают объем выделенных средств. ГАЗ выполняет такие управленческие функции, как анализ перспективных бюджетов и их корректировка, с тем чтобы они соответствовали фактическому уровню лечебно-профилактической деятельности.

До сегодняшнего дня население практически не принимало участие в планировании и управлении службами здравоохранения. Однако тот факт, что Министерство здравоохранения выбрало использование рыночных механизмов для того, чтобы закрыть лишние ЛПУ, указывает на то, что общественность, которая была бы против сокращения числа медицинских учреждений, воспринимается как мощная политическая сила и оказывает молчаливое воздействие на процесс принятия стратегических решений в области здравоохранения. С другой стороны, население Армении не принимает активного участия в планировании и управлении здравоохранением и слабо подготовлено для того, чтобы судить о качестве медицинской помощи.

Децентрализация системы здравоохранения

Проведенные реформы здравоохранения привели к значительной децентрализации системы управления отраслью, несмотря на то, что Министерство здравоохранения сохранило за собой значительные полномочия и играет ключевую роль в дальнейшем осуществлении реформ. Процесс децентрализации включает такие элементы, как передача полномочий на более низкий уровень и приватизацию, которые придают большую гибкость системе здравоохранения.

Передача полномочий

Процесс децентрализации означал для Министерства здравоохранения необходимость отказа от некоторых из своих прежних полномочий и функций. Однако на этом пути возникли определенные трения, так как аппарат Минздрава оказал сопротивление процессу передачи своих полномочий другим органам.

На начальных стадиях процесса децентрализации (с середины 1990-х годов до 1998 г.) областные органы власти стали выполнять роль представляющих

третью сторону плательщиков, оплачивающих большинство видов медицинской помощи, входящих в категорию гарантируемых государством базовых медицинских услуг. Ответственность за согласование контрактов с местными медицинскими работниками и учреждениями, за мониторинг качества и корректировку перспективных бюджетов была передана местным органам власти, получившим определенную степень независимости от центрального правительства в отношении выполняемых ими функций. Тем не менее Министерство здравоохранения продолжало устанавливать цены и определять права пациентов применительно к охвату их медицинским обслуживанием.

Кардинальная передача полномочий от Министерства здравоохранения имела место в 1998 г. в результате разделения функций финансирования и оказания медицинской помощи, что было достигнуто путем создания Государственного агентства здравоохранения (ГАЗ) в соответствии с государственным указом № 593 от 18 декабря 1997 г. Предполагалось, что ГАЗ возьмет на себя полную ответственность за управление государственными финансовыми ресурсами для здравоохранения. В последний квартал 1998 г. для этой цели была проведена экспериментальная программа, позволившая сотрудникам ГАЗ приобрести необходимые навыки для обеспечения функционирования ГАЗ, а также уточнить взаимоотношения между областными структурами и производителями медицинских услуг. С 1 января 1999 г. ГАЗ стало функционировать в полной степени как единственный государственный орган в Армении, имеющий полномочия возмещать расходы, связанные с оказанием гарантируемых государством базовых медицинских услуг.

Кроме того, с 1996 г. ответственность за предоставление первичной и вторичной медицинской помощи была передана областным и местным органам власти. В то время как Министерство здравоохранения на центральном уровне продолжает нести ответственность за медицинские учреждения третичного уровня, за работу большинства больниц и поликлиник стали отвечать областные органы власти. С 1998 г. сельские амбулатории перешли под контроль сельских органов власти. Впоследствии это вызвало опасения, что сельским районам были даны слишком большие полномочия, и в последние годы центральное правительство выразило желание частично повернуть вспять процесс децентрализации. В настоящее время этот вопрос обсуждается.

Кроме того, кардинальным образом изменился правовой статус медицинских учреждений. Бюджетные ЛПУ получили статус государственных предприятий здравоохранения, финансируемых в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг (а не в соответствии с прежней практикой фиксированных бюджетных статей), а в 1998 г. они стали акционерными компаниями государственной формы собственности. Директора стационаров и поликлиник могут теперь самостоятельно управлять своими собственными финансовыми ресурсами, устанавливать цены за медицинские услуги, оплачиваемые из личных средств пациентов, определять штатную структуру и устанавливать условия службы, оставлять у себя любую полученную прибыль и инвестировать оставшиеся средства так, как им заблагорассудится. Они заключают контракты как

с местными, так и с центральными правительственными органами на оказание медицинской помощи, входящей в гарантируемый государством пакет базовых медицинских услуг, хотя они и не могут принимать решения относительно цен или объема услуг, оплачиваемых государством. Они также имеют право заключать и подписывать контракты со страховыми фондами или предприятиями, желающими купить медицинские услуги, хотя этого на практике пока что не происходит. Более того, ЛПУ первичного звена (поликлиники) были выведены из-под административного контроля со стороны стационаров.

Изменение статуса больниц и поликлиник еще более усугубило огромные финансовые трудности, стоящие перед этими учреждениями, в связи с тем, что, получив статус акционерных компаний, они теперь должны платить налоги. Фактически на них висят огромные долги, и не только потому, что вносимые третьей стороной платежи установлены ниже реальных расходов на лечение, но и потому что Государственное агентство здравоохранения не в состоянии возмещать даже по согласованным ценам их расходы на оказание гарантируемых государством базовых медицинских услуг из-за того, что оно само страдает от бюджетного дефицита.

Приватизация

Приватизация в отрасли здравоохранения проходила не столь быстро, как в других отраслях экономики. Первый документ с предложениями по проведению приватизации был представлен Министерством здравоохранения на рассмотрение правительства в 1994 г., а в последующие годы были подготовлены и представлены дополнительные документы по приватизации. На сегодняшний день почти все аптеки и медико-технические службы приватизированы. Стоматологические поликлиники начали приватизироваться в 1996 г., и на сегодняшний день приблизительно одна треть из них перешла в частный сектор. Помимо этого законодательство дает возможность врачам самим вести частную медицинскую практику. Однако на данный момент частной практикой занимается очень небольшое число врачей. Подавляющее большинство медицинских учреждений продолжает относиться к государственному сектору.

В 2000 г. на рассмотрение правительства был представлен документ, озаглавленный “Концепция стратегии приватизации медицинских учреждений”, которая была обсуждена и принята в июле этого же года. Цели приватизации, изложенные в данном документе, включают следующие:

- улучшение финансирования здравоохранения за счет мобилизации дополнительных средств из источников частного сектора;
- повышение эффективности медицинского обслуживания за счет совершенствования управления на основе использования рыночных принципов;
- расширение диапазона оказываемых высококачественных медицинских услуг;
- предоставление потребителям большего диапазона различных видов медицинской помощи.

В документе отмечается необходимость разработки принципов выбора ЛПУ, наиболее подходящих для приватизации, принимая во внимание неравномерное распределение медицинских учреждений в рамках страны; необходимость обеспечения бесперебойного функционирования системы здравоохранения; альтернативные критерии, которые могут быть использованы для оценки ожидаемого повышения эффективности; потребности приватизированных ЛПУ в государственной поддержке и формы такой поддержки; альтернативные методы приватизации; и, наконец, проблемы, которые могут быть связаны с приватизацией.

Будущие направления деятельности

Министерство здравоохранения привержено цели дальнейшей децентрализации системы здравоохранения. Оно предполагает, что по мере дальнейшего экономического возрождения предприятий, они все в большей степени станут покупать медицинские услуги, и что в стране будут созданы различные фонды добровольного страхования. При этом также предусматривается расширение практики заключения договоров и дальнейшая децентрализация процесса принятия решений и постановки приоритетов. Минздрав также планирует, что Государственное агентство здравоохранения возьмет на себя более активную роль в плане покупки медицинских услуг. Однако в ближайшей перспективе попытки дальнейшей децентрализации здравоохранения будут затруднены экономическими условиями, препятствующими развитию практики покупки медицинской помощи неправительственными организациями, а также отсутствием необходимых управленческих и финансовых умений и навыков на областном уровне.

Тяжелый кризис, поразивший систему здравоохранения Армении, также затруднил процесс передачи власти на более низкие уровни, вынудив Министерство здравоохранения выбрать директивный подход к проведению необходимых преобразований. Ввиду ситуации, сложившейся сейчас в Армении, а также трудностей, связанных с реструктуризацией переживающей кризис монолитной системы здравоохранения, по-видимому, целесообразно и даже неизбежно, чтобы Минздрав играл роль инициатора реформ и принимал в них самое активное участие. По мере стабилизации экономики и реализации реформ, Министерство здравоохранения сможет снять с себя функции непосредственного управления системой здравоохранения и предпринять дальнейшие шаги для ее децентрализации.

ФИНАНСИРОВАНИЕ И РАСХОДЫ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основная система финансирования и охвата населения

За период, прошедший с марта 1996 г., система здравоохранения Армении претерпела радикальные преобразования. Система финансирования в советскую эпоху и в период независимости до начала 1996 г. носила обязательный характер и была основана на выделении на здравоохранение средств из доходов, полученных благодаря общему налогообложению. Все виды медицинской помощи были бесплатны для пользователя, несмотря на то, что в Республике была широко развита практика неофициальных платежей медработникам. Однако в период после развала Советского Союза государственные доходы резко снизились, а расходы на здравоохранение возросли. Запланированная на нужды здравоохранения доля государственного бюджета превысила 13% в 1996 г., но все же она оказалась недостаточной для удовлетворения медицинских потребностей населения. Такая ситуация не могла долго сохраняться, и вследствие огромных экономических трудностей в Армении и особенно чрезвычайных проблем, связанных со сбором налогов, в стране была внедрена главным образом частная система оплаты медицинских услуг самими пациентами.

В марте 1996 г. Национальное собрание приняло закон “О медицинской помощи и медицинском обслуживании населения”, который, по сути, упразднил предыдущую систему финансирования здравоохранения, легализовав альтернативные механизмы финансирования, в том числе, оплату медицинских услуг из собственных средств. Затем в 1997 г. был принят государственный указ, внедривший практику личных платежей пациентов за большинство медицинских услуг, оказываемых всем неуязвимым и нецелевым группам населения.

Основная структура исторически сложившейся системы здравоохранения была сохранена, с тем чтобы обеспечить финансирование базового пакета медицинской помощи для уязвимых групп населения и других лиц, особо нуждающихся в помощи. Здравоохранение все еще продолжает финансироваться за счет общего налогообложения, а выделенные средства распределяются между Министерством здравоохранения и Государственным агентством здравоохранения, которые, в свою очередь, на подушевой основе распределяют их между 11 областными правительствами. При распределении средств между областями используются соответствующие коррективы с учетом конкретных особенностей каждой из областей.

Министерство здравоохранения продолжает руководить деятельностью основной республиканской больницы и других высокопрофессиональных центров республиканского значения, а также рядом республиканских служб, таких, например, как программы вакцинопрофилактики, скрининга и борьбы со СПИДом. Оно финансирует медицинскую помощь третичного уровня, оказываемую уязвимым группам населения, а также государственные программы, проводимые на областном уровне. Государственное агентство здравоохранения оплачивает лечение уязвимых групп населения на уровне первичной и вторичной

медицинской помощи. В Республике не имеется какого-либо механизма, который бы позволял Министерству здравоохранения или любому другому областному государственному органам представить другой области счет за медицинскую помощь, оказанную ее жителям.

Поскольку объем финансируемых государством медицинских услуг был сокращен в связи с большими финансовыми трудностями, охват населения медицинской помощью был ограничен некоторыми приоритетными областями и уязвимыми группами населения (см. раздел “Медицинская помощь: предоставляемые услуги и их нормирование”). Несмотря на то, что гарантированный охват населения медицинской помощью в отдельных случаях является очень широким, в обычных обстоятельствах большинство медицинских услуг теперь не финансируется. Все люди за исключением членов особых групп, классифицированных Министерством здравоохранения как уязвимые, должны полностью оплачивать получаемые медицинские услуги. Базовый пакет медицинских услуг (БПМУ) финансируется государством и состоит из перечня конкретных медицинских услуг и групп населения, которые имеют право на их бесплатное получение. БПМУ пересматривается каждый год, и те или иные услуги/группы могут исключаться или добавляться в этот перечень.

Министерство здравоохранения пытается разработать “реалистичный пакет” услуг, который бы соответствовал имеющемуся бюджету, а также реалистичным ценам за услуги, предоставляемые лечебно-профилактическими учреждениями. Оценка БПМУ, проведенная в 1998 г., показала, что символические цены, рассчитанные для медицинских услуг (т.е. цены, которые фактически платит государство), были установлены так низко, что они никак не могли покрыть все фактические расходы, что, в свою очередь, привело к увеличению доли неофициальных платежей. В частности, пациентам предлагалось приносить в больницу свои собственные лекарства или делать дополнительные (неофициальные) платежи за оказанные им услуги. При разработке БПМУ на 1999 г. одним из важнейших вопросов была идентификация целевых семей, отвечающих критериям бедности. Ранее используемый подход, основанный на критериях социально уязвимых групп, не был достаточно адекватным, так как некоторые индивидуумы/семьи могли быть определены как относящиеся к уязвимой группе населения, в то время как они могли иметь возможность для оплаты оказываемых им медицинских услуг. Этот вопрос все еще предстоит решить Министерству социального обеспечения. Не столь давно была предпринята попытка решить этот вопрос, объединив Министерство здравоохранения и Министерство социального обеспечения, надеясь увеличить эффективность и точность выявления наиболее уязвимых групп населения. Однако после нескольких месяцев функционирования этого объединенного органа, вышеуказанные министерства были вновь разделены. На сегодняшний день в стране все еще не имеется какой-либо эффективной системы идентификации уязвимых групп населения.

В Армении все еще не имеется какой-либо эффективной обязательной или добровольной системы страхования. С другой стороны, в Республике функционирует ряд частных компаний, проводящих программы добровольного медицинского страхования.

Согласно оценке, непосредственные выплаты из собственных средств составляют около 60% всего объема финансирования здравоохранения в Армении. Однако эта цифра может быть занижена. Неадекватность уровней государственного финансирования здравоохранения не вызывает каких-либо сомнений, и правительство хорошо осознает необходимость нахождения новых источников финансирования. В связи с этим правительство изучает возможность внедрения системы обязательного социального медицинского страхования как одного из дополнительных источников финансирования, а также как механизма, который позволит повысить эффективность использования имеющихся ресурсов.

В 1999 г. Министерство здравоохранения представило на рассмотрение правительства три документа по этому вопросу¹⁴. Кроме того, Государственное агентство здравоохранения подготовило дополнительный документ по этому вопросу¹⁵. В 2000 г. Министерство здравоохранения подготовило новый документ, озаглавленный “Концепция внедрения медицинского страхования в Республике Армения”, в котором была предпринята попытка интегрировать предложения, сделанные в предыдущих документах, с целью определения организационных, финансовых и законодательных механизмов, которые должны быть использованы в рамках внедрения системы медицинского страхования

Этот документ был обсужден правительством в августе 2000 г. и лег в основу последующей работы по подготовке проекта закона по медицинскому страхованию. Основные принципы, содержащиеся в документе, приведены ниже:

- Система обязательного медицинского страхования (ОМС) будет основываться на основных ценностях ВОЗ, включая доступность медицинских услуг, справедливость, социальную солидарность, эффективность использования имеющихся ресурсов, устранение широко распространенной теневой экономики.
- Медицинское страхование будет обязательным и будет осуществляться после принятия закона “О медицинском страховании в Республике Армения”.
- Ввиду экономических и организационных проблем, которые могут препятствовать принятию системы обязательного медицинского страхования (большая безработица, широкомасштабная теневая экономика, дополнительное налоговое бремя, связанное с медицинским страхованием и т.д.), эта работа будет проводиться постепенно и поэтапно.
- Предпосылки для создания системы медицинского страхования включают следующие: политическое решение о том, что принятие данного подхода – это

¹⁴ Этими документами были следующие: “Концептуальные подходы Министерства здравоохранения к внедрению обязательного медицинского страхования в республике Армения”, “Модель внедрения обязательного медицинского страхования в Армении”, “Предложения по внедрению обязательного медицинского страхования в Армении”.

¹⁵ Этот документ был озаглавлен “Концептуальные подходы к внедрению медицинского страхования”.

единственный реалистичный механизм обеспечения будущего финансирования здравоохранения; рационализация системы здравоохранения, которая в настоящее время характеризуется слабой эффективностью; пересмотр базового пакета медицинских услуг (БПМУ); уточнение национальных программ здравоохранения, которые будут финансироваться из государственного бюджета, и создание структуры совместного финансирования программ, имеющих второстепенное значение; уточнение размеров страховых взносов и условий, необходимых для обеспечения финансовой устойчивости системы здравоохранения.

- Механизмы охвата населения медицинским страхованием, размеры страховых взносов и пути их сбора должны устанавливаться с учетом специфики основных групп населения (работающее население, лица, имеющие собственное дело, иждивенцы, социально уязвимые группы и т.д.), при этом должны быть разработаны и приняты соответствующие механизмы охвата всех не платящих страховку групп населения.
- Необходимо принять меры для обеспечения своевременного и полного сбора страховых взносов, что позволит обеспечить финансовую стабильность системы здравоохранения.
- При разработке системы медицинского страхования необходимо четко определить стоимость медицинского обслуживания целевых групп, рассчитанную с учетом реалистичных цен и показателей утилизации медицинских услуг. При этом характер покрываемых страховкой медицинских услуг прежде всего определен по таким разделам здравоохранения, как первичная лечебно-диагностическая помощь, специализированная амбулаторно-поликлиническая лечебно-диагностическая помощь, скорая помощь.
- Система обязательно медицинского страхования (ОМС) будет внедрена и реализовываться фондом ОМС, который будет создан для этой цели.
- Новое законодательство по медицинскому страхованию, в котором будут определены основы системы медицинского страхования, должно хорошо освещать такие вопросы, как соответствующие функции и обязанности систем добровольного и обязательного медицинского страхования; определение прав и обязанностей различных групп населения; регулирование программ и объемов медицинской помощи, которая должна предоставляться населению в рамках системы ОМС и т.д.
- Новое законодательство по медицинскому страхованию должно содействовать развитию системы добровольного медицинского страхования, которое в настоящее время малоизвестно и малопонятно для населения. Помимо этого следует пересмотреть ряд других законов (таких, например, как “Закон о налогах с доходов” и “Закон о налогах с прибыли”), с тем чтобы создать налоговые стимулы, содействующие расширению системы добровольного медицинского страхования.

К осени 2001 г. был подготовлен проект закона о медицинском страховании, основанный на данной концепции и нацеленный на создание организационной и правовой основы для создания системы медицинского страхования на национальном уровне. Данный закон предусматривает внедрение системы обязательного медицинского страхования для всего населения, а также системы добровольного страхования для отдельных групп населения и индивидуумов для оплаты расходов на те медицинские услуги, которые не покрываются ОМС. Обязательное страхование будет обеспечиваться фондом ОМС, который будет заключать контракты с производителями медицинских услуг об оказании ими лечебно-профилактической помощи населению в соответствии с утвержденным перечнем медицинских услуг. Центральные и местные правительственные органы возьмут на себя оплату страховых взносов неработающего населения (безработные, пенсионеры, дети и т.д.). Законодательство также предусматривает свободу выбора производителя медицинских услуг со стороны страховщика.

Медицинская помощь: предоставляемые услуги и их нормирование

В соответствии с указом № 174 от марта 1998 г. правительство отвечает за предоставление медицинских услуг, охватывающих большинство населения. В реальной жизни бесплатную медицинскую помощь получают только уязвимые группы, что наглядно свидетельствует о неспособности правительства выполнить свои обязательства относительно всеобщего охвата населения медицинским обслуживанием.

Начиная с 1997 г., когда выплаты из собственных средств стали основным источником финансирования системы здравоохранения, правительство стремилось к созданию государственной целевой программы здравоохранения, в рамках которой определенные группы населения должны обеспечиваться бесплатным пакетом установленных медицинских услуг. На основе этой установки был подготовлен базовый пакет медицинских услуг (БПМУ), который был впервые разработан в 1998 г. при содействии Всемирного банка. Данный пакет представляет собой комплекс финансируемых государством услуг и содержит как перечень гарантируемых видов медицинской помощи, так и перечень групп населения, имеющих право на получение этих услуг. БПМУ периодически обновляется, и те или иные виды услуг или группы населения могут добавляться или исключаться из списка.

Самый последний БПМУ, принятый в 2000 г., включает следующие элементы:

- гигиенический и противоэпидемический контроль
- первичная медико-санитарная помощь
- медицинская помощь детям
- акушерско-гинекологическая помощь
- медицинская помощь социально уязвимым группам

- борьба с инфекционными болезнями
- борьба с неинфекционными болезнями
- программа оказания скорой/неотложной медицинской помощи.

Государственная гарантия не охватывает такие медицинские услуги, как косметическая хирургия, трансплантация органов, трансплантация искусственных органов и тканей, использование драгоценных металлов и металлокерамики в стоматологии.

Согласно нынешнему определению, социально уязвимые группы включают следующие: инвалиды (подразделяемые на три группы инвалидности); ветераны войны; дети в возрасте до 18 лет с одним родителем; сироты в возрасте до 18 лет; дети-инвалиды в возрасте до 16 лет; семьи с четырьмя или более детьми в возрасте до 18 лет; семьи жертв войны; заключенные; дети родителей-инвалидов; лица, принимавшие участие в ликвидации последствий чернобыльской аварии; члены спасательных команд.

Все пациенты, входящие в уязвимые группы, должны иметь право на далеко не всеобъемлющий пакет бесплатных амбулаторных и стационарных медицинских услуг. На практике, однако, в большинстве случаев пациенты вынуждены платить из собственных средств даже за эти услуги. Больницы, как правило, не обеспечивают пациентов питанием, и даже пациенты, относящиеся к уязвимым группам, должны сами заботиться о своем питании. Несмотря на то, что в теории фармацевтические препараты должны быть для них бесплатными как для стационарных больных (в качестве амбулаторных больных они должны оплачивать только символическую стоимость лекарств), на практике большинство таких госпитализированных больных вынуждены платить из собственных средств за большинство лекарств. Единственным ограничением, относящимся к медицинской помощи, которую индивидуумы, входящие в эти группы, могут получить, является лишь тот факт, что данное лечение должно быть клинически показано и входить в одну из 43 категорий вмешательств, определенных Министерством здравоохранения. Эти категории были разработаны, главным образом, для того, чтобы упростить оплату медицинских услуг, оказываемых в больницах, а не для того, чтобы ограничивать объем медицинских услуг, на которые может рассчитывать входящее в эти группы население. С другой стороны, они, как правило, исключают возможность проведения таких вмешательств, как косметическая хирургия или дополнительные виды терапии, за исключением тех случаев, когда может быть продемонстрирована явная клиническая потребность в таких вмешательствах.

Все другие жители Армении должны сами полностью оплачивать все медицинские услуги и лекарства¹⁶ по месту оказания медицинской помощи, если они не страдают от инфекционной болезни, не нуждаются в неотложном лечении или не охвачены системой социального обеспечения Министерства социальных

¹⁶ В случае госпитализации стоимость основных лекарственных средств часто включается в оплату по случаю госпитализации. Дополнительные лекарства, принимаемые в стационаре, и лекарства, приобретенные амбулаторным больным по рецепту, оплачиваются отдельно.

дел, предназначенной для социально обделенных. Стоимость стоматологических процедур, проверок зрения и т.д. также должна оплачиваться из собственных средств.

Все вышеуказанное свидетельствует о резком сокращении гарантируемых государством медицинских услуг и объясняется обоснованным мнением о том, что небольшая часть населения имеет значительные доходы, которые она, однако, получает почти исключительно в рамках неофициальной экономики. “Неофициальный” характер большинства экономических сделок приводит к тому, что доходы государства, получаемые за счет налогообложения, не отражают подлинный уровень экономической деятельности и исключают возможность взимания такого объема налогов, который бы обеспечивал адекватное финансирование служб здравоохранения. В этих условиях Министерство здравоохранения было вынуждено признать и легализовать платежи пользователей, что обеспечивает поступление доходов в систему здравоохранения, которая в противном случае не могла бы удовлетворять потребности населения. Если ситуация изменится и уровень собираемых налогов позволит обеспечить финансирование комплексного медицинского обслуживания, Министерство здравоохранения расширит пакет гарантируемых государством медицинских услуг.

Дополнительные источники финансирования

Согласно оценкам, общие ежегодные расходы здравоохранения составляют примерно 155 млн. долларов США (1999 г.), из которых 25% покрываются государством, 15% – за счет гуманитарной помощи и 60% – из личных средств пациентов. Однако эти цифры могут отражать существенную недооценку объема частных платежей за медицинские услуги, подлинные масштабы которых неизвестны.

Платежи из собственных средств

Таблица 2. Удельный вес основных источников финансирования

Источники финансирования	1999/2000
Общественные	
Налоги	25%
Обязательное страхование	–
Частные	
Из собственных средств	60%
Частное страхование	–
Иные	
Внешние источники	15%

Источник: Министерство здравоохранения Армении.

Вместо систем совместного страхования или систем дополнительных платежей Министерство здравоохранения решило внедрить систему, в рамках которой пациенты сами полностью расплачиваются с производителями медицинских услуг за полученное лечение. Необходимость такого выбора была, в частности, продиктована уменьшением государственного финансирования системы здравоохранения. Начиная с марта 1996 г. больницы устанавливают цены за все вмешательства и публикуют прейскурант за медицинские услуги, которые

контролируются Министерством здравоохранения. Для стационаров устанавливаются предельные процентные размеры прибыли, которую они могут получать, однако за исключением этого ограничения, вопросы ценообразования относятся исключительно к прерогативе стационаров. В свою очередь, пациенты имеют полную свободу покупки медицинских услуг в любом ЛПУ, которое их устраивает и которое они могут себе позволить с финансовой точки зрения.

Предполагается, что больницы устанавливают суточную цену за гостиничные услуги (постельные принадлежности, воду, душ, туалетные принадлежности и другие, за исключением питания, которые пациенты обычно сами должны себе обеспечивать), а также взимают плату за госпитализацию, включающую минимальный пакет медицинских и рентгенологических обследований и медикаментозного лечения. Оплата за дополнительные услуги может взиматься за каждую конкретную услугу, и пациенты сами оплачивают все лекарственные средства за исключением самых основных.

Оплата за амбулаторные услуги производится за каждый визит, при этом за дополнительные обследования или процедуры может взиматься дополнительная оплата. Пациенты сами покупают все лекарства.

Медицинские приспособления и протезы оплачиваются самими пациентами за исключением тех случаев, когда они относятся к категории гарантируемых государством услуг.

Предполагается, что эти изменения покончат с практикой неофициальных платежей, которая ранее имела эндемические масштабы, поскольку сейчас пациенты либо платят согласованный тариф, либо, если они относятся к определенной категории населения, имеют право на бесплатную медицинскую помощь. Хотя никому не удалось рассчитать общий объем неофициальных платежей, неподтвержденные эмпирические данные указывают на то, что они были весьма значительными и могли соответствовать тому уровню платежей, которые сейчас взимают больницы в рамках новой системы.

Неофициальные платежи

Неофициальные платежи являлись обычной характеристикой советской системы. Предполагалось, что введение в середине 1990-х годов системы платежей из собственных средств пациентов позволит сократить масштабы теневых платежей, однако имеются данные, свидетельствующие о том, что эта практика продолжает оставаться широко распространенной. Ключевым фактором, который в действительности даже способствовал их увеличению, были очень низкие тарифы оплаты гарантируемых государством медицинских услуг. Поскольку установленные расценки не позволяют покрыть фактические затраты на оказанную медицинскую помощь, производители медицинских услуг вынуждены требовать оплаты с пациентов даже в тех случаях, когда они относятся к уязвимым группам населения и имеют право на бесплатное медицинское обслуживание. При помощи Всемирного банка было подсчитано, что официальные платежи за медицинскую помощь составляют только 10–12% от общих доходов медицинских учреждений, в

то время как совокупные финансовые поступления в больничный сектор из собственных средств пациентов в 3,5–4 раза больше уровня государственных бюджетных ассигнований. Эта практика также создает прекрасные возможности для неуплаты налогов. Следствием этой ситуации является то, что основная доля доходов системы здравоохранения не попадает в официальные структуры, что делает невозможным улучшение общей системы финансирования отрасли.

Добровольное медицинское страхование

На данный момент добровольное медицинское страхование практически не вносит какого-либо существенного вклада в финансирование служб здравоохранения, хотя имеются частные компании, которые предоставляют возможности для добровольного медицинского страхования, и в Республике явно имеются возможности для развития программ добровольного медицинского страхования. В настоящее время полисы добровольного медицинского страхования оформляет около 20% примерно двадцати официально зарегистрированных и лицензированных частных страховых компаний. Причинами этого являются следующие:

- Большинство населения не верит в понятие медицинского страхования в силу того факта, что в последние несколько лет оплата за медицинские услуги в очень большой степени означала неофициальные платежи из собственных средств.
- Нынешнее налоговое законодательство (особенно “Закон о налогах на доходы”) не дает работодателям каких-либо стимулов страховать своих рабочих и служащих.
- Очень низкий уровень доходов большинства населения способствует тому, что оно предпочитает тратить на медицинскую помощь, когда в этом возникает необходимость, а не вносить платежи в страховой фонд на случай будущих рисков.
- Большинство населения имеет очень слабое представление о смысле и преимуществах медицинского страхования.

В документе, опубликованном Министерством здравоохранения в 2000 г. и озаглавленном “Концепция медицинского страхования в Республике Армения”¹⁷, отмечается, что существующее законодательство по медицинскому страхованию недостаточно для стимулирования работы по развитию системы добровольного медицинского страхования. В нем рекомендуется, чтобы в новом законодательстве по медицинскому страхованию были уточнены соответствующие обязанности систем обязательного и добровольного медицинского страхования, и чтобы были разработаны механизмы, способствующие внедрению и развитию добровольного медицинского страхования. Кроме того, в нем высказываются предложения о необходимости пересмотра нынешних законов (“Закон о налогах с доходов” и

¹⁷ Этот документ рассматривается более подробно в разделе “Основная система финансирования и охвата населения медицинской помощью”, в котором обсуждаются содержащиеся в нем рекомендации о создании и развитии системы обязательного медицинского страхования.

“Закон о налогах с прибыли”), с тем чтобы сделать их гораздо более ясными и четкими и внедрить налоговые стимулы для развития системы добровольного медицинского страхования. Дальнейшие меры, которые могут быть предприняты в этом направлении, включают содействие расширению сотрудничества между медицинскими учреждениями и страховыми компаниями, а также проведение широкой информационной кампании, нацеленной на информирование общественности о значимости и преимуществах добровольного медицинского страхования.

Внешние источники финансирования

Армения, которая в последние годы пережила крупное землетрясение и гражданские потрясения, была реципиентом значительного объема международной гуманитарной помощи, оказываемой как многосторонними донорами (учреждения Организации Объединенных Наций, Европейский Союз, Всемирный банк), так и рядом двусторонних доноров. В настоящее время объем получаемой гуманитарной помощи сократился, и гуманитарная помощь ограничивается сейчас главным образом сферами социальной помощи (для пожилых и беженцев) и обеспечения населения рядом основных лекарственных средств. Армянская диаспора продолжает присылать добровольные пожертвования, а эмигрировавшие армяне, работающие за границей (часто в России), присылают деньги своим семьям, помогая им покрыть медицинские расходы.

В настоящее время в Армении имеется несколько добровольных организаций (см. неполный их список в разделе “Добровольные организации”), хотя следует отметить, что их вклад в финансирование здравоохранения все еще продолжает оставаться достаточно низким.

В 1998 г. в рамках проекта Всемирного банка “Совершенствование финансового управления здравоохранением и развитие первичной медико-санитарной помощи в Армении” в стране был внедрен первый базовый пакет медицинских услуг (БПМУ). В рамках этого проекта Армения получила займ в размере 10 000 дол. США, а сам проект состоит из двух частей: а) развитие первичного звена здравоохранения, включая проведение подпроекта, посвященного подготовке кадров, создание 70 ЛПУ первичного звена, а также подготовку руководств для семейных врачей; и б) совершенствование финансовых механизмов системы здравоохранения, включая создание Государственного агентства здравоохранения, разработку и внедрение БПМУ, улучшение механизмов оплаты медицинских услуг и совершенствование информации финансового профиля.

Расходы в области здравоохранения

Определение тенденций в расходах на здравоохранение в Армении связано с большими трудностями из-за перехода от советской системы к модели национального самоуправления и из-за тяжелейшего экономического кризиса, переживаемого сейчас Республикой. Однако доля ВВП, направляемая на здравоохранение в начале 1990-х годов, была близка к среднему для новых независимых государств. В

нижеприведенной таблице показаны запланированные средства государственного бюджета, выделяемые на здравоохранение, а также их доля в государственном бюджете. Доля ассигнований на здравоохранение в государственном бюджете представляет собой общий объем государственных расходов на здравоохранение¹⁸.

Таблица 3. Запланированные расходы на здравоохранение в процентах от государственного бюджета

Год	Государственный бюджет		Доля расходов на здравоохранение		Запланированный уровень %
	Драмы (млн.)	Долл. США (млн.)	Драмы (млн.)	Долл. США (млн.)	
1995	101 164	249	12 629	31	12.5
1996	98 092	237	13 161	32	13.4
1997	117 938	240	12 343	25	10.5
1998	160 784	322	17 651	35	11.0
1999	191 692	358	20 531	38	10.7

Источник: Статистика Министерства здравоохранения и Министерства финансов.

В соответствии с правительственным указом № 199 от 3 апреля 1999 г. общие ассигнования на здравоохранение составили 20 531 млн. драм, из которых 4 151 млн. драм (около 20%) должны быть распределены через Министерство здравоохранения, а 16 млн. (около 80%) – через Государственное агентство здравоохранения.

Государственные ассигнования на здравоохранение, показанные в таблице 3, представляют собой общий объем ежегодных государственных ассигнований на здравоохранение в Армении. В период 1995–1999 гг. доля затрат на здравоохранение в государственном бюджете несколько снизилась, однако на уровне, превышающем 10% в 1999 г., эта доля представляется довольно высокой в сопоставлении с другими европейскими странами. Однако в действительности эта цифра скорее отражает резкий экономический спад в Армении и уменьшение ВВП и государственного бюджета, а не перемещение дополнительных ресурсов в отрасль здравоохранения. Скорректированные цифры показывают, что фактически уровень финансирования здравоохранения в Армении гораздо ниже, чем в других европейских странах, и что бюджет, как бы его не рассчитывали, был явно недостаточным для покрытия расходов медицинских служб.

Следует также отметить, что запланированные ассигнования, как правило, не выделяются в полной степени; так, например, в 2000 г. (не показанном в таблице 3) Государственное агентство здравоохранения фактически получило 48,3%, а Министерство здравоохранения – 64,6% от запланированных ассигнований на здравоохранение. Таким образом, правительство не смогло выполнить свои обязательства по финансированию базового пакета медицинских услуг, что привело к увеличению относительной доли платежей за медицинскую помощь из собственных средств пациентов.

¹⁸ Следует отметить, что фактические уровни расходов обычно отличаются от запланированных. Так, например, в 1999 г. бюджетные расходы достигли 248 310 млн. драм, что привело к формированию бюджетного дефицита размером в 56 618 млн. драм.

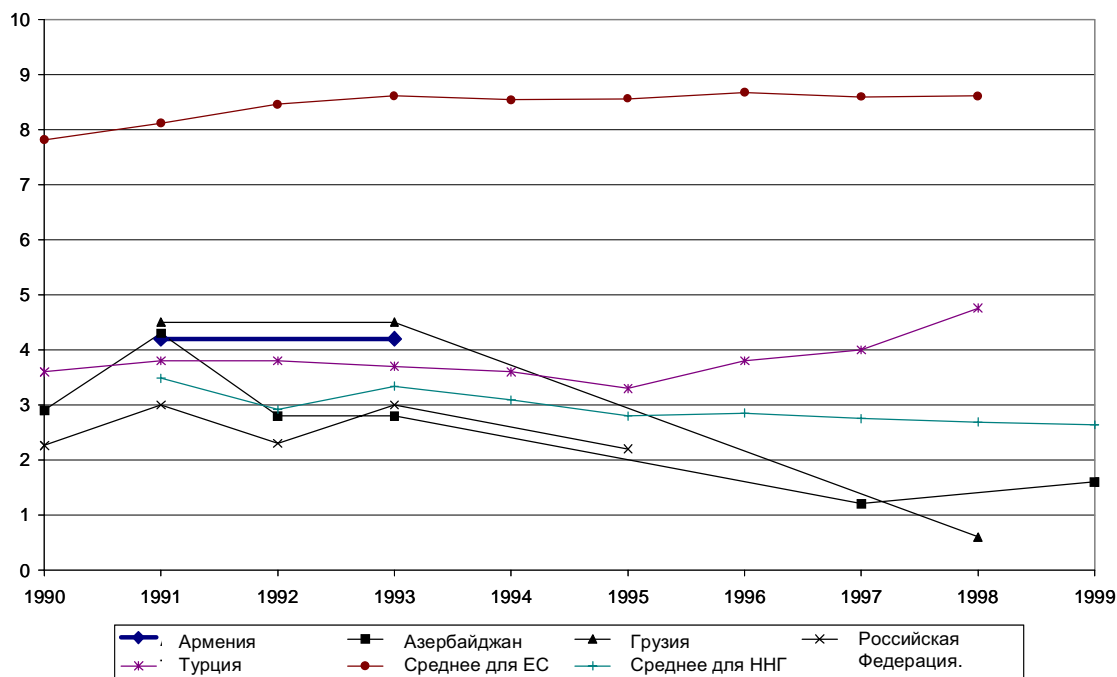
Средства, выделяемые на здравоохранение из государственного бюджета, представляют приблизительно 25% общих расходов на здравоохранение. Еще 15% расходов покрываются за счет гуманитарной помощи, а последние 60% за счет собственных средств пациентов. В 1990 г. государственный бюджет на здравоохранение был равен 2,7% от ВВП; в 1997 г. этот показатель снизился до 1,3%, а в 1999 г. он повысился до 1,7%.

На рисунке 3, в котором в графическом виде приведены данные о расходах на здравоохранение в виде процента от ВВП в Армении и в ряде выбранных стран, показано, что в период 1991–1993 гг. (единственные года, за которые в базе данных ВОЗ “Здоровье для всех” имеются данные по Армении) на нужды здравоохранения было выделено чуть больше 4% ВВП. Этот показатель был выше среднего для ННГ и соответствующих значений для Азербайджана, Российской Федерации и Турции, хотя и существенно ниже среднего значения для ЕС. На рисунке 4 также показаны расходы на здравоохранение в виде доли ВВП в Армении и в других странах Европейского региона.

Следует, однако, помнить, что эти цифры очень недоступны в связи с большими трудностями, связанными с точной оценкой платежей из собственных средств, которые включены в оценку расходов на здравоохранение в виде доли от ВВП. Если допустить, что в 1999 г. доля затрат на здравоохранение из государственного бюджета, равная 1,7% ВВП, составляла 25% от общих издержек на здравоохранение, то можно заключить, что доля общих расходов на здравоохранение была 6,8%, что приближается к уровням, характерным для стран Европейского Союза. Однако нам неизвестна степень точности этих расчетов.

На рисунке 5 показаны расходы на здравоохранение на душу населения в долларах США (по ППС) в Европейском регионе ВОЗ. Между Арменией и другими странами можно провести только очень примерное сравнение, отчасти из-за того, что данные не относятся к одному и тому же периоду времени для всех стран, а отчасти из-за вышеуказанных причин, относящихся к трудностям, связанным с точной оценкой общих расходов на здравоохранение. Однако даже с поправкой на эти возможные источники ошибки можно видеть, что расходы на здравоохранение в Армении в реальном выражении чрезвычайно низкие по сравнению со многими другими странами Европейского региона ВОЗ.

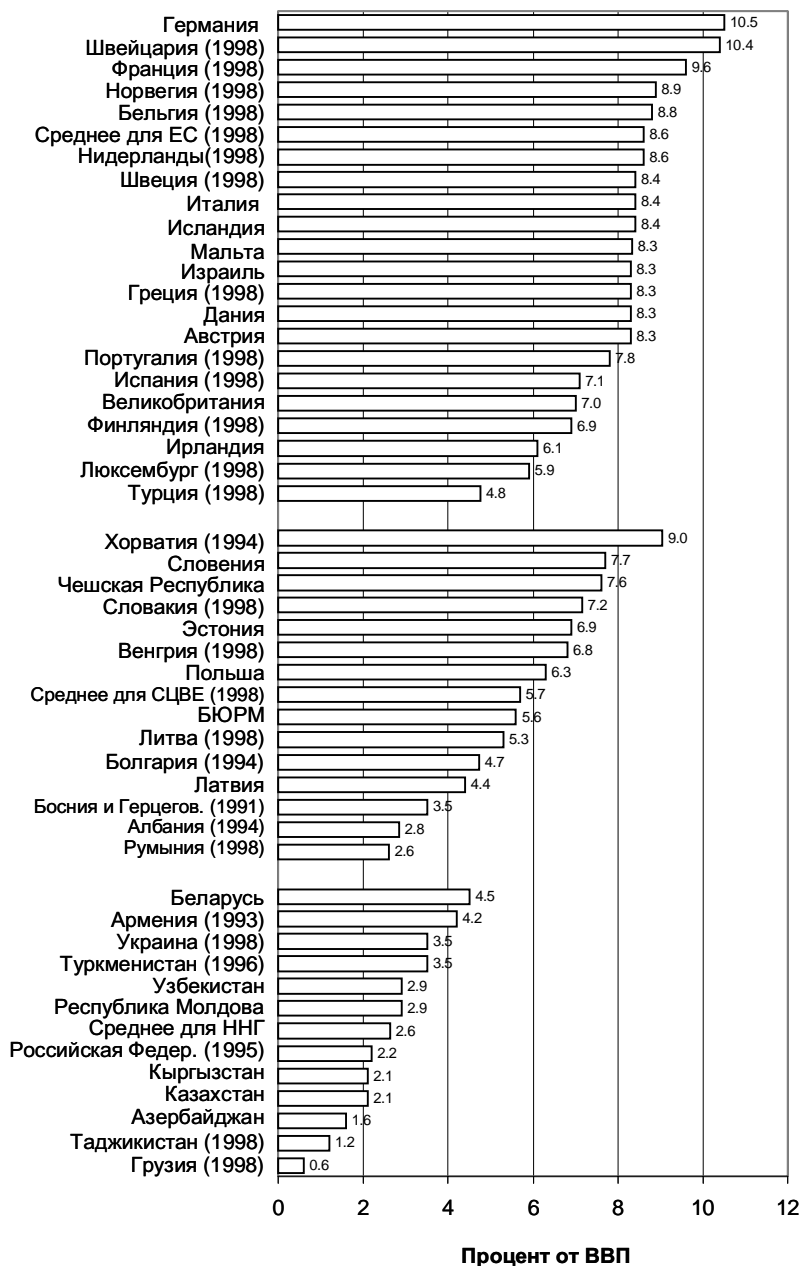
Рисунок 3. Динамика расходов на здравоохранение в виде доли от ВВП (%) в Армении и в ряде выбранных стран, 1990–1999 гг.



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех".

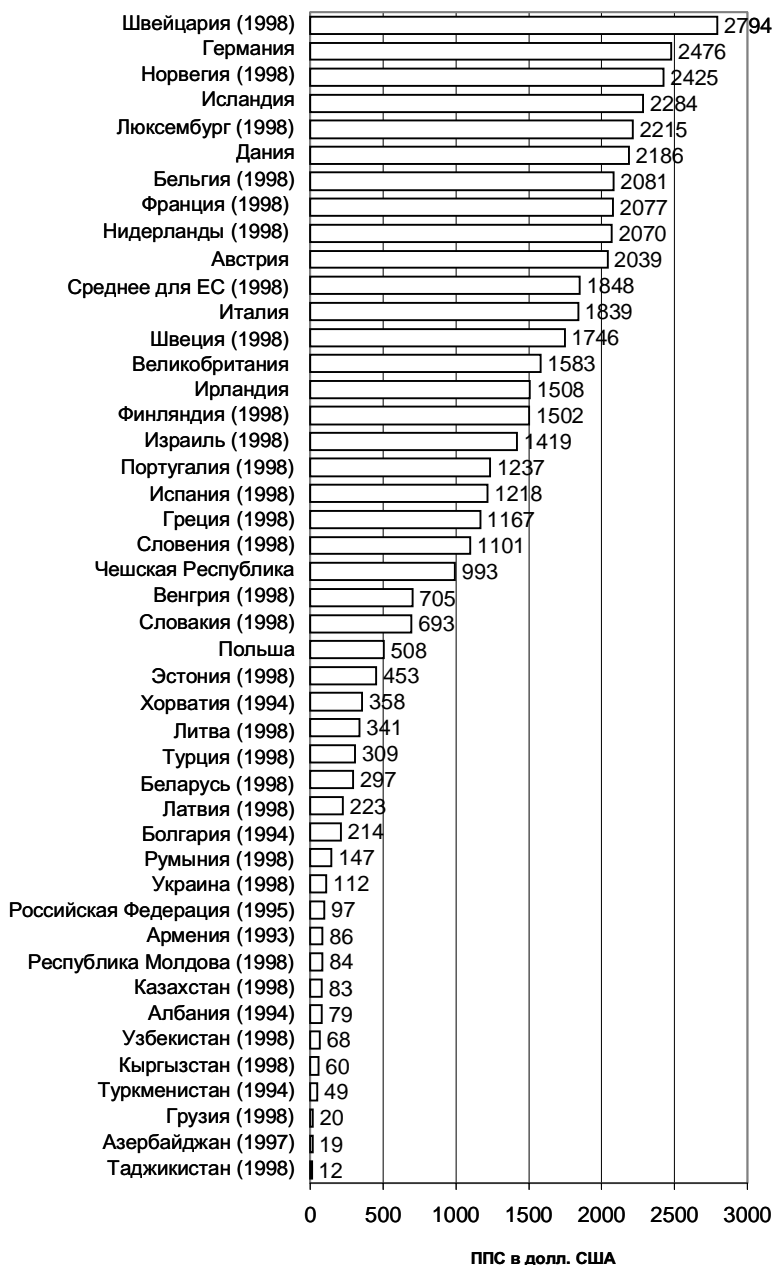
Быстрая трансформация армянского общества также делает трудной задачу высказывания каких-либо комментариев относительно структуры расходов на здравоохранение. Раньше основной статьёй этих расходов были издержки на стационарную помощь, но это должно измениться по мере дальнейшего осуществления реформы здравоохранения. Инвестиции в здания и оборудование осуществлялись, главным образом, в пострадавших от землетрясения областях, получающих гуманитарную помощь, и они, по-видимому, не будут представлять сколь-либо значительную часть затрат в ближайшем будущем.

Рисунок 4. Общие расходы на здравоохранение в % от ВВП в Европейском регионе ВОЗ в 1999 г. (или в последнем году, по которому имеются данные).



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ.

Рисунок 5. Общие расходы на здравоохранение в долларах США (по ППС) на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 1999 г. (или в последнем году, по которому имеются данные).



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ.

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Первичная медицинская помощь и службы общественного здравоохранения

Первичная медицинская помощь обычно предоставляется населению через областные поликлиники или сельские медицинские пункты/фельдшерские пункты из расчета один врач на 1200–2000 населения и один педиатр на 700–800 детей. Система медицинского обслуживания все еще организована по советской модели, хотя она должна радикально измениться по мере дальнейшего осуществления реформы здравоохранения.

В стране имеется 500 медицинских или фельдшерских пунктов – по одному в каждой деревне – предлагающих следующие сестринские услуги: основные виды медицинской помощи детям и взрослым, антенатальная помощь, контрольные проверки процесса развития грудных детей, назначение лекарственных средств, первая медицинская помощь, круглосуточная неотложная помощь, патронажные визиты и профилактические услуги, такие, как вакцинопрофилактика и простые виды санитарного просвещения. Группа деревень может иметь объединенный амбулаторный центр с семейным врачом или врачом общей практики, который способен предлагать более широкий диапазон медицинских услуг. Все случаи, выходящие за рамки компетенции сельской сети здравоохранения, направляются в областные поликлиники или непосредственно в стационары. Предполагается, что многие из более мелких здравпунктов закроются с внедрением нового механизма оплаты, когда им нужно будет самим оплачивать стоимость помещения, электричества, медицинских поставок и т.д. Однако, согласно расчетам Министерства здравоохранения, эта служба будет устойчивой в поселениях численностью до 200 человек, в которых на человека приходится 4–5 обращений к медперсоналу. Изолированные сельские поселения также могут принять решения субсидировать медицинские пункты за счет местных налогов, если они пожелают обеспечить доступ к первичной медицинской помощи на местном уровне.

В Армении также имеется 37 областных поликлиник, унаследованных от прежней системы районных администраций. Ранее они были прикреплены к областным больницам, однако сейчас имеют автономный статус. Так, большинство из них включает медперсонал первичного уровня, в который входит педиатр, врач общей практики и акушер-гинеколог, а также медсестры и акушерки. Как правило, они предлагают следующие услуги: общая амбулаторная помощь для взрослого и пожилого населения; антенатальная, акушерская и перинатальная помощь; педиатрическая помощь, базовые обследования и назначение всего спектра лекарственных средств; малые хирургические вмешательства; оформление больничных листов; реабилитация; круглосуточная неотложная медицинская помощь; посещения пациентов на дому; вакцинопрофилактика, санитарное просвещение и т.д. В более крупных городах, особенно в Ереване, помимо поликлиник общего профиля имеются специальные детские поликлиники и женские консультации, в которых женщины получают акушерско-

гинекологическую помощь. Более крупные медицинские центры могут также предлагать своим пациентам медицинскую помощь вторичного уровня в рамках специализированных лечебных и хирургических клиник, например, кардиологического, гастроэнтерологического или ортопедического профиля.

Согласно целям реформирования, отделение поликлиник от стационаров должно покончить с проблемой нечеткого размежевания функций и обязанностей первичного и вторичного уровней медицинской помощи. Придание автономного статуса поликлиникам эффективно покончило с порочным стимулом к чрезмерной госпитализации пациентов, существующей в рамках прежней системы финансирования¹⁹. В настоящее время поликлиники имеют стимул вести пациентов на первичном уровне, что способствует более эффективному удовлетворению медицинских потребностей населения с точки зрения затрат. Несмотря на желание Министерства здравоохранения увидеть перераспределение ресурсов на нужды первичной медико-санитарной помощи, оно признает, что в Республике имеется слишком большое количество поликлиник, и что в новых рыночных условиях некоторые из них, по-видимому, вынуждены будут закрыться.

Имеется надежда, что вместо здравпунктов и поликлиник, которые будут закрыты, в стране будет создана система независимых врачей общей практики/семейных врачей, которые будут эффективно удовлетворять на первичном уровне медицинские потребности своих групп пациентов. Министерство здравоохранения разработало план первичной медико-санитарной помощи, который, после его одобрения парламентом и утверждения в качестве закона, создаст необходимую структуру для перехода к новому стилю работы. Министерство здравоохранения также планирует организовать переподготовку ряда врачей, желающих взять на себя эту новую роль.

Реформы уже гарантировали пациентам право выбора врачей, и выражается надежда, что по мере дальнейшего развития системы общей практики это право будет становиться все более и более значимым и реализуемым. Право на выбор врача должно также способствовать улучшению качества медицинской помощи, так как оплата врачей будет теперь зависеть от количества обслуживаемых ими пациентов, и можно предполагать, что они поэтому будут прилагать больше усилий для удовлетворения потребностей пациентов.

В то время как выбор пациентов расширяется в некоторых областях, право на доступ к любому уровню системы здравоохранения²⁰ будет ограничено. До 5 марта 1996 г. пациенты могли сами обратиться за помощью вторичного уровня. Это было обычной практикой и приводило к тому, что вместо адекватной первичной медицинской помощи пациенты получали необоснованную и чрезмерно дорогую специализированную медицинскую помощь. Согласно новым правилам, пациенты, желающие обратиться к врачу-специалисту, должны сейчас иметь направление от врача первичного уровня во всех случаях за исключением неотложных. Внедрение такой системы было также дополнено приказом, согласно которому все врач-

¹⁹ Когда бюджеты поликлиник и больниц были объединены, ЛПУ могли получать дополнительное финансирование, увеличивая объем стационарной помощи, независимо от того, являлась она необходимой или нет.

²⁰ Которое было гарантировано в рамках советской модели здравоохранения.

специалисты должны направлять пациентов на первичный уровень для дальнейшего наблюдения. Механизмы оплаты медицинских услуг обеспечат выполнение этих положений при оказании лечебно-профилактической помощи группам населения, медицинская помощь которым гарантируется государством.

В начале 1996 г. при поддержке со стороны Всемирного банка в различных районах Армении было проведено обследование 5000 домашних хозяйств. Согласно результатам данного обследования, пациенты, в целом, выражают удовлетворение относительно услуг, предоставляемых на всех уровнях медицинской помощи, хотя они и отметили, что на всех звеньях системы здравоохранения существует практика неофициальных платежей. Согласно обследованиям, проведенным различными международными НПО, оценка качества первичной медицинской помощи в среднем составляет 3,5 балла по пятибальной шкале.

В Республике наблюдается тенденция, когда пациенты сами обращаются к врачам-специалистам в стационары, что отчасти отражает культурные нормы советской эпохи, а также свидетельствует о недостатке доверия к качеству медицинской помощи, оказываемой на первичном уровне. Физические условия в здравпунктах и поликлиниках часто являются плохими, а персонал не имеет каких-либо стимулов для уважительного обращения с пациентами. Предполагается, что процесс реформирования и план развития первичной медико-санитарной помощи обеспечит должную взаимосвязь между числом обслуживаемых пациентов и размером оплаты врачей, будет способствовать перераспределению ресурсов в пользу сектора первичной медико-санитарной помощи и будет также способствовать повышению качества первичной медицинской помощи и большей удовлетворенности пациентов.

Правительство определило переориентацию системы здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь в качестве одного из важнейших компонентов реформирования всей отрасли. С целью повышения качества лечебно-профилактической помощи и улучшения методов управления проекты по борьбе с кишечными заболеваниями и острыми респираторными инфекциями и проекты по безопасному материнству были интегрированы в проект реформирования первичной медико-санитарной помощи. В 1996 г. ЮНИСЕФ оказал помощь проекту Министерства здравоохранения, в рамках которого 180 врачей и медсестер прошли подготовку по различным аспектам лечебно-профилактической помощи и развития детей. Задачи проекта Всемирного банка, инициированного в 1998 г., включают следующие: развитие первичной медико-санитарной помощи, включая соответствующую подготовку персонала в рамках специального подпроекта; создание 70 ЛПУ первичного уровня; разработка руководств для семейных врачей.

Важнейшей проблемой для первичного звена здравоохранения является доступность медицинской помощи, так как этот показатель значительно ухудшился для большого контингента населения из-за неспособности оплачивать медицинские услуги из собственных средств. Рисунок 6, показывающий число амбулаторных контактов на душу населения в год в странах Европейского региона

ВОЗ, наглядно показывает, что этот показатель для Армении (2,3 посещения в 1999 г.) находится в самой нижней границе диапазона этих значений.

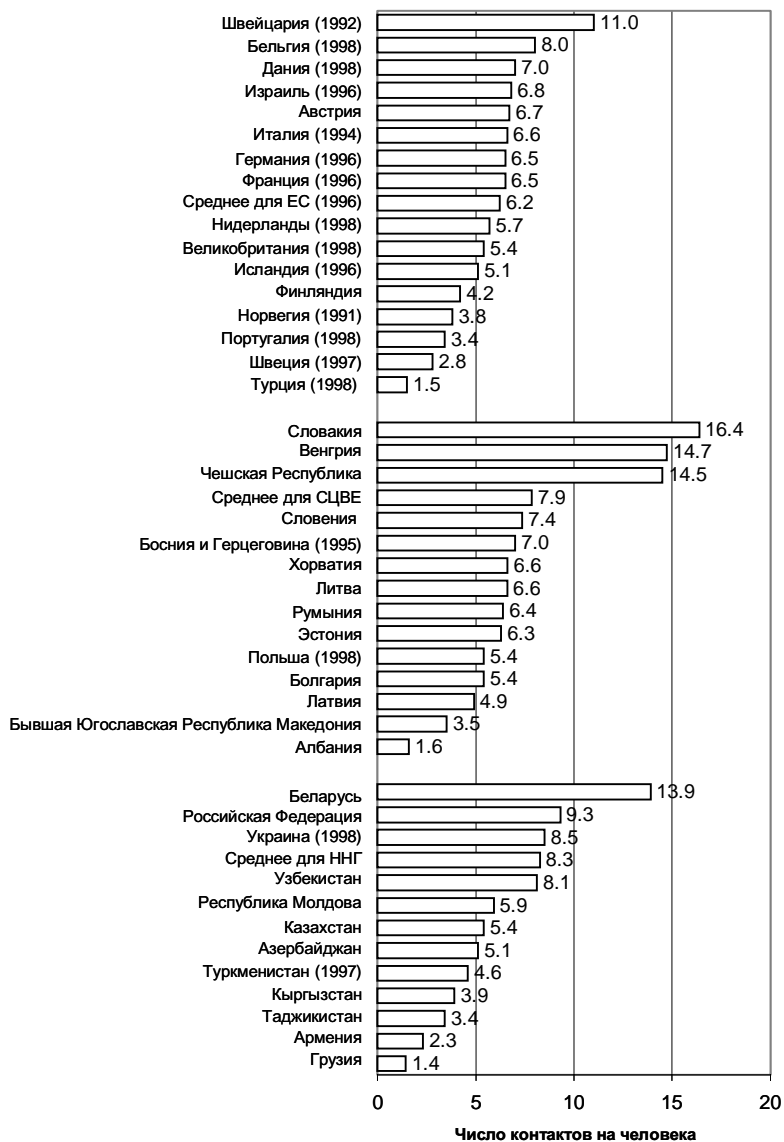
Службы общественного здравоохранения

Ключевыми компонентами первичной медико-санитарной помощи являются базовые услуги в сфере общественного здравоохранения, медико-санитарное просвещение, укрепление здоровья. В Армении чувство личной ответственности за собственное здоровье является низким. Кроме того, население плохо или неправильно понимает многие концепции, относящиеся к службам общественного здравоохранения. Эффективному оказанию услуг в сфере общественного здравоохранения в Армении особенно препятствуют следующие факторы:

- как и прежде, постановка акцента главным образом на вопросах санитарно-гигиенического надзора;
- слабая инфраструктура санитарно-гигиенических служб;
- недостаточное внимание, уделяемое вопросам укрепления здоровья и санитарного просвещения;
- дефицит должным образом подготовленных работников общественного здравоохранения;
- фрагментарные, нескоординированные программы в сфере санитарного просвещения.

Область общественного здравоохранения претерпела меньше изменений по сравнению с другими частями системы здравоохранения. Сеть из 37 санитарно-эпидемиологических станций и одного санитарно-эпидемиологического учреждения республиканского уровня, созданная еще при советской системе районных администраций, продолжает функционировать. В 1999–2000 гг. одна санитарно-эпидемиологическая станция в каждом марзе (каждый марз включает 2–4 бывших района) получила статус санитарно-эпидемиологической станции марза, а ее главный врач стал именоваться главным санитарным врачом марза. Эти станции все еще управляются центральной государственной администрацией и отчетываются перед ней. Они несут ответственность за сбор эпидемиологических данных по инфекционным и неинфекционным болезням, за мониторинг санитарных систем и мониторинг качества воздуха и воды. Эти станции представляют собой первую линию реагирования на экологические аварии/катастрофы или вспышки инфекционных заболеваний. Вся эта сеть находится в подчинении заместителя министра Республики, возглавляющего департамент эпидемиологии и выполняющего функции главного санитарного врача Республики. Министерство здравоохранения обеспечивает сбор статистических данных на национальном уровне, с тем чтобы должным образом информировать лиц, отвечающих за разработку политики и планирование служб здравоохранения, а также для того, чтобы обеспечить должный контроль за любыми проводимыми преобразованиями.

Рисунок 6. Число амбулаторных посещений на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 1999 г. (или в последнем году, по которому имеются данные)



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ.

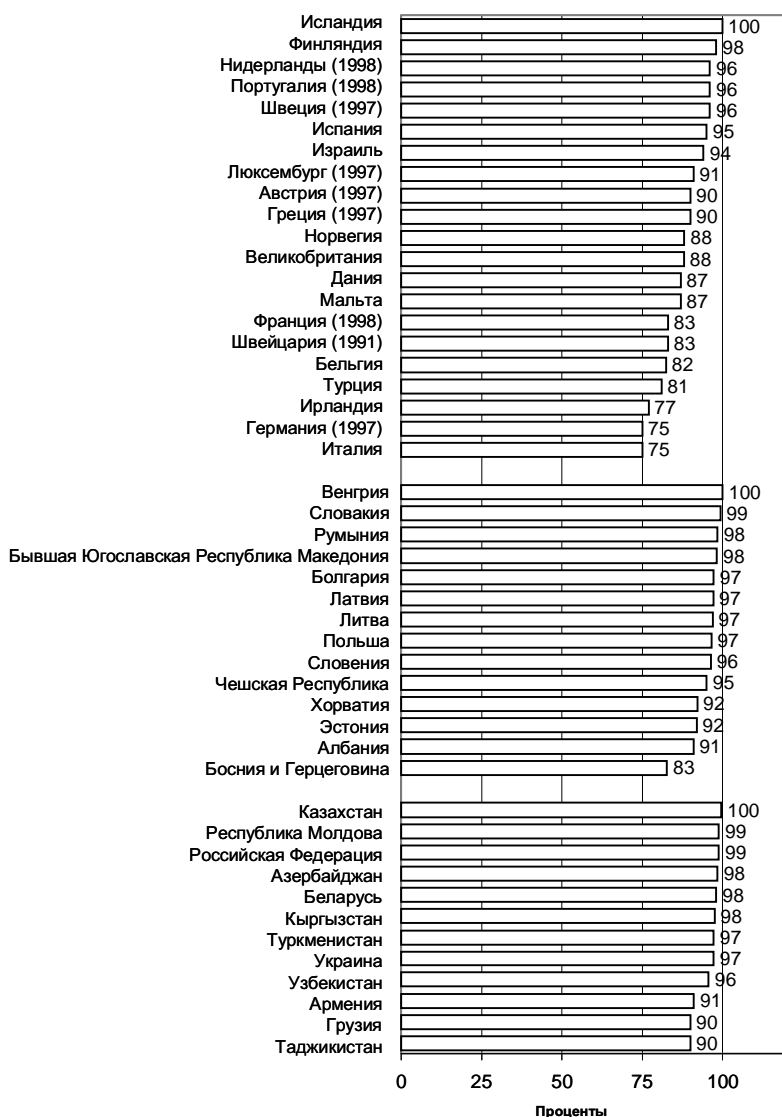
Службы укрепления здоровья не были особенно разветвлены в советский период. Однако даже эти слабые службы пришли в полный упадок после получения страной независимости, и сейчас в Республике не проводится каких-либо программ укрепления здоровья и санитарного просвещения. Национальный институт здоровья, играющий важнейшую роль в сфере разработки политики, хотел бы как можно скорее улучшить ситуацию в этой области и предложил включить вопросы укрепления здоровья во все новые программы подготовки врачей первичного уровня. Если службы укрепления здоровья смогут получить

признание в качестве официального компонента первичной медико-санитарной помощи, они смогут быть включены в общую систему оплаты медицинских услуг, и их будущее в отдаленной перспективе будет гарантировано. Ряд первоначальных шагов в области подготовки по вопросам укрепления здоровья был предпринят колледжем наук о здоровье Американского университета Армении в Ереване в рамках его программы подготовки специалистов общественного здравоохранения.

Профилактическая помощь оказывается с помощью целого ряда различных подходов. Программы вакцинопрофилактики, имеющие давнюю традицию эффективной деятельности (см. рис. 7), обычно проводятся лечебно-профилактическими учреждениями первичного уровня, но контролируются санитарно-эпидемиологической службой, которая использует данные переписи населения для обеспечения охвата всего населения вакцинацией. Большинство армянских детей получают основные прививки, включенные в национальную программу иммунизации (НПИ) Армении, но многие из них, к сожалению, получают их в более поздние сроки, чем те, которые определены НПИ в качестве рекомендуемых. Результаты обследования, проведенного в 1999 г. (Оценка национальной программы иммунизации Армении), показали, что несмотря на трудности 1990-х годов национальной программе удалось обеспечить уровень охвата населения прививками, сопоставимый или даже лучше, чем уровень, достигаемый в других странах бывшего Советского Союза. Услуги по планированию семьи предлагаются либо в рамках общей сети здравпунктов/поликлиник, либо в женских консультациях. Аналогичным образом, такие виды медицинского обслуживания, как антенатальная помощь и скрининг, также предоставляются либо в рамках общей сети ЛПУ, либо в женских консультациях.

Можно рассчитывать, что по мере дальнейшего осуществления реформ будет повышаться значимость вопросов как укрепления здоровья, так и профилактической медицины. Министерство здравоохранения планирует разработать такие механизмы финансирования, которые бы предусматривали ряд стимулов, побуждающих врачей общей практики принимать соответствующие меры. Функции мониторинга состояния окружающей среды и эпиднадзора за инфекционными болезнями, по-видимому, и далее будут относиться к прерогативе центральных органов, однако по мере того, как новое поколение специалистов общественного здравоохранения заканчивает свое обучение, можно предполагать, что они позволят укрепить способность областей самим решать все больший круг задач в этой сфере на местном уровне.

Рисунок 7. Уровни иммунизации против кори в Европейском регионе ВОЗ (1999 г. или последний год, по которому имеются данные).



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех".

Медицинская помощь вторичного и третичного уровней

Вторичная медицинская помощь оказывается 37 областными больницами и рядом более крупных поликлиник, предлагающих специализированные амбулаторные услуги, в то время как третичная медицинская помощь оказывается, в основном, в республиканских больницах и узкопрофильных институтах, расположенных в Ереване. Кроме того, в столице Республики имеются несколько детских больниц и роддомов (N=6). Большинство стационаров принадлежат государству. В настоящее время в Республике имеется 3 частных больницы и одна

больница смешанной формы собственности (частично частная, частично государственная). Кроме того, в Ереване имеется частный диагностический центр, 80% работы которого относится к частному сектору.

Нынешняя модель распределения ЛПУ основана на исторически сложившейся практике, в соответствии с которой при принятии решения о местонахождении медицинских учреждений использовались соответствующие географические и демографические нормативы. До приобретения Арменией независимости широкий круг специализированных медицинских услуг предлагался в каждой больнице, и республиканская система была в состоянии проводить сложные медицинские вмешательства. В связи с экономическими трудностями, имевшими место в переходный период, дальнейшее поддержание такой системы и практики гарантированного доступа ко всем уровням медицинской помощи, оказалось невозможным. Министерство здравоохранения разработало и утвердило ряд критериев, с помощью которых будет проведено четкое разграничение функций и обязанностей между первичным, вторичным и третичным уровнями медицинской помощи, а также будет использоваться система лицензирования для ограничения уровня медицинской помощи, оказываемой в любом конкретном медицинском учреждении.

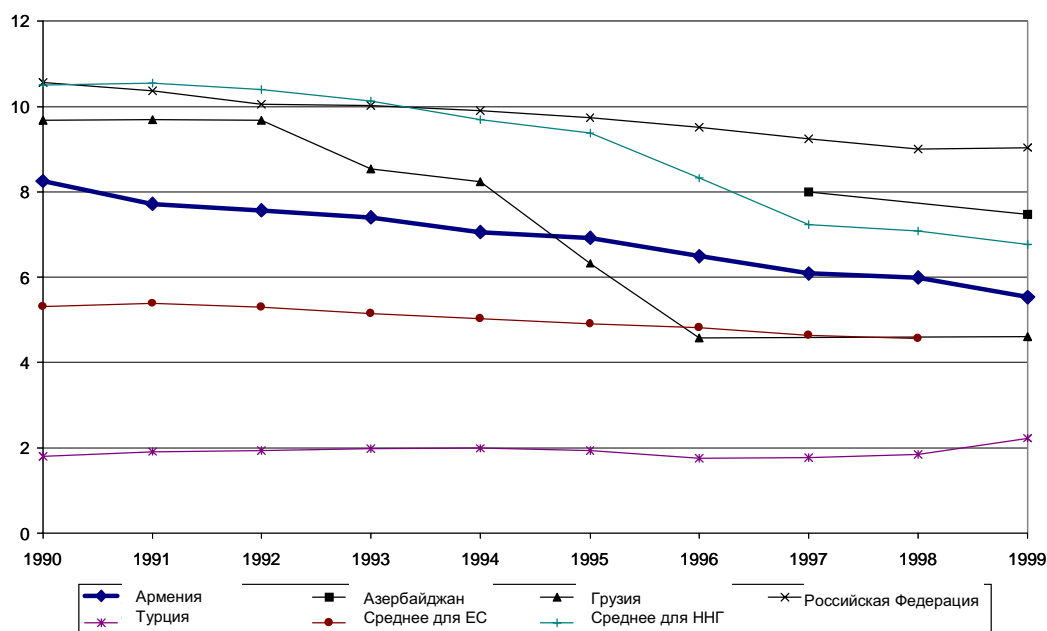
Однако эти реформы еще предстоит осуществить, и нынешний уровень больничного обслуживания в целом остается таким же, как и в советский период. Число коек явно превышает необходимый уровень, и на них отвлекаются ресурсы, которые столь необходимы для первичной медико-санитарной помощи и профилактической медицины. Как видно из рисунка 8, количество больничных коек интенсивной терапии в Армении превышает среднее для Европейского Союза, находясь, однако, ниже средних значений для ННГ. С другой стороны, этот показатель демонстрирует явную тенденцию к снижению, как это отражено на рисунке 9. В 1990 г. таких коек было 8,3 на 1000 населения, а к 1999 г. их число снизилось на 34%, достигнув 5,5.

Советская система финансирования, в которой уровень финансирования зависел от числа больничных коек, привела к повсеместной практике необоснованной и долгосрочной госпитализации больных. Ввиду упадка системы здравоохранения, продолжающихся экономических трудностей и новизны проведенных реформ сейчас трудно получить сколь-либо четкую картину о нынешнем состоянии служб здравоохранения вторичного и третичного уровней. Однако, как показано в таблице 4²¹, показатели занятости больничных коек снизились: с около 65% в 1990 г. и 70–80% в 1980-х годах до 33,4% в 1999 г. Это снижение показателей использования больничных коек особенно примечательно ввиду того факта, что их число за тот же период времени снизилось почти на одну треть. Это представляющееся избыточным число больничных коек фактически объясняется плохим доступом к медицинской помощи, ставшей непозволительно дорогостоящей для значительной доли населения. О серьезности ситуации говорит, в частности, тот факт, что все контингенты населения, не отнесенные к

²¹ Цифры в таблице 4 нельзя непосредственно сопоставить с цифрами в рис.8, рис.9 и таблице 5, так как в первом случае эти данные относятся ко всем больницам, а во втором случае они относятся только к больницам неотложной помощи.

уязвимым группам, вынуждены платить из собственных средств за все виды медицинской помощи вторичного уровня. Более того, государственных средств недостаточно даже для обеспечения базового пакета медицинских услуг, декларированных как государственно гарантируемые. Это утверждение также подтверждается резким снижением показателей госпитализации, которые упали с почти 14 на 100 человек в 1990 г. до 6 в 1999 г. Всемирный банк сделал рекомендацию о закрытии большого числа больниц. Однако Министерство здравоохранения Армении указывает, что низкие показатели занятости больничных коек являются отражением не раздутости стационарного сектора, а скорее экономической недоступности больничной помощи.

Рисунок 8. Количество больничных коек неотложной помощи в Армении и отдельных европейских странах, 1990–1999 гг.



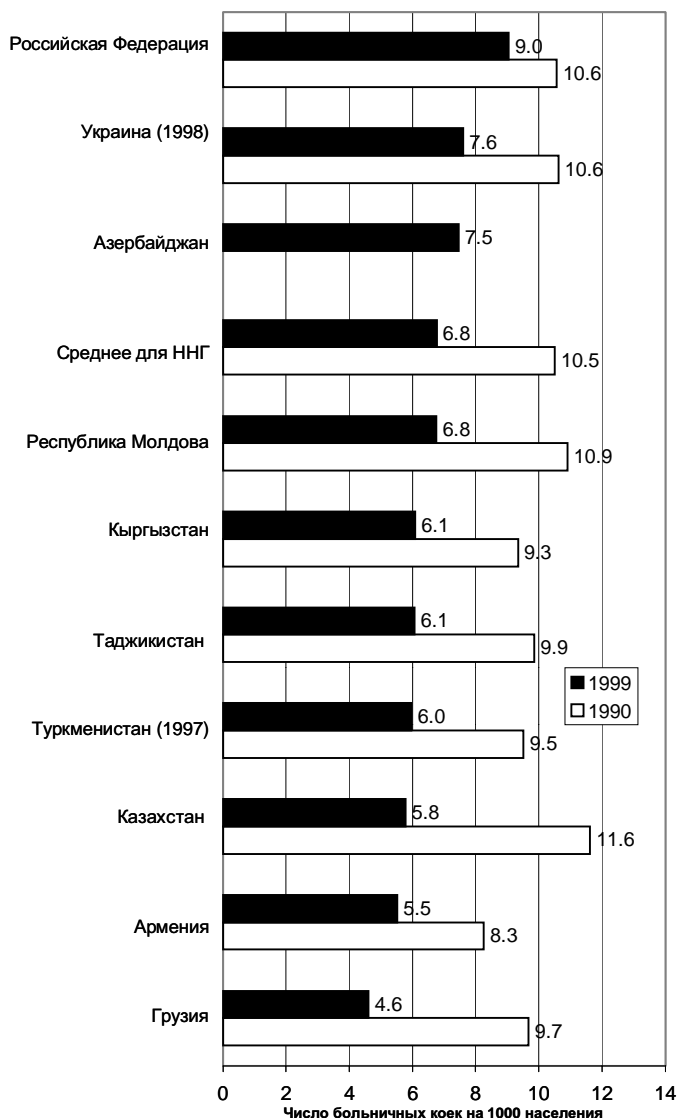
Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех".

Таблица 4. Использование больничных коек в 1990–1999 гг.

Стационарные больные	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Количество больничных коек на 1000 населения	9.09	8.53	8.37	8.21	7.77	7.64	7.13	6.75	6.65	6.20
Число госпитализаций на 100 человек	13.95	12.07	9.61	8.17	7.60	7.48	7.54	6.65	6.20	5.80
Средняя продолжительность госпитализации в днях	15.60	15.45	15.58	15.88	16.32	15.22	14.56	13.86	12.80	12.80
Показатель занятости больничных коек (%)	65.56	59.52	48.63	42.35	42.72	40.14	40.41	38.6	33.70	33.40

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех".

Рисунок 9. Количество больничных коек в больницах неотложной помощи на 1000 населения в новых независимых государствах в 1990 г. и в 1999 г. (или в последнем году, по которому имеются данные).



Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех".

Таблица 5 позволяет с использованием одних и тех же показателей провести сопоставление ситуации в Армении с ситуацией в большинстве стран Европейского региона ВОЗ.

Процесс реформирования означал отход от интегрированной модели организации здравоохранения, и больницы сейчас стали автономными и самофинансирующимися, хотя они и продолжают относиться к государственной форме собственности. Они все еще вынуждены оказывать медицинскую помощь²²

²² В соответствии с 43 признанными категориями медицинской помощи.

населению, имеющему право на гарантируемый государством пакет минимальных медицинских услуг (по ценам, установленным ниже уровня фактической стоимости лечебно-профилактических вмешательств), но для покрытия своих фактических расходов они должны обеспечить достаточный приток финансовых средств за счет платежей самих пациентов. Предполагается, что все это приведет к закрытию многих ЛПУ и, следовательно, к рационализации медицинских служб. Хотя рыночные силы и будут ключевым механизмом, определяющим географическое распределение ЛПУ, они будут сочетаться с осуществлением “планов оптимизации”, которые сейчас разрабатываются областными правительствами и в которых будет предпринята попытка использовать в качестве основы для сокращения числа больничных коек таких, например, критериев, как количество коек на определенное число населения²³.

До последнего времени в системе здравоохранения не было какого-либо механизма оптимального формирования потоков пациентов, и они могли сами записываться на прием к врачам-специалистам. На сегодняшний день Министерство здравоохранения приняло закон, который не только обеспечивает, чтобы на прием к врачам-специалистам попадали только пациенты, имеющие соответствующее направление от врача общей практики, но и поощряет врачей-специалистов направлять пациентов на первичный уровень для дальнейшего наблюдения. Хотя пациенты, сами оплачивающие свои медицинские расходы, и могут продолжить практику чрезмерного использования медицинских услуг вторичного уровня в ущерб собственному бюджету, плательщики третьей стороны обеспечат соблюдение нового подхода в рамках оказания базового пакета медицинских услуг. Минздрав также планирует использовать механизмы лицензирования для сдерживания роста медицинского обслуживания вторичного уровня.

Стандарты медицинской помощи различаются между ЛПУ. Министерство здравоохранения осуществляет мониторинг за качеством медицинской помощи, оказываемой больницами, используя для этой цели следующие показатели: летальность, послеоперационные осложнения, послеоперационная летальность, продолжительность госпитализации в сопоставлении с национальными нормами и т.д. Представляется, что между областными центрами здравоохранения имеются существенные различия по качеству оказываемой ими медицинской помощи.

²³ Как отмечалось выше, в отрасли здравоохранения наблюдается несоответствие этих политических установок, так как первая предполагает придание максимальной самостоятельности больницам, тогда как вторая основана на прямом государственном вмешательстве.

Таблица 5. Показатели, характеризующие деятельность больниц неотложной помощи в Европейском регионе ВОЗ (1999 г. или последний год, по которому имеются данные)

Страна	Число больничных коек на 1000 чел.	Показатели госпитализации на 100 чел.	Средняя продолжительность госпитализации в сутках	Показатель занятости больничных коек (%)
Западная Европа				
Австрия	6.4 ^a	25.8 ^a	6.8 ^a	75.4 ^a
Бельгия 5.2 ^b	18.9 ^c	8.8 ^b		80.9 ^c
Дания	3.4 ^a	18.7	5.7	78.3 ^a
Финляндия	2.5	19.7	4.5	74.0 ^d
Франция	4.3 ^a	20.3 ^d	5.6 ^a	75.7 ^a
Германия	7.0 ^a	19.6 ^b	11.0 ^a	76.6 ^b
Греция	3.9 ^g	—	—	—
Исландия	3.8 ^d	18.1 ^d	6.8 ^d	—
Ирландия	3.2 ^a	14.6 ^a	6.8 ^a	84.3 ^a
Израиль	2.3	17.9	4.3	94.0
Италия	4.5 ^a	17.2 ^a	7.1 ^a	74.1 ^a
Люксембург	5.5 ^a	18.4 ^e	9.8 ^c	74.3 ^e
Мальта	3.8	—	4.2	79.3
Нидерланды	3.4 ^a	9.2 ^a	8.3 ^a	61.3 ^a
Норвегия	3.3 ^a	14.7 ^c	6.5 ^c	81.1 ^c
Португалия	3.1 ^a	11.9 ^a	7.3 ^a	75.5 ^a
Испания	3.2 ^c	11.2 ^c	8.0 ^c	77.3 ^c
Швеция	2.5	15.6 ^a	5.1 ^c	77.5 ^c
Швейцария	4.0 ^a	16.4 ^a	10.0 ^a	84.0 ^a
Турция	2.2	7.3	5.4	57.8
Великобритания	2.4 ^a	21.4 ^c	5.0 ^c	80.8 ^a
СЦВЕ				
Албания	2.8 ^a	—	—	—
Босния и Герцеговина	3.3 ^a	7.2 ^a	9.8 ^a	62.8 ^d
Болгария	7.6 ^c	14.8 ^c	10.7 ^c	64.1 ^c
Хорватия	3.9	13.2	9.4	87.2
Чешская Республика	6.3	18.2	8.7	67.7
Эстония	5.6	18.4	8.0	69.3
Венгрия 5.7	21.8	7.0		73.5
Латвия	6.3	20.0	—	—
Литва	6.4	20.6	9.1	78.8
Польша —	—	—	—	—
Румыния	—	—	—	—
Словакия	7.0	18.4	9.6	69.8
Словения	4.6	16.0	7.6	73.2
Бывшая Югославская Республика Македония	3.4	8.8	8.8	63.0
ННГ				
Армения	5.5	5.6	10.4	29.8
Азербайджан	7.5	4.7	14.9	30.0
Беларусь	—	—	—	88.7 ^e
Грузия	4.6	4.7	8.3	83.0
Казахстан	5.8	14.0	12.3	92.6
Кыргызстан	6.1	15.5	12.8	92.1
Республика Молдова	6.8	14.4	14.0	71.0
Российская Федерация	9.0	20.0	13.7	84.1
Таджикистан	6.1	9.4	13.0	64.2
Туркменистан	6.0 ^b	12.4 ^b	11.1 ^b	72.1 ^b
Украина	7.6 ^a	18.3 ^a	13.4 ^a	88.1 ^a
Узбекистан	—	—	—	—

Источник: База данных Европейского регионального бюро ВОЗ "Здоровье для всех".

Примечание: ^a 1998, ^b 1997, ^c 1996, ^d 1995, ^e 1994, ^f 1993, ^g 1992.

Состояние инфраструктуры больничного сектора в разных зонах страны весьма различно. Многие областные больницы являются старыми; их здания обветшали, а медицинское оборудование плохо поддерживается или уже устарело. Хотя большинство больниц и имеют стандартное оборудование для проведения базовых диагностических исследований, они не могут либо получить, либо оплатить необходимые реагенты и химические препараты. Напротив, медицинские учреждения в пострадавшей от землетрясения зоне оснащены очень хорошо благодаря гуманитарной помощи, направленной на восстановление и оснащение пострадавших стационаров. Инфраструктура больниц в Ереване является неоднородной. Степень удовлетворенности пациентов официально не измеряется, но может быть охарактеризована как низкая. Следует отметить, что в сфере медицинской помощи вторичного уровня наблюдаются некоторые положительные перспективы, что позволяет с большим оптимизмом смотреть на будущее развития служб здравоохранения в Армении. Одним из положительных примеров является больница в Ашотске, которая принадлежит государству и которая несколько лет тому назад была передана в пользование итальянской НПО (Kamelyan Brothers). Данное НПО покрывает все текущие расходы, и высококачественная медицинская помощь оказывается в этой больнице бесплатно.

Социальная помощь

Общественные службы социальной помощи в Армении чрезвычайно ограничены. Частный сектор не участвует в оказании социальных услуг. В Республике имеется одна больница для лиц с умственными или физическим недостатками. Кроме того, в Республике не имеется ни одного дома медсестринской помощи для пациентов, нуждающихся в постоянном и долгосрочном уходе. В Армении не имеется больниц длительного пребывания для хронических больных, каких-либо дневных стационаров для контингентов с особыми потребностями или какой-либо развитой сети социальной помощи. На всю Республику имеется только два дома престарелых. Социально-медицинское обслуживание населения основывается на таких элементах, как армянская традиция ухода за пожилыми или больными членами семьи, гуманитарная помощь, а также использование больниц неотложной помощи для удовлетворения социальных потребностей населения.

Это создает серьезные трудности для системы здравоохранения, уже и так остро страдающей от дефицита ресурсов. Койки интенсивной терапии заняты социальными пациентами, а помощь пожилым и хронически больным пациентам оказывается в ненадлежащих условиях. Особая нагрузка на службы здравоохранения ложится в связи с психическими больными, поскольку предполагается, что они сами должны покрывать расходы за оказание таким больным лечебно-профилактической помощи как в острых, так и в хронических случаях заболевания. Министерство здравоохранения ведет переговоры с Министерством социальных дел с тем, чтобы передать этому ведомству ответственность за семь областных психиатрических больниц, поскольку в них оказывается только долгосрочная помощь хронически больным пациентам с очень

малым компонентом чисто медицинских вмешательств. Отрасль здравоохранения надеется сфокусировать свои ресурсы на работе в двух больницах неотложной помощи и на оказание стационарной помощи в неотложных случаях в рамках больниц общего профиля и в амбулаторно-поликлиническом звене.

Лечение хронических больных в больницах неотложной помощи угрожает новой структуре финансирования, созданной в январе 1996 г. в рамках программы реформирования здравоохранения. Функционирование новой системы возможно только при том условии, что больницы смогут компенсировать низкие платежи третьей стороны за базовый пакет медицинских услуг посредством взимания более высоких платежей за услуги, оказываемые платящим пациентам. Больницы, в которых койки будут заняты хроническими больными, за которых государство расплачивается по очень низким тарифам, вряд ли смогут обеспечить приток средств, необходимых для покрытия всех своих расходов. Министерство здравоохранения рассматривает вопрос об оказании психиатрическим больницам дополнительной поддержки, с тем чтобы компенсировать неизбежные их потери в таких случаях. Однако эта стратегия еще не испытана, и результаты ее осуществления не могут быть оценены на данный момент времени.

Под давлением Министерства здравоохранения Министерство социальных дел уже обязалось оказать системе здравоохранения определенную финансовую помощь в виде компенсации за оказываемые в ее рамках услуги социального характера. В настоящее время оно покупает у отрасли здравоохранения 20 000 койко-дней специально для оказания помощи наиболее социально обделенным группам населения (лица с физическими и умственными недостатками, ветераны войны и т.д.). Однако объем этой поддержки очень мал. Используя материалы переписи населения, Министерство социальных дел идентифицирует наиболее нуждающихся лиц и снабжает их идентификационными карточками, которые дают им право на бесплатную медицинскую помощь. Число таких карточек, распределяемых в областях, основано на численности населения и корректируется с учетом относительного показателя бедности жителей конкретных областей. Число койко-дней, которые будут куплены, определяется, главным образом, объемом имеющихся ресурсов, в то время как размеры охватываемого населения определяются на основе как эпидемиологических данных, так и данных о частоте обращений к медицинским службам соответствующих групп населения. В настоящее время изучается возможность замены таких идентификационных карточек системой наличных платежей (или выдачи ваучеров) лицам, имеющим право на такую помощь.

На 1 января 1998 г. число зарегистрированных пенсионеров составило 587 800 человек, включая 388 898 лиц старше 60 лет (15,2% населения). Согласно действующему законодательству, пенсии выплачиваются фондом пенсий и занятости (обязательные социальные выплаты). Правительство установило минимальную пенсию в размере 2200 драм (4,4 долл. США) в месяц, а средняя пенсия составляет 3645 драм (7,4 долл. США) в месяц.

Поскольку многие пожилые пары и одинокие пенсионеры получают финансовую поддержку от детей, можно сказать, что проблемы пожилых прежде

всего решаются на уровне семьи, а не государства.

Министерство социального обеспечения создало систему семейных пособий. Предварительные оценки показывают, что эта система будет охватывать 200 000 семей. Средние размеры государственной помощи нуждающейся семье составляют 74 500 драм (149 долл. США) в год.

Кадровые ресурсы и их подготовка

Согласно оценке Минздрава, в Армении имеет место большой избыток врачей. Однако, как показано на рис. 10 и рис. 12, по показателю числа врачей на 1000 населения Армения фактически находится на среднем месте среди ННГ, СЦВЕ и стран Западной Европы и ниже средних для ННГ и ЕС. С другой стороны, число медсестер в Армении ниже, чем среднее для СЦВЕ и особенно ННГ, находясь на нижнем конце диапазона значений для ННГ, СЦВЕ и стран Западной Европы, как это показано на рис. 12.

В таблице 6 показано, что число врачей на 1000 населения повысилось на более чем 20% в 1980-е годы, но к 1999 г. оно снизилось практически до уровня 1980 г²⁴. Число стоматологов удвоилось в 1980-е годы и оставалось примерно на том же уровне на протяжении всех 1990-х годов. Число медсестер возросло примерно на 33% в 1980-е годы, затем снизилось в первой половине 1990-х годов и вновь поднялось к 1999 г. до уровня, характерного для начала 1990-х годов.

Число фармацевтов, по-видимому, снижается. Однако это может не отражать реальное положение дел, поскольку после полной приватизации аптек Министерство здравоохранения не получает каких-либо отчетных данных, и поэтому фактическое число фармацевтов неизвестно. Ввиду прибыльности сейчас уже полностью приватизированного фармацевтического сектора, реальное число фармацевтов могло даже увеличиться.

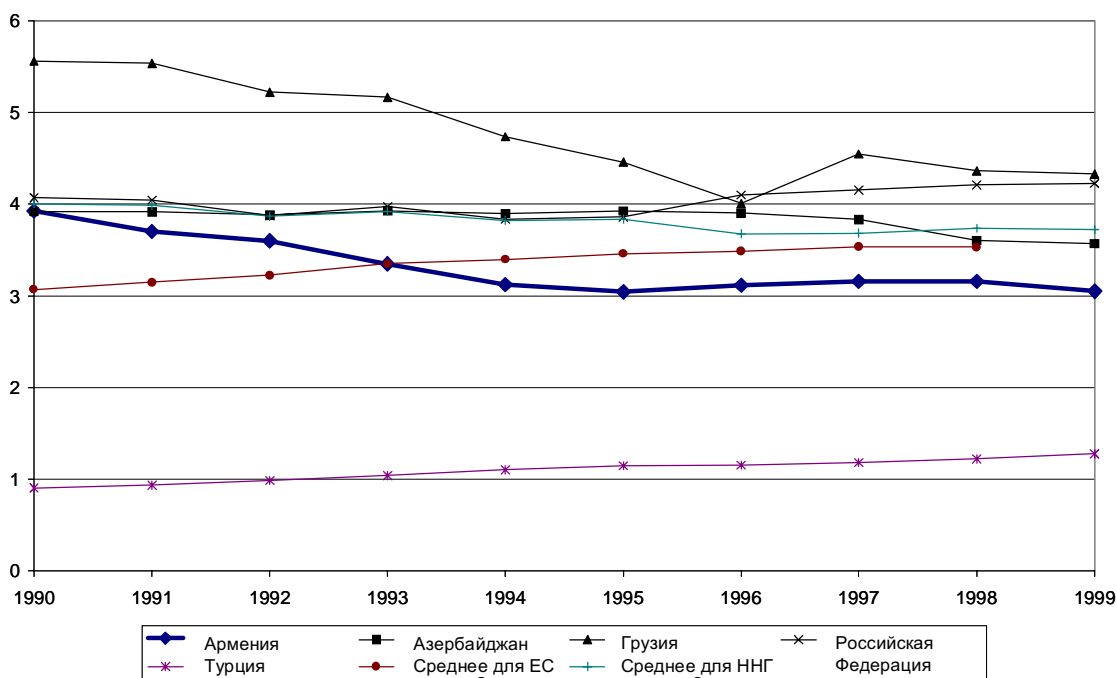
Таблица 6. Персонал здравоохранения, 1980–1999 гг.

На 1000 населения	1980	1985	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999
Врачи	3.21	3.58	3.92	3.60	3.12	3.11	3.40	3.43	3.32
Стоматологи	0.16	0.23	0.32	0.29	0.28	0.29	0.31	0.31	0.30
Медсестры	5.45	6.15	7.29	6.55	5.95	5.43	7.00	6.80	6.49
Акушерки	0.58	0.61	0.67	0.61	0.58	0.54	–	–	–
Фармацевты	0.12	0.19	0.22	0.20	0.13	0.09	0.04	–	–
Выпускники мед. вузов	0.10	0.12	0.10	0.11	0.14	0.14	0.18	0.14	0.09
Выпускники колледжей/ училищ сестринского дела	0.60	0.62	0.72	0.66	0.47	0.44	0.19	0.11	0.35

Источник: Министерство здравоохранения Армении.

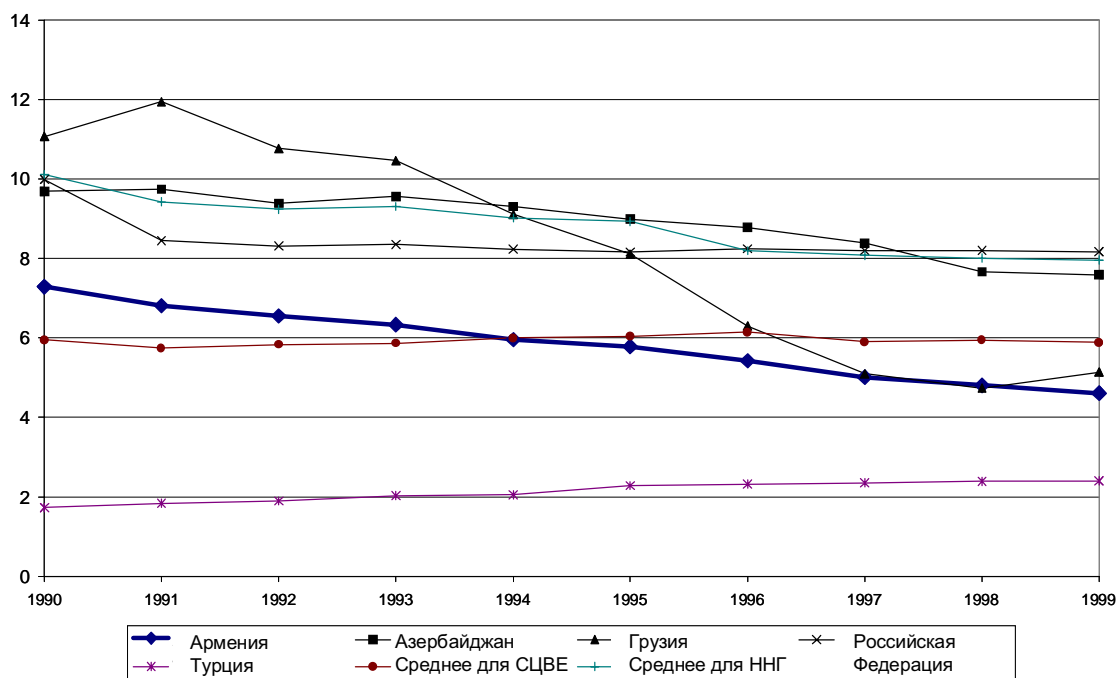
²⁴ Следует отметить, что между данными, представленными Министерством здравоохранения (таблица 6), и данными из базы данных ВОЗ “Здоровье для всех” (рис. 10, рис. 11 и рис. 12) наблюдается определенное несоответствие. Это несоответствие особенно выражено в случае числа медсестер и объясняется использованием различных систем распределения медперсонала по различным категориям.

Рисунок 10. Число врачей на 1000 населения в Армении и отдельных европейских странах, 1990–1999 гг.



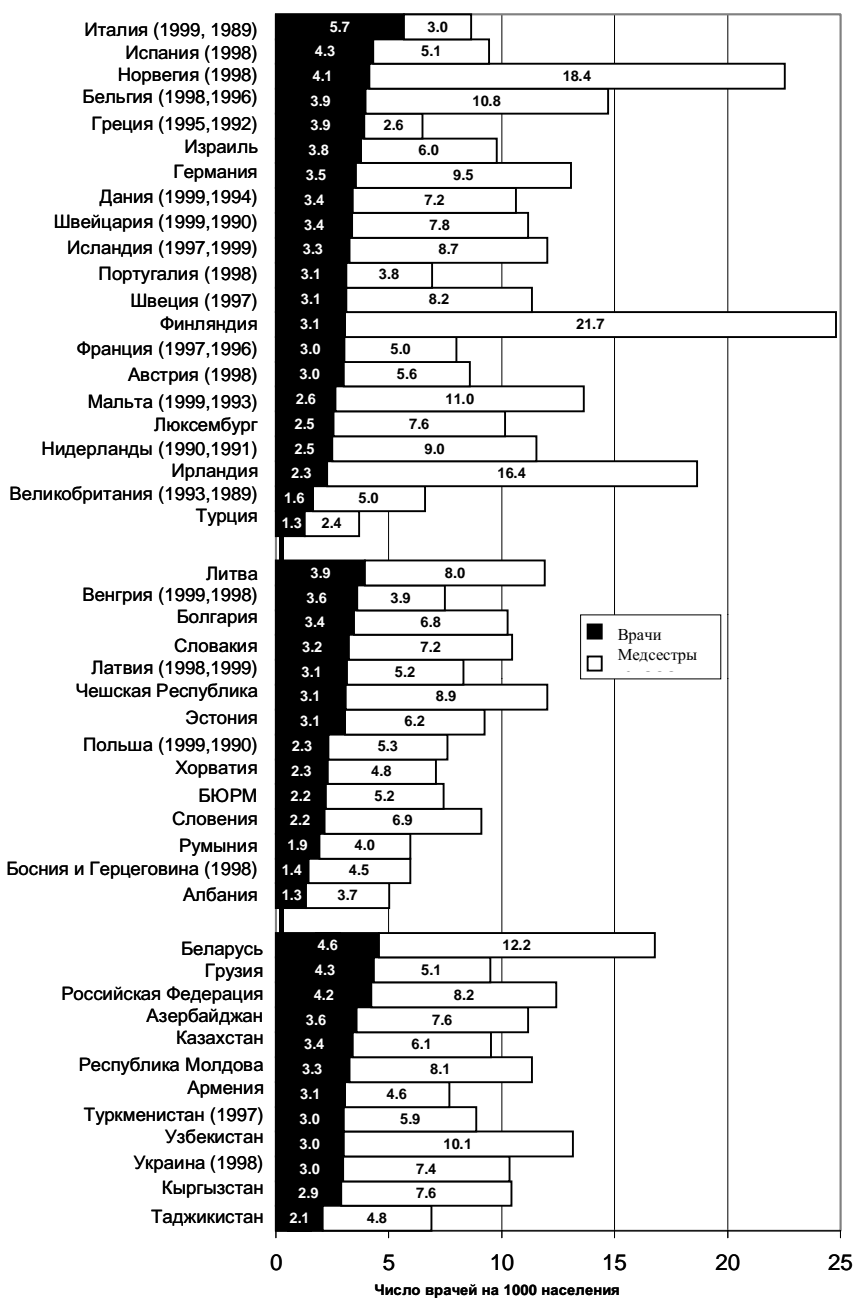
Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех".

Рисунок 11. Число медсестер на 1000 населения в Армении и отдельных европейских странах, 1990–1999 гг.



Источник: Европейская база данных "Здоровье для всех".

Рисунок 12. Число врачей и медсестер в Европейском регионе, 1999 г. (или последний год, по которому имеются данные)



Источник: База данных ЕРБ ВОЗ "Здоровье для всех".

Количество поступающих в медицинские вузы и колледжи и училища сестринского дела продолжает оставаться высоким, несмотря на низкий уровень морали среди медицинских работников и низкий уровень официальной оплаты их труда. Собственно говоря, в период независимости было открыто пять частных медицинских вузов и десять частных медицинских училищ, которые продолжают

набирать студентов, несмотря на тот факт, что Министерство здравоохранения не признает их и не планирует дать их выпускникам возможность сдать государственные экзамены или выдать им лицензии на практику. Министерство здравоохранения аккредитует только один государственный медицинский вуз и семь официальных колледжей сестринского дела. Помимо отказа признать частное медицинское обучение Министерство здравоохранения сокращает количество мест в государственном медицинском вузе. Так, в 1992 г. количество поступивших в этот вуз было равно 700, в то время как в 1995 г. число мест в вузе было только 250, при этом только 100 студентов имели право на бесплатное обучение. Резкое снижение числа заканчивающих обучение врачей в последние годы 1990-х годов наглядно продемонстрировано в таблице 6. Оставшиеся 150 студентов должны сами оплачивать стоимость своего обучения. Поэтому поступление в медицинский вуз стало высококонкурентным; студенты избираются на основе результатов экзаменов и только 40% абитуриентов, получивших наилучшие отметки, получают стипендию. Число мест в колледжах сестринского дела также снижается, хотя в данном случае это сокращение менее выражено. Эти меры по ограничению численности студентов-медиков все в большей степени будут отражаться в уменьшении числа новых медицинских работников, начинающих производственную жизнь. Однако эти меры подняли вопрос о несправедливой конкуренции на места в медицинском вузе между богатыми и бедными абитуриентами.

Министерство здравоохранения также решает вопросы подготовки врачей-специалистов. В частности, оно внедрило практику последипломных резидентур для врачей, желающих получить специализированное образование по какой-либо медицинской специальности и разрабатывает новую программу подготовки для врачей общей практики/семейных врачей. Имеются планы относительно финансирования программ переподготовки небольшого числа врачей, желающих перейти в первичное звено здравоохранения, хотя предполагается, что большинство таких врачей будут сами покрывать расходы на переподготовку. Медсестры обучаются в рамках трех- или четырехлетней программы, при этом в рамках последней программы медсестры подготавливаются для выполнения таких функций, как преподавание, управление, занятие клинических должностей более высокого уровня. Акушеров готовят отдельно от медсестер и, как правило, курс их обучения продолжается 3 года. Программа подготовки фельдшеров также была пересмотрена, и будет состоять из одногодичной интерновской программы по окончании базового медсестринского образования. По завершении этой программы фельдшера получают право выписывать лекарственные средства. Национальный институт здоровья предлагает программу подготовки кадров по управлению и администрации и стремится к наращиванию управленческого потенциала больничного сектора, побуждая директоров больниц сотрудничать с экономистами здравоохранения и профессиональными администраторами. Он также проводит продвинутые курсы подготовки клиницистов и фармацевтов.

Американский университет Армении, основанный в 1991 г., разработал программу обучения магистров общественного здравоохранения, проводящуюся

под эгидой Блумбергской школы общественного здравоохранения при университете Джонса Хопкинса. В рамках этой программы уже подготовлен ряд высококвалифицированных работников здравоохранения, работающих сейчас как в государственных, так и в частных службах здравоохранения. Кроме того, в последние восемь лет эта программа – через свой центр научных исследований по службам здравоохранения – принимала активное участие в проведении ряда научно-исследовательских проектов.

Министерство здравоохранения перестало принимать прямое участие в определении нормативов кадрового укомплектования или оплаты труда медработников и будет полагаться на механизмы саморегулирования и компетентность директоров больниц, которые сами будут определять количество работников, которых они будут набирать, а также уровень их оплаты. Такое положение дел исключает возможность какого-либо прогнозирования ситуации с безработицей медиков, которая станет одной из характеристик системы здравоохранения в Армении. С другой стороны, представляется неизбежным, что большое число медперсонала потеряет свою работу, что уже начинает происходить на практике.

Министерство здравоохранения оставило за собой право регулирования стандартов квалификации медицинского персонала и недавно осуществило реформу системы лицензирования. С 1 апреля 1996 г. все врачи, медсестры и фармацевты должны проходить процесс повторного лицензирования каждые пять лет, уплачивая небольшой гонорар для покрытия административных расходов (от 5 000 до 12 000 армянских драм, что равно 15–25 долл. США). Эта процедура включает компьютеризированный тест, в котором из нескольких возможных ответов выбирается правильный (тест множественного выбора), устный экзамен, анализ производственного опыта кандидатов, а также рассмотрение представленных рекомендаций. Кроме того, в течение любого пятилетнего периода медработники также должны пройти курсы повышения квалификации сроком в 1–4 месяца. Центральный лицензионный совет, состоящий из выдающихся профессоров и возглавляемый министром здравоохранения, рассматривает все заявки и выдает лицензии, действующие только на 5 лет, включая аккредитацию отдельных работников на выполнение тех или иных конкретных вмешательств. В областях не будет каких-либо своих лицензионных органов. Впоследствии эта система будет расширена, с тем чтобы охватить центры здравоохранения, больницы и аптеки.

Система лицензирования может также способствовать снижению численности медперсонала, так как она не позволит практиковать медработникам, не отвечающим требованиям Министерства здравоохранения. Однако она разработана, главным образом, для повышения стандартов качества, а не для сокращения численности персонала. Эта система обеспечит, чтобы квалификация персонала соответствовала современным требованиям, и чтобы он своевременно проходил курсы повышения квалификации.

Таким образом, в процессе реформирования здравоохранения ставится задача решения ключевых вопросов кадровых ресурсов, связанных с переизбытком кадров и низким качеством медицинской помощи, за счет реструктуризации механизмов оплаты медицинских услуг и лицензирования. Реализации этих инициатив будут способствовать пересмотренные программы подготовки кадров и уделение большего внимания вопросам повышения управленческих навыков.

Фармацевтические препараты и оценка технологии здравоохранения

Цели и стратегии Армении в области лекарственных средств описаны в документе по политике в отношении фармацевтических препаратов, который был подготовлен на раннем этапе переходного периода и во многом способствовал достижению консенсуса в рамках отрасли и привлечению внимания политиков к проблемам здравоохранения. Помимо этого, обсуждения, касающиеся закона о лекарственных средствах и, в частности, вопросов регулирования медикаментов и лицензирования, стимулировали дискуссии о месте фармацевтических препаратов в системе здравоохранения, о степени допустимого участия частного сектора и о том, как отрасль должна развиваться в будущем.

Резкое ухудшение системы здравоохранения в 1990-е годы и приток лекарственных средств, поступающих через программы гуманитарной помощи, делает трудной задачу точного описания уровней потребления фармацевтических препаратов. В начале 1990-х годов многие медикаменты просто отсутствовали, и уровень их потребления был низким. Однако Министерство здравоохранения определило в качестве одной из важнейших проблем практику нерационального и чрезмерного назначения лекарственных средств, что еще более усугублялось соответствующими ожиданиями пациентов. Врачи, привыкшие к практически неограниченной свободе выписывать “бесплатные” лекарства и вынужденные сейчас отказаться от этой практики, считают недавние меры, направленные на формирование практики более рационального назначения медикаментов, лишь временным явлением.

Ввиду того факта, что большинство фармацевтических препаратов импортируется²⁵ и поэтому они относительно дорогие, Министерство здравоохранения предприняло шаги для поощрения более эффективных с точки зрения затрат подходов к использованию лекарств. В соответствии с проведенными реформами группы населения, имеющие право на гарантируемый государством базовый пакет медицинских услуг, должны получать бесплатно медикаменты, когда они попадают в больницы, а больницы должны покрывать стоимость лекарств из фиксированных тарифов на ведение случая болезни. Предполагается, что этот подход будет побуждать больницы осуществлять контроль за практикой назначения лекарственных средств и стремиться к снижению числа выписываемых медикаментов. Однако на практике государственные средства недостаточны для полного покрытия расходов на медикаментозное лечение в больницах, в результате чего даже пациенты,

²⁵ Главным образом, из Российской Федерации.

относящиеся к уязвимым группам населения, часто вынуждены платить из собственных средств. Согласно оценкам, до 80% лекарств, принимаемых в стационарах, покупается частным образом самими пациентами. Амбулаторные больные, охватываемые базовым пакетом медицинских услуг, официально должны платить только номинальную сумму за необходимые им лекарства, а государство должно возмещать аптекам их полную стоимость. Однако на практике трудно найти какие-либо примеры такого возмещения, и фактически даже пациенты из уязвимых групп населения вынуждены оплачивать полную стоимость медикаментов. Поскольку практически все пациенты, как имеющие, так и не имеющие право на гарантируемые государством медицинские услуги, должны сами оплачивать лекарственные средства, предполагается что это уменьшит давление потребителей на врачей выписывать как можно больше лекарств и ограничит их потребление.

В рамках национальной политики в области лекарственных средств, принятой в 1995 г., Министерство здравоохранения способствует внедрению и развитию концепции основных лекарственных средств. Данная политика побуждает врачей выписывать препараты-генерики из национального перечня основных лекарственных средств и фармакологического справочника Армении, изданного в 1997 г. В мае 1997 г. была внедрена новая система мониторинга за ценами на фармацевтические препараты. В 1998 г. в десяти больницах Еревана были созданы десять лекарственно-терапевтических комитетов. В период 1998–2000 гг. были подготовлены и опубликованы руководства по оптимальному медикаментозному лечению 40 приоритетных болезней. Министерство здравоохранения также несет ответственность за обеспечение того, чтобы Армения осуществляла утвержденную политику в отношении контролируемых лекарственных средств.

Несмотря на прогресс, достигнутый в области рационализации потребления и регулирования лекарственных средств, коррективные меры в отношении ненадлежащего назначения лекарств являются недостаточными, что объясняется такими факторами, как ограниченное число исследований по использованию лекарств, нехватка или отсутствие механизмов мониторинга неблагоприятных реакций на лекарственные средства, недостаточный объем статистической информации о связанных с лекарствами проблемах.

Фактическое наличие лекарственных средств продолжает оставаться проблемой, хотя ситуация с лекарственным обеспечением значительно улучшилась после приватизации аптек, которые сейчас имеют полную свободу импортировать и покупать медикаменты. Министерство здравоохранения осуществляет мониторинг и надзор за качеством лекарственных средств на основе национального закона в области лекарственных средств, принятого в 1997 г. За внедрение этого закона в жизнь отвечает лицензионная комиссия, возглавляемая министром здравоохранения, а также созданное в 1997 г. Агентство лекарственных средств и медицинских технологий. Уровень прибыли в рамках каналов распределения лекарств ограничивается законом 32% от покупной цены. Хотя частный фармацевтический сектор является еще очень новым, отдельные аптеки,

по-видимому, уже начали заключать независимые соглашения об импорте лекарств, а также начала формироваться практика оптового импорта фармацевтических препаратов. Министерство здравоохранения также закупает лекарства для ключевых государственных программ, таких, как лечение диабета и туберкулеза, и распределяет основные лекарственные средства, получаемые в рамках программ гуманитарной помощи. Лекарства, получаемые через такие программы, согласно оценкам, составляют 40–45% от всех потребляемых фармацевтических препаратов²⁶.

Нехватка финансовых средств для здравоохранения и лекарств привела к тому, что приобретение основных лекарственных средств для все большей доли населения становится экономически недоступным. Меры по ограничению расходов в фармацевтическом секторе в основном были направлены на снижение цен на лекарственные средства, в то время как другие меры, такие, например, как назначение препаратов-генериков, меры, направленные на уменьшение объемов использования лекарств, и стимулы, побуждающие использование недорогих медикаментов, все еще не используются сколь-либо широким образом, несмотря на государственные попытки внедрить их в максимально возможной степени. Налог на добавленную стоимость на фармацевтические препараты еще больше усугубляет проблему финансовой доступности основных лекарственных средств.

Таким образом, основные области разработки политики включают усовершенствование практики назначения лекарств и обеспечение лучшего к ним доступа, улучшение работы аптек и системы управления лекарственными средствами, а также создание хорошо функционирующих регулирующих, лицензионных и инспекционных систем, позволяющих обеспечить должное качество фармацевтических препаратов на рынке Армении. В частности, с целью улучшения ситуации с лекарственным обеспечением населения Республики в сотрудничестве с ВОЗ проводятся следующие проекты:

- эффективное с точки зрения затрат управление лекарственными средствами в группе пилотных больниц наряду с улучшенными методами лекарственного обеспечения, улучшенной практикой назначения лекарств за счет более оптимального выбора и использования соответствующих руководств, а также усилением роли больничных аптек;
- пилотный проект по возмещению расходов на лекарственные средства в Котайкском марзе, направленный на улучшение доступа к высококачественным лекарствам для малоимущих групп населения с относительно высокими расходами на лекарства;
- улучшение качества фармацевтических служб за счет обеспечения выполнения эффективных правил работы;
- улучшение результатов лечения за счет эффективного использования различных подходов и механизмов надлежащего назначения и использования

²⁶ Однако вполне возможно, что в этой цифре не учтен “серый” рынок, масштабы которого весьма значительны, особенно ввиду того факта, что фармацевтические препараты облагаются налогом на добавленную стоимость.

лекарственных средств;

- разработка плана действий по осуществлению национальной политики в области лекарственных средств, необходимого для координации работы по реализации и мониторингу этой политики, а также для обеспечения более активного участия всех заинтересованных сторон на различных уровнях.

В настоящее время система здравоохранения практически не закупает медицинское оборудование, а также испытывает серьезные трудности с техническим обеспечением и поддержанием функционирования имеющегося оборудования. С другой стороны, благодаря приобретению большей независимости, больницы теперь имеют право закупать любое оборудование, если у них для этого имеются соответствующие средства. Министерство здравоохранения осознает опасность того, что с восстановлением экономики в системе здравоохранения могут возникнуть такие проблемы, как необоснованное инвестирование в высокотехнологические приборы и аппаратуру, и планирует предпринять соответствующие корректирующие меры в рамках новой системы лицензирования. Больницы будут вынуждены обращаться за лицензиями не только для персонала, который будет работать с тем или иным прибором, но также и для самого прибор. Министерство здравоохранения планирует не выдавать лицензии на оборудование, которое представляется неуместным, и попытается ограничить практику приобретения высокотехнологического оборудования рамками служб медицинской помощи третичного уровня.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ

Создание бюджетов третьей стороны и распределение ресурсов

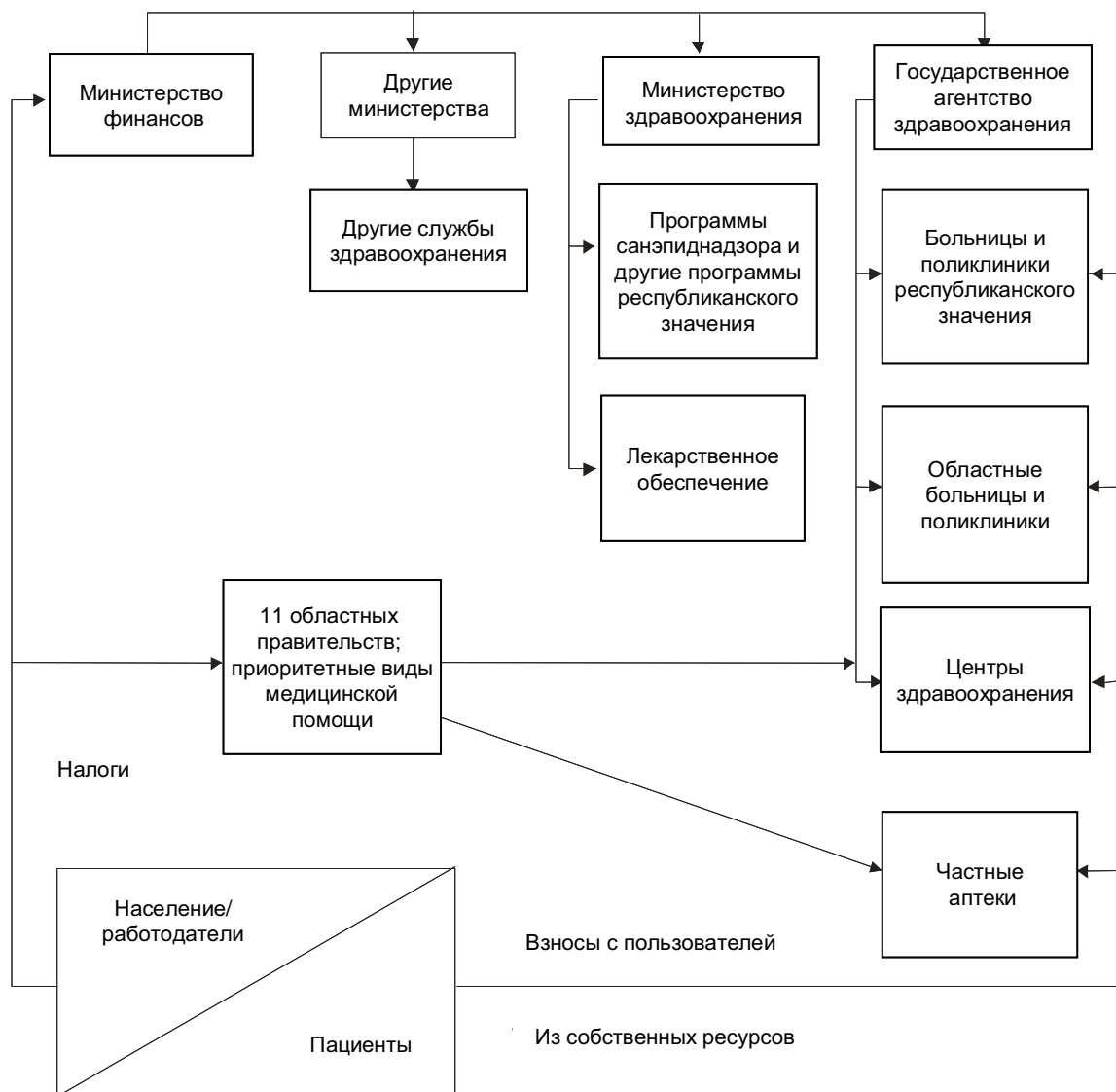
Проведенные реформы значительно изменили бюджетную ситуацию в рамках системы здравоохранения Армении. С 1997 г. государственные средства направляются только на обеспечение базового пакета медицинских услуг. Бюджет формируется Министерством здравоохранения на основе числа и распределения различных категорий болезней среди охватываемого населения в предыдущий год и фиксированных тарифов оплаты за койко-дни и амбулаторные посещения. В бюджет также включены расходы на республиканские санитарно-эпидемиологические службы. Министерство финансов одобряет проект бюджета и представляет его парламенту для утверждения и формального принятия.

Основные бюджетные статьи в финансируемых государством программах здравоохранения включают следующие:

- управленческие и административные расходы в сфере здравоохранения, оплачиваемые из государственного бюджета;
- больничная помощь, включая лечение туберкулеза, инфекционных заболеваний и заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), охрана материнства, психиатрическая помощь, наркология, гемодиализ, другие услуги (например, услуги для социально уязвимых групп);
- первичная медико-санитарная помощь (базовые услуги для детей, социально уязвимых групп, взрослых, пожилых);
- неотложная медицинская помощь;
- санитарно-гигиенические и противоэпидемические службы;
- другие расходы, связанные с охраной здоровья населения.

В период с 1995 по 1998 гг. государственные бюджетные ресурсы на здравоохранение распределялись между Министерством здравоохранения и областными правительствами, которые после децентрализации в середине 1990-х годов стали играть роль крупных плательщиков третьей стороны для служб здравоохранения.

Рисунок 13. Схема потоков финансовых средств



В 1998 г. в Армении при поддержке Всемирного банка в качестве первоначального шага к созданию социальной системы медицинского страхования было создано Государственное агентство здравоохранения, являющееся независимой правительственной организацией, взявшей на себя обязанности, связанные с финансированием здравоохранения. Однако поскольку финансовые реформы еще не достигли уровня сбора взносов за медицинское страхование и поскольку все виды государственного финансирования служб здравоохранения сводятся только к доходам за счет налогообложения, его задачи в настоящее время ограничены распределением полученных от Министерства финансов государственных ассигнований между медицинскими учреждениями. Таким образом, на данный момент оно выполняет функции плательщика третьей стороны для лечебно-профилактических учреждений первичного, вторичного и третичного уровней. Государственный бюджет на цели

здравоохранения распределяется между Министерством здравоохранения (около 20% в 1999 г.) и Государственным агентством здравоохранения (около 80%).

Государственное агентство здравоохранения распределяет государственные средства на подушевой основе по 11 марзам (областям) за первичную медико-санитарную помощь и по глобальным бюджетам на вторичную и третичную медицинскую помощь. Эти средства направляются непосредственно производителям медицинских услуг на контрактной основе. Хотя в 1998 г. 11 марзов утратили свою роль в распределении государственных бюджетных средств на здравоохранение, они могут пополнять государственные фонды за счет местных доходов, если они захотят это сделать.

Капиталовложения уже более не финансируются с центрального уровня. Единственный бюджет капиталовложений, сохраненный на областном и центральном уровнях – это минимальная сумма, предназначенная на ремонтно-восстановительные работы.

В конце 1999 г. Министерство здравоохранения подготовило новую политику, относящуюся к структуре, управлению и финансированию системы здравоохранения, внедрение которой должно было начаться с 2000 г. Важнейшими новыми элементами этой политики были: уточнение сферы полномочий государственного здравоохранения и попытка снова поставить его под контроль Министерства здравоохранения. Эта новая политика также предусматривает выделение в системе здравоохранения ряда больниц, которые в экспериментальном порядке будут финансироваться только за счет государственных средств. Эти новые подходы находятся сейчас на этапе обсуждения.

Финансирование больниц

В прежние времена районные администрации утверждали уровень бюджетных ассигнований для больниц в соответствии с числом коек и размерами амбулаторных служб²⁷. В период реформирования системы здравоохранения уровень финансирования больниц зависел не от их размеров, а от количества пролеченных случаев. Министерство здравоохранения устанавливало фиксированную цену за амбулаторный визит и за койко-день, а также рассчитывало среднюю продолжительность госпитализации для каждой категории госпитализированных больных. Оно также установило для каждой такой категории соответствующие коэффициенты, отражающие различия в стоимости лечения разных терапевтических и хирургических случаев. Затем местная администрация с учетом числа ранее пролеченных случаев рассчитывала стоимость дальнейшего оказания медицинской помощи населению, используя для этой цели установленные Минздравом цены. Бюджеты больниц рассчитывались на этой основе, а деньги выплачивались авансом на ежеквартальной основе. В конце каждого квартала проводился обзор проделанной больницей работы, и в бюджет на следующий квартал вносились коррективы, отражающие фактический объем

²⁷ Директора больниц также управляли бюджетами поликлиник.

оказанной медицинской помощи.

С июля 1997 г. финансирование первичной (амбулаторной) медицинской помощи осуществляется на подушевой основе, а финансирование больниц зависит от объема оказываемых медицинских услуг (ведение случаев заболевания). ЛПУ получают фиксированную сумму за каждый ожидаемый амбулаторный визит и за каждый ожидаемый день госпитализации больного. Каких-либо переговоров на областном уровне не ведется, но местные коррективы в бюджет вносятся ежеквартально. Надлежащее число амбулаторных визитов при каждом заболевании устанавливается Министерством здравоохранения, для того чтобы предупредить злоупотребление системой, например, четыре визита на случай пневмонии, десять рутинных посещений ребенка в течение первого года его жизни и т.д. Уровень ассигнований за случай госпитализации определяется на центральном уровне и отражает среднюю продолжительность госпитализации в предыдущем году. Эти ассигнования охватывают все издержки, связанные как с использованием лекарств, так и с проведением лечения. Больницы могут оставлять у себя средства, сэкономленные за счет снижения продолжительности госпитализации, и предполагается, что это в конечном итоге уменьшит уровень фиксированных платежей за случай заболевания, поскольку средняя продолжительность госпитализации на случай будет пересматриваться ежегодно.

В июне 2000 г. правительственный указ о базовом пакете медицинских услуг (БПМУ) внедрил в практику концепцию глобального бюджета больниц как способа контролирования повышения расходов (эта практика действует с 1 августа 2000 г.). В этом же указе были назначены две бесплатные больницы для всего населения.

Больницы устанавливают свои собственные цены за все вмешательства, не включенные в базовый пакет, используя для этой цели метод установления стоимости лечения случая, дополняемого суточным тарифом за гостиничные услуги. Предполагается, что они должны подготавливать четкий и подробный прейскурант цен, а также точное содержание каждого пакета медицинских услуг. Весьма вероятно, что они будут взимать плату за дополнительные вмешательства, за тесты и т. д. Сейчас еще слишком рано определить точно, какое воздействие эти изменения окажут на систему здравоохранения, но суточная плата может быть около 5000 драм (8–10 долл. США), а базовые операции могут стоить до 120 000 драм. Амбулаторные центры также имеют право устанавливать цены за амбулаторные медицинские услуги и будут публиковать тарифы платежей за посещения, рентгенологические исследования и т.д. Министерство здравоохранения будет осуществлять контроль за деятельностью больниц и поликлиник и установит потолок на размеры их прибыли.

Предполагается, что больницы будут обеспечивать достаточный приток средств для выплаты зарплаты медперсоналу²⁸ и они будут выплачивать 37% налогов от общих фондов на заработную плату. На них также будут налагаться все другие налоги, налагаемые на предприятия, налоги на землю и т.д., однако они будут освобождены от

²⁸ 40% от объема всех платежей, по-видимому, пойдет на покрытие расходов по персоналу.

налогов на оборудование, а также от налогов на добавленную стоимость (обычно 20%). В настоящее время предполагается, что больницы должны платить за электричество, но правительство часто освобождает их от этого вида расходов, поскольку больницы не могут оплачивать все свои издержки. В отдаленной перспективе эти непрямые субсидии больницам и поликлиникам, по-видимому, будут отменены.

Ввиду излишнего количества коек и персонала, а также показателя занятости больничных коек, равного 33%, можно уверенно говорить о том, что эффективность работы больничного сектора может быть существенно улучшена. Реформы здравоохранения, в частности, были направлены на то, чтобы использовать рыночные механизмы в отрасли здравоохранения, исходя из той предпосылки, что это позволит рационализировать систему медицинского обеспечения населения. При составлении плана этих реформ был также учтен тот факт, что система налогообложения не способна привлечь достаточный уровень доходов для финансирования служб здравоохранения. Ввиду вышеуказанного, реформы также предусматривают передать часть ответственности за финансирование базового пакета медицинских услуг на уровень стационаров. Цены за медицинские услуги, оплачиваемые третьей стороной, установлены ниже уровня фактических расходов больниц, и поскольку больницы обязаны оказывать лечебно-профилактическую помощь уязвимым группам населения, им придется – для того, чтобы обеспечить свою жизнеспособность – получать дополнительные доходы за счет пациентов, оплачивающих медицинские расходы из собственных средств. Рассмотренные изменения являются радикальными по своему характеру и находятся пока что на стадии их внедрения. Поэтому сейчас еще слишком рано проводить оценку воздействия реформ в сфере финансирования больниц. Однако можно предполагать, что многие из них закроются.

Оплата труда медперсонала

До 5 марта 1996 г. врачи и медсестры получали фиксированную зарплату. Медсестры получали зарплату, превышающую минимальный уровень зарплаты в 2,5 раза, а врачи получали оклад, превышающий минимальный уровень зарплаты в 4,2–4,5 раза (в зависимости от стажа работы). Эти уровни зарплаты были близки к национальному среднему, но гораздо ниже уровня зарплаты, которую получали фабричные рабочие. В отрасли здравоохранения не было каких-либо стимулов лечить большое количество пациентов или оказывать им высококачественную медицинскую помощь. В отрасли было большое число медработников, которых можно было охарактеризовать как “непроизводительные” или “неполностью занятые”.

Процесс реформирования радикально изменил структуру окладов и покончил с практикой центрального регулирования зарплат. Директора больниц в настоящее время имеют право договариваться об условиях конкретных контрактов со всеми работниками стационаров. Сейчас еще слишком рано давать какую-либо оценку результатам этих преобразований, однако Министерство здравоохранения рассчитывает, что в будущем уровень оплаты как врачей, так и медсестер будет

тесно взаимосвязан с их производительностью.

Оплата медицинской помощи, оказываемой всем пациентам, производится либо третьей стороной, либо из собственных средств пациентов, и директора больниц способны рассчитать число пациентов, которых принимает каждый медработник, и, следовательно, уровень его зарплаты. Эта практика распространяется как на медсестер, так и на врачей²⁹. Суть этого подхода заключается в том, что фиксированные зарплаты будут отменены, а медперсонал будет получать определенную долю от платежей, выплачиваемых из собственных средств пациентов, плюс определенную долю от платежей, производимых третьей стороной за оказание медпомощи уязвимым группам населения. На расходы на зарплату, по-видимому, пойдет от 20% до 40% платежей, произведенных за каждый случай. Больницы не будут получать каких-либо субсидий, помогающих им покрывать расходы на персонал, и медработники сами будут обязаны обеспечить привлечение такого уровня доходов, которых будет достаточно для оплаты их труда.

Базовый пакет платежей рассчитывается таким образом, что врачи или медсестры, оказывающие лечебно-профилактическую помощь базовому числу пациентов, смогут покрывать расходы на выплату минимальной зарплаты. Однако человек практически не может прожить только на минимальную зарплату, и поэтому в нынешней системе оплаты труда медперсонала имеются сильные стимулы для того, чтобы медработники работали как можно более эффективно и принимали дополнительных пациентов. Тот факт, что пациенты сейчас имеют юридическое право выбрать своего собственного врача, также является стимулом для врачей оказывать пациентам высококачественную медицинскую помощь, поскольку врачи, привлекающие большее число пациентов, будут иметь большую возможность получения дополнительной прибыли.

Этот подход охватывает все категории медперсонала, работающего на первичном, вторичном и третичном уровнях здравоохранения. Пока что еще невозможно делать какие-либо комментарии относительно результатов реализации этого подхода, однако предполагается, что по мере того, как больницы будут решать проблему излишнего количества медперсонала, среди медицинских работников существенно повысится уровень безработицы. Новый подход, по-видимому, также позволит идентифицировать тех врачей и медсестер, которые наименее эффективны или мотивированы, и уволить их из системы здравоохранения

Министерство здравоохранения также разрабатывает планы внедрения новых механизмов оплаты труда такой новой категории медиков, как врачи общей практики/семейные врачи. Эти механизмы, по-видимому, будут включать подушевые гонорары и, возможно, дополнительные/целевые платежи, хотя эти планы пока что еще до конца не проработаны. В этой области пока что не имеется каких-либо уже работающих специалистов. Несмотря на то, что нынешние врачи-

²⁹ Медсестры оказывают помощь определенному числу конкретных пациентов, и поэтому имеются все предпосылки для мониторинга их рабочей нагрузки.

специалисты проходят переподготовку по специальности общая практика или семейная медицина, после окончания обучения они возвращаются на свои прежние должности. Эта программа переподготовки поддерживается займом Всемирного банка.

В Республике наблюдается определенное противодействие этим инициативам, поскольку предлагаемые реформы угрожают покончить с практикой неофициальных платежей, ставших основным источником доходов для медработников. Высказываются опасения, что с внедрением новой системы все доходы придется декларировать и, следовательно, за них придется платить налоги.

РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Цели и задачи

Необходимость в реформировании системы здравоохранения Армении была обусловлена прежде всего экономическими причинами. Система здравоохранения, которая была унаследована от прежней социально-экономической системы, была рассчитана на преуспевающую страну, и в ней было избыточное количество медицинских работников и больничных коек. Тяжелый социально-экономический кризис, разразившийся в стране в начале 1990-х годов, обусловил необходимость радикальных преобразований в системе финансирования и оказания медицинской помощи. Другими движущими силами реформ были также приверженность принципам большей открытости и демократии и стремление к децентрализации, что было своего рода реакцией на чрезмерно бюрократический и директивный стиль централизованной советской системы здравоохранения.

Под влиянием проведенных реформ система здравоохранения во многом изменилась, в частности:

- Министерство здравоохранения отходит от функций планирования и управления и все в большей степени будет ограничивать свою деятельность такими функциями, как мониторинг, регулирование и лицензирование служб здравоохранения.
- В настоящее время государство предоставляет только базовый пакет медицинских услуг в особых обстоятельствах, возложив бремя оплаты медицинских услуг на самих пациентов.
- Платежи из собственных средств пациентов формируют большую часть финансов служб здравоохранения, и больницы все в большей степени становятся самофинансируемыми автономными учреждениями, отвечающими за покрытие своих собственных расходов.
- Оплата врачей и медсестер будет зависеть от объема и качества проводимой ими работы и перестанет быть просто отражением того факта, что они приходят на работу.
- Был принят закон, открывающий возможности для развития частной медицины, и в Республике также имеются планы внедрения систем медицинского страхования и расширения практики заключения контрактов.

Министерство здравоохранения надеется, что процесс реформирования также приведет к постановке большего акцента на первичную медико-санитарную помощь, и что развитие таких направлений здравоохранения, как профилактическая медицина и укрепление здоровья, побудят население взять большую ответственность за свое собственное здоровье.

Реформы являются отражением реалий, характерных для армянского общества. В частности, в них признан тот факт, что большая доля экономической деятельности осуществляется в неофициальном секторе и что государство не

способно обеспечить сбор достаточного объема налогов для финансирования адекватной медицинской помощи для всего населения. В них также находит отражение концепция ответственности общества за предоставление минимального пакета медицинских услуг наиболее уязвимым группам населения. Таким образом, на отдельные лица и больницы возлагается ответственность финансирования медицинских услуг и субсидирования базового пакета медицинской помощи.

Эти реформы также внедряют рыночные механизмы в систему здравоохранения. В частности, это является отражением веры в рыночные силы, но главным образом, это является признанием наличия политических препятствий на пути закрытия больниц и увольнения значительного числа медперсонала. Министерство здравоохранения, с одной стороны, планирует использовать рыночные силы для рационализации системы оказания медицинских услуг, а с другой стороны, использовать механизмы лицензирования и регулирования для того, чтобы обеспечить население надлежащей медицинской помощью, удовлетворяющей установленным нормативам.

Основные принципы функционирования системы здравоохранения, поддерживаемые в настоящее время правительством, включают следующие:

- Службы здравоохранения должны быть равными и справедливыми для всех. Это означает, что уязвимые группы населения также имеют доступ к службам здравоохранения. Для этой цели, в частности, должны использоваться государственные средства. Уязвимые группы населения также должны хорошо знать, что они имеют право на получение бесплатной медицинской помощи. Такая система сможет быть эффективной, если к категории малоимущих относится не более 20% населения. В то же время относительно обеспеченные слои населения должны иметь доступ к пакету медицинских услуг через систему частного финансирования, что мотивирует их выплачивать страховые взносы.
- Система здравоохранения должна стать более эффективной. Повышение эффективности должно произойти за счет улучшения системы управления лечебно-профилактическими учреждениями, в частности, благодаря процессу децентрализации ЛПУ и придания им более независимого характера; за счет умелого использования частного сектора; а также за счет более эффективного использования государственных средств в поддержку малоимущих, программ общественного здравоохранения и служб первичной медицинской помощи. Больницы должны, в основном, приобрести характер самофинансируемых учреждений.
- Цели и задачи гарантируемых государством медицинских услуг должны быть реалистичными. Поддерживаемые государством программы должны адекватно финансироваться, в противном случае правительство должно отказаться от их финансирования.
- Общество пропагандирует принцип, что каждый гражданин должен нести личную ответственность за свое здоровье. Государство продолжает нести ответственность за группу населения, не превышающую 20% от общей численности населения, которая не способна оплачивать медицинские услуги.

Относительно богатые граждане не должны получать помощь от государства за исключением тех случаев, когда медицинские услуги полезны для всего общества, например, такие, как вакцинопрофилактика, борьба с инфекционными заболеваниями, укрепление здоровья.

- Каждый гражданин должен иметь свободу выбора любого работника здравоохранения.

Содержание реформ и законодательство

До их внедрения реформы здравоохранения были подвергнуты широким обсуждениям. В частности, по этому вопросу были опубликованы дискуссионные документы, в Ереване были проведены консультативные совещания, а на областном уровне была проведена кампания по выяснению мнений медицинского персонала. Несмотря на то, что этот процесс не получил широкого освещения средствами массовой информации, парламентские дебаты по этому вопросу были подробными и очень накаленными. Перечень соответствующих ключевых законов и правительственных указов и документов, принятых после приобретения страной независимости, приведен ниже:

В 1992 г. Республика Армения подписала одно из международных соглашений по здравоохранению, а именно “Конвенцию по правам ребенка”.

В ноябре 1992 г. Высший совет Республики принял закон “О санитарно-эпидемиологической безопасности населения”³⁰.

В 1994 г. президент подписал всемирную декларацию “Защита, развитие и благополучие детей”.

В июле 1994 г. была утверждена новая система последипломного медицинского образования, устанавливающая продолжительность обучения по каждой специальности (1–4 года).

В 1995 г. правительство приняло “Программу развития и реформирования системы здравоохранения Республики Армения на 1996–2000 гг.”. Основные сферы, выделенные для проведения реформ, включали: управление, инфраструктуру, финансирование, образование.

В 1995 г. правительство Армении внедрило новую административно-территориальную структуру, согласно которой страна разделена на десять марзов (областей) и имеющий статус марза Ереван, что заменило бывшее деление страны на районы.

В феврале 1995 г. был принят Акт о децентрализации и придании медицинским учреждениям статуса самофинансируемых и автономных предприятий – первоначально в рамках пилотного проекта в семи больницах, который впоследствии (после получения положительных результатов) был расширен охватил всю систему здравоохранения.

³⁰ Высший совет был в период 1990–1995 высшим законодательным органом Республики, а с 1995 г. он переименован в Национальное собрание.

В июле 1995 г. была принята конституция Республики Армения. В частности, в ней говорится, что “Каждый индивидум имеет право на охрану здоровья. Объем и характер медицинской помощи и медицинских услуг определяются законом. Государство несет ответственность за программы охраны общественного здоровья и субсидирует развитие спорта и физической культуры” (статья 34). Кроме того, в конституции также говорится, что семья, материнство и детство находятся под защитой и опекой общества и государства (статья 32).

В декабре 1995 г. в Республике был принят закон о лицензировании всех производителей медицинской помощи (врачей и медицинских учреждений), который вступил в действие с 1 апреля 1996 г.

В декабре 1995 г. были приняты национальная программа и план действий по сестринскому делу и акушерству.

В январе 1996 г. была внедрена система оплаты больниц и врачей, в которой были определены базовый пакет бесплатных медицинских услуг и охватываемые категории населения. Для большинства населения это означало переход к практике оплаты медицинских услуг из собственных средств.

В феврале 1996 г. Министерство здравоохранения утвердило программу обучения медсестер и акушерок (3 года базового обучения). Также в 1996 г. была принята специальная программа по улучшению последипломной подготовки медсестер.

В марте 1996 г. Национальное собрание приняло закон “О медицинской помощи и медицинских услугах населению”, который по существу отменил советскую систему финансирования здравоохранения и легализовал альтернативные механизмы финансирования служб здравоохранения (включая платежи из собственных средств):

“Каждый человек имеет право на получение бесплатной медицинской помощи и услуг в рамках гарантируемых государством целевых программ здравоохранения.”

“Каждый человек имеет право на получение медицинской помощи и услуг помимо тех, которые предоставляются в рамках вышеуказанных программ, за счет медицинского страхования, личных платежей или других источников, определенных в законодательстве Республики Армения.”

В 1996 г. президент Республики Армения подписал указ “О защите материнства и детства”.

В июле 1997 г., согласно правительственному указу, бывшая система финансирования была преобразована в новый механизм, предусматривающий выплаты из собственных средств для большинства населения. Именно тогда и была внедрена система личных платежей за медицинские услуги.

В 1997–2000 гг. были приняты четыре правительственных указа, посвященные приоритетным видам лечебно-профилактической помощи, указанным в базовом пакете медицинских услуг (БПМУ).

В декабре 1997 г., согласно правительственному указу, было создано Государственное агентство здравоохранения (ГАЗ), с тем чтобы улучшить

эффективность системы здравоохранения за счет разграничения функций покупателей и производителей медицинских услуг. С 1 января 1991 г. ГАЗ стало в Армении основным органом, возмещающим затраты медицинских учреждений.

В феврале 1997 г. Национальное собрание приняла закон “О профилактике ВИЧ/СПИДа”.

В феврале 1998 г. был принят указ, в котором была утверждена хартия Государственного агентства здравоохранения, взявшего на себя функции (вместо Министерства здравоохранения) управления государственными финансовыми ресурсами, предназначенными для здравоохранения.

В 1998 г. при поддержке займа Всемирного банка был внедрен первый базовый пакет медицинских услуг (БПМУ).

В марте 1998 г. был принят указ № 174, направленный на совершенствование базового пакета медицинских услуг и указывающий, что государство несет ответственность за обеспечение медицинских услуг, охватывающих большинство населения.

В ноябре 1998 г. Национальное собрание приняло закон “О фармацевтических препаратах”

В период 1999–2000 гг. было подготовлено несколько новых документов по политике здравоохранения, освещающих перспективы развития системы здравоохранения в стране и этапы достижения ключевых целей:

- “Здоровье для всех: национальный подход. Разработка политики здравоохранения в Армении” – эта политика начала внедряться в мае 1999 г. (с полным обсуждением по этому вопросу вы можете ознакомиться в разделе “Политика достижения здоровья для всех”).
- “Стратегия развития системы здравоохранения в Армении в 2000–2003 гг.” – эта стратегия обсуждалась правительством и парламентом в 1999 г. После внесения в нее ряда усовершенствований и изменений концепция этой стратегии была включена в программу нового правительства в начале 2000 г.
- “Концепция внедрения медицинского страхования в Республике Армения” – эта концепция была разработана Министерством здравоохранения и Государственным агентством здравоохранения, обсуждена и согласована правительством в августе 2000 г. и в настоящее время обсуждается парламентом.
- “Концепция стратегии приватизации медицинских учреждений” – эта концепция была разработана Министерством здравоохранения и обсуждена и согласована правительством в июле 2000 г.
- “Концепция оптимизации системы здравоохранения в Республике Армения” – это концепция, включающая график представления программ оптимизации службы здравоохранения в различных марзах, была разработана Министерством здравоохранения и обсуждена и принята правительством в феврале 2001 г. (указ № 80).

- В 2001 г. был подготовлен проект закона о медицинском страховании, как обязательном, так и дополнительном добровольном, и этот закон должен послужить организационно-правовой основой для создания такой системы.

Политика достижения здоровья для всех

Министерство здравоохранения придает большую важность целям достижения здоровья для всех и старается внедрить соответствующие программы. На сегодняшний день для реализации целей этой политики были предприняты следующие шаги:

- Первичная медицинская помощь была определена в качестве приоритетного направления здравоохранения, и Национальный институт здоровья разработал программу развития первичного сектора здравоохранения в 1995 г.
- Национальный план действий по гигиене окружающей среды был принят Департаментом гигиены и Институтом труда и промышленной гигиены в марте 1996 г.
- Программы, нацеленные на охрану детства и материнства, проводились Департаментом охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения (например, программа содействия грудному вскармливанию и программа борьбы с диарейными заболеваниями), а дети и беременные женщины относятся к группам населения, имеющими право на гарантированный государством пакет медицинских услуг.
- В Республике предпринимаются значительные усилия для развертывания инициатив по укреплению здоровья и санитарному просвещению, а Министерство здравоохранения предпринимает все меры для того, чтобы поощрять среди населения формирование более здоровых форм поведения.
- Вопросы, связанные с будущим развитием политики в области здравоохранения, были обсуждены на республиканской конференции по национальной политике здравоохранения в марте 1999 г. В этой конференции приняли участие высокопоставленные представители различных отраслей Армении, а также представители ВОЗ и консультанты.
- “Здоровье для всех: национальный подход. Развитие политики здравоохранения в Армении”: этот документ по политике в области здравоохранения, основанный на стратегии ЗДВ-21, был опубликован в мае 1999 г. Согласно этому документу, основной акцент в Армении будет поставлен на разработке:
 - многоотраслевых стратегий, направленных на улучшение детерминантов здоровья и обеспечение использования такого подхода, как оценка воздействия на состояние здоровья населения;
 - программы развития здравоохранения и системы медицинского обслуживания, ориентированные на улучшение их показателей здоровья населения;
 - интегрированная система первичной и стационарной медицинской помощи;

- партнерские стратегии в области здравоохранения, которые вовлекают в здравоохраненческую работу все заинтересованные группы и содействуют развитию практики совместного принятия решений и их осуществления, а также развитию чувства совместной ответственности.

На основе вышеуказанных принципов национальные задачи в области развития здравоохранения сгруппированы следующим образом:

- солидарность и справедливость в области здоровья;
- улучшение состояния здоровья населения;
- использование многоотраслевой стратегии для достижения цели улучшения здоровья населения;
- управление преобразованиями в системе здравоохранения.

Осуществление реформ

Процесс реформирования здравоохранения в Республике протекал с большими трудностями в основном из-за того, что после приобретения независимости страна столкнулась с таким тяжелым кризисом, который не позволял использовать сколь-либо систематический подход к проведению необходимых преобразований в этой отрасли. Министерство здравоохранения отдавало все силы для обеспечения населения базовой медицинской помощью в условиях практически полного отсутствия лекарственных средств, топлива, транспорта. В то же время многие работники Министерства были убеждены в том, что, поскольку реформирование здравоохранения будет радикальным по своему характеру, эти реформы должны быть тщательно сформулированы и проанализированы. В связи с вышеуказанным первый закон по реформированию здравоохранения был принят и стал внедряться только в середине 1994 г. Этот закон был нацелен на медицинское образование, и в 1995 г. были приняты правительственные решения о лицензировании врачей и больниц и о национальном плане действий по сестринскому делу. Министерство здравоохранения также скорректировало механизмы оплаты больниц, введя формулу оплаты за случай лечения, которая отражала среднюю продолжительность госпитализации и стоимость каждой категории медицинской помощи. Несмотря на то, что перспективные бюджеты продолжали основываться на исторических уровнях деятельности, в бюджеты ежеквартально вносились коррективы, отражающие фактическое число пролеченных случаев. Основные направления реформирования были, однако, определены в следующих двух законах: “Акт о децентрализации”, принятый в феврале 1995 г.³¹, а также пакет реформ, принятый в январе 1996 г.

Эти два документа легли в основу полной реструктуризации системы медицинского обслуживания населения, изменив фундаментальным образом весь характер служб здравоохранения Армении. Были узаконены личные платежи

³¹ Он позволили проводить на экспериментальной основе некоторые из реформ, которые впоследствии (в январе 1996 г.) были внедрены в масштабах всей страны.

пациентов за все медицинские услуги (за исключением пациентов, относящихся к ряду защищенных категорий), хотя даже эта группа пациентов должна платить за отдельные медицинские услуги. Было разделено управление больницами и поликлиниками. За период с 1993 г. государственные учреждения здравоохранения были реорганизованы в государственные медицинские предприятия, т.е. полунезависимые структуры, которые могут обеспечивать приток собственных средств, параллельно к бюджетному финансированию, и обладают полномочиями контролировать расходование получаемых ими доходов. С 1995 г. больницам разрешено оказывать частную медицинскую помощь помимо услуг, финансируемых государством. Однако нахождение наиболее оптимального соотношения между частными платежами за медицинские услуги и государственными гарантиями на получение медицинской помощи продолжает оставаться очень трудной задачей. В начале 1998 г. по решению Кабинета все государственные медицинские предприятия были реорганизованы в акционерные компании государственной формы собственности. Была внедрена практика оплаты труда врачей на основе объема осуществляемой ими работы, а фиксированные гарантированные зарплаты были полностью отменены.

Министерство здравоохранения отказалось от многих из своих функций планирования и управления, и на данном этапе рыночные силы будут все в большей степени определять характер некоторых аспектов деятельности служб здравоохранения, например, какие лечебно-профилактические учреждения смогут выжить в условиях предполагаемой оптимизации медицинского обслуживания и, следовательно, сокращения ряда служб. В 1997–1998 гг. было создано Государственное агентство здравоохранения (ГАЗ), благодаря чему были разделены функции покупателей и производителей медицинских услуг. Это Агентство взяло на себя роль финансирования здравоохранения, которую раньше играло Министерство здравоохранения. С 1 января 1999 г. ГАЗ стало функционировать как единственный орган Армении, возмещающий расходы врачей и ЛПУ, связанные с оказанием гарантируемых государством базовых медицинских услуг.

Таким образом, децентрализация системы здравоохранения в определенной степени уже произошла. Но в этой связи возникли некоторые проблемы, включающие, в частности, неравенство финансирования между регионами, несбалансированный характер выполнения национальных приоритетных задач в отдельных областях, нечеткое разграничение полномочий и ответственности, ряд оперативных проблем. Были ослаблены механизмы функционального управления, регулирования и контроля качества. Создание Государственного агентства здравоохранения в качестве государственной организации, не зависящей от Министерства здравоохранения и ответственной за финансирование здравоохранения, вызвало определенные трения между двумя этими ведомствами.

В Республике приватизированы практически все аптеки и значительная доля стоматологических учреждений, и имеются планы дальнейшей приватизации учреждений здравоохранения (как первичного уровня, так и больниц). Правительство, по-видимому, придает большое значение приватизации как

средству повышения эффективности и изыскания большего объема ресурсов для здравоохранения; с другой стороны, политика приватизации пока что еще не принята.

Поскольку государство сохраняет функции регулирования и мониторинга, оно отвечает за то, чтобы уязвимые группы населения получали минимальный пакет медицинских услуг, однако оно не пытается полностью финансировать эти базовые медицинские услуги, оплачивая их по тарифам, лежащим ниже фактической стоимости лечения. Вынуждая врачей и больницы лечить определенные группы уязвимого населения по фиксированным ценам, находящимся ниже уровня реальных затрат, правительство по сути заставляет производителей медицинских услуг (и, следовательно, платящих пациентов) субсидировать расходы, связанные с оказанием базовой медицинской помощи. Все лица, не относящиеся к целевой категории, должны сами оплачивать все медицинские услуги и все фармацевтические препараты.

Для создания структур государственного здравоохранения весной 1998 г. в сотрудничестве со Всемирным банком было начато осуществление программы развития здравоохранения стоимостью в 10 млн. долл. США. Эта программа нацелена на развитие сектора первичной медико-санитарной помощи и улучшение системы финансирования здравоохранения. Усовершенствование механизмов финансирования за счет создания системы социального страхования и поощрения частных добровольных программ медицинского страхования, продолжает оставаться одной из важнейших целей государственной политики в области здравоохранения. Однако низкие уровни доходов населения, включая медицинских работников, и наличие широкомасштабной теневой экономики позволяют предположить, что эта цель может быть достигнута только постепенно и в довольно отдаленной перспективе.

Из вышеуказанного вытекает, что структура и функционирование системы здравоохранения в Армении фундаментально изменились по сравнению с советским периодом в результате проводимых реформ, особенно в период после марта 1996 г., когда начали внедряться наиболее значимые компоненты реформирования рассматриваемой отрасли. Ввиду радикального характера многих из преобразований, а также очень плохих политических и экономических условий, в которых они проводятся, неудивительно, что в ходе осуществления реформы возникли значительные трудности.

Все еще предстоит определить число необходимых лечебно-профилактических учреждений, а также их иерархическую структуру и правовой статус. Число больничных коек превышает потребности страны и не соотносится сколь-либо реалистичным образом с имеющимися в стране ресурсами. Все еще предстоит внедрить национальную систему стандартов медицинской помощи и контроля за ее качеством. Несмотря на проводимый с помощью Всемирного банка проект, вопросу развития первичного сектора здравоохранения все еще не уделяется должного внимания.

Реформы в области медицинского образования все еще не завершены, в результате чего в стране готовится излишне большое число врачей, которые к тому же неравномерно распределены как по специальностям, так и географически.

В фармацевтическом секторе отсутствуют какие-либо государственные нормативы относительно установления цен на фармацевтические препараты и их закупок, что ограничивает финансовую доступность даже основных лекарственных средств. Медицинская технология и оборудование в ЛПУ часто являются устаревшими, а там, где современная медицинская техника имеется, она распределена и используется неэффективно.

Программы гуманитарной и международной помощи часто плохо скоординированы и не всегда направлены на удовлетворение реальных потребностей страны, либо же они нерационально распределены среди медицинских учреждений и населения.

В области общественного здравоохранения рутинные административные и контрольные функции доминируют над практической деятельностью санитарно-эпидемиологической службы в ущерб работе по профилактике и мониторингу заболеваний.

Возможно наиболее трудная проблема, которая должна быть сейчас решена, – это драматическое уменьшение доступа населения к службам здравоохранения и снижение уверенности населения и медработников в том, что система здравоохранения способна обеспечить уязвимые группы населения даже самыми базовыми медицинскими услугами в связи с такими факторами, как внедрение системы оплаты медицинских услуг из собственных средств и повышение уровней неофициальных платежей, имевшее место после внедрения новой системы финансирования.

Сейчас уже ясно, что создание хорошо функционирующей системы здравоохранения потребует больше времени, чем это первоначально предполагалось. Несмотря на то, что в целом реформы в области здравоохранения населением поддерживаются, в процессе их осуществления встретились определенные трудности. В частности, в процессе реформирования отрасли само Министерство здравоохранения пережило смену четырех министров, которые, в свою очередь, поменяли свои рабочие группы, изменили направление проводимых реформ и имели свои собственные мнения относительно путей будущего развития системы здравоохранения. Все это объясняет определенную нестабильность, характерную для отрасли. В последние несколько лет правительство приняло ряд документов по политике/реформированию здравоохранения (по стратегии, приватизации, медицинскому страхованию), однако из-за частой смены правительств Армении эти документы не обеспечивают устойчивости ни стратегических концепций реформирования, ни работы по их реализации.

Однако общий процесс реформирования продвигается вперед благодаря усилиям Министерства здравоохранения и Национального института здоровья, и он пользуется широкой политической поддержкой, несмотря на некоторые задержки с достижением согласия по определенным аспектам законодательства.

Хотя перед всей системой здравоохранения стоят сейчас огромные трудности, в Республике, по-видимому, не имеется каких-либо альтернатив дальнейшему неустанному продвижению по пути реализации намеченных реформ.

В документе, озаглавленном “Стратегия развития системы здравоохранения в Армении: 2000–2003 гг.”, рассматриваются многие из вышеуказанных вопросов и представлены некоторые цели и направления стратегии развития здравоохранения, которые были приняты правительством в начале 2000 г. В общем плане основные долгосрочные направления деятельности и цели в области здравоохранения включают следующие:

- улучшение доступа населения к службам здравоохранения
- усовершенствование структуры и управления здравоохранением
- внедрение стандартов медицинской помощи и улучшение ее качества
- содействие развитию первичной медико-санитарной помощи
- обеспечение должного равновесия между социальными и рыночными ценностями в вопросах, относящихся к здравоохранению.

Выводы

Реформы системы здравоохранения Армении по-видимому не позволили достичь все цели политики в сфере здравоохранения, несмотря на ряд улучшений, достигнутых в некоторых областях.

В Армении были проведены радикальные реформы здравоохранения, приведшие к тому, что медицинская помощь уже не оказывается всем людям бесплатно и по их требованию. Включение в систему финансирования здравоохранения личных платежей пациентов, несомненно, подрывает принцип справедливости применительно как к финансированию, так и доступу к медицинской помощи. Правительство приняло меры к тому, чтобы наиболее уязвимые группы имели доступ к базовому пакету медицинских услуг. Однако реальное финансирование гарантируемой государством медицинской помощи обычно не соответствует запланированному, в связи с чем даже пациенты, относящиеся к уязвимым группам населения, должны в определенной степени оплачивать оказываемые им медицинские услуги. Из-за финансовой недоступности медицинской помощи для очень большой доли населения выражается обеспокоенность относительно возможного воздействия этих мер на состояние здоровья населения в ближайшей и среднесрочной перспективе. Однако в отдаленной перспективе уделение большего внимания первичной медицинской помощи, укреплению здоровья и профилактическим мерам может привести к улучшению общего состояния здоровья населения.

В более отдаленной перспективе эффективность служб здравоохранения может, несомненно, быть повышена благодаря проводимым реформам, несмотря на целый ряд серьезных проблем в ближайшей перспективе. Врачи и медсестры имеют сейчас стимулы не только для лечения большего числа пациентов, но и для удовлетворения пожеланий и потребностей пациентов, а администрация больниц явно заинтересована в регулировании уровней оказания медицинской помощи и в повышении ее эффективности с точки зрения затрат. Проблема избыточного количества больничных коек будет уменьшена по мере дальнейшего внедрения новых механизмов финансирования. Уже сейчас наблюдается резкое сокращение числа больничных коек, что позволяет добиться определенной экономии средств, и эта тенденция, по-видимому, сохранится и в будущем.

Возможности пациентов в плане свободы выбора значительно улучшились благодаря таким факторам, как внедрение системы платежей из собственных средств, появление частных служб в сфере лекарственного обеспечения и стоматологии, принятие закона о том, что все пациенты имеют право на выбор своего врача. С другой стороны, была внедрена система оптимального формирования потоков пациентов, и доступ к медицинской помощи вторичного уровня возможен сейчас только при наличии направления от врача первичной медицинской помощи (врача общей практики). Качество медицинской помощи должно улучшиться по мере того как медицинские работники начнут осознавать тот факт, что их зарплата напрямую зависит от количества пациентов, которые пожелают обратиться к ним за помощью. Изменения в таких сферах, как

образование, подготовка и лицензирование, также будут способствовать повышению качества медицинского обслуживания и приведут к увольнению врачей, не удовлетворяющих определенным стандартам, и закрытию неадекватных стационаров.

Перспективы в плане состояния здоровья населения, а также развитие системы здравоохранения неразрывно связаны с будущим успехом или крахом экономики Армении. По мере стабилизации экономики Республики и ее вступления в период устойчивого роста на длительную перспективу растущие доходы населения будут также способствовать росту бюджета здравоохранения. В этих условиях очень важно, чтобы правительство попыталось обеспечить привлечение ресурсов, имеющихся сейчас в неофициальной экономике, тем самым повышая уровень наличных общественных средств. В отдаленной перспективе высокий уровень предприимчивости населения также может способствовать увеличению доходов страны за счет налогообложения. Большой объем финансирования, в свою очередь, позволит Министерству здравоохранения расширить базовый пакет медицинских услуг и направить дополнительные ресурсы на улучшение первичной медико-санитарной помощи. На данном этапе Министерство здравоохранения будет прилагать все усилия для создания финансово доступной для населения системы медицинского обслуживания, способной обеспечить должное качество лечебно-профилактической помощи, оказываемой населению.

БИБЛИОГРАФИЯ

Country Health Report Armenia, Yerevan, August 2000.

Economist Intelligence Unit, Armenia Country Profile 1999–2000.

Economist Intelligence Unit, Armenia Country Report, November 2000.

Министерство здравоохранения Республики Армения и ЮНИСЕФ, Армения, “Оценка национальной программы иммунизации Республики Армения”, 2000–2003, Ереван, 1999 г

Министерство здравоохранения Республики Армения, Государственное агентство здоровья, “Концепция внедрения медицинского страхования в Республике Армения”, Ереван, 2000 г.

Министерство здравоохранения Республики Армения, “Концепция стратегии приватизации медицинских учреждений”, Ереван, 2000 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ, *Armenia nursing and midwifery profile* (“Обзор состояния сестринского дела и акушерства в Армении”), Копенгаген, 2000 г.

Ministry of Health of the Republic of Armenia and UNICEF Armenia, *Evaluation of the national immunization programme of the Republic of Armenia*, Yerevan, 1999.

Ministry of Health of the Republic of Armenia, the State Health Agency, *Concept of introduction of medical insurance in the Republic of Armenia*, Yerevan, 2000.

Ministry of Health of the Republic of Armenia, *Concept of the strategy of privatization of health care facilities*, Yerevan, 2000.