

Реферат обзора

Бывшая югославская республика Македония

Государственный строй и новейшая политическая история

Македония с 1990 г. — демократическое государство с многопартийной системой, вышла из состава Югославии в 1991 г.

Население

Численность населения 2 023 000 человек. Национальный состав: 66% македонцы, 23% албанцы. Дети младше 15 лет составляют 24% населения. Уровень безработицы — наивысший среди европейских стран, в 1997 г. достиг 41,7%.

Средняя продолжительность жизни

Среди мужчин — 70,4 года, среди женщин — 74,8 года.

Основные причины смерти

В годы независимости возросла смертность от ишемической болезни сердца, инсульта и онкологических заболеваний, а смертность от инфекций снизилась.

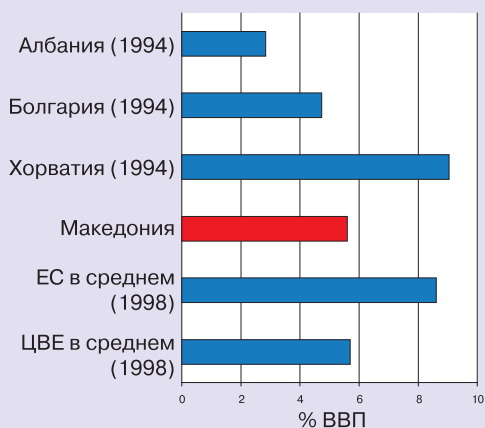
Новейшая история здравоохранения

Югославское здравоохранение отличала крайняя раздробленность — существовало 30 районов с собственным здравоохранением. В 1991 г. оно стало более централизованным. Конституция провозглашает общедоступность медицинского обслуживания.

Направления реформ

Раздробленное районное здравоохранение сменилось централизованным, основанным на всеобщем медицинском страхова-

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



ЕС — Европейский союз; ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

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

нии. Реформы должны передать главенствующую роль первичному медицинскому обслуживанию.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1993 г. объем финансирования здравоохранения составлял 5,6% ВВП. Много это или мало — сказать сложно ввиду быстрой инфляции.

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

Краткое содержание реферата

В здравоохранении произошли крупные преобразования — как запланированные, так и неожиданные. Обретенная независимость, экономические санкции, приток беженцев поставили здравоохранение в чрезвычайно трудное положение. В столь тяжелых условиях следить за ходом реформ трудно. В сельской местности медицинское обслуживание развито слабее и финансируется хуже, чем в городе; специализированное медицинское обслуживание развито чрезмерно, в ущерб первичному. Однако нынешняя организация здравоохранения предоставляет возможность повысить его рентабельность.

Структура здравоохранения

Здравоохранение базируется на страховании — обязательное медицинское страхование обеспечивает каждого гражданина основным набором медицинских услуг. Остальные услуги — платные.

- Министерство здравоохранения занимается планированием и надзором за системой здравоохранения. Местных органов здравоохранения не существует: все усилия были направлены на создание централизованной, а не раздробленной структуры.
- Фонд медицинского страхования осуществляет обязательное медицинское страхование. Он независим и подотчетен непосредственно парламенту. Фонд управляет медицинским страхованием, заключает договоры с медицинскими учреждениями, определяет требования к медицинскому обслуживанию и профессиональному уровню медицинских работников. Имеется 30 отделений Фонда.
- Институт охраны здоровья занимается профилактикой заболеваний, действуя через санитарно-эпидемиологические службы.

- Министерство обороны содержит военные госпитали, которые бесплатно обслуживают военнослужащих и членов их семей; кроме того, госпитали заключают договоры с Фондом медицинского страхования на обслуживание гражданского населения.
- Частные медицинские учреждения. В Македонии нет частных больниц, но частная практика разрешена. В стране зарегистрировано более 1500 частных медицинских учреждений. Это стоматологические кабинеты, аптеки, лечебные учреждения (общей практики и специализированные), биохимические лаборатории. Более 300 частных медицинских учреждений (в основном терапевтических) работают по договорам с Фондом медицинского страхования.

Профессиональные союзы и другие профессиональные объединения медицинских работников находятся в стадии становления.

Планирование, нормирование и управление

Централизованное планирование и нормирование медицинского обслуживания постепенно укрепляют свои пока еще слабые позиции. Отчасти эти функции выполняет Фонд медицинского страхования. Управление здравоохранением развито слабо.

Финансирование и затраты

Финансирование здравоохранения более чем на 95% обеспечивается страховыми взносами и средствами, поступающими за платные медицинские услуги. Оставшиеся примерно 5% покрывают государственный бюджет и прочие источники, в том числе благотворительные взносы. В Фонд медицинского страхования 63% средств поступают от граждан, а остальные — от государственных организаций — пенсионного фонда и биржи труда, которые платят за пенсионеров и безработных.

Министерство финансов устанавливает бюджет для программ Министерства здравоохранения. Оно также утверждает бюджет Фонда медицинского страхования.

С 1991 по 1995 г. государственное финансирование здравоохранения сократилось на 40%. Это произошло по ряду причин, включая изменение капитальных вложений, схем отчетности, а также фактическое сокращение затрат населения на медицинское обслуживание. Здравоохранение получило значительную международную помощь.

Медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование охватывает все население страны, за исключением лиц без гражданства и лиц, состоящих на социальном обеспечении, медицинское обслуживание которых оплачивает государство.

Работающий гражданин платит в Фонд 8,6% своего дохода до уплаты налогов. Работодатель подробно регистрирует доходы каждого сотрудника. Институт расчетных операций, исходя из этих данных, собирает страховые взносы. Работодатель участвует в страховании сотрудников только в одном случае — если их деятельность сопряжена с повышенным риском профессиональных заболеваний или травм. Такого рода деятельность облагается дополнительным страховым взносом, который платит работодатель либо сам работник, если последний занимается индивидуальной трудовой деятельностью. Для некоммерческих организаций такой взнос составляет 0,5% фонда заработной платы, для коммерческих — 1,8% общей прибыли.

Страховой взнос сельскохозяйственных рабочих и лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, составляет 8,6% минимальной заработной платы, пенсионеров — 14,7% суммы пенсии.

Другие лица, не получающие заработную плату (безработные, инвалиды, ветераны войны), страховым взносом не облагаются. За них платит соответствующий государственный орган, например пенси-

онный фонд. Взнос составляет 12,4% условной величины, равной 70% минимальной заработной платы или 65% средней заработной платы.

Большое значение имеют доходы от платных медицинских услуг.

Набор медицинских услуг

В покрываемый страховкой основной набор медицинских услуг входят: регулярные медицинские осмотры, профилактика заболеваний (в том числе иммунизация), первичное медицинское обслуживание, неотложная медицинская помощь, дородовое наблюдение, некоторые лекарственные средства и стоматологические услуги, лечение в больнице, оплата больничных листов и отпуска по беременности и родам. Ряд направлений здравоохранения оплачивает государство. К ним относятся здоровье матери и ребенка, планирование семьи, борьба с ВИЧ-инфекцией, донорство крови, иммунизация населения и охрана окружающей среды. Ни страховка, ни государство не обеспечивают проживание и питание в домах престарелых, прерывание беременности без медицинских показаний, выдачу медицинских справок и лечение алкоголизма.

Дополнительные источники финансирования

Система частично платных медицинских услуг появилась в 1994 г. Были установлены тарифы на оплату ряда услуг, обязательные для каждого больного, в том числе ребенка. Так, введение одной ампулы лекарственного средства стоит 70 динаров, сутки пребывания в больнице — 120 динаров, операция на молочной железе — 4000 динаров (средняя месячная заработная плата составляет 10 000 динаров). Существуют и частично застрахованные услуги: больной оплачивает определенную долю их стоимости. Скажем, больные оплачивают 20% стоимости лечения, проживания и питания в больнице, 20% стоимости слуховых аппаратов и 50% стоимости ортопедических приспособлений.

Частичная оплата позволила избавиться от злоупотребления медицинским обслуживанием. Однако доход от этого нововведения оказался ниже ожидаемого и составляет менее 5% дохода медицинских учреждений. К тому же плата за лечение влечет за собой неравенство медицинского обслуживания. Отдельные виды деятельности, сопряженные с повышенным риском профессиональных заболеваний и травм, облагаются дополнительным страховым взносом.

Существует и неофициальная плата за медицинское обслуживание, масштабы которой установить сложно. По-видимому, чаще всего ее берут хирурги. По данным одного исследования, на долю частных лиц приходится 45% всех затрат на здравоохранение. Другое исследование установило, что с 1995 по 1999 г. доля затрат на медицинское обслуживание в бюджете частных лиц выросла с 4,2 до 5,8%.

Затраты здравоохранения

Достоверные данные о затратах здравоохра-

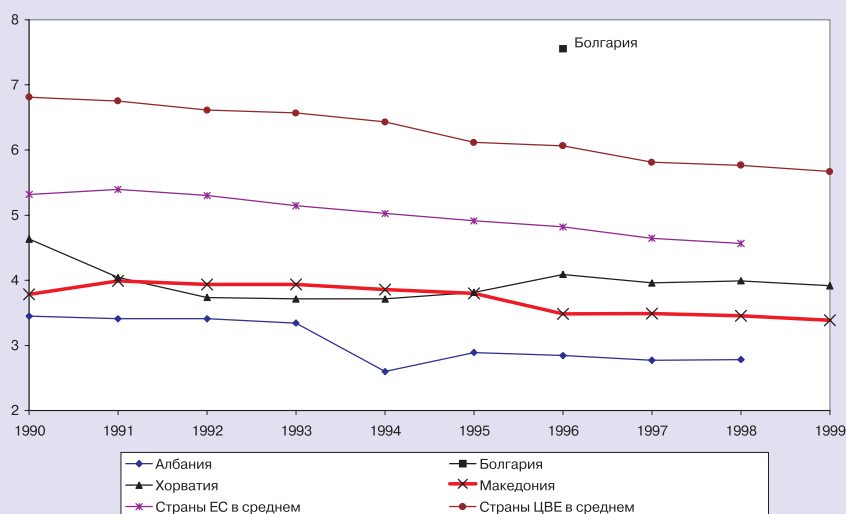
нения получить невозможно из-за отсутствия свежих сведений и высокой инфляции. По некоторым данным, объем финансирования государственного здравоохранения составляет чуть менее 5% ВВП. Однако в других источниках приводятся иные цифры, да и сведения о ВВП расходятся.

Сообщают, что почти все затраты (98%) приходится на государственный сектор. Но эта цифра явно завышена.

Медицинское обслуживание

Ведущую роль в медицинском обслуживании играют государственные учреждения. Почти все они новые и специализированные. В то же время их оборудование и транспорт во многом устарели и требуют ремонта. Задачи стационарного, специализированного амбулаторного и первичного медицинского обслуживания разграничены нечетко.

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



ЕС — Европейский союз; ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

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

Первичное медицинское обслуживание

Структура первичного медицинского обслуживания сложна; в городах оно организовано иначе, чем в сельской местности. Первичное медицинское обслуживание и ряд специализированных амбулаторных услуг предоставляют медицинские центры. Существует пять видов специализации: общая практика, педиатрия, школьная медицина, акушерство и гинекология и профессиональные болезни (медицинское обслуживание трудящихся и лечение профессиональных заболеваний). В каждом центре есть врачи всех специальностей, так что члены одной семьи часто наблюдаются у разных врачей. Учреждений первичного медицинского обслуживания свыше 1200, из них 294 — сельские. Первичное медицинское обслуживание в сельской местности развито слабо.

Первичным медицинским обслуживани-

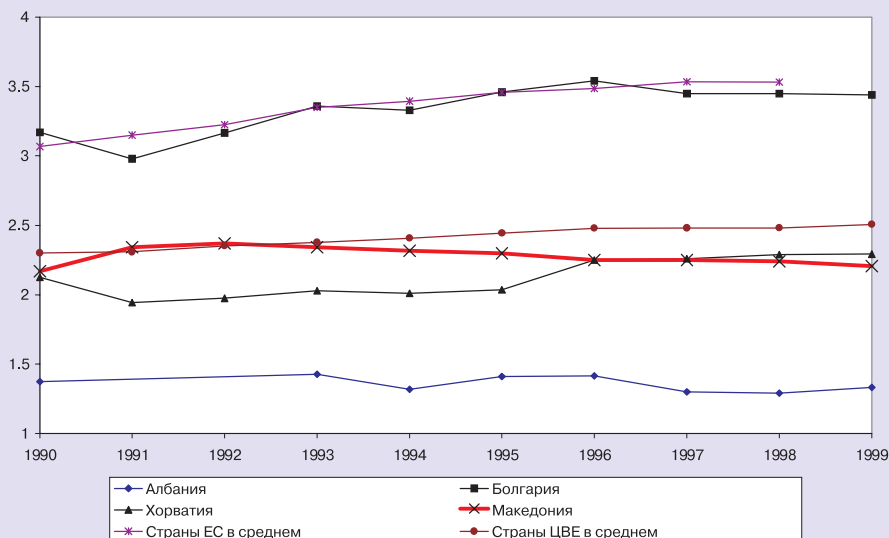
ем занимаются около 60% врачей. Однако нагрузка на них существенно различается. Самая маленькая она у педиатра — 653 ребенка (младше 6 лет) на врача; самая большая — у врача женской консультации 8478 женщин. Если больной застрахован, врач должен предоставить ему основной набор медицинских услуг, при необходимости дать направление на госпитализацию или к специалисту. В 1997 г. была введена система назначенных врачей, но уже в 1998 г. ее отменили. За амбулаторной помощью обращаются в среднем 3 раза в год. Это самый низкий показатель в Европе (если он достоверен).

Имеется 209 городских и 56 сельских частных учреждений первичного медицинского обслуживания.

Санитарно-эпидемиологический надзор

Главное санитарно-эпидемиологическое учреждение страны — Институт охраны

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Македонии, некоторых других странах, странах ЕС в среднем и ЦВЕ в среднем



ЕС — Европейский союз; ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

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

здоровья. Под его руководством работает 10 институтов, имеющих 21 филиал. Они проводят микробиологические исследования, осуществляют санитарный, гигиенический и эпидемиологический надзор. В каждом институте работает свыше 100 специалистов.

В настоящее время реализуются следующие программы: медицинские осмотры детей и студентов, медицинское обслуживание матери и ребенка, донорство крови, профилактика туберкулеза, профилактика СПИДа, массовые исследования для выявления бруцеллеза и обязательная иммунизация. Охват населения вакцинацией против туберкулеза, дифтерии, коклюша, полиомиелита, столбняка, кори, эпидемического паротита и краснухи остается высоким, на уровне 92—98%. Такие исследования, как маммография и цитологическое исследование мазков с шейки матки не включены в государственные профилактические программы. Существует своеобразная система медицинских обходов — многопрофильный патронаж, который представляет собой лечебно-профилактическую работу в семьях. Изначально патронаж был создан в помощь матери и ребенку, а сегодня в его рамках проводят профилактику и лечение различных болезней, в том числе туберкулеза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний.

Специализированное медицинское обслуживание

Амбулаторное обследование и лечение осуществляют медицинские центры. В каждом имеется поликлиника и больница общего профиля. Руководит центром директор (обычно врач, назначенный Министерством здравоохранения). В центре оказывают специализированную помощь, проводят диагностические исследования и реабилитацию, отчасти — первичное медицинское обслуживание. Существует 328 центров, в общей сложности в них работает 580 врачей, 89,3% которых — специалисты. Госпитализирует больных либо врач общей практики, либо специалист. Трав-

матологическую и неотложную медицинскую помощь больницы не оказывают, эта деятельность отнесена в сферу первичного медицинского обслуживания. Соответствующие специализированные отделения имеются только в медицинском центре в Скопье. В большинстве больниц общего профиля оказывают психиатрическую помощь.

Число больничных коек составляет 5,2 на 1000 населения. Это меньше, чем в большинстве восточноевропейских стран, но и население Македонии относительно молодо. Средняя продолжительность госпитализации достаточно велика — 13,4 дня. Средняя занятость койки составляет 68,5%, но в последние годы растет. Каждая из 16 больниц общего профиля охватывает не менее пяти направлений: внутренние болезни, педиатрию, акушерство, гинекологию и анестезиологию. Специализированную стационарную помощь предоставляют шесть специализированных больниц и семь реабилитационных центров. Средняя продолжительность госпитализации в них составляет 72,3 дня, а средняя занятость койки — 77,8%. Имеется три психиатрические больницы, в которых средняя продолжительность госпитализации составляет 300 дней.

Медицинское обслуживание традиционно строится не на потребностях населения, а на стремлении обеспечить все виды специализированной помощи на местах. Данные об избыточности либо о нехватке тех или иных медицинских услуг сегодня собирают централизованно, но способы исправить положение пока не найдены. Руководителям медицинских учреждений недостает навыков управления, они вынуждены исполнять постатейный бюджет, плохо обеспечены нормативными и справочными материалами.

Иногда больным приходится частично возмещать затраты на свое лечение. Так, в гериатрических отделениях больные платят за проживание и питание (до 10 000 динаров в месяц). Лечение в неврологических и психиатрических интернатах оплачивается фондом медицинского страхования.

Высокоспециализированное медицинское обслуживание

Все высокоспециализированные медицинские центры страны расположены в Скопье. Они занимаются научной и учебной деятельностью, а также специализированным медицинским обслуживанием. Подобные центры планируют расширять. К примеру, в военном госпитале, который по договору с Фондом медицинского страхования обслуживает и гражданское население, недавно открылось отделение кардиохирургии.

Клинический центр в Скопье — главное специализированное медицинское учреждение страны. В него входят 18 клиник и институтов с общим числом коек 2000. Более половины больных этого центра — приезжие. Средняя занятость койки составляет 74,5%, средняя продолжительность госпитализации — 12,6 дня.

Медико-социальное обслуживание

Медико-социальное обслуживание развито слабо. За пожилыми ухаживают в основном родственники; иногда старики ложатся в больницы на длительный срок, где платят за проживание и питание. Интернатов и домов престарелых нет. Большинство инвалидов (с соматическими и психическими заболеваниями) живут в больницах и пользуются некоторыми льготами.

Медицинские кадры

Страна перенасыщена медицинскими кадрами. С 1998 г. планировалось на 20% сократить прием на работу терапевтов, стоматологов и фармацевтов, но на деле этого не произошло. В государственном здравоохранении работает около 4500 врачей, в частном — 500. Набор в медицинские вузы сокращен. Обеспеченность врачами превосходит 2 на 1000 населения, причем без учета 10 000 безработных врачей. В то же время сфера первичного медицинского обслуживания недостаточно обеспечена ме-

дицинским персоналом (в том числе специалистами).

По организационным вопросам врачи подчиняются главным врачам медицинских учреждений. Профессиональную ответственность они несут перед Врачебной палатой, однако она мало чем может наказать врача. Последипломное образование пребывает в зачаточном состоянии.

Лекарственные средства

В 1996 г. затраты на лекарственные средства составили 40 млн динаров. Четверть препаратов производят в самой Македонии, остальные импортируют, в основном из Югославии. В 1991 г. аптеки были приватизированы и теперь работают по лицензиям Министерства здравоохранения. Вслед за приватизацией в фармацевтику пришла высокая конкуренция. Крупные фармацевтические предприятия стали переходить в частную собственность; сегодня главный фармацевтический завод страны принадлежит государству менее чем на 50%. Открыты новые оптовые фармацевтические компании и частные аптеки. Весьма распространены скидки и распродажи. В 1999 г. государство составило базовый перечень препаратов (то есть перечень препаратов, расходы на которые покрываются Фондом медицинского страхования), но этот перечень действует только в сфере первичного медицинского обслуживания.

В сельских аптеках работают не провизоры, а фармацевты со средним специальным образованием. Государственные аптеки работают по договорам с Фондом медицинского страхования и распространяют препараты из базового перечня. Многие не включенные в этот перечень препараты можно свободно купить без рецепта. Частичное страхование медикаментозной терапии означает, что размер компенсации за лекарственные средства не фиксирован. Больной может рассчитывать на частичную оплату некоторых особенно дорогих препаратов из базового перечня.

С 1997 г. цены на ряд препаратов начали устанавливать на конкурсной основе, но

по международным нормам эти цены очень высоки. Для больниц и государственных аптек делают скидку до 40%. С 1991 г. число выданных рецептов сократилось, но расходы на лечение снизились мало — вероятно, из-за дороговизны лекарственных средств. Врачи плохо обеспечены рекомендациями по выбору тех или иных препаратов и не заинтересованы в использовании более дешевых средств.

Государственного фармацевтического надзора не существует. Инспекторские проверки государственных аптек проводят редко. Частные аптеки получают лицензию только после инспекции, но затем их не проверяют.

Медицинское оборудование

Планирует ли государство вкладывать средства в медицинское оборудование? Если да, то каковы основные направления инвестиционной политики? Ответ на эти вопросы неизвестен. Запросы на новое оборудование поступают в Министерство здравоохранения и Фонд медицинского страхования. Иногда оборудование покупают частным образом. Договоры на техническое обслуживание оборудования заключают с производителями — по большей части международными компаниями. Служба государственного надзора в области здравоохранения обычно следит за состоянием только простого и самого необходимого оборудования.

Распределение средств

Основной источник средств для здравоохранения — Фонд медицинского страхования. Сложную, перенятую у Германии схему распределения средств, основанную на балльных оценках медицинских услуг, недавно заменили распределением по затратам за истекший год, в частности по числу сотрудников и больничных коек. Тем не менее государственные учреждения продолжают представлять к оплате разду-

тые счета. В частном здравоохранении сохранилась схема распределения средств, основанная на балльных оценках.

Финансирование больниц

В амбулаторных медицинских учреждениях и государственных больницах сохранился постатейный бюджет, который препятствует гибкому распределению средств. На финансирование не влияют ни численность, ни запросы населения. Счета за лечение оплачивают, не проверяя целесообразность и рациональность расходов.

Заработная плата врачей

Размер оплаты труда медицинского персонала устанавливают на основе соглашения между профсоюзом медицинских работников и Министерством здравоохранения. Квалифицированный врач получает 12 000—18 000 динаров в месяц. Для сравнения: пенсионеры получают 10 000 динаров в месяц. В подобной ситуации врачи, безусловно, стремятся найти дополнительный заработок.

Реформы здравоохранения

Многое в унаследованной Македонией системе здравоохранения препятствует повышению рентабельности и эффективности медицинского обслуживания. Врачи не стремятся работать лучше, им недостает профессиональных навыков и навыков управления. В качестве первоочередных направлений реформ были выбраны качество, рентабельность, общедоступность медицинского обслуживания и сокращение затрат. В целом усилия сосредоточены на развитии независимого управления и, соответственно, финансовой заинтересованности медицинских учреждений, а также на укреплении государственного планирования.

Закон о медицинском страховании вышел в свет в 2000 г. Он определил набор до-

говорных услуг, схемы пополнения страхового фонда и оплаты медицинских услуг. Предполагается, что на смену частичному страхованию с множеством исключений придет частично платное медицинское обслуживание по фиксированным тарифам, при котором верхний предел платы за услуги ограничен. Таким путем государство хочет повысить роль первичного медицинского обслуживания за счет главенствующего ныне стационарного. Планируют вновь ввести систему назначенных врачей. В рамках проводимой Всемирным банком программы будут обновлены сельские медицинские учреждения. Врачей собираются привлекать в сферу первичного медицинского обслуживания, где для них будет предусмотрена система поощрений. Всемирный банк намерен также способствовать развитию последиplomного медицинского образования. Имеется план

улучшения дородового и послеродового медицинского обслуживания. Продолжают совершенствовать медикаментозную терапию. В частности разрабатывают справочники для больниц, списки непатентованных средств — аналогов дорогих фирменных препаратов. На смену оплаты фиксированной доли стоимости лекарственных средств придет оплата фиксированной суммы, а льготы будут пересмотрены.

Заключение

Несмотря на трудности, реформы здравоохранения в Македонии уже достигли некоторых успехов. Возможно, улучшение экономического положения облегчит ту огромную работу, которую необходимо провести для их завершения.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европы в 1999 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Албания	2,8 ^а	—	—	—
Болгария	7,6 ^в	14,8 ^в	10,7 ^в	64,1 ^в
Хорватия	3,9	13,2	9,4	87,2
Македония	3,4	8,8	8,8	63,0
Страны Европейского союза в среднем	4,6 ^а	18,75	8,32 ^а	77,1 ^б
Страны Центральной и Восточной Европы в среднем	5,7	18,66	8,38	72,4

В отсутствие данных за 1999 г. приведены наиболее свежие данные: ^а 1998, ^б 1997, ^в 1996.
 Источник: база данных программы «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ



Реферат обзора

Бывшая югославская республика Македония

Реферат написан по Обзору системы здравоохранения в Македонии (2000 г.), который был составлен Стивом Хайоффом (Европейский центр здравоохранения стран переходного периода) по проекту Горданы Пецель (отдел международных проектов Всемирного банка, Министерство здравоохранения, Скопье) и Фимки Този (отдел международных проектов, Скопье). Полный текст Обзора здравоохранения Македонии размещен на сайте www.observatory.dk.

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.