



Реферат обзора

Грузия

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Грузия обрела независимость в 1991 г., после распада СССР. Вскоре, после вооруженного внутреннего конфликта, от нее отделилась Абхазия. Грузия — республика, возглавляемая президентом (Эдуард Шеварднадзе). Органы государственной власти формируются на основе демократических выборов. Грузия разделена на 65 районов, объединенных в 12 более крупных административных единиц.

Население

По разным оценкам, численность населения колеблется от 4,1 до 5,4 млн человек. Точно оценить ее невозможно, так как последняя перепись населения проводилась еще в 1989 г. Сбор демографических данных затрудняют потери населения в вооруженных конфликтах и эмиграция; отсутствуют точные сведения о темпах роста населения. Поэтому все статистические показатели, которые рассчитываются на основе численности населения, следует интерпретировать с осторожностью.

Средняя продолжительность жизни

В 1995 г. средняя продолжительность жизни составляла 72 года. Основная причина смерти — сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания), что, вероятно, обусловлено широким распространением курения.

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Грузии, некоторых других странах, странах ЕС в среднем и странах бывшего СССР в среднем



ЕС — Европейский союз

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Новейшая история здравоохранения

С советских времен Грузия унаследовала громоздкую централизованную систему здравоохранения, построенную на принципах Семашко. Эту систему, в целом достаточно эффективную, после распада СССР оказалось слишком дорого поддерживать. Кроме того, выяснилось, что она не удовле-

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>

творяет потребностям населения в сфере первичного медицинского обслуживания. Число узких специалистов было избыточным, равно как и число коек в учреждениях специализированного медицинского обслуживания. В первые годы независимости финансирование здравоохранения резко сократилось. В результате медицинские работники не получали заработную плату, а больные были вынуждены оплачивать лечение взятками. Прекратились закупки оборудования и строительство лечебных учреждений, расцвел черный рынок лекарственных средств, были практически полностью свернуты государственные профилактические программы, в том числе программа иммунизации. Стремясь исправить положение, правительство приступило в 1993 г. к планированию реформ здравоохранения, а в 1995 г. — к их осуществлению.

Направления реформ

Реформы охватывали широкий круг вопросов, в том числе внедрение системы медицинского страхования, ограничение бесплатного медицинского обслуживания основным набором медицинских услуг, разработку новых механизмов финансирования медицинских учреждений.

Финансирование здравоохранения и ВВП

После обретения независимости государственные затраты на здравоохранение резко сократились: вследствие экономических трудностей уменьшилась не только доля бюджетных средств, выделяемых на здравоохранение, но и сам государственный бюджет. В 1998 г. Грузия тратила на здравоохранение лишь 0,6% ВВП; общие расходы на здравоохранение (как государства, так и граждан) в расчете на душу населения составили 20 долларов США.

Краткое содержание реферата

В 1991 г. Грузия стала независимой республикой. После обретения независимости страна пережила ряд политических и экономических потрясений. Президент и парламент избираются в ходе демократических выборов, в которых, однако, не участвует отделившаяся от Грузии Абхазия. Унаследованную от СССР систему здравоохранения оказалось слишком дорого поддерживать. Кроме того, она не соответствовала потребностям населения в первичном медицинском обслуживании. Нормы и правила, действовавшие в советском здравоохранении, перестали соблюдаться, повсеместно распространилось взяточничество, резко сократилась доступность медицинского обслуживания. Все это заставило прибегнуть к реформам здравоохранения, планирование которых началось в 1993 г., а осуществление — в 1995 г. Правительство приступило к обширным радикальным реформам, включавшим разработку основного набора медицинских услуг (перечня услуг, полностью или частично оплачиваемых государством), введение платы за услуги, не входящие в этот набор, развитие медицинского страхования, введение системы договоров для медицинских учреждений и персонала, жесткий контроль за снабжением лекарственными средствами, создание перечня жизненно необходимых лекарственных средств, экспериментальные проекты по совершенствованию первичного медицинского обслуживания, разработку программ подготовки семейных врачей. Тем не менее население пока не ощутило на себе плодов этих широкомасштабных реформ. Что будет дальше — покажет время.

Структура здравоохранения

Здравоохранением Грузии руководит Министерство труда, здравоохранения и соци-

альной защиты. Реформа изменила функции министерства. Если раньше оно выступало в роли поставщика медицинских услуг, то теперь его функции ограничены нормированием и аккредитацией, а также проведением некоторых государственных программ в области профилактики заболеваний и укрепления здоровья (таких, как программа иммунизации). Государственная компания медицинского страхования управляет медицинским страхованием и заключает договоры с медицинскими учреждениями, предоставляющими покрываемые страховкой медицинские услуги. Для разработки и осуществления региональных программ здравоохранения созданы региональные службы здравоохранения. В организации и финансировании медицинского обслуживания участвуют и муниципальные власти, выделяющие на здравоохранение средства из муниципального бюджета.

На центральном уровне для содействия реформам создана Государственная комиссия по социальной политике, которой подотчетны региональные комитеты по реформам здравоохранения. За техническую поддержку реформ отвечает учрежденный в 1994 г. Национальный центр управления здравоохранением. Медицинские учреждения обрели самостоятельность: Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты теперь не занимается их управлением и финансированием. Большинство аптек стали частными. Появились несколько частных компаний медицинского страхования, но клиентов у них немного. При некоторых министерствах (например, при Министерстве обороны) имеются ведомственные медицинские учреждения. С обретением независимости возросла роль общественных организаций, которые, в частности, помогают социально уязвимым группам населения и участвуют в снабжении лекарственными средствами.

Планирование, нормирование и управление

Планирование реформ здравоохранения основано на трех важных официальных до-

кументах: 1) «Преобразования грузинского здравоохранения: основные направления» (Национальный центр управления здравоохранением, 1996 г.); 2) Национальная политика здравоохранения Грузии в 1999 г. (Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты, 1999 г.); 3) Национальный стратегический план реализации политики здравоохранения на 2000—2009 гг. (Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты, 1999 г.). Министерство отвечает за общее руководство системой здравоохранения и нормирование в области здравоохранения, разрабатывает и внедряет рекомендации по организации медицинского обслуживания. Национальный центр управления здравоохранением обеспечивает техническую поддержку реформ.

Децентрализация здравоохранения

Одной из важнейших реформ здравоохранения Грузии была децентрализация управления. На сегодняшний день созданы 12 региональных служб здравоохранения, приватизированы аптеки и некоторые медицинские учреждения, разделены планирование и организация медицинского обслуживания.

Финансирование и затраты

В начале 1990-х гг. здравоохранение Грузии финансировалось только за счет налогов. В 1995 г. на смену этой системе пришло медико-социальное страхование, которым управляет Государственная компания медицинского страхования. В рамках реформы здравоохранения был разработан основной набор медицинских услуг, включающий программу медицинского страхования, муниципальные программы (финансируемые муниципалитетами) и государственные программы (финансируемые Министерством труда, здравоохранения и социальной за-

щиты). Услуги, не входящие в основной набор, стали платными.

Подробное описание основного набора медицинских услуг с указанием источников финансирования приведено ниже. Все услуги из основного набора предоставляют бесплатно или с доплатой. Остальные услуги полностью оплачиваются больными. Страховые взносы собирает Государственная компания медицинского страхования. Взносы работников и работодателей составляют соответственно 1% и 3% заработной платы. За безработных и социально уязвимые группы населения (например, за пожилых) платит государство. Однако из-за недостаточного финансирования гарантии по бесплатному предоставлению услуг из основного набора зачастую не выполняются.

В основной набор медицинских услуг входят следующие профилактические программы: иммунизация, профилактика инфекционных заболеваний (в том числе передающихся половым путем), укрепление здоровья населения, профилактика СПИДа, предупреждение дефицита витаминов и минеральных веществ, санитарно-эпидемиологический надзор и карантинные службы, профилактика и лечение травм, предупреждение заражения возбудителями, передающимися с кровью, массовые обследования. Эти программы финансируются из государственного бюджета, а их реализацией занимается департамент общественного здравоохранения Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты.

В программу медицинского страхования входят лечение психических расстройств; родовое наблюдение и родоразрешение; медицинская помощь детям младше 3 лет, сиротам и уязвимым группам населения; лечение онкологических и инфекционных заболеваний (в том числе туберкулеза); диализ; операции на сердце у детей; хирургическое лечение ишемической болезни сердца; пересадка органов; медикаментозное лечение некоторых хронических заболеваний. Услуги, финансируемые из государственного бюджета, и услуги, входящие в программу медицинского страхования, предос-

тавляют в медицинских учреждениях, работающих по договору с Государственной компанией медицинского страхования.

Из муниципального бюджета финансируются скорая медицинская помощь, судебно-медицинская экспертиза, амбулаторная помощь, интенсивная терапия, паллиативное лечение онкологических заболеваний и медицинская помощь детям в возрасте от 4 до 14 лет. Эти виды медицинской помощи тоже входят в основной набор медицинских услуг.

Дополнительные источники финансирования

Услуги, не входящие в основной набор, больные оплачивают полностью. Кроме того, за некоторые услуги из основного набора взимается доплата. Существенным источником средств служат взятки. В 1997 г. затраты на платные медицинские услуги (включая взятки) составили 87% всех расходов на здравоохранение. Предполагалось, что введение платных услуг в тех сферах медицинского обслуживания, где в первые годы независимости особенно процветало вымогательство, уменьшит масштабы взяток. Однако эти надежды не оправдались. В 2000 г. 30% нуждавшихся в медицинской помощи не обратились за ней из-за отсутствия средств на официальные платежи и взятки. По данным Всемирного банка (1999 г.), болезнь кого-либо из членов семьи — одна из самых распространенных причин обнищания населения Грузии.

Добровольное страхование в Грузии развито слабо. В 2001 г. существовало семь частных страховых компаний, однако число их клиентов очень невелико из-за низкой платежеспособности населения и относительно высоких страховых взносов.

Реальные затраты государства на здравоохранение еще меньше запланированных, так как выделенные на здравоохранение бюджетные средства не всегда доходят по назначению.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Грузия унаследовала от СССР громоздкую разветвленную сеть городских и сельских учреждений первичного медицинского обслуживания. В советские времена эти учреждения были укомплектованы в основном специалистами, семейной медицины тогда вообще не существовало. После обретения независимости многим учреждениям не хватало средств даже на заработную плату, оборудование и самые необходимые препараты. Для того чтобы попасть на прием к специалисту, уже не требовалось направление участкового врача, и многие больные стали обращаться к специалистам напрямую, в обход первичного медицинского обслуживания. В ходе реформ учреждения первичного медицинского обслуживания получили статус независимых юридических лиц. Помимо платных медицинских услуг они предоставляют услуги, входящие в основной набор.

В настоящее время первичным медицинским обслуживанием занимаются амбулатории, детские и взрослые поликлиники, женские консультации, частные центры первичной медицинской помощи, частные родильные дома и независимые стоматологические поликлиники.

Новая государственная политика здравоохранения предусматривает усиление роли первичного медицинского обслуживания. Для решения этой задачи проводится ряд экспериментальных проектов. В 1995 г. создано Общество врачей общей практики и семейной медицины. Грузия одной из первых среди стран бывшего СССР ввела в 1998 г. новую врачебную специальность — семейную медицину. Предполагается, что к 2003 г. на центральном и региональном уровнях появятся центры семейной медицины, которые к 2005 г. будут полностью переведены на новую систему финансирования. К 2008 г. планируется завершить

создание сети учреждений первичного медицинского обслуживания и укомплектовать их специально обученным персоналом.

Общественное здравоохранение

Сеть санитарно-эпидемиологических служб Грузия также унаследовала от СССР. Эти службы занимались не только надзором за инфекционными заболеваниями и борьбой с ними, но и контролировали состояние окружающей среды. В ходе реформ функции санитарно-эпидемиологических служб были разделены. В Министерстве труда, здравоохранения и социальной защиты созданы 2 департамента: департамент общественного здравоохранения и департамент санитарного надзора и гигиенического нормирования. В задачи первого входит надзор за инфекционными и неинфекционными заболеваниями, пропаганда здорового образа жизни (санитарное просвещение), координация профилактических программ. Второй отвечает за состояние окружающей среды (безопасность питьевой воды и продуктов питания, охрана труда). Оба отдела плохо финансируются и перегружены работой.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное медицинское обслуживание предоставляют поликлиники, муниципальные больницы, специализированные больницы и научно-исследовательские институты, диспансеры и курорты. Обретшая независимость страна была перенасыщена больничными койками и медицинскими кадрами. В 1991 г. в Грузии было 390 больниц, в которых насчитывалось 53 000 коек. Из-за избытка коечного фонда и низкой платежеспособности населения средняя занятость койки во многих больницах была очень небольшой. Правительство приняло попытку сократить емкость больниц, введя новую систему оплаты, зависящую от объема оказанных услуг. Предоставлять медицинские услуги, входящие в

основной набор, больница может только по договору с Государственной компанией медицинского страхования.

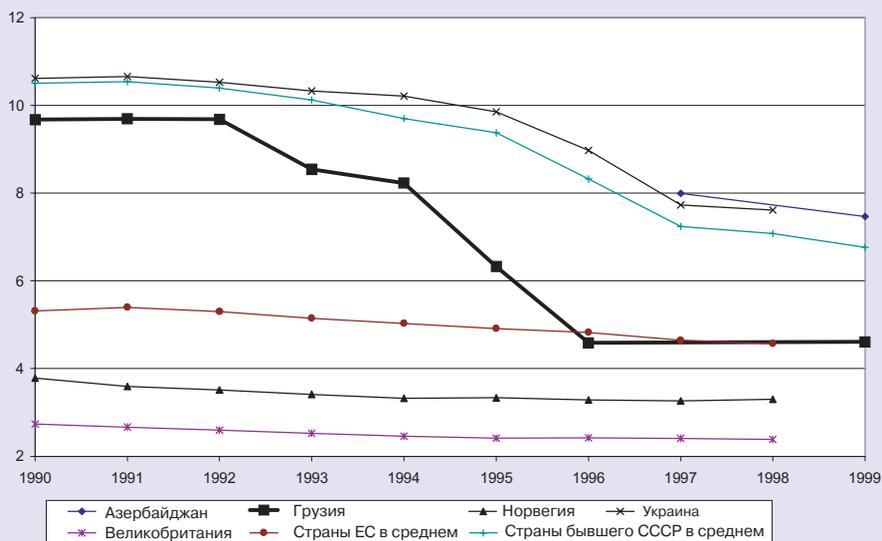
Реформа больниц достигла кое-каких успехов: в 1999 г. число больниц сократилось до 246, а коечный фонд — до 22 500. Тем не менее по сравнению с другими странами количество коек остается большим, а их занятость — низкой. В среднем число коек составляет 488,5 на 100 000 населения, а в двух крупнейших городах Грузии, Тбилиси и Поти, — соответственно 740 и 798 на 100 000 населения. Предполагалось, что в ходе реформ нерентабельные больницы закроются, а численность медицинского персонала уменьшится. Однако некоторые больницы противились сокращению штатов, поэтому сокращение финансирования привело к падению заработной платы. Правительство разработало план рационализации больниц, в котором четко определило, какие больницы останутся государственными, какие будут приватизированы, а какие подлежат закрытию.

Социальная помощь

В данном обзоре под социальной помощью подразумевается немедицинская помощь социально уязвимым группам населения (пожилые, инвалиды и т. д.). В 1999 г. в результате слияния Министерства социального обеспечения и Министерства здравоохранения было образовано Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты, которое теперь отвечает за большинство программ социальной помощи. Социальную помощь предоставляют в медицинских (больницы и амбулатории) и социальных учреждениях (центры дневного пребывания, дома престарелых). В советские времена социальная помощь была развита слабо: пожилые и больные с психическими расстройствами, не нуждавшиеся в медицинской помощи, надолго занимали больничные койки. Эта ситуация сохраняется и по сей день.

Теоретически базовая социальная помощь отдельным категориям населения должна

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Грузии, некоторых других странах, странах ЕС в среднем и странах бывшего СССР в среднем



ЕС — Европейский союз

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

предоставляться бесплатно. Однако средств на нее катастрофически не хватает. Так, пособия инвалидам, которых в Грузии насчитывается 198 000 (согласно расширенным советским критериям инвалидности), крайне малы. Качество отдельных видов социальной помощи, особенно больным с психическими расстройствами, оставляет желать лучшего. В последнее время в оказании социальной помощи стали участвовать общественные организации, но пока они помогают лишь немногим.

Медицинские кадры и подготовка медицинских работников

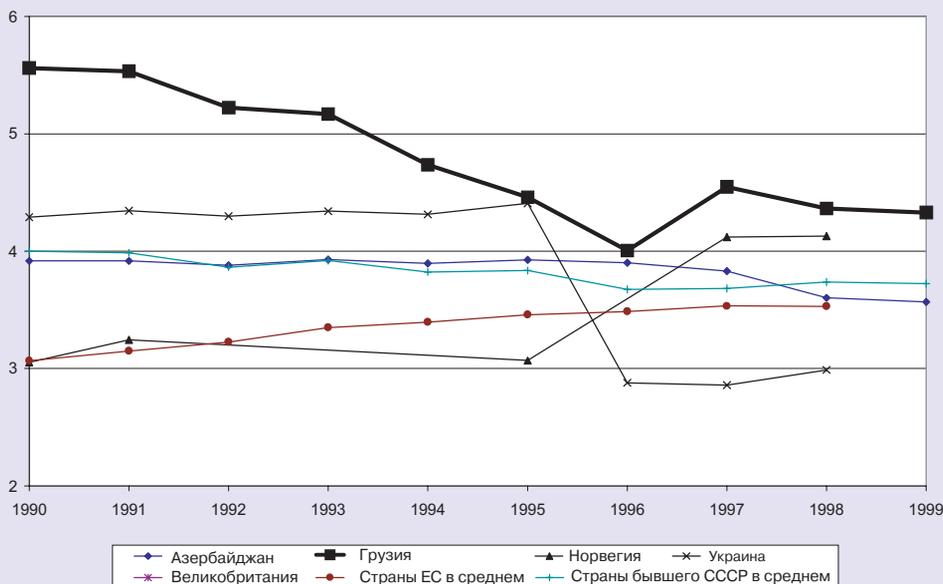
Несмотря на значительное сокращение штатов, по числу персонала сектор здравоохранения уступает только сектору образования. В 1990 г. число врачей составляло 4,9 на 1000 населения (по сравнению с 3,1 в

странах Европейского союза). В 1999 г. этот показатель сократился до 4,3 на 1000 населения. В то же время численность среднего медицинского персонала в Грузии ниже, чем в некоторых западноевропейских странах, а в Тбилиси врачей, пожалуй, даже больше, чем медицинских сестер.

До начала реформ все медицинские работники были государственными служащими и получали фиксированную заработную плату. Теперь они работают по договору с медицинскими учреждениями. С августа по сентябрь 1995 г. на новую систему оплаты труда перешли 120 000 медицинских работников.

В советские времена медицинским образованием занимался единственный медицинский институт республики. С 1995 г. открылось более 50 частных медицинских учебных заведений, однако качество подготовки в них сомнительно, а число выпускников слишком велико.

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Грузии, некоторых других странах, странах ЕС в среднем и странах бывшего СССР в среднем



ЕС — Европейский союз

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

Уже более десяти лет положение медицинских работников в Грузии плачевное из-за низкой, постоянно задерживаемой или вовсе не выплачиваемой заработной платы. Согласно официальным данным, их заработная плата — самая низкая в стране, ниже черты бедности. Такая ситуация способствует распространению взяток, которые угрожают общедоступности медицинского обслуживания.

Лекарственные средства

Одной из первых реформ здравоохранения была приватизация аптек. Роль местной фармацевтической промышленности крайне незначительна; большинство лекарственных средств импортируется. В 1995 г. правительство утвердило перечень жизненно необходимых лекарственных средств, призванный упорядочить их назначение. В рамках основного набора медицинских услуг медикаментозное лечение полностью или частично оплачивается государством, но из-за недостаточного финансирования государство зачастую не выполняет своих обязательств. Остальные лекарственные средства больные оплачивают сами. Значительная часть населения не имеет средств на покупку лекарственных средств. Поэтому в 1997—2000 гг. в Кутаиси был опробован экспериментальный проект по введению добровольного медицинского страхования, покрывающего затраты на медикаментозное лечение, и возврату к уже забытой в большинстве районов страны системе отпуска лекарственных средств по рецептам. В дальнейшем этот проект планируется расширить и использовать его результаты в других экспериментальных программах.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения (в составе годового государственного бюджета) планируется Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты. Составление бю-

джета основано на данных, предоставляемых региональными службами здравоохранения, муниципалитетами, Государственной компанией медицинского страхования и департаментами министерства. Однако на деле здравоохранение не получает и тех скудных средств, которые запланированы в государственном бюджете. В 1999 г. доля бюджетных средств в финансировании здравоохранения составила всего 8% (примерно 3,35 доллара США на человека). Больницы финансируются Государственной компанией медицинского страхования (по договорам с которой они работают) и муниципалитетами. Кроме того, ряд профилактических программ (например, иммунизацию) оплачивает Министерство труда, здравоохранения и социальной защиты. Услуги, не входящие в основной набор, оплачивают сами больные.

Реформы здравоохранения

После обретения независимости оказалось, что республика не в состоянии поддерживать прежнюю громоздкую систему здравоохранения. Кроме того, эта система уже не соответствовала потребностям населения (особенно в сфере первичного медицинского обслуживания). Поэтому в 1993 г. Грузия приступила к планированию реформ здравоохранения.

Главные цели реформ представлены в документе «Преобразования грузинского здравоохранения: основные направления» (1996 г.). Важнейшие реформы включали децентрализацию управления здравоохранением, переход к новой системе финансирования (по государственным, муниципальным программам и программе медицинского страхования), усиление роли первичного медицинского обслуживания. К другим важным направлениям реформ относятся преобразование санитарно-эпидемиологических служб, введение медицинского страхования, разработка новой политики в области лекарственных средств,

развитие медицинских информационных систем. Значительное место отводилось поддержанию высоких стандартов качества подготовки медицинских работников: были запланированы реформы медицинского образования и медицинской науки, введение системы лицензирования персонала и аккредитации медицинских учреждений.

Дальнейшее развитие концепция реформ получила в Национальном стратегическом плане реализации политики здравоохранения на 2000—2009 гг. Большая часть планов, представленных в документе «Преобразования грузинского здравоохранения: основные направления», реализованы или начали осуществляться. Реформы носили радикальный характер: наряду с введением нового механизма финансирования был определен основной набор медицинских услуг, введены платные медицинские услуги, приватизирован фармацевтический сек-

тор, разработан перечень жизненно необходимых лекарственных средств.

Заключение

Хотя реформы были направлены на обеспечение общедоступности медицинской помощи, население пока не ощутило на себе их плодов. Многие больные не обращаются за медицинской помощью из-за отсутствия средств на многочисленные официальные и неофициальные платежи. Из-за недостаточного финансирования государство не в состоянии выполнять свои обязательства по предоставлению основного набора медицинских услуг. Что будет дальше — покажет время. Есть надежда, что с улучшением экономических условий реформы все же достигнут своих целей и обеспечат стандартным набором медицинских услуг все население.

Таблица 1. Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 1999 г. (в отсутствие данных за 1999 г. приведены наиболее свежие данные)

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Азербайджан	7,5	4,7	14,9	30,0
Грузия	4,6	4,7	8,3	83,0
Норвегия	3,3 ^a	14,7 ^b	6,5 ^b	81,1 ^b
Украина	7,6 ^a	18,3 ^a	13,4 ^a	88,1 ^a
Великобритания	2,4 ^a	21,4 ^a	5,0 ^b	80,8 ^a
Страны Европейского союза в среднем	4,6 ^a	18,75	8,32 ^a	77,1 ⁶
Страны бывшего СССР в среднем	6,8	18,6	13,3	84,8

Источник: база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ
Примечание: ^a 1998, ⁶ 1997, ^b 1996.

Обзор здравоохранения Грузии составили Амиран Гамквелидзе, Рифат Атун, Георгий Готсадзе и Лора Мак-Лехос. Редакторы обзора — Лора Мак-Лехос и Мартин Мак-Ки.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит тбилисское бюро ВОЗ, доктора Отари Васадзе, доктора Иосифа Бреговдзе, доктора Левана Джугели, доктора Валерия Чернявского, доктора Паату Имнадзе, доктора Георгия Цуладзе, доктора Марину Шахназарову, доктора Ирину Каросанидзе, доктора Тамару Гоцадзе, Александра Вадачкория, Давида Гзиришвили, Сарбани Чакраборти и Левана Метревели. Полный текст обзора можно найти 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.