



Реферат обзора

Армения

Введение

Государственный строй и новейшая политическая история

Армения, в прошлом входившая в состав СССР, провозгласила независимость в сентябре 1991 г. Сейчас это республика, возглавляемая президентом.

Население

В 1998 г. численность населения оценивалась в 3 728 200 человек. Учитывая значительные масштабы эмиграции, эта оценка, вероятно, завышена. Большинство населения — армяне; на долю русских и курдов приходится менее 2%. Естественный прирост населения резко сократился (с 17,3 на 1000 населения в 1990 г. до 3,3 на 1000 населения в 1999 г.). Многие армяне рассеяны по всему миру — армянская диаспора насчитывает около 4 млн человек.

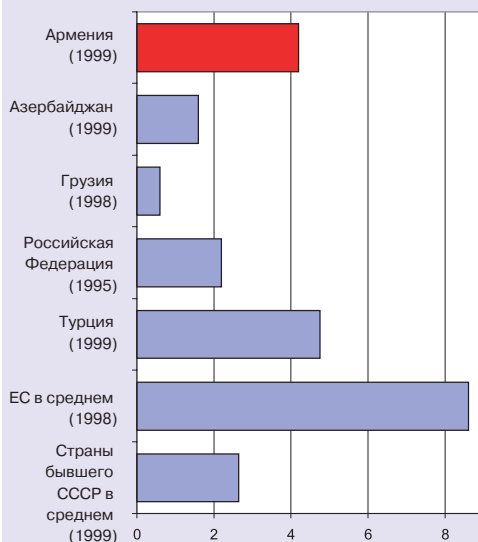
Средняя продолжительность жизни

В начале 1980-х гг. средняя продолжительность жизни в Армении была самой высокой среди республик СССР. В первые годы после провозглашения независимости этот показатель уменьшился, но сейчас вновь растет (в 1999 г. он составлял 74,4 года).

Основные причины смерти

Сокращение средней продолжительности жизни в первой половине 1990-х гг. обусловлено увеличением смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета, туберкулеза и других болезней. Возросла заболеваемость инфекциями.

Рисунок 1. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Армении, некоторых других 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

Основанная на принципах Семашко советская система здравоохранения была чрезвычайно централизованной, а медицинское обслуживание — всеобъемлющим, общедоступным и бесплатным. С обретением

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>

независимости экономические и социально-политические потрясения вынудили Армению прибегнуть к радикальным реформам здравоохранения. Теперь за большинство медицинских услуг больным (за исключением социально уязвимых групп населения) приходится платить.

Направления реформ

Государство намерено искать дополнительные источники финансирования здравоохранения, расширять первичное медицинское обслуживание, повышать эффективность и рентабельность здравоохранения. Законопроект об обязательном медицинском страховании рассматривался в конце 2001 г.

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1993 г. финансирование здравоохранения составляло 4,2% ВВП. В действительности этот показатель, вероятно, выше за счет платных медицинских услуг.

Краткое содержание реферата

Планомерному реформированию здравоохранения препятствовал разразившийся после обретения независимости экономический кризис. В условиях перебоев со снабжением, когда не хватало самых необходимых материалов, все усилия были направлены на поддержание имеющихся служб. К середине 1990-х гг. реформы все же начались, так как стало очевидно, что обеспечивать всеобъемлющим бесплатным медицинским обслуживанием все население уже невозможно. Сейчас большинству больных приходится полностью оплачивать медицинские услуги.

Социально уязвимые группы населения государством пытаются обеспечить основным набором медицинских услуг бесплатно. Тем не менее в условиях нехватки финанси-

рования даже этим группам больных иногда приходится платить за медицинское обслуживание. Это ограничивает доступность медицинской помощи и может отрицательно сказаться на здоровье населения. Вместе с тем эффективность медицинского обслуживания несколько повысилась.

Планируется ввести обязательное и добровольное медицинское страхование, передать часть полномочий Министерства здравоохранения на нижестоящие уровни и расширить самостоятельность медицинских учреждений. Все эти меры должны способствовать дальнейшему увеличению эффективности здравоохранения и привлечению дополнительных финансовых средств.

Структура и управление

Структура здравоохранения

Унаследованная от прежних времен централизованная структура здравоохранения практически не изменилась.

Министерство здравоохранения стало существенно меньше и постепенно освобождается от многих полномочий и обязанностей. Оно играет ведущую роль в разработке государственной политики здравоохранения.

Создание в 1998 г. Государственного агентства здравоохранения было первым шагом на пути к всестороннему социальному страхованию. Агентство получает средства на нужды здравоохранения от Министерства финансов и распределяет их на договорной основе по медицинским учреждениям, разделяя таким образом поставщиков и покупателей медицинских услуг.

На региональном уровне за здравоохранение отвечают власти марзов (Армения разделена на 11 марзов).

С 1993 г. медицинские учреждения стали полунезависимыми и обрели право зарабатывать деньги (в дополнение к государственному финансированию).

Медицинское страхование не развито.

Добровольное страхование имеет законодательную базу, но пока не играет существенной роли.

Частный сектор в здравоохранении немногочисленен. Частная практика разрешена с 1996 г., но число частнопрактикующих врачей пока очень невелико. Имеется несколько частных больниц.

В Армении действует много международных неправительственных организаций, которые предоставляют гуманитарную помощь и занимаются реализацией программ в области здравоохранения.

Планирование, нормирование и управление

В планировании ведущую роль играет Министерство здравоохранения. Власти марзов участвуют в разработке планов постепенного сокращения коечного фонда. В распределении средств все большая роль отводится рыночным механизмам, которые постепенно заменяют централизованное управление. Передав значительную часть полномочий по планированию на нижестоящие уровни системы здравоохранения, Министерство здравоохранения сосредоточилось на сфере нормирования. За управление медицинским обслуживанием (как первичным, так и специализированным) теперь отвечают сами медицинские учреждения.

Децентрализация здравоохранения

Финансирование здравоохранения перешло из ведения Министерства здравоохранения в ведение Государственного агентства здравоохранения. Ответственность за организацию первичного и специализированного обслуживания взяли на себя региональные и местные власти. Государственные медицинские учреждения стали государственными предприятиями и получили право распоряжаться своими финансовыми ресурсами.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

Государство финансирует здравоохранение из налоговых поступлений. Бюджет здравоохранения распределяется между Министерством здравоохранения и Государственным агентством здравоохранения. Последнее, в свою очередь, делит средства между 11 марзами из расчета на душу населения с поправкой на местные условия.

Разразившийся после обретения независимости экономический кризис способствовал сокращению государственного бюджета, который уже не покрывал расходов на здравоохранение, и заставил ввести платные медицинские услуги. Принятый Национальным собранием в марте 1996 г. закон «О медицинской помощи и медицинском обслуживании населения» фактически упразднил прежнюю систему финансирования, узаконив платные медицинские услуги и прочие альтернативные механизмы финансирования. В соответствии с постановлением правительства в 1997 г. большинство медицинских услуг стали платными для всего населения (за исключением социально уязвимых групп).

Из-за сокращения общего бюджета здравоохранения бесплатное медицинское обслуживание ограничено определенным набором услуг и определенными (социально уязвимыми) группами населения, перечень которых определяет Министерство здравоохранения. Остальному населению в большинстве случаев приходится полностью оплачивать медицинское обслуживание.

В будущем Армения планирует ввести обязательное и добровольное медицинское страхование (соответствующий законопроект подготовлен в 2001 г.) в надежде расширить финансирование здравоохранения, повысить эффективность и рентабельность медицинского обслуживания.

Набор медицинских услуг

В 1998 г. был разработан основной набор медицинских услуг. Он включает перечень услуг, финансируемых государством, и перечень групп населения, имеющих право на эти услуги. Основной набор медицинских услуг периодически пересматривается; те или иные услуги и группы населения могут быть добавлены в него либо исключены. С учетом последних изменений, внесенных в 2000 г., основной набор медицинских услуг включает следующие виды медицинской помощи: первичную, педиатрическую, акушерско-гинекологическую, неотложную, медицинскую помощь социально уязвимым группам населения, борьбу с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.

К социально уязвимым группам населения относятся 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 и более детьми в возрасте до 18 лет, семьи жертв войны, заключенные, дети родителей-инвалидов, участники ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы, спасатели.

В действительности даже больным из социально уязвимых групп нередко приходится хотя бы частично оплачивать медицинские услуги.

Дополнительные источники финансирования

По данным Министерства здравоохранения, государство покрывает всего 25% расходов на здравоохранение; 15% приходится на международную помощь, а оставшиеся 60% — на платные медицинские услуги. Доля средств, поступающих от больных, возможно, занижена; реальные масштабы этих платежей не известны.

Больным, не входящим в социально уязвимые группы, приходится полностью оплачивать медицинское обслуживание.

Предполагалось, что введение в 1996—1997 г. платных медицинских услуг позво-

лит сократить масштабы широко распространенных в советское время взяток. Однако, по некоторым данным, взятки процветают и поныне, чему в немалой степени способствуют крайне низкие тарифы, по которым государство оплачивает медицинские услуги из основного набора. Эти тарифы не покрывают реальных затрат на медицинскую помощь, и медицинские учреждения вынуждены взимать плату даже с социально уязвимых групп населения. Подсчитано, что доля платных медицинских услуг в финансировании больниц в 3,5—4 раза превышает долю бюджетных средств. Поскольку взятки позволяют уклоняться от уплаты налогов, основная часть доходов здравоохранения минует официальную систему финансирования, что существенно затрудняет ее совершенствование.

Внешние источники финансирования включают весьма значительную гуманитарную помощь и ссуду, выделенную Всемирным банком на проект по совершенствованию финансового управления и развитию первичного медицинского обслуживания.

Добровольное медицинское страхование пока не вносит заметного вклада в финансирование здравоохранения. Тем не менее правительство заинтересовано в развитии добровольного страхования (соответствующий законопроект был подготовлен в 2001 г.).

Финансирование здравоохранения и ВВП

В 1993 г. финансирование здравоохранения составляло 4,2% ВВП (рис. 1). Однако этот показатель скорее всего не отражает реальных масштабов платных медицинских услуг. В настоящее время финансирование здравоохранения (в % ВВП), вероятно, увеличилось. В 1999 г. государственный бюджет здравоохранения составил 1,7% ВВП (примерно 25% всех затрат на здравоохранение). Еще 15% затрат приходится на гуманитарную помощь, а оставшиеся 60% — на платные медицинские услуги. Таким образом, общий объем финансирования здра-

воохранения в 1999 г. можно приблизительно оценить в 6,8% ВВП.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Медицинское обслуживание все еще организовано по советской модели. Первичное медицинское обслуживание предоставляют районные поликлиники и сельские медицинские (фельдшерские) пункты. Один терапевт приходится на 1200—2000 взрослого населения, один педиатр — на 700—800 детей. Поликлиники, ранее прикрепленные к районным больницам, стали самостоятельными учреждениями.

Цель этого разделения — четко разграничить первичное и специализированное медицинское обслуживание и препятствовать необоснованным госпитализациям.

Есть надежда, что на смену малоэффективной системе поликлиник и медицинских пунктов придут независимые врачи общей практики и семейные врачи. В дальнейшем организации новой системы первичного медицинского обслуживания будет уделяться первостепенное внимание.

Чтобы попасть на прием к специалисту, больные должны получить направление от врача, занимающегося первичным медицинским обслуживанием. Тем не менее многие по-прежнему обращаются к специалистам (особенно в больницах) напрямую. Плачевное состояние поликлиник и медицинских пунктов подрывает доверие к качеству оказываемой ими помощи. Предполагается, что реформы здравоохранения, в том числе те, что касаются первичного медицинского обслуживания, будут способствовать перераспределению ресурсов в этот сектор здравоохранения и усилению роли врачей общей практики.

В то время как номинально права больных расширяются (в частности, больные могут выбирать врача), значительная часть

населения не в состоянии платить за медицинские услуги и потому не имеет доступа к медицинской помощи.

Общественное здравоохранение

По сравнению с другими областями здравоохранения санитарно-эпидемиологическая служба претерпела мало изменений. С советских времен действует сеть из 37 районных санэпидстанций и одной службы республиканского уровня, которой они подчиняются и перед которой отчитываются. Общественное здравоохранение, в том числе санитарное просвещение и укрепление здоровья, должно быть неотъемлемой частью первичного медицинского обслуживания.

Работа по укреплению здоровья населения, которой и в советские времена уделяли мало внимания, в результате разразившегося с обретением независимости экономического кризиса была практически парализована. Профилактические мероприятия организуют на разных уровнях. Так, программы иммунизации проходят в учреждениях первичного медицинского обслуживания под наблюдением санитарно-эпидемиологических служб. Планированием семьи, дородовым наблюдением и массовыми обследованиями занимаются поликлиники и медицинские пункты либо женские консультации.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное медицинское обслуживание предоставляют некоторые крупные поликлиники, предлагающие амбулаторные услуги, и 37 районных больниц. Высокоспециализированное обслуживание население получает в республиканских больницах и специализированных институтах Еревана. В столице имеются детские больницы и родильные дома (всего их насчитывается 6). Большинство больниц государственные.

Размеры коечного фонда превышают потребности населения. Число больничных

коек в Армении больше, чем в среднем в странах Европейского союза, но меньше, чем в среднем в странах бывшего СССР. Коечный фонд сократился с 8,3 на 1000 населения в 1990 г. до 5,5 на 1000 населения в 1999 г., то есть на 34%.

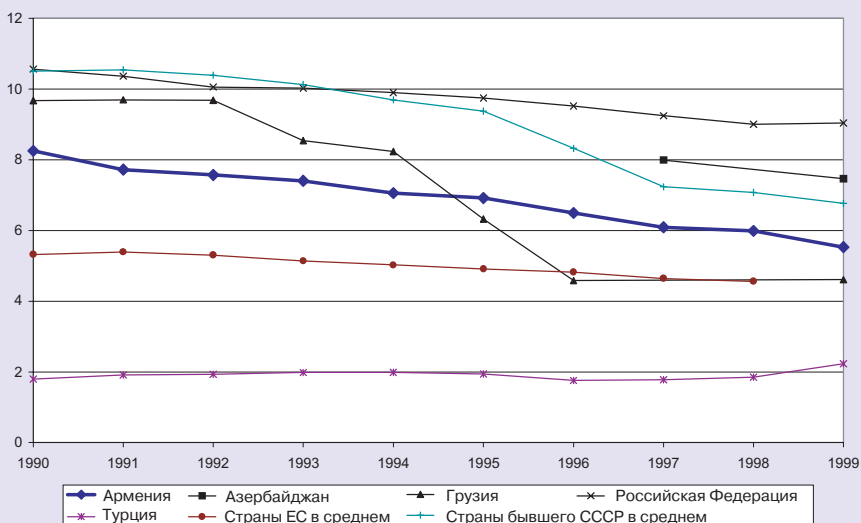
Средняя занятость койки снизилась с 70—80% в 1980-х гг. до 65% в 1990 г., а в 1999 г. составила всего 33,4%. Это очень низкий показатель, особенно если учесть, что число коек за тот же период уменьшилось почти на треть. Относительный избыток коечного фонда обусловлен тем, что для значительной части населения медицинская помощь стала недоступной. Доказательством тому служит резкое снижение числа госпитализаций с 14 на 100 населения в 1990 г. до менее чем 6 на 100 населения в 1999 г. Государственных средств не хватает даже для финансирования основного набора медицинских услуг, не говоря о том, что больные, не относящиеся к социально уязвимым группам, должны полностью оплачивать специализированное медицинское обслуживание.

Благодаря реформам централизованная система здравоохранения уходит в прошлое. Больницы стали самостоятельными и работают на основе самофинансирования, хотя по-прежнему принадлежат государству. Предполагается, что таким образом удастся более рационально организовать медицинское обслуживание, так как многие медицинские учреждения, не приспособившиеся к работе в новых условиях, будут вынуждены закрыться.

Медико-социальная помощь

Государственная медико-социальная помощь развита слабо, а частные учреждения ее вообще не предоставляют. В Армении существует лишь одна больница для инвалидов и умственно отсталых. Нет ни домов для престарелых, обеспечивающих медицинский уход (даже обычных домов престарелых всего два на всю республику), ни учреждений для хронических больных, ни дневных стационаров, ни развитой сети социальных работников. Медико-социальная

Рисунок 2. Число больничных коек на 1000 населения в Армении, 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»

помощь держится на семьях, которые в Армении издавна были большими. На социальные нужды идет также часть гуманитарной помощи. Кроме того, медико-социальным обслуживанием занимаются обычные больницы.

На это им требуются средства, которых и без того не хватает. В результате больничные койки заняты хроническими больными и пожилыми, которым вместо медико-социальной помощи предоставляется дорогостоящее стационарное лечение.

Под давлением Министерства здравоохранения Министерство социального обеспечения стало выделять средства на медико-социальное обслуживание, оплачивая 20 000 койко-дней в год для социально ущемленных групп населения. К сожалению, эта финансовая поддержка очень мала.

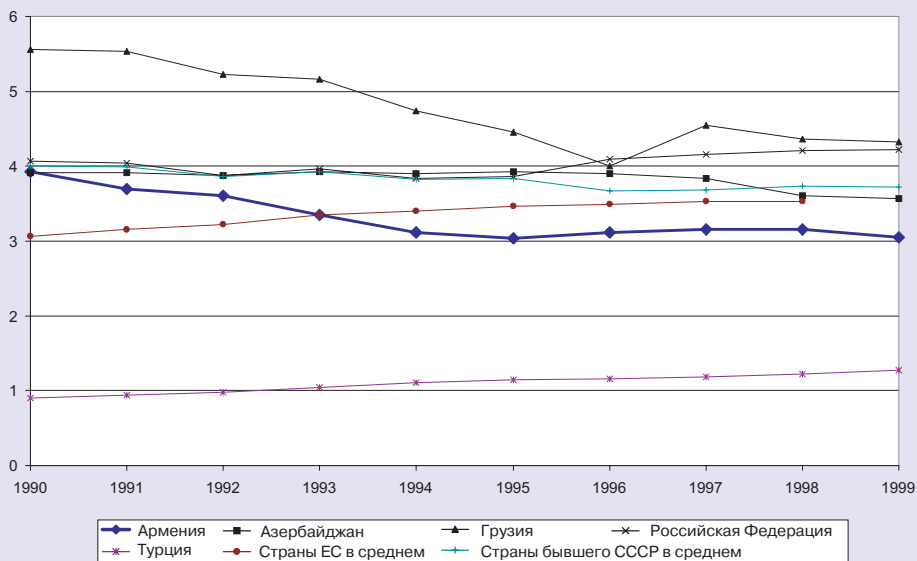
Медицинские кадры и обучение медицинских работников

По данным Министерства здравоохранения, число врачей в Армении значитель-

но превосходит потребности населения. Однако в действительности этот показатель очень близок к среднему как в странах бывшего СССР, так и в странах Европейского союза (рис. 3). Вместе с тем число медицинских сестер в Армении меньше, чем в среднем в странах бывшего СССР и в среднем в странах Европейского союза. В 1980-х гг. число врачей на 1000 населения увеличилось более чем на 20%, а к 1999 г. вновь уменьшилось практически до уровня 1980 г. и составило 3,3 на 1000 населения.

Число поступающих в медицинские средние специальные и высшие учебные заведения остается высоким, несмотря на падение престижа медицинских профессий и низкую официальную заработную плату. За период независимости было открыто несколько частных медицинских учебных заведений. Министерство здравоохранения не признает эти учреждения и не собирает-ся ни лицензировать их выпускников, ни допускать к государственным экзаменам. Тем не менее частные учебные заведения продолжают набирать студентов.

Рисунок 3. Число врачей на 100 населения в Армении, 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»

Более того, Министерство здравоохранения сокращает количество мест в единственном государственном высшем учебном заведении. Уменьшается, хотя и не столь существенно, число мест в медицинских училищах. Для желающих получить специализацию предусмотрена ординатура. Разрабатывается новая учебная программа, предназначенная для подготовки врачей общей практики и семейных врачей.

С 1996 г. все врачи, медицинские сестры и фармацевты должны каждые 5 лет проходить повторное лицензирование.

Лекарственные средства

Госпитализированные больные приобретают за свой счет до 80% лекарственных средств. Больным, которые относятся к социально уязвимым группам населения, то есть имеют право на бесплатное предоставление основного набора услуг, лекарственные средства должны предоставляться бесплатно (при стационарном лечении) или за символическую плату (при амбулаторном лечении). Однако из-за нехватки государственных средств таким больным, как и большинству населения, зачастую приходится полностью оплачивать медикаментозное лечение.

В 1995 г. была сформулирована государственная политика в области лекарственных средств, основанная на концепции жизненно необходимых препаратов. Так, врачам рекомендуют выписывать непатентованные препараты из государственного перечня жизненно необходимых лекарственных средств и фармакологического справочника, выпущенного в 1997 г. Тогда же внедрена новая система надзора за ценами на лекарственные средства. В 1998—2000 гг. разработаны и опубликованы рекомендации по медикаментозному лечению 40 наиболее важных заболеваний.

После приватизации аптек, которые теперь могут свободно ввозить и закупать препараты, снабжение лекарственными средствами улучшилось, хотя до сих пор остается неполным. Министерство здравоохранения устанавливает стандарты ка-

чества препаратов и следит за их соблюдением.

Из-за сокращения государственного финансирования значительная часть населения не в состоянии покупать необходимые лекарственные средства, причем таких людей становится все больше. Все попытки сократить государственные расходы на лекарственные средства сосредоточены на регулировании цен, а такие меры, как сокращение количества выписываемых препаратов и назначение более дешевых непатентованных аналогов, пока не нашли широкого применения, несмотря на официальную поддержку государства.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

Министерство здравоохранения планирует бюджет здравоохранения на основе данных за предыдущий год о числе больных и об их распределении по категориям с учетом фиксированной стоимости койко-дня и амбулаторного посещения врача. В бюджет включаются расходы на санитарно-эпидемиологические службы. Проект бюджета утверждает Министерство финансов, а затем — парламент, который официально принимает бюджет.

С 1995 по 1998 г. бюджетные средства распределялись между Министерством здравоохранения и властями марзов, которые благодаря децентрализации здравоохранения стали основными посредниками между поставщиками и покупателями медицинских услуг. В 1998 г. сделан первый шаг на пути к всестороннему социальному страхованию — создано Государственное агентство здравоохранения. Агентство взяло на себя ответственность за распределение полученных от Министерства финансов государственных средств и теперь выполняет роль посредника между поставщиками и покупателями медицинских услуг. Госу-

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

Финансирование больниц

С 1997 г. финансирование больниц зависит от объема предоставленных услуг. Больницы получают предварительную фиксированную оплату за каждое планируемое амбулаторное посещение и каждый планируемый койко-день. Министерство здравоохранения определяет стоимость амбулаторного посещения и стоимость койко-дня, а также устанавливает для всех категорий больных необходимое число амбулаторных посещений и среднюю длительность госпитализации. На медицинские услуги, не входящие в основной набор, больницы устанавливают собственные цены и дополнительно взимают плату за каждый день проживания. Больные, не относящиеся к социально уязвимым группам, полностью оплачивают все услуги.

Оплата труда врачей

До 1996 г. медицинские работники получали фиксированную заработную плату. Постепенно централизованное регулирование оплаты труда уступило место системе индивидуальных договоров между директором и персоналом больницы. Предполагается, что в будущем заработок врачей и медицинских сестер будет напрямую зависеть от эффективности их работы.

Из-за низкой заработной платы врачи вынуждены брать взятки от больных.

Разрабатываемая Министерством здравоохранения оплата труда новой категории специалистов — врачей общей практики — будет складываться из платежей за каждого зарегистрированного больного и, возможно, дополнительных надбавок.

Реформы здравоохранения

К реформам здравоохранения Армению подтолкнули прежде всего экономические причины. В условиях социальных и экономических потрясений начала 1990-х гг. страна была вынуждена коренным образом изменить финансирование и организацию медицинского обслуживания. Свою роль сыграли и стремление к созданию более демократичной, децентрализованной системы вместо построенного на командно-бюрократических принципах советского здравоохранения.

В ходе реформ основным источником финансирования здравоохранения стали платные медицинские услуги. Больницы обрели самостоятельность и работают на принципах самофинансирования и самоокупаемости. Министерство здравоохранения постепенно ограничивает свою деятельность надзором, нормированием и лицензированием. Создание Государственного агентства здравоохранения позволило разделить поставщиков и покупателей медицинских услуг. Правительство планирует ввести обязательное и добровольное медицинское страхование, чтобы увеличить финансирование здравоохранения и расширить охват населения медицинским обслуживанием. Основное внимание уделяется развитию первичного медицинского обслуживания.

Несмотря на широкую поддержку, реформы здравоохранения сталкиваются с трудностями. Частая смена правительства, в том числе министров здравоохранения, мешает последовательному проведению реформ. Тем не менее благодаря усилиям Министерства здравоохранения реформы в целом продвигаются вперед.

Одни из самых сложных задач — резкое сужение доступа к медицинскому обслуживанию и утрата доверия населения и медицинских работников к системе здравоохранения, которая не в состоянии предоставить даже самую необходимую помощь.

Заключение

Коренные реформы здравоохранения Армении исходили из того, что государство уже не могло обеспечивать всеобъемлющим бесплатным медицинским обслуживанием все население. Хотя социально уязвимым группам населения государство гарантирует бесплатное предоставление основного набора медицинских услуг, из-за нехватки средств даже эти группы зачастую вынуждены платить за медицинские услуги, что идет вразрез с принципом общедоступно-

сти медицинского обслуживания. Предполагается, что новые методы финансирования и децентрализация власти повысят эффективность и рентабельность медицинского обслуживания. Здоровье населения и будущее здравоохранения неразрывно связаны с развитием экономики страны. По мере улучшения экономического положения рост доходов будет способствовать расширению финансовой базы здравоохранения. Поэтому правительство должно приложить все силы к легализации теневой экономики, чтобы привлечь дополнительные средства на нужды здравоохранения.

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 (%)
Армения	5,5	5,6	10,4	29,8
Азербайджан	7,5	4,7	14,9	30,0
Грузия	4,6	4,7	8,3	83,0
Российская Федерация	9,0	20,0	13,7	84,1
Турция	2,2	7,3	5,4	57,8
Страны Европейского союза в среднем	4,6 ^а	18,8	8,3 ^а	77,1 ^б
Страны бывшего СССР в среднем	6,8	18,6	13,3	84,8

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

Обзор системы здравоохранения Армении составили Самвел Ованисян (Национальный институт здравоохранения Армении), Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Сузи Лессоф (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Райр Асланян (Бюро ВОЗ по координации и связям, Армения) и Арарат Мкртчян (Министр здравоохранения, Армения). Авторы благодарят Гарри Асланяна (Университет Торонто) и Нату Менабде (Европейское региональное бюро ВОЗ) за помощь в создании обзора. 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.