

# Системы здравоохранения: время перемен

Автор: Бесим Нури

Редактор: Элли Трагакес

## Албания

2002



Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова:

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ  
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ — СТРУКТУРА И УПРАВЛЕНИЕ  
АЛБАНИЯ**

Данный обзор распространяется бесплатно, использовать его полностью или частично для коммерческих целей запрещается. Права на издание обзора или его части можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK 2100 Copenhagen, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует подобные обращения.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. В обзоре использованы названия стран и районов, принятые на момент его составления.

Обзор содержит точки зрения только его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам здравоохранения и ее членов.

**Ссылка на исходный документ:** Nuri, B. In: Tragakes, E., ed. *Health care systems in transition: Albania*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2002: 4(6).

**Европейская обсерватория по системам здравоохранения**

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Греции

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

EUR/02/5037245 (ALB) 2002

ISSN 1020-9077 Vol. 4 No. 6

## Содержание

Предисловие .....	v
Благодарности .....	vii
Введение и историческая справка .....	1
Общие сведения .....	1
Исторический очерк .....	10
Структура и управление .....	15
Структура системы здравоохранения .....	15
Планирование, нормирование и управление .....	21
Децентрализация здравоохранения .....	25
Финансирование и затраты .....	27
Основная система финансирования .....	27
Набор медицинских услуг .....	31
Дополнительные источники финансирования .....	31
Затраты на здравоохранение .....	34
Медицинское обслуживание .....	41
Первичное медицинское обслуживание .....	41
Специализированное медицинское обслуживание .....	47
Высокоспециализированная помощь .....	53
Медико-социальная помощь .....	54
Медицинские кадры .....	55
Лекарственные средства и медицинские технологии .....	61
Распределение средств .....	63
Бюджет здравоохранения и распределение средств .....	63
Финансирование больниц и других медицинских учреждений .....	63
Оплата труда врачей .....	65
Реформы здравоохранения .....	67
Цели и задачи .....	67
Реформы и законодательство .....	70
Проведение реформ .....	73
Выводы .....	77
Литература .....	79
Дополнительная литература .....	83

## Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения отдельной страны, а также реформ здравоохранения, проводимых или 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 европейских стран.

Обзоры здравоохранения стран переходного периода призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные элементы единого целого, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить характерные трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и при-

меров. Количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Большая часть сведений получена из местных источников и обработана международными специалистами в той или иной области. Подобный подход, однако, не исключает субъективности некоторых утверждений и выводов. К тому же единой общепризнанной терминологии для описания многообразия европейских систем здравоохранения не существует, поэтому сходные данные нередко понимают и толкуют по-разному. Разработан ряд общих определений, но и они не позволяют полностью избежать разночтений. С подобными трудностями сталкиваются все сравнительные исследования в области здравоохранения.

Обзоры служат источником наглядных и свежих сравнительных данных о здравоохранении разных стран и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся материалы для глубокого сравнительного анализа реформ. Выпуск обзоров продолжается. Подобные обзоры будут составлены для всех европейских стран, все сведения будут регулярно обновляться, что позволит постоянно следить за ходом реформ. Обзоры можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам здравоохранения: <http://www.observatory.dk>.

## Благодарности

Обзор системы здравоохранения Албании подготовлен Бесимом Нури (Университет Монреаля). Редактировала обзор Элли Трагакес (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), научное руководство осуществлял Жозеп Фигерас. В подготовке обзора помогли сотрудники министерств и учреждений Албании: Сильва Бино (Институт общественного здравоохранения), Маргарита Цаци (Институт статистики), Нурие Коши (Министерство здравоохранения), Эли Гьика (Министерство здравоохранения), Саймур Кадю (Министерство здравоохранения и Всемирный банк), Мануэла Мурти (Институт общественного здравоохранения) и Виган Саяси (Институт медицинского страхования).

Обсерватория благодарит Антонио Дьюрана (Tecnicas de Salud, Испания), Акико Маэда (Всемирный банк) и Айрис Семини (Объединенная программа ООН по ВИЧ и СПИДу) за рецензирование обзора. Мы также благодарны Министерству здравоохранения Албании за оказанную помощь.

Данная серия обзоров подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины. В Европейской обсерватории по системам здравоохранения коллектив создателей обзоров работает под руководством генерального секретаря Жозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта — Сузи Лессоф.

Административными вопросами подготовки обзора по Албании занимались Мириам Андерсен и Ута Лоренц. Распространением, производством и редактированием руководил Джеффри Лазарус при участии Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Миши Хёкстра (редактирование). Отдельную благодарность авторы выражают: Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех»; Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении

в странах Западной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о затратах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

## Введение и историческая справка

### Общие сведения

**А**лбания расположена на юго-востоке Европы, на Балканском полуострове. На севере Албания граничит с Федеральной Республикой Югославия, на востоке — с бывшей югославской республикой Македония, на юге — с Грецией. Западное побережье страны омывают воды Адриатического и Ионического морей. Площадь — 28 750 км<sup>2</sup>. Рельеф местности в основном гористый, если не считать равнинного побережья.

Население Албании — 3,1 миллиона человек, оно моложе, чем в других странах Европы. Треть населения моложе 15 лет, 40% моложе 18. В 1980—1999 гг. население ежегодно увеличивалось на 1,2%; в 1999 г. на одну женщину детородного возраста приходилось 2,4 ребенка (1, 2). До этого население росло еще быстрее благодаря политике поощрения рождаемости, проводившейся коммунистическим правительством.

Большинство населения проживает в сельской местности: в 2001 г. сельские жители составляли 58% (3)<sup>1</sup>. После отмены в 1990-х гг. ограничений свободы передвижения внутренняя миграция из деревни в город достигла невиданных прежде в Албании масштабов. В 1979 г. в городах жило лишь 33,5% населения. К 1989 г. эта цифра выросла до 35,5%, а в 2001 г. достигла 42,1%. В результате население Тиранского района быстро перевалило за 500 000 человек, что поставило в трудные условия районную систему здравоохранения (3).

Уровень эмиграции тоже высок: с 1990 по 1999 г. страну покинули более 750 000 человек (5). Темпы эмиграции не снижаются, албанцы продолжают уезжать, легально и нелегально. По данным последней переписи, в период с

---

<sup>1</sup> В Албании сбор и обработка информации на всех уровнях сталкивается с огромными трудностями. В своем «Демографическом ежегоднике» за 1990—1999 гг. Институт статистики признал неполноту общих демографических показателей за период 1992—1999 гг. и их распределения по полу, возрасту, месту жительства и т.д. (4). Поскольку в эти годы не было переписи населения, фактическая численность населения Албании может сильно отличаться от статистической оценки. Не ведется точного учета внешней и внутренней миграции, а также других демографических явлений. Соответственно, многие показатели могут быть искажены. По результатам переписи 2001 г., население Албании уменьшилось с 3,4 миллиона человек (по оценке Института статистики) до 3,08 миллиона человек (3).





1989 по 2001 г. население Албании несколько уменьшилось (3). Учитывая высокий уровень рождаемости и темпы роста населения, это можно объяснить только массовой эмиграцией. Еще одна значительная миграция произошла в начале 1999 г., когда свыше 700 000 чел. бежали из Косова и более 400 000 из них нашли убежище в Албании.

Около 97% населения Албании — этнические албанцы, 1,9% — греки. Остальные этнические группы весьма малы. Единый албанский язык используется с начала 1970-х. Религия: 70% населения исповедуют ислам, 20% — православие, 10% — католичество (6). Эти цифры отражают скорее «религию по происхождению», поскольку в албанском обществе не придается большого значения религиозной принадлежности. Тем не менее с возвращением свободы вероисповедания открываются многие мечети и церкви, которые были закрыты в 1967 г.

Предки албанцев, иллирийцы, сохраняли свой язык и культуру, несмотря на распространение греческих поселений в VII в. до н. э. и последовавшее затем многовековое римское правление. При разделе Римской империи в 395 г. н.э. Иллирия вошла в Византийскую империю. В V и VI вв. эти земли заселяли славянские и германские племена. Не одна соседняя держава стремилась укрепить здесь свое влияние: в 1344 г. страна была аннексирована Сербией, которая, в свою очередь, была оккупирована турками в 1389 г. Борьбу против османского господства возглавил национальный герой Албании Скандербег. В 1479 г. Албания окончательно вошла в состав Османской империи и на протяжении ряда веков оставалась ее беднейшей сельскохозяйственной провинцией.

Албания получила независимость, выйдя из Османской империи в 1912 г. По мирному договору 1913 г. Косово (почти половина Албании) отошло к Сербии.

Во время Первой мировой войны в страну одна за другой вторгались армии воюющих сторон, и лишь в 1928 г., при короле Зоге I, Албания стала королевством. Во время Второй мировой войны страну оккупировала Италия

**Таблица 1. Демографические показатели**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Численность населения (миллионы) <sup>а</sup>	3,202	3,248	3,283	3,324	3,354	3,373	3,401	3,087 <sup>б</sup>
Процент населения в возрасте моложе 15 лет <sup>а</sup>	33,4	33,0	33,0	32,9	32,6	32,4	32,2	—
Рождаемость, на 1000 населения <sup>а</sup>	22,5	22,1	20,8	18,5	17,9	17,1	—	—
Смертность, на 1000 населения <sup>а</sup>	5,73	5,56	5,36	5,49	5,44	4,96	—	—
Соотношение рождаемости и смертности <sup>а</sup>	4,02	3,99	3,88	3,38	3,29	3,46	—	—

Источники: <sup>а</sup> Институт статистики, 2000 г.; <sup>б</sup> Институт статистики, Перепись населения, 2001 г.

и король Зог бежал в Великобританию. Соппротивление итальянским, а затем германским оккупантам возглавила Албанская коммунистическая партия, основанная Энвером Ходжой.

В 1944 г. было сформировано временное правительство. В январе 1946 г. провозглашена Народная Республика Албания, а Коммунистическая партия переименована в Партию труда. Ходжа стал президентом и занимал этот пост до своей смерти в 1985 г. Сначала Албания строила свою экономику по советскому образцу, но в 1961 г. разорвала дипломатические отношения с Советским Союзом и установила с Китаем тесные связи, сохранявшиеся до 1978 г. При коммунистах, с 1944 по 1991 г., страна проводила политику невмешательства и в то же время занимала деньги сначала у Югославии, затем у Советского Союза и, наконец, у Китая. Изоляция Албании от остального мира и отсутствие доходов от экспорта тормозили развитие страны и не давали ей вырваться из нищеты.

В начале 1990-х гг., после падения коммунистических режимов в Восточной Европе, массовые протесты населения Албании привели к отмене однопартийной системы. Правящая Партия труда (позже переименованная в Социалистическую партию), возглавляемая Рамизом Алией, победила на перевыборах в марте 1991 г., пообещав провести приватизацию государственной земли. Выборы 1992 г. выиграла Демократическая партия под руководством Сали Бериша. Парламент избрал Бериша президентом на пятилетний срок с апреля 1992 по март 1997 г.

В марте 1997 г. рухнули несколько финансовых пирамид, куда вложили деньги две трети населения. Потери составили порядка 1000 миллионов долларов США (7). Народ обвинил правительство в соучастии в финансовых махинациях, последовали массовые беспорядки. Особенно тяжелая ситуация сложилась на юге страны, многие коммуны и муниципалитеты прекратили свое существование. На смену быстрому росту экономики, достигнутому в предыдущие годы, пришел рост инфляции и безработицы, процесс экономического возрождения был прерван.

Из-за этого скандала переизбранный незадолго до этого Бериша был вынужден назначить новые парламентские выборы в июне 1997 г., на которых победила Социалистическая партия. Бериша покинул пост президента, а его преемник назначил премьер-министром Фатоса Нано. В сентябре 1998 г. был убит заместитель главы Демократической партии. Его убийство послужило поводом к демонстрациям и столкновениям между правительством и сторонниками Сали Бериша, возглавлявшего в то время оппозицию. Штаб-квартира премьер-министра была разграблена. У мятежников было оружие, похищенное годом ранее с правительственного оружейного склада. Нано подал в отставку, и в сентябре 1998 г. был назначен новый премьер-министр — Пандели Майко.

Выборы в июне 2001 г. прошли мирно и, несмотря на неурядицы четырех предыдущих лет, Социалистическая партия опять набрала большинство голосов. Премьер-министром стал Илир Мета. Однако Демократическая партия, возглавляемая Беришей, какое-то время не признавала законность этих выборов и отказывалась направить своих депутатов в парламент. Конфлик-

ты внутри Социалистической партии привели к изменениям в правительстве, и в июле 2002 г. премьер-министром опять стал Фатос Нано. В июне 2002 г. Демократическая и Социалистическая партии заключили соглашение, известное как соглашение Бериша—Нано, явившееся крупным политическим достижением и приведшее к мирному избранию парламентом президента Альфреда Моисиу.

В 1991 г. Албанская конституция 1976 г. заменена временными конституционными положениями. Новая конституция принята 28 ноября 1998 г., после того как получила одобрение большинства населения на референдуме 22 ноября. По конституции глава исполнительной власти — президент, избираемый на 5 лет. Президент назначает премьер-министра и Совет министров, в который сейчас входят 22 министра. Парламент — однопалатный законодательный орган. В нем 140 членов, 100 из них избираются напрямую, а 40 — по партийным спискам. Впервые такой парламент избран в июле 2001 г., в нем представлены несколько политических партий.

До 1993 г. в течение полувека основной административной единицей в Албании был район. При коммунистах в Албании было 26 районов, управляемых под контролем коммунистической партии. В 1992 г. число районов увеличили до 36. В 1993 г. районы разделили на сельские районы (коммуны) с выборными местными органами власти и муниципалитеты с выборными советами во главе. В том же 1993 г. Албания была поделена на 12 префектур, в среднем по три района в каждой; администрацию префектур назначает правительство.

В каждом районе есть хотя бы один муниципалитет и несколько коммун. Например, в Тиранском районе 1 муниципалитет, 3 полугородских муниципалитета и 15 сельских коммун, и везде свои выборные местные органы власти. Всего в стране 315 коммун и 42 муниципалитета. Теоретически все они имеют право собирать налоги, но на практике почти все свои доходы местные власти получают от центрального правительства.

## **Народное хозяйство и здоровье населения**

Албания — одна из беднейших стран Европы. Из-за большого сектора теневой экономики очень трудно подсчитать валовой внутренний продукт (ВВП) и валовой национальный продукт (ВНП) страны. По наиболее достоверным данным, в 1999 г. ВНП составил 930 (1), а ВВП — 2892 доллара США на душу населения (1). Хотя экономика постепенно оправляется после финансового кризиса и трагических событий 1997—1999 гг., подушный ВВП остается низким для этого региона, что подтверждает сравнение с бывшей югославской республикой Македонией (4590 долларов США) и Болгарией (5070 долларов США) (1). Главными источниками дохода и сферами занятости в Албании остаются сельское хозяйство и лесоводство; в последние годы развиваются строительство, транспорт и сфера обслуживания. Деньги, посылаемые домой эмигрантами, — еще одна важная статья дохода, составившая в 1999 г. около 500 миллионов долларов США, или примерно пятую часть ВВП (5).

После краха административно-командной системы в 1991—1992 гг. начался переход к более открытой экономике. В 1993—1996 гг. народное хозяйство быстро развивалось, чему способствовало успешное сдерживание инфляции и начатая правительством широкая приватизация. Однако гражданские волнения 1997 и 1998 гг. серьезно нарушили политическую и экономическую стабильность. Войны в Боснии, Косово и Македонии тоже отрицательно сказались на албанской экономике 1990-х гг., равно как и санкции ООН против Югославии и греческие санкции против соседней Македонии. В 1997 г., после четырехлетнего роста, снова снизился ВВП (см. табл. 2). Резкое сокращение доли государственных расходов в ВВП — с 62% в 1990 г. до 26% в 1999 г. — существенно ограничило деятельность государственных служб (8). Вместе с тем достигнутая в последние годы политическая стабильность обеспечила некоторый экономический рост.

В 1994 и 1995 гг. официальная безработица снижалась по мере улучшения экономической ситуации, однако впоследствии существенно возросла фактическая безработица. По официальным данным, безработица выросла с 12,3% в 1996 г. до 18,3% в 1999 г. (5), а в действительности она еще выше.

До 1990-х гг., при коммунистах, официально считалось, что бедных в стране нет, хотя они и составляли значительную часть населения. Согласно опросам и официальной статистике, 29,6% албанцев бедны, причем поло-

**Таблица 2. Макроэкономические показатели**

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Реальные темпы роста ВВП, % изменения	-27,7 <sup>a</sup>	-7,2 <sup>a</sup>	9,6 <sup>a</sup>	9,4 <sup>a</sup>	8,9 <sup>a</sup>	8,2 <sup>a</sup>	-15,0 <sup>a</sup>	8,0 <sup>b</sup>	8,0 <sup>b</sup>
Рост инфляции за год, % <sup>a</sup>	35	226	85	22	8	13	32	20	2
ВНП на душу населения, долларов США <sup>b</sup>	—	—	340	380	—	—	750	810	870
ВНП на душу населения, долларов США с учетом паритета покупательной способности <sup>b</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	-2892
Государственные расходы, % ВВП	61,9 <sup>a</sup>	43,9 <sup>a</sup>	40,2 <sup>a</sup>	36,3 <sup>a</sup>	34,3 <sup>a</sup>	28,1	24 <sup>b</sup>	23 <sup>b</sup>	25,8 <sup>b</sup>
Официальный уровень безработицы, %	9,0 <sup>a</sup>	27,0 <sup>a</sup>	22,0 <sup>a</sup>	18,0 <sup>a</sup>	12,9 <sup>a</sup>	12,3 <sup>a</sup>	14,9 <sup>a</sup>	17,7 <sup>a</sup>	18,3 <sup>a</sup>

Источники: <sup>a</sup> Исследовательский центр «Инносенти» Детского фонда ООН, база данных TransMONEE 2000 г., 2000 г.; <sup>b</sup> Всемирный банк, «Стратегия помощи странам», 2000 г.; <sup>c</sup> Всемирный банк, Доклад(ы) о мировом развитии; <sup>d</sup> Министерство финансов Албании, 2000 г.; <sup>e</sup> Программа развития ООН, Албания 2000 г., 2000 г.

вина из них относится к категории остро нуждающихся. Каждая третья семья испытывает трудности с жильем, 14% детей младше 5 лет страдают от истощения, снижается уровень грамотности (лишь 88% населения младше 15 лет умеют читать и писать), 75% семей бедноты сталкиваются с острыми социальными проблемами (9).

В 2001 г. албанское правительство вместе с международными организациями, среди которых Всемирный банк, Международный валютный фонд, Детский фонд и Программа развития ООН, разработало среднесрочную программу «Стратегия экономического роста и снижения уровня бедности в 2001—2004 гг.», которая призвана решить новые острые проблемы, встающие перед страной, и уделяет большое внимание снижению уровня бедности через устойчивый экономический рост (9).

Демографическая ситуация в Албании в корне меняется. Снижается традиционно высокая рождаемость, остаются высокими детская и материнская смертность, а также заболеваемость инфекционными заболеваниями; растет заболеваемость хроническими болезнями, в том числе сердечно-сосудистыми (наиболее частая причина смерти) (10).

Вместе с тем продолжительность жизни албанцев довольно высока, что удивительно, если учесть низкий уровень доходов населения, неразвитое медицинское обслуживание и частые вспышки инфекционных заболеваний. В 1990—1995 гг. продолжительность жизни была 68,5 года для мужчин и 74,3 года для женщин (4). Это лишь немногим ниже средних значений в Западной Европе и выше, чем в среднем в Центральной и Восточной Европе. Эти цифры, однако, снижаются: за период с 1990 по 1995 г. продолжительность жизни уменьшилась на год. На примере Албании четко видна связь здорового уклада жизни и крепкого здоровья, не только в сравнении с другими странами, но и внутри страны. На юге показатели здоровья лучше, чем на севере, что отражает различия в питании (11). Население традиционно употребляет в пищу большое количество фруктов и овощей. В стране отно-

**Таблица 3. Показатели здоровья населения**

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Продолжительность жизни женщин, годы <sup>б</sup>	75,4	74,3	—	—	—	—	—
Продолжительность жизни мужчин, годы <sup>б</sup>	69,3	68,5	—	—	—	—	—
Детская смертность, ‰ <sup>а</sup>	33,2 <sup>а</sup>	34 <sup>а</sup>	25,8 <sup>а</sup>	22, 5 <sup>а</sup>	20,5 <sup>а</sup>	17,5 <sup>а</sup>	28 <sup>а</sup>
Смертность детей младше 5 лет, ‰ <sup>а</sup>	49,7	37	30,6	—	—	—	33 <sup>а</sup>
Материнская смертность, на 100 000 родов <sup>б</sup>	28,0	28,5	24,8	27,5	21,6	17,5 <sup>б</sup>	—
Аборты, на 100 родов <sup>б</sup>	—	44,2	47,6	35,8	31,5	34,4	—

Источники: <sup>а</sup> Исследовательский центр «Инносенти» Детского фонда ООН, 2000 г.; <sup>б</sup> Институт статистики, Демографические показатели, 2000 г.; <sup>в</sup> Детский фонд ООН—Албания, 2000 г.

сительно низкие уровни потребления алкоголя и табака, правда, сейчас они, вроде бы, повышаются. Трудно точно оценить потребление табака, поскольку контрабанда сигарет растет.

По данным Министерства здравоохранения, детская смертность в 1999 г. снизилась до 17,5‰ (12). Однако эти цифры выглядят неубедительно на фоне сложной экономической ситуации, недоступности и низкого качества медицинской помощи. По расчетам Детского фонда ООН, сделанным с помощью компьютерной программы ООН для оценки детской смертности (QFIVE), в 2000 г. детская смертность в Албании составила 28‰ (13). Это один из самых высоких показателей в регионе и в Европе (см. табл. 5).

По данным Института статистики, в 1999 г. 40% детских смертей произошли в первые дни жизни, что говорит о низком качестве медицинской помощи новорожденным в родильных домах. Частая причина смерти детей — респираторные инфекции, на их долю приходится 27% случаев. В селах детская смертность вдвое выше, чем в городах. В 2000 г. смертность детей младше пяти лет составляла 33‰ (13). При коммунистическом режиме статистические данные по продолжительности жизни и детской смертности часто подтасовывались, поэтому очень трудно проводить сравнения с данными того времени.

В Албании до сих пор распространены некоторые заболевания, легко предупреждаемые вакцинацией. В 1999 г. зарегистрировано 797 случаев кори (14) и около 700 новых случаев туберкулеза (12). Среди детей и молодежи высока смертность от инфекционных, паразитарных и респираторных

**Таблица 4. Основные причины смерти**

	Смертность на 100 000 населения					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Онкологические заболевания	56,6	66,9	75,7	69,4	73,4	76,0
Заболевания нервной системы и органов чувств	19,7	15,0	15,4	11,6	13,4	8,8
Сердечно-сосудистые заболевания	171,5	206,8	224,4	202,3	222,1	205,0
Заболевания органов дыхания	62,2	61,9	55,2	40,8	38,8	31,0
Заболевания органов пищеварения	15,7	16,6	14,6	11,4	11,2	10,0
Заболевания мочеполовой системы	6,5	9,9	8,0	8,0	7,8	7,4
Старость и неизвестные причины	66,3	44,2	44,5	36,1	42,7	40,0
Травмы и несчастные случаи	32,5	44,0	44,0	82,7	58,0	51,0

Источник: Институт статистики.

заболеваний. В 1994 г. произошла тяжелая эпидемия холеры, в 1996 г. — вспышка полиомиелита. Высока заболеваемость туберкулезом легких, гепатитом, эпизоотическими заболеваниями, что частично объясняется антисанитарными условиями жизни и плохой стерилизацией. Вместе с тем картина заболеваемости не совсем полная, поскольку статистика отражает в основном данные о госпитализации.

Материнская смертность, составившая в 1998 г. примерно 21‰, остается высокой по сравнению с западноевропейскими странами, хотя и снизилась после введения новой политики в области репродуктивного здоровья в начале 1990-х гг. Если сравнивать с балканскими странами, то в Албании материнская смертность по-прежнему выше, чем в Болгарии и Македонии, но ниже, чем в Румынии и Турции (табл. 5). В высоком уровне этого показателя отчасти виновато низкое качество дородовой помощи, а также аборт. До 1992 г. аборты были запрещены, их частота резко возросла в 1992—1997 гг. и достигла 40 абортов на 100 родов. В последние годы частота абортов снизилась, что можно объяснить двояко: (1) услуги по планированию семьи стали более доступны и/или (2) частные клиники, число которых растет, не сообщают обо всех абортах. Однако до сих пор не все женщины могут воспользоваться услугами по планированию семьи, включающими различные способы регулирования рождаемости.

**Таблица 5. Экономические показатели и показатели здоровья населения в пяти балканских странах**

	ВВП на душу населения, доллары США, 1999 г.	ВНП на душу населения, доллары США, 1999 г.	Продолжительность жизни, годы, 1999 г.	Общий коэффициент смертности, на 1000 населения, 1999 г.	Детская смертность, ‰	Материнская смертность, на 100 000 родов, 1995 г., уточненные данные	Общие расходы на здравоохранение, % от ВВП, в 1990—1998 гг. (последние из имеющихся данных)
Албания	930	3240	72	5	24	31	4,0
Болгария	1410	5070	71	14	14	23	4,7
Румыния	1470	5970	69	12	20	60	4,1
Бывшая югославская республика Македония	1660	4590	73	8	15	17	6,5
Турция	2900	6440	69	6	36	55	5,8

Источник: Всемирный банк, «Показатели мирового развития», 2001 г.



Смертность в Албании составляет около 5‰. За последние десять лет этот показатель существенно не изменился, чего нельзя сказать о распределении причин смерти. По данным Института статистики, в 1999 г. 45% всех смертей в Албании были вызваны сердечно-сосудистыми заболеваниями, 16,6% — злокачественными новообразованиями, 11% — травмами и несчастными случаями. Три четверти всех смертей обусловлены причинами, объединенными в эти три группы. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний возросла с 36,6% в 1994 г. до 45% в 1999 г., аналогичным образом увеличилась смертность от онкологических заболеваний. Резко участились несчастные случаи и травмы, их доля среди причин смерти почти удвоилась: с 6,9% всех смертей в 1994 г. до 11,8% в 1998 г. (15, 16).

В табл. 5 представлен ряд показателей экономического развития и здравоохранения, характеризующих место Албании среди пяти балканских стран. Из таблицы видно, что здоровье населения определяется не только величиной расходов на здравоохранение и уровнем среднего дохода. Албания — несомненно беднейшая страна региона, однако некоторые показатели здоровья здесь лучше, чем у более богатых соседей: продолжительность жизни больше, чем в Болгарии, Румынии и Турции, а общая смертность — самая низкая в этой группе. При этом детская смертность остается одной из самых высоких в регионе, лишь в Турции этот показатель еще выше.

## Исторический очерк

До Второй мировой войны в Албании было очень мало врачей, большинство из которых получили образование за границей, и небольшое число медицинских учреждений, принадлежавших частным лицам и религиозным организациям. В 1932 г. в стране было 111 врачей, 39 стоматологов, 85 фармацевтов и 24 акушерки (17). Медицинские учреждения обычно находились в городах и были недоступны для большинства населения. Положение стало улучшаться после 1945 г. благодаря развитию системы здравоохранения, строившейся на принципах Семашко. Первый медицинский институт открылся в Тиране в 1959 г. Многие врачи обучались в Советском Союзе и странах Восточной Европы.

После разрыва отношений с Советским Союзом система здравоохранения во многом продолжала следовать модели Семашко. В каждом из 26 районов были образованы санитарно-эпидемиологические центры. В 1960-е гг. создана широкая сеть учреждений первичной медицинской помощи, в каждой деревне была хотя бы акушерка, отвечавшая за иммунизацию и дородовое наблюдение. В 1970-е гг. главное внимание стало уделяться развитию стационарной помощи. В каждом районе были построены больницы для оказания основных видов стационарной помощи, а при них — поликлиники для специализированного амбулаторного обслуживания.

К 1980 г. Министерство здравоохранения обеспечивало и регулировало оказание всех видов медицинской помощи в каждом районе. Районные руководители получали указания от районных исполнительных комитетов

Партии труда и имели весьма узкие полномочия по расходованию бюджетных средств и управлению кадрами. Медицинское обслуживание было организовано по программам, осуществлением которых на районном уровне руководили, под контролем центра, директораты, отвечавшие за отдельные виды медицинского обслуживания: стационарную помощь, специализированную амбулаторную помощь, первичное медицинское обслуживание, гигиену и эпидемиологию, стоматологию и лекарственное обеспечение. Само Министерство здравоохранения руководило высокоспециализированными клиниками.

Министерство здравоохранения назначало директоров медицинских учреждений, преимущественно врачей, которые лишь выполняли распоряжения начальства. У них было совсем мало возможностей для улучшения медицинского обслуживания: например, они могли производить кадровые перестановки. Министерство здравоохранения не контролировало их повседневную деятельность, но могло уволить их, если они нарушали правила. Не предусматривалось никакой подготовки руководящих кадров, не было служебных инструкций, системы стимулирования и оценки результатов работы, не велось почти никаких исследований. Министерство здравоохранения и коммунистические власти особо выделяли некоторые показатели здоровья. Так, поскольку детская смертность считается надежным показателем социально-экономической ситуации в стране, ее снижение было одной из главных задач. Тем не менее в начале 1990-х гг. этот показатель оставался высоким по сравнению с остальной Европой, отражая бедность населения, его недостаточное питание, а также низкое качество медицинской помощи.

Медицинские услуги в некоторой степени дублировались: врачи одних и тех же специальностей работали в больницах, центрах первичной медицинской помощи и медицинских центрах при предприятиях. У вооруженных сил были свои медицинские учреждения, в том числе специализированный госпиталь в Тиране. Кроме того, были медицинские центры, обслуживающие работников отдельных отраслей. Однако в Албании эти параллельные системы здравоохранения, типичные для некоторых коммунистических стран, были не так сильно развиты.

Качество услуг было низким, система повышения квалификации практически отсутствовала, раздутые штаты больниц содержались благодаря низкой заработной плате. Из-за резкого сокращения капиталовложений в здравоохранение в 1980-е гг. уровень медицинских технологий тоже был низким, а оборудование — устаревшим. К началу 1990-х гг. медицинские учреждения использовали оборудование, прослужившее в среднем 25 лет (18). Постоянно высокий уровень детской смертности и вспышки инфекционных заболеваний в 1980-х гг. показали неспособность системы здравоохранения решать стоящие перед ней задачи.

### **Влияние гражданского конфликта и кризиса на систему здравоохранения**

После падения коммунистического режима на социальную сферу, в том

числе здравоохранение, обрушивался удар за ударом. Во время разгула насилия, сопровождавшего политические перемены 1991—1992 гг., были разрушены почти четверть городских и две трети сельских медицинских учреждений (19).

В ходе беспорядков в начале 1997 г. не только было разрушено несколько районных больниц, центров первичной медицинской помощи и органов здравоохранения, но и разграблены аптеки, разворовано оборудование. Большинство больниц перешло на оказание неотложной помощи, около 30% медиков страны прекратили работу, причем более тяжелое положение сложилось в южных районах. Остановились программы иммунизации из-за развала «холодной цепи» транспортировки вакцин. Прекратили работу службы санитарно-эпидемиологического надзора, водоочистки, удаления бытовых отходов (7). Из-за финансового кризиса некоторые больницы целых два месяца не могли платить зарплату работникам.

Во время гражданских волнений проявились слабость управления и плохое взаимодействие в системе здравоохранения, мешавшие противостоять кризису. Не ясно, были нападения на медицинские учреждения проявлением народного гнева против правительства вообще или же следствием серьезного недовольства системой медицинского обслуживания. Не успела система здравоохранения прийти в себя и возобновить работу в полном объеме, как в конце 1998 г. разгорелась фракционная борьба.

Тем временем до предела накалилась давно уже тревожная ситуация в соседней сербской провинции Косово. Война разразилась в 1998 г., когда этнические албанцы, составлявшие 90% от 1,8-миллионного населения края, стали добиваться независимости от сербского правления. В марте 1999 г. в конфликт вмешались силы НАТО для того, чтобы вынудить сербов к выводу войск и обеспечить безопасность этнических албанцев-беженцев в Косово. Последнее не получилось. К концу апреля 1999 г. свыше 700 000 этнических албанцев бежали из Косово в соседние страны — Черногорию, бывшую югославскую республику Македонию и Албанию, которые изо всех сил старались справиться с масштабной гуманитарной катастрофой. В конце июня 1999 г., после того как Югославия приняла план мирного урегулирования, предложенный большой восьмеркой и поддержанный ООН, беженцы начали возвращаться в Косово.

Во время кризиса в Косово система здравоохранения Албании столкнулась с огромными трудностями. Во-первых, многие прибывшие беженцы были обессилены, истощены и больны. Так, в апреле 1999 г. были госпитализированы примерно 4000 беженцев, половина из них — дети не старше пяти лет. Во-вторых, в государственных больницах размещали беженцев, в разгар кризиса они занимали 30% общего коечного фонда. В-третьих, силами НАТО и гуманитарных организаций были развернуты полевые госпитали. Пять госпиталей НАТО обслуживали не только военнослужащих и беженцев, но и местных албанцев. Все это сказалось на интенсивности использования стационарной помощи в стране (20).

Путем невероятных усилий, благодаря помощи международных гуманитарных организаций система здравоохранения Албании сумела справиться с

кризисной ситуацией, вызванной наплывом косовских беженцев. Однако этот кризис нанес дальнейший урон и без того слабой материально-технической базе, отвлек на себя ресурсы и отсрочил и без того тяжело продвигаемый процесс реформ. С другой стороны, этот кризис привлек в Албанию многие организации, готовые давать деньги на охрану здоровья. К июню 2000 г. помощь на преодоление кризиса в здравоохранении достигла 160 миллионов долларов США (21).

## Структура и управление

### Структура системы здравоохранения

Государственное управление в Албании мало изменилось с приходом многопартийной демократии. Сохранило прежние черты и управление здравоохранением. Некоторое влияние на него оказали две реформы государственного управления. Во-первых, в 1993 г. было создано 12 префектур, которым были переданы некоторые полномочия центра. В префектуру входит в среднем три района, каждый из которых отвечает за управление районными больницами и поликлиниками, специализированными больницами (например, противотуберкулезными) и центрами первичной медицинской помощи. Вторая реформа была направлена на усиление роли местных органов власти. Принятый в 1993 г. закон «Об органах местного самоуправления» регулирует порядок выборов в местные органы власти, их обязанности и отношения с центральным правительством. Закон также частично передал управление первичной медицинской помощью из города в село.

Правительство еще не выработало общей стратегии развития здравоохранения, несмотря на содействие различных международных организаций, прежде всего ВОЗ. Правда, недавно оно опубликовало документы «Реформа системы здравоохранения Албании: позиция правительства по вопросам политики и стратегии реформы албанской системы здравоохранения» (22) и «Структура среднесрочных расходов в 2001—2003 гг.» (8).

В них, в частности, предлагается изменить функции Министерства здравоохранения, превратив его из органа управления в орган, формирующий политику, который сможет:

- 1) определять политику и стратегию в области здравоохранения;
- 2) готовить руководящие документы по аккредитации и контролю качества;
- 3) регулировать деятельность частного сектора;
- 4) осуществлять межотраслевое руководство и координировать деятельность финансирующих организаций;
- 5) укреплять центр, одновременно проводя тщательно продуманную децентрализацию местного планирования и управления.

При поддержке Министерства международного развития Великобритании и Всемирного банка в Тиранской префектуре создано региональное управление здравоохранения.

Еще одно предложение — перестроить сеть государственных медицинских учреждений путем реорганизации и перепрофилирования ее основных учреждений. Потребуется привести их возможности в соответствие с их новыми функциями, расширить полномочия по распоряжению своими средствами. Реорганизация специализированного обслуживания предусматривает создание региональных больниц для оказания специализированной помощи местному населению. Правительство понимает, что ключом к успеху предложенных мер является повышение эффективности руководства больницами.

Большое значение придается кадровым вопросам. Правительство ставит своей целью создание целостной системы медицинского обслуживания, уделяя основное внимание первичной медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми медицинскими сестрами, а также повышению квалификации и переподготовке медицинских кадров. Еще одной важной задачей является подготовка профессиональных управляющих.

### **Министерство финансов**

Министерство финансов распределяет средства по другим министерствам, включая Министерство здравоохранения, и предоставляет целевое финансирование местным органам власти. Оно также переводит в Фонд медицинского страхования субсидии на основное медицинское обслуживание и жизненно важные лекарственные препараты для некоторых наиболее уязвимых категорий населения, в том числе пенсионеров, детей и учащихся.

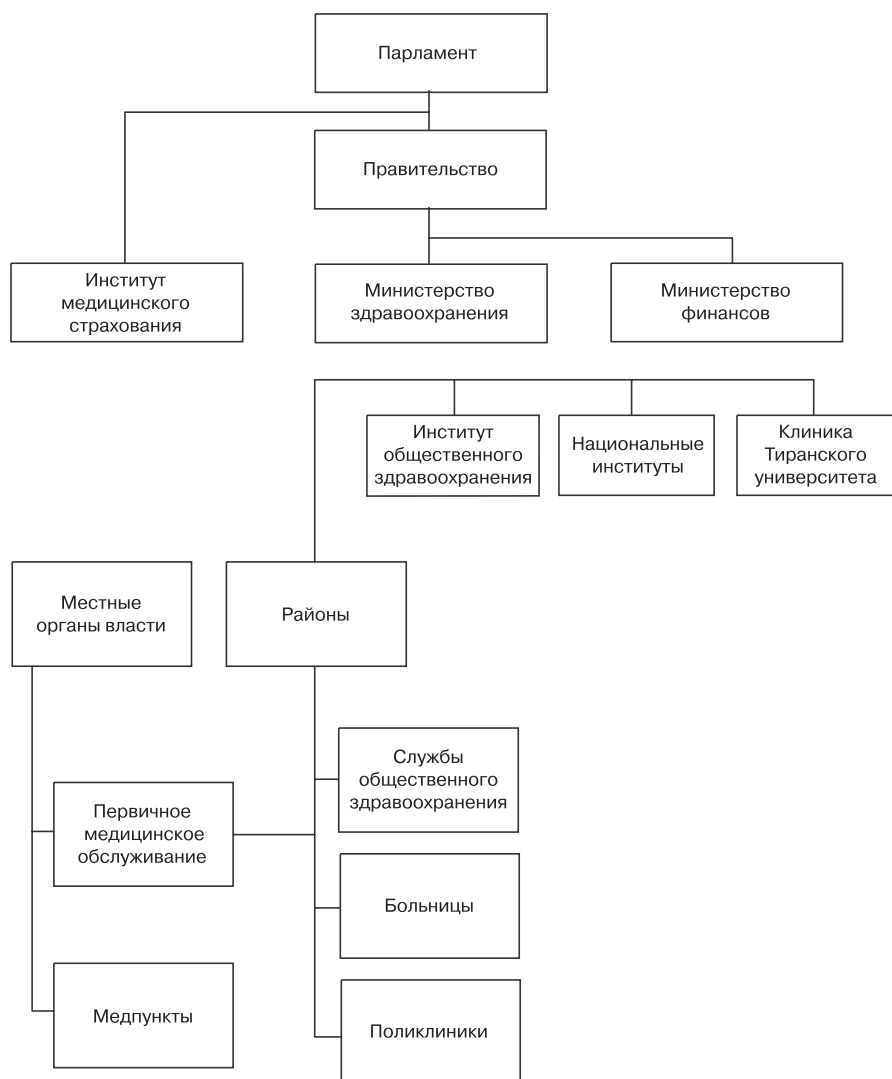
### **Министерство здравоохранения**

Финансирование и оказание медицинских услуг в основном остается в ведении Министерства здравоохранения. Несмотря на проведенную реорганизацию, оно сохраняет командную позицию в системе здравоохранения. Ему «принадлежит» большинство медицинских учреждений, за исключением части учреждений первичного медицинского обслуживания.

Министерство больше занимается управлением, чем выработкой политики и планированием здравоохранения. Многие медицинские учреждения (в первую очередь высокоспециализированные) находятся под непосредственным руководством небольшого, перегруженного работой штата Министерства, что тормозит процесс принятия решений по этим учреждениям и административным районам. Дополнительную нагрузку создает необходимость распоряжаться иностранной помощью. Кроме того, неотрегулирована работа растущего частного сектора.

Эти причины побудили Министерство начать постепенную реорганизацию, чтобы со временем сделать своей основной деятельностью выработку

Рисунок 2. Организационная структура системы здравоохранения



политики и планирование здравоохранения. Важным шагом в этом направлении стало создание в ноябре 2000 г. отдела политики и планирования, преследовавшее двоякую цель:

- Расширить возможности Министерства здравоохранения по выработке политики и планированию здравоохранения. Отдел начнет с разработки краткосрочного и среднесрочного плана для уже идущей перестройки и

обновления системы здравоохранения. Цель — создать более экономичную систему, лучше приспособленную для удовлетворения нужд граждан Албании.

- Рациональнее использовать финансовую помощь для достижения краткосрочных и среднесрочных целей. Министерство здравоохранения должно научиться эффективно решать текущие вопросы, связанные с использованием финансовой помощи в соответствии с утвержденными планами, для того, чтобы извлекать максимальную пользу из этих вложений для удовлетворения самых насущных потребностей албанской системы здравоохранения.

Отдел политики и планирования уже приступил к выполнению некоторых своих функций, однако ему недостает средств управления и опыта для того, чтобы взяться за решение главных задач планирования. Следует отметить, что это маленькое подразделение может лишь облегчить процесс планирования, а основную работу по планированию должны выполнять главные заинтересованные лица (руководители больниц, учреждений первичной медицинской помощи и т. д.).

### **Районные директораты и Тиранское региональное управление здравоохранения**

Раньше директораты здравоохранения создавались для отдельных вертикально интегрированных служб, таких, как охрана материнства и детства, но впоследствии их заменили на директораты больниц и директораты учреждений первичной медицинской помощи. Директоратами управляют чиновники районных отделов Министерства здравоохранения. В июле 2000 г. в Тиранской префектуре (в которую входит два района) указом правительства при поддержке Всемирного банка и Министерства международного развития Великобритании введена новая модель управления. Первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение объединены под началом Тиранского регионального управления здравоохранения — единой организации, которая отвечает за их планирование и управление. Образован региональный совет здравоохранения для утверждения политики, планов и бюджетов на уровне района. Цель этого эксперимента — найти способы передачи полномочий от Министерства в районы.

Это начинание, однако, сталкивается со множеством трудностей. Хотя Министерство здравоохранения сначала поддержало, по крайней мере принципиально, идею передачи некоторых полномочий Тиранскому районному управлению, на практике ощущается его нерешительность и сопротивление. Работники Тиранского районного управления плохо подготовлены к выполнению поставленных задач. Не определены обязанности Тиранского районного управления здравоохранения и Института медицинского страхования в области финансирования первичного медицинского обслуживания. Несмотря на заведомую неизбежность противоречий между поставщиком услуг и их покупателем, не прописаны подробно система управления и порядок ведения дел. Все это порождает трения и противодействие. Сверхпо-



литизированная обстановка серьезно мешает достижению согласия между заинтересованными сторонами. Остается надеяться на то, что эти проблемы будут решены в рабочем порядке.

Тиранское региональное управление еще не наладило работу в области общественного здравоохранения. Управление унаследовало от старого Тиранского директората отдел общественного здравоохранения, но пока не имеет четкого представления о том, как надо изменить его функции. Необходимо также улучшить обмен информацией между Тиранским региональным управлением здравоохранения и Институтом общественного здравоохранения (см. ниже), а также согласовать требования к программам общественного здравоохранения.

### **Институт общественного здравоохранения**

Институт общественного здравоохранения при Министерстве здравоохранения отвечает за охрану здоровья (в частности, за профилактику и лечение инфекционных заболеваний и проведение вакцинации), охрану окружающей среды, контроль качества воздуха и питьевой воды. Работу в основном ведут районные службы общественного здравоохранения. Контроль качества продуктов питания является совместной обязанностью Министерства сельского хозяйства и Министерства здравоохранения.

В 2000 г. в состав Института общественного здравоохранения вошел Национальный директорат санитарного просвещения и пропаганды здоровья, и его функции перешли к Институту.

В сентябре 2001 г. образовано Министерство охраны окружающей среды, к которому перешли функции, ранее выполнявшиеся Национальным управлением охраны окружающей среды.

### **Институт медицинского страхования**

Еще одно важное новшество — введение в 1995 г. социального медицинского страхования. Институт медицинского страхования — это государственный страховой фонд, который в 1996 г. получил самостоятельность как подотчетный парламенту полуправительственный орган. Набор страховых медицинских услуг планируется постепенно расширять. Страховые взносы в этот фонд, в принципе, являются обязательными; к 1997 г. было застраховано почти 70% населения. До недавнего времени Институт медицинского страхования покрывал лишь зарплату врачей первичного звена и субсидии на жизненно важные лекарства.

В 2000 г. Институт медицинского страхования приступил к осуществлению двух программ:

- покрытие всех расходов на первичное медицинское обслуживание в Тиранской префектуре, включая заработную плату не только врачей, но и медицинских сестер и другого персонала, а также периодических расходов для обеспечения такого обслуживания;
- финансирование Дурресской региональной больницы.

Эти программы входят в общий план правительства по расширению набора страховых услуг. Несмотря на противодействие некоторых сил, Институт медицинского страхования движется к тому, чтобы стать основным покупателем медицинских услуг в Албании.

### Местные органы власти

Во всех 315 сельских коммунах первичные медицинские учреждения перешли в ведение местных органов власти, которые теперь несут частичную ответственность за первичное медицинское обслуживание. Министерство финансов выделяет им целевые средства на оснащение, содержание, управление и обновление первичных медицинских учреждений, а также на выплату заработной платы некоторым категориям персонала. В городах подобные учреждения до сих пор находятся в собственности и управлении районных отделений Министерства здравоохранения.

### Частный сектор

Частные медицинские услуги стали возрождаться в начале 1990-х гг., после падения коммунистического режима. Новое законодательство и реформа здравоохранения подготовили почву для развития различных видов частных услуг. Сегодня частный сектор оказывает следующие услуги:

- *Распространение лекарственных средств.* Большинство аптек в Албании — частные. Десяток оптовых компаний импортирует большую часть лекарственных препаратов, биологических продуктов и диагностического оборудования. Сеть из 750 частных аптек и аптечных киосков успешно справляется с распределением лекарств по всей стране, включая сельские районы. Введение медицинского страхования и субсидирование покупки жизненно важных препаратов способствовало развитию сети частных аптек.
- *Стоматологические услуги.* Стоматологические услуги — частные, за исключением неотложной стоматологической помощи и обслуживания детей до 18 лет в школьных стоматологических кабинетах. Эту помощь бесплатно предоставляет государство.
- *Медицинское обслуживание.* Несмотря на тяжелую экономическую ситуацию в стране, частная медицина быстро развивается. Частные услуги в основном оказывают в диагностических центрах и специализированных амбулаторных клиниках, расположенных в крупных городах, в первую очередь в Тиране. Закон запрещает врачам, работающим в государственных учреждениях, практиковать частным образом. Исключение сделано лишь для преподавателей медицинского факультета Тиранского университета. Однако быстрый рост частного сектора свидетельствует о том, что не все врачи соблюдают закон.

Частных больниц или других типов стационаров в Албании пока нет.

Большинство частных учреждений хорошо оснащены и организованы. Некоторые из них образованы и финансируются иностранными неправительственными организациями.

тельственными организациями, частными или религиозными организациями, такими, как Римская католическая церковь и Христианская православная церковь. Государство не контролирует качество частных услуг. Нет никакого обмена информацией между частными и государственными учреждениями.

### **Добровольные организации**

Неправительственные организации — новое явление для Албании, появившееся в последнее десятилетие. При коммунистическом режиме подобные организации не были разрешены; все виды деятельности строго контролировала Партия труда. Во время кризисов 1991—1992 гг., 1997 и 1999 гг. многие действовавшие в стране зарубежные неправительственные организации способствовали развитию гражданского общества в Албании. Через свои местные неправительственные организации албанцы участвовали в гуманитарной деятельности в самых тяжелых ситуациях, в частности во время кризиса косовских беженцев в 1999 г. Тогда местные неправительственные организации начали действовать быстрее, чем государственные органы или Управление верховного комиссара ООН по делам беженцев (5).

Многие неправительственные организации и профессиональные объединения работают в сфере здравоохранения Албании. Одни из них крупные и хорошо организованные, такие, как Албанский Красный Крест — организация, имеющая отделения и добровольных помощников в каждом районе страны. Другие, более скромные, работают на местном уровне. Большинство из них финансируются иностранными двусторонними или многосторонними организациями. Многие неправительственные организации, действующие в секторе здравоохранения, входят в крупные объединения, созданные для обеспечения информационного обмена и согласования действий.

Орден врачей, Ассоциация медицинских сестер, Ассоциация стоматологов, Ассоциация семейных врачей и другие профессиональные ассоциации занимаются защитой интересов своих членов и повышением их квалификации, однако им не хватает опыта и средств для того, чтобы лучше организовать свою деятельность.

## **Планирование, нормирование и управление**

### **Планирование**

Выработку политики и планирование в сфере здравоохранения затрудняют два обстоятельства. Во-первых, череда кризисов (финансовый, социальный, политический и региональный) серьезно ухудшила ситуацию в здравоохранении и Министерству здравоохранения приходилось прежде всего решать текущие задачи, возникавшие в связи с драматическими событиями последних лет. А во-вторых, у руководства Министерства здравоохранения

охранения слишком мало технических возможностей для выработки политики и планирования. Несмотря на все трудности, эта деятельность по-прежнему разворачивается благодаря значительной помощи международных организаций.

В 1993 г. Министерство здравоохранения разработало *новую политику для сектора здравоохранения Албании*. В 1996 г., совместно с ВОЗ, Министерство подготовило проект документа, в котором были изложены основные задачи на средний срок. Процесс планирования был прерван разразившимся финансовым кризисом и сменой правительства в 1997 г. Однако Министерство здравоохранения совместно с международными экспертами все-таки разработало несколько программ для отдельных направлений. Среди них — программа развития первичной медицинской помощи, разработанная при поддержке программы ЕС PHARE (Программа помощи и реструктуризации экономики (1997 г.) (23), планы развития региональных больниц во Влёре и в Шкодере (1997 г.), концепция развития здравоохранения в Тиранском районе, подготовленная совместно с Всемирным банком (1997 г.), и генеральный план перспективного развития клиники Тиранского университета, разработанный при участии объединения парижских больниц «Assistance Publique des Hopitaux de Paris» (1997 г.) (24). Была очевидна необходимость объединения этих и других планов в рамках национальной политики в области здравоохранения и общего плана его развития.

В сентябре 1999 г. Министерство здравоохранения при поддержке ВОЗ выпустило программный документ «Реформа системы здравоохранения Албании: политика и стратегия реформы албанской системы здравоохранения» (22), в котором изложило концепцию развития и задачи системы здравоохранения на короткий и средний срок. Документ заложил основу для дальнейшего обсуждения реформы, но не представил конкретного плана действий. Позже Министерство здравоохранения и технические эксперты ВОЗ подготовили более подробный документ (25), пока не утвержденный правительством.

Создание в 2000 г. отдела политики и планирования стало важным шагом на пути расширения деятельности Министерства здравоохранения в области планирования. Было несколько доводов в пользу создания такого отдела:

- Начавшийся в стране процесс децентрализации, в частности, предполагает изменение роли Министерства здравоохранения. Усилия Министерства должны быть сосредоточены на выработке политики, планировании, нормировании и координировании работы сектора.
- Разработка государственной политики и общих перспективных планов развития здравоохранения позволит Министерству здравоохранения лучше обосновывать в правительстве и финансирующих организациях необходимость увеличения расходов на здравоохранение. Имея такую политику и планы, Министерство сможет с большей отдачей расходовать бюджетные средства и финансовую помощь.
- Отдел политики и планирования здравоохранения был бы полезен для введения практики консультаций с общественностью, повышения открыто-

сти при определении первоочередных задач и распределении средств под-секторами и районами.

- В Министерстве здравоохранения почти отсутствует кадровая преемственность. При каждом новом правительстве меняется старшее и даже среднее звено аппарата Министерства, многие документы исчезают вместе с уволенными чиновниками. Министерство не сумело создать систему сохранения своей «технической памяти».
- У Министерства здравоохранения не хватает сил для планирования, поскольку в первую очередь приходится заниматься текущим руководством.

Чтобы преодолеть эти трудности, и был организован новый плановый отдел. Однако новая структура не всегда означает новые функции. Планирование — сложный, во многом политический процесс, и новому отделу потребуется время для того, чтобы принять все дела и успешно работать в непростых условиях бюрократизированного Министерства здравоохранения.

Правительство и финансирующие организации продолжают вкладывать средства в здравоохранение без какого-либо сносного плана рационализации медицинского обслуживания. Всемирный банк предложил правительству помощь в разработке единого плана развития здравоохранения в Тиране, который охватил бы все службы, подчиненные Тиранскому региональному управлению здравоохранения, и их связи с больничной сетью. Нынешнее руководство Министерства здравоохранения с готовностью поддержало это предложение. Потребуется спланировать сеть медицинских учреждений, обследовать техническое и санитарное состояние объектов, согласовать стандарты медицинского обслуживания, проанализировать потребности в кадрах, помещениях и оборудовании и составить сметы необходимых затрат.

## Нормирование

Потребность в регулировании здравоохранения в последние годы усилилась вследствие децентрализации управления и роста частного сектора. Сейчас регулированием занимаются чиновники, и оно не отделено от управления. Создано несколько независимых регулирующих органов. Помимо отсутствия ясной нормативной базы есть еще ряд проблем.

- Не хватает информации о частных медицинских учреждениях и об их услугах. Возможности Министерства здравоохранения по сбору и обработке информации ограничены. Оно не проводит ежегодной регистрации частных медицинских учреждений и не имеет приемлемой базы данных по ним.
- Министерству здравоохранения трудно разрабатывать нормы и проводить их в жизнь. Обеспечение соблюдения норм связано с высокими административными расходами, а правительство стеснено в средствах. Недавно Министерство здравоохранения попыталось как-то упорядочить работу частных учреждений и потребовало, чтобы они прошли лицензирование или закрылись. Кроме того, создан орган государственного фар-

мацевтического надзора, который должен следить за тем, чтобы аптеки, большинство из которых частные, соблюдали нормы и правила.

- Децентрализация проведена без четкого определения обязанностей. Правительственным органам для выполнения своих функций часто не хватает политической воли, а иногда и понимания нормативных требований. В результате возникают трения между субъектами, действующими в системе здравоохранения. Так, не все гладко в отношениях между Министерством здравоохранения и Институтом медицинского страхования, между районными отделениями Министерства здравоохранения и местными органами власти, между Институтом медицинского страхования и Тиранским районным управлением здравоохранения и т. д. К тому же центральные законодательные органы подчас принимают противоречивые нормативные акты, отражающие несовместимые интересы, что создает еще большую путаницу.

Требуется много усилий по введению стандартов медицинского обслуживания, обеспечению качества и защите прав потребителя. Работа над стандартами для аккредитации больниц, с помощью которых можно было бы более рационально организовать стационарное медицинское обслуживание, продвинулась совсем немного. Некоторые районные больницы не преобразованы в региональные из-за столкновения интересов районов. Больничная сеть все еще не спланирована, процесс аккредитации застопорился.

Албанский Орден врачей, основанный в 1993 г., отвечает за выработку требований к профессиональной подготовке и регистрацию врачей. В системе здравоохранения мало стимулов для хорошей работы, а профессиональное саморегулирование слабо развито. Свою помощь Ордену предложил Генеральный медицинский совет Великобритании.

Еще меньше развито профессиональное саморегулирование у медицинских сестер, а Ассоциация медицинских сестер была создана лишь недавно.

## Управление

Необходимо срочно улучшать управление, а в Албании вообще нет профессиональных консультантов по вопросам управления. Об управляющих судят по их политическим убеждениям, а не по результатам их деятельности. Основная часть средств на здравоохранение поступает из государственного бюджета: в начале финансового года правительство распределяет фонды в соответствии с общими финансовыми сметами. Районные чиновники и руководители учреждений здравоохранения могут лишь весьма ограниченно влиять на эффективность расходования средств. Крайне необходимы системы обеспечения руководящего персонала полезной и точной информацией для планирования и разработки бюджета.

Другие заинтересованные организации — профессиональные объединения, профсоюзы, группы потребителей — почти не участвуют в планировании и регулировании. Медицинские учреждения до сих пор не несут ответственности перед потребителем, несмотря на сформулированную Мини-

стерством здравоохранения задачу «поставить во главу угла интересы больного».

## Децентрализация здравоохранения

Несмотря на частичную децентрализацию, управление здравоохранением в Албании остается жестко централизованным с подчинением местных органов центральным. Оперативное руководство, но не принятие стратегических решений частично передано 36 районам, которые по-прежнему подотчетны Министерству здравоохранения.

Обязанности по управлению сельскими первичными медицинскими учреждениями и их содержанию переданы местным органам власти. Большинство сельских врачей работают в этих учреждениях, а свою зарплату, зависящую от численности больных на участке, они получают от Фонда медицинского страхования.

Приватизация пока коснулась прежде всего зубоврачебной практики и аптек. Больницы, поликлиники, центры первичной медицинской помощи и медпункты остаются в государственной собственности. Частная медицинская практика и частное страхование были узаконены в 1992 г., и сейчас частный сектор продолжает увеличиваться, в первую очередь за счет роста числа специализированных амбулаторных клиник.

Созданный недавно Институт медицинского страхования еще только начинает свою деятельность в системе здравоохранения. В дальнейшем ему отводится важная роль в финансировании здравоохранения.

Несмотря на то что упомянутые ранее программы децентрализации уже осуществляются, пока не решено, какова будет степень и форма будущей децентрализации. Министерство здравоохранения пробует разные варианты перед тем, как перейти к децентрализации в масштабах страны. Децентрализация затрагивает и другие центральные органы (Министерство финансов, Министерство местного самоуправления, Министерство юстиции и др.), и их взгляды на децентрализацию здравоохранения могут не совпасть со взглядами Министерства здравоохранения.

Эксперимент в Тиране (подробнее см. раздел «Районные директораты и Тиранское региональное управление здравоохранения» в главе «Структура системы здравоохранения») наглядно показал всю сложность процесса децентрализации. С одной стороны, Тиранское региональное управление здравоохранения хочет само распоряжаться всеми средствами, выделяемыми на медицинское обслуживание Тиранского региона, то есть в этом случае предпочтение отдается передаче полномочий и ответственности от центрального органа к региональному. Другой путь предлагает Институт медицинского страхования, напрямую покупающий услуги государственных и частных учреждений в Тиранском регионе. В этом процессе много заинтересованных сторон, в том числе Министерство здравоохранения, Министерство финансов, Тиранское региональное управление здравоохранения, Всемирный банк и Министерство международного развития Великобритании

(через свою консультирующую организацию «Партнерство в сфере здравоохранения и естественных наук» Health and Life Sciences Partnership). По какому пути пойдет децентрализация, пока не ясно.

Второй эксперимент проводится в Дурресской региональной больнице, которая недавно получила частичную самостоятельность и напрямую финансируется Институтом медицинского страхования. От результатов этих экспериментов будут зависеть последующие этапы децентрализации здравоохранения.



## Финансирование и затраты

### Основная система финансирования

Уровень финансирования здравоохранения в Албании очень низок, и в последние десять лет главной заботой в этом секторе было, как получить побольше, вложив поменьше. После перехода к многопартийной демократии в 1992 г. одной из важнейших задач правительства стало изыскание средств для обеспечения необходимой медицинской помощи при крайне скудном государственном бюджете.

Данных о финансировании здравоохранения до 1990 г. мало. В соответствии с коммунистической идеологией, здравоохранение относилось к непроизводственной сфере и, следовательно, финансировалось по остаточному принципу. В 1987 г. расходы на здравоохранение в Албании составили примерно 3% ВВП. Для сравнения: в среднем в странах Восточной Европы этот показатель равнялся 2,8%, а в странах Европейского Союза — 7,3% (26).

Здравоохранение финансируется за счет налогов и страховых взносов. Главный источник финансирования — государственный бюджет. Из-за бедности населения, развития теневой экономики и уклонения от налогов он пополняется с большим трудом. В 1999 г. структура поступлений была следующей: 59% поступило из государственного бюджета, 29% составили платежи населения, 4% — страховые взносы работодателей, 8% — иностранная помощь (табл. 6). Институт медицинского страхования получил более 17% всех этих средств, в том числе 8,5% из государственного бюджета, 4,3% от работодателей и 4,4% от населения.

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

Министерство финансов выделяет деньги Фонду медицинского страхования, в основном на покрытие медицинского обслуживания неработающих групп населения, и Министерству здравоохранения. Кроме того, Министерство финансов выделяет целевые средства местным органам власти, прежде всего на первичное медицинское обслуживание, в том числе на зарплату персонала, содержание и оснащение сельских центров первичной ме-

дицинской помощи и медицинских пунктов. В 2000 г. местные органы получили 4% от государственного бюджета здравоохранения (8), что явно недостаточно для финансирования медицинского обслуживания в сельских коммунах. Даже эти скудные средства местные власти расходуют нерационально, отсюда — низкое качество профилактики и лечения в албанских деревнях и селах. Местные власти тоже имеют право собирать налоги на здравоохранение, но пока собираемые ими суммы ничтожны.

### Институт медицинского страхования

Институт медицинского страхования, основанный в 1995 г., является государственным органом, предусмотренным законодательством. Он был создан для того, чтобы обеспечить дополнительный источник финансирования здравоохранения, предоставить более широкий набор медицинских услуг, сдерживать управленческие расходы и обеспечить справедливость в отношении медицинского обслуживания. Предполагается, что система «единого плательщика» лучше подходит для страны с небольшим населением, чем множественные источники финансирования, и позволяет удерживать административные расходы на низком уровне. Институт является самоуправляющейся организацией, с 1996 г. он подотчетен лишь парламенту.

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

Таблица 6. Источники финансирования и затраты, 1999 г.

	Доходы (миллионов леков)	
Государственное финансирование Министерства здравоохранения	7300	47,5
Государственное финансирование Института медицинского страхования	1299	8,5
Государственное финансирование местных органов власти	405	2,7
Промежуточный итог «государственное финансирование»	9004	58,7
Покупка лекарств в аптеках	2000	13,0
Плата врачам (в том числе неофициальная)	1016	6,8
Взносы в населения в фонд медицинского страхования	656	4,4
Стоматологическая помощь	600	4,0
Плата медицинским учреждениям	120	0,8
Промежуточный итог «расходы населения»	4392	29,0
Внешние источники финансирования	1240	8,0
Взносы работодателей в фонд медицинского страхования	655	4,3
Итого	15291	100,0

Источники: Министерство финансов; Институт медицинского страхования; консалтинговая компания KPMG Consulting, 2001 г.

Разные категории населения в разной степени охвачены медицинским страхованием. За всех неработающих — детей, домохозяек и пожилых — платит государство. Из числа работающих (70% населения) в 1999 г. было застраховано 40%. Самый низкий уровень охвата — среди фермеров, которые составляют почти четверть населения. В 1999 г. было застраховано лишь 4% фермеров (27). Одна из причин заключается в том, что фермеры не в состоянии оплатить ни медицинскую, ни социальную страховку. Другая причина — плохая осведомленность сельских жителей о выгоде медицинского страхования. По данным опроса, 72% селян ничего или почти ничего не знали том, что им дает страховка (28). Наконец, покрываемый страховкой набор услуг весьма ограничен, поэтому страхование не выглядит очень привлекательным. Тем более что, хотя по закону предусмотренное страховкой медицинское обслуживание предоставляется бесплатно только тем, кто платит страховые взносы, на практике в нем не отказывают никому.

Страховые взносы собирают районные отделения Института социального страхования. Ставка взносов зависит от дохода, а не от наличия факторов риска. Сейчас она составляет 3,5% заработной платы и поровну делится между работодателем и работником. Взносы работников — 1,7% от чистой заработной платы — удерживает работодатель. Лица, занятые индивидуальной трудовой деятельностью, платят от 3 до 7% своего дохода, в зависимости от того, где они проживают — в городе или сельской местности. Более низкие ставки установлены для личных фермерских хозяйств. Как уже отмечалось, за социально уязвимые категории населения платит государство. Сегодня его вклад составляет почти половину поступлений Института медицинского страхования (табл. 7).

Институт медицинского страхования почти каждый год добивается превышения доходов над расходами. Прибыль идет в резервный фонд, с помощью которого в 1997 г. был покрыт дефицит, вызванный чрезвычайной ситуацией.

Страховое покрытие расширяется поэтапно. На первом этапе, начавшемся в 1995 г., страховка покрывала лишь зарплату врачей первичной медицинской помощи и основные лекарственные препараты. К 1997 г. покрытие распространялось на общую практику и субсидии на 278 наименований из списка жизненно важных препаратов. За первую половину 2001 г. список дотируемых лекарств расширился до 308 наименований (29). В Тиранской префектуре в начале 2001 г. Институт медицинского страхования распространил покрытие на все амбулаторное обслуживание, включая специализированную помощь, зарплату врачей-специалистов, медицинских сестер и акушерок, а также текущие расходы. Институт заключил договор с Тиранским региональным управлением здравоохранения. В договоре точно устанавливается отдельный бюджет для каждой поликлиники и центра первичной медицинской помощи, подчиненных Управлению. Если этот опыт окажется удачным, он будет использоваться в масштабах страны.

Институт медицинского страхования начал также финансировать специализированную стационарную медицинскую помощь: с 2001 г. он финансирует Дурресскую региональную больницу. Каким будет механизм финан-

сирования, пока не ясно. На начальном этапе, чтобы оценить реальные затраты, Институт выделяет больнице блочные субсидии на основании бюджетов прошлых лет и собирает данные о размерах и структуре расходов больницы. Ожидается, что скоро будет оформлен договор между Институтом как покупателем и Дурресской больницей как поставщиком услуг. Институту медицинского страхования очень нужна техническая помощь в этой области.

В 2000 г. Институт медицинского страхования израсходовал 70% своего бюджета на лекарства, 22% на оплату труда врачей общей практики и 8% на административные расходы и проведение кампаний по охране здоровья населения (табл. 7).

Институт сталкивается с трудностями, неизбежными во всяком начинании. Цены, ставки возмещения и страховых взносов — все требует уточнения. Поставщики услуг не делают различия между застрахованными и незастрахованными пациентами. Институт медицинского страхования и Институт социального страхования до конца не урегулировали между собой административные и финансовые вопросы. Правда, Институт медицинского страхования подготовил программу решения некоторых задач и совершенствования своей организационной структуры. Предполагается увеличить взносы граждан, изменить систему сбора взносов и ввести уточненные методы расчета возмещения платы за лекарства. Планируется также повысить заработную плату врачам общей практики, работающим в первичных медицинских учреждениях, чтобы способствовать развитию этого сектора (30).

**Таблица 7. Доходы и расходы Института медицинского страхования, %**

	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Доходы</b>					
Взносы работников и работодателей	30	29,3	26	26,5	26,2
Взносы самостоятельно занятых и смешанной категории	28	25	27,5	23,6	27
Взносы фермеров	8	0,7	0,5	0,9	0,8
Взнос государства	34	45	46	49	46
Итого	100	100	100	100	100
Итого, миллионов леков	1475	1755	2321	2654	2826
<b>Расходы</b>					
Возмещение расходов на лекарства	68	74	75	75	70
Зарплата врачей общей практики	25,5	21	18	18	22
Административные расходы и капиталовложения	6,5	5	7	6	7
Информирование общественности				1	1
Итого	100	100	100	100	100
Итого, миллионов леков	1270	1623	2378	2592	2436

Источник: Институт медицинского страхования.

## Набор медицинских услуг

При коммунистическом режиме все граждане имели право на бесплатную медицинскую помощь и оплачивали лишь небольшую часть стоимости лекарств. Лекарства продавались в государственных аптеках по дотационным ценам или выдавались бесплатно для больных онкологическими заболеваниями, туберкулезом, а также для детей первого года жизни. Однако система здравоохранения не могла обеспечить полный набор медицинских услуг всему населению, поэтому не предусматривалось оказания таких услуг, как некоторые виды дорогостоящих операций, диагностика и лечение с применением сложной современной аппаратуры.

Сейчас право на медицинскую помощь имеют все граждане страны, которые платят страховые взносы. Теоретически, первичное медицинское обслуживание и лекарства предоставляются бесплатно только тем лицам (и их иждивенцам), кто платит страховые взносы. Однако некоторые категории населения, например фермеры, не в состоянии оплачивать страховку. По последним данным, почти 15% населения Албании живет в крайней нищете (9). За людей с низкими доходами платит государство, и поэтому в медицинском обслуживании не отказывают никому. Все население страны имеет право на бесплатное лечение в государственных больницах, правда, качество этого лечения довольно низкое. Бесплатное обслуживание включает длительное лечение при таких заболеваниях, как туберкулез и рак. Дети первого года жизни автоматически страхуются государством и бесплатно получают жизненно важные препараты. Аборты частично оплачивают пациенты.

Стоматологическое обслуживание полностью приватизировано, за исключением неотложной помощи и лечения детей младше 18 лет.

Набор доступных медицинских услуг весьма невелик: система здравоохранения, полуразрушенная в период общественных беспорядков, не в силах дать большего. Во многих сельских районах медицинское обслуживание недоступно из-за того, что врачи и медицинские сестры бросили работу в силу экономических и социальных обстоятельств.

## Дополнительные источники финансирования

Чтобы восполнить дефицит государственного бюджета здравоохранения, ведется поиск внебюджетных источников финансирования. Два главных из них — платежи потребителей и международная помощь.

### Платежи населения

Доля официальных платежей населения в финансировании здравоохранения растет, однако ее точные размеры не известны. Из-за этих платежей медицинская помощь и лекарства становятся недоступными для малообеспеченных граждан. По некоторым оценкам, платежи населения, включая

страховые взносы, составили в 1999 г. 24,6% всех расходов на здравоохранение (см. табл. 6).

Пациенты непосредственно оплачивают лишь небольшую часть стоимости медицинского обслуживания, это главным образом плата за лекарственные средства и некоторые виды амбулаторного лечения. Лечение в стационаре — бесплатное. Албанцы всегда оплачивали часть стоимости лекарств. Переход к рыночной экономике и приватизация аптек привели к росту цен на лекарства, но его последствия были в большой степени сглажены благодаря субсидиям из фонда медицинского страхования. Стоимость препаратов, входящих в список жизненно важных лекарственных средств, частично или полностью возмещается, а остальные лекарства, почти вся стоматологическая помощь и некоторые другие услуги — полностью платные.

По данным исследования, проводившегося в 2000 г., расходы населения в предыдущем году составили 4400 миллионов леков, или 29% общего финансирования здравоохранения (табл. 6 и 8). Плата пациентов медицинским учреждениям относится к официальным платежам. Половина этих денег остается у учреждения, а остальное идет в государственный бюджет для перераспределения по другим медицинским учреждениям. Нередко больные платят непосредственно врачу, как правило, из-под полы. Такая оплата незаконна, так как врачам, работающим в государственных учреждениях, не разрешено заниматься частной практикой. Исключение сделано лишь для преподавателей медицинского факультета Тиранского университета. Если судить по соседним странам (31), данные по неофициальным платежам, скорее всего, занижены. Страховые премии — это индивидуальные взносы в систему медицинского страхования. В таблицах приводятся также примерные суммы, заплаченные потребителями за лекарства, купленные в аптеках, и частную стоматологическую помощь.

Взятки врачам и другим медицинским работникам широко распространены, правда, их точные масштабы не известны (10). Такие платежи типичны для стран Центральной и Восточной Европы, включая соседние Болгарию и Румынию. По данным, приведенным в докладе Всемирного банка «Инвестиции в здравоохранение», в начале 1990-х гг. неофициальные плате-

**Таблица 8. Расходы населения на медицинские услуги и лекарственные средства, 1999 г.**

Вид	% от общих
Плата медицинским учреждениям	2,7
Лекарственные препараты	45,5
Стоматология	13,7
Плата непосредственно врачам (в том числе из-под полы)	23,2
Взносы в фонд медицинского страхования	14,9
Итого	100,0

Источник: компания KPMG Consulting, 2001 г.

жи в Румынии составляли 25% всех доходов здравоохранения, в Венгрии — около 20% (31). По результатам опроса, проведенного в Албании в 2000 г., неофициальные платежи наиболее распространены в городских больницах (28). Взятки берет весь персонал, от уборщицы до хирурга. Взятки врачам в государственных больницах давали 87% опрошенных, медицинским сестрам — 86%. Как показал опрос, подавляющее большинство населения считает, что без взяток не получишь надлежащего, а подчас и вообще хоть какого-нибудь лечения. Более четверти опрошенных заявили, что врачи дали им понять, что не будут лечить бесплатно. Остальные заплатили безо всяких просьб (28). Результаты опроса отражают кризис экономики и морали, переживаемый албанским обществом, и вызывают серьезное беспокойство по поводу справедливости доступа к медицинским услугам.

### **Добровольное медицинское страхование**

Частное страхование и частная медицинская практика разрешены с 1992 г. Однако из-за сложившейся в стране экономической и политической ситуации частные страховые компании не спешат выходить на рынок медицинского страхования. Единственная частная страховая фирма — Институт страхования — выдает краткосрочные медицинские страховые полисы выезжающим за рубеж албанцам.

### **Внешние источники финансирования**

Помощь извне составляет заметную долю общего бюджета здравоохранения Албании. В 1992 и 1993 гг. она превышала треть бюджета здравоохранения страны. В 1996 г. международная помощь в абсолютном выражении удвоилась, но, поскольку внутренние затраты на здравоохранение за это время тоже выросли, доля помощи снизилась до 26% (19).

Во время кризиса в Косово финансирующие организации собрали внушительные средства на здравоохранение. Однако к концу августа 1999 г. подавляющее большинство беженцев вернулось в Косово, под защиту войск НАТО. Основную часть денег, имевшихся в распоряжении здравоохранения Албании, надо было быстро израсходовать. По оценкам Тиранского отделения Всемирного банка, в июне 2000 г. в разработку и осуществление программ в области здравоохранения было вложено порядка 160 миллионов долларов США — рекордная цифра за последние десять лет донорской деятельности и прямое следствие кризиса беженцев (21). В 1999 г. международная помощь албанскому здравоохранению составляла 8% общего бюджета здравоохранения (табл. 6).

Эта помощь поступает от иностранных правительств и неправительственных организаций, в первую очередь, от Всемирного банка, Бюро Европейской комиссии по гуманитарной помощи (ЕЧНО), правительств Германии, Италии, Франции, Швейцарии и Японии, Агентства международного развития США (USAID), правительств Великобритании и Греции, Римской католической церкви, из Фонда международного развития Организации

стран-экспортеров нефти (Фонд ОПЕК), Детского фонда ООН, Фонда народонаселения ООН и ВОЗ.

## Затраты на здравоохранение

Очень мало данных по затратам на здравоохранение до 1992 г. Более поздние данные в разных источниках не совпадают или отсутствуют, поскольку Министерство здравоохранения не смогло предоставить полных и достоверных данных по годам. Нередки исправления данных о затратах на здравоохранение за предыдущие годы.

Затраты на здравоохранение следует рассматривать с учетом тяжелой экономической ситуации и низкого неустойчивого ВВП. Государственные расходы на здравоохранение в последние годы были очень малы и продолжают снижаться, несмотря на то что их доля в государственном бюджете в последнее время увеличивается (см. табл. 10)<sup>1</sup>. Из графика на рис. 3, построенного по данным Европейской базы данных «Здоровье для всех», видно, что в 1991 г. затраты на здравоохранение достигли максимального уровня 5% и затем резко упали. На рис. 4 этот же показатель представлен для всех стран Европейского региона ВОЗ, для Албании он равен 2,8%, правда, это цифра за 1994 г. Согласно данным в верхней половине табл. 9, государственные расходы на здравоохранение сократились с 2,29% ВВП в 1996 г. до 1,93% ВВП в 1998 г., после чего слегка выросли до 2,08% ВВП в 2000 г. (9). По последним данным, затраты на здравоохранение в Албании равны 2,08% ВВП. Это составляет чуть более одной трети от среднего значения для стран Центральной и Восточной Европы и является одним из самых низких показателей во всей Европе.

На самом деле, эти цифры по Албании занижены, так как в них не учтены значительные суммы, которые платит население. С учетом платежей населения доля затрат на здравоохранение возрастает до 3% ВВП, как показано в

**Таблица 9. Расходы на здравоохранение, % ВВП**

Расходы на государственный сектор здравоохранения						
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
—	—	2,29	2,06	1,93	1,96	2,08
Общие расходы на здравоохранение						
1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
2,8	2,9	3,0	2,7	2,6	2,8	3,0

*Источник:* Министерство финансов, 2000 г.

*Источник:* расчеты Министерства здравоохранения на основе данных Министерства финансов.

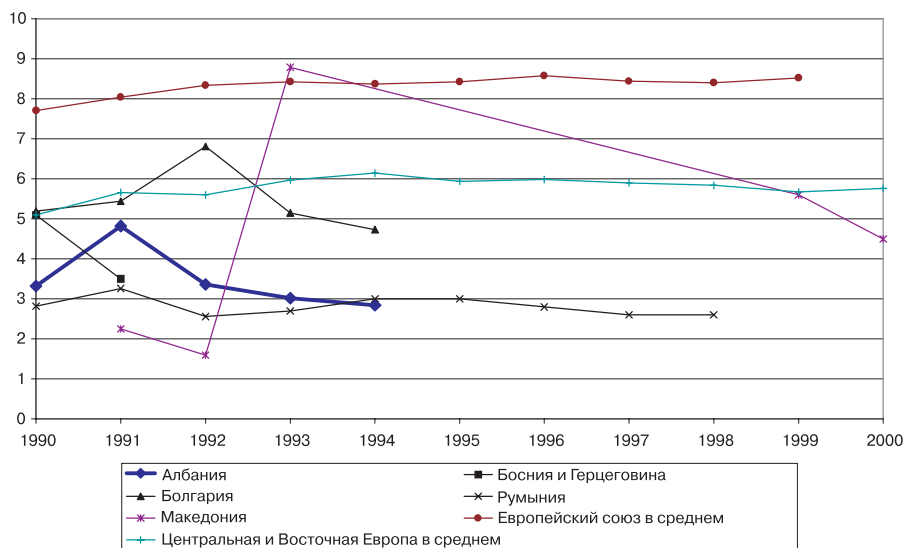
<sup>1</sup> Это противоречие объясняется снижением доли общих бюджетных расходов в ВВП, вследствие чего, несмотря на увеличение ассигнований на здравоохранение, их доля в ВВП уменьшается.



**Таблица 10. Госбюджетные ассигнования на здравоохранение и образование, %**

	% бюджетных ассигнований по годам				
	1996	1997	1998	1999	2000
Здравоохранение	7,7	7,6	7,6	9,2	9,9
Образование	13,0	13,7	12,9	12,9	12,3

Источник: Министерство финансов, 2000 г.

**Рисунок 3. Динамика расходов на здравоохранение (% ВВП) в Албании и некоторых других странах**

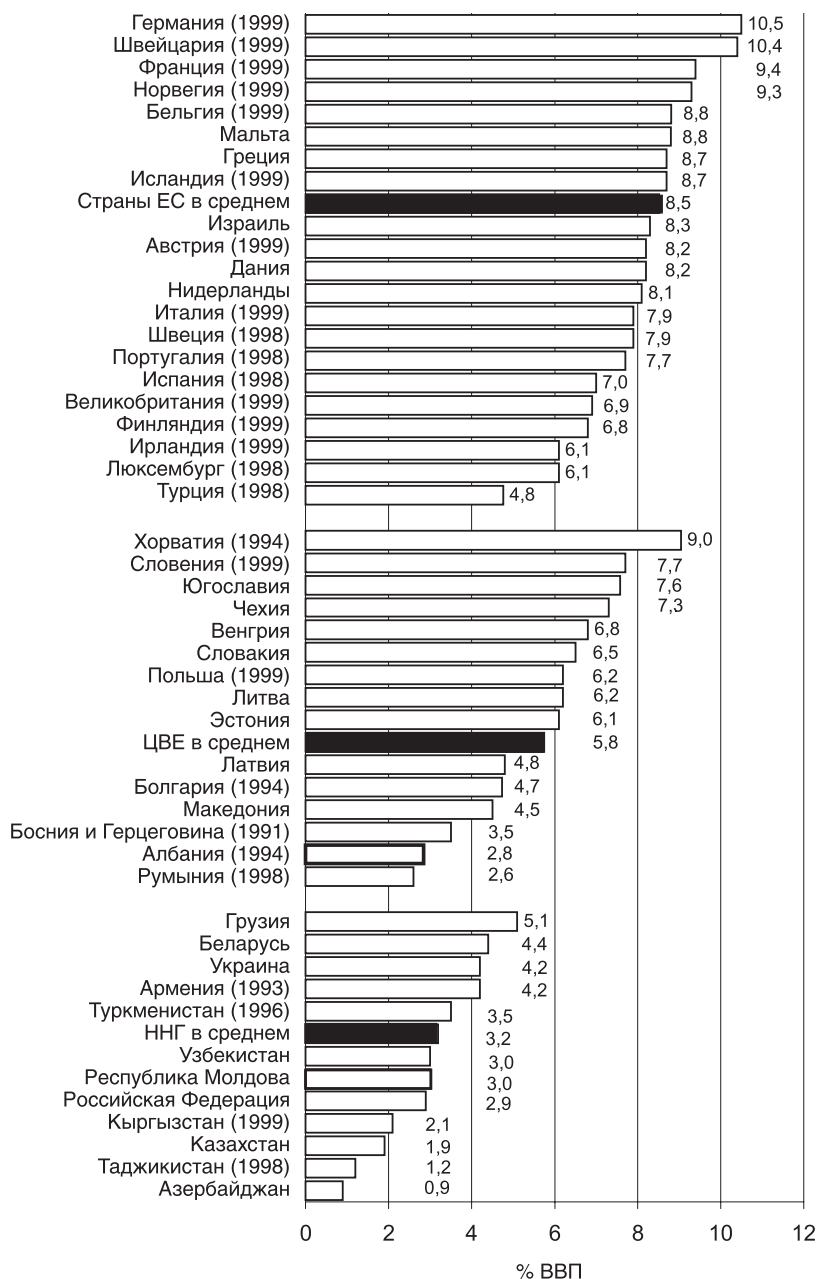
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

нижней половине табл. 9. Правда, это все равно гораздо меньше, чем в большинстве стран региона.

В 1990-е гг. затраты на здравоохранение сильно менялись. Во время тяжелого экономического кризиса 1990—1992 гг. они сократились почти вдвое, с 1993 до 1996 г. ежегодно росли и к 1996 г. достигли 85,14 миллиона долларов США (10). В 1997 г. они уменьшились до 70 миллионов долларов США, в 1999 г. подскочили до 108 миллионов долларов США, что соответствует 33 долларам США на человека. С учетом паритетной покупательной способности этот показатель заметно увеличится<sup>1</sup>. Хотя расходы на здравоохранение

<sup>1</sup> Как видно из рис. 5, в 1994 г. расходы на душу населения с учетом паритета покупательной способности составляли 79 долларов США, а следовательно, сегодня они были бы выше, так как с тех пор реальные затраты на здравоохранение увеличились.

**Рисунок 4. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.**



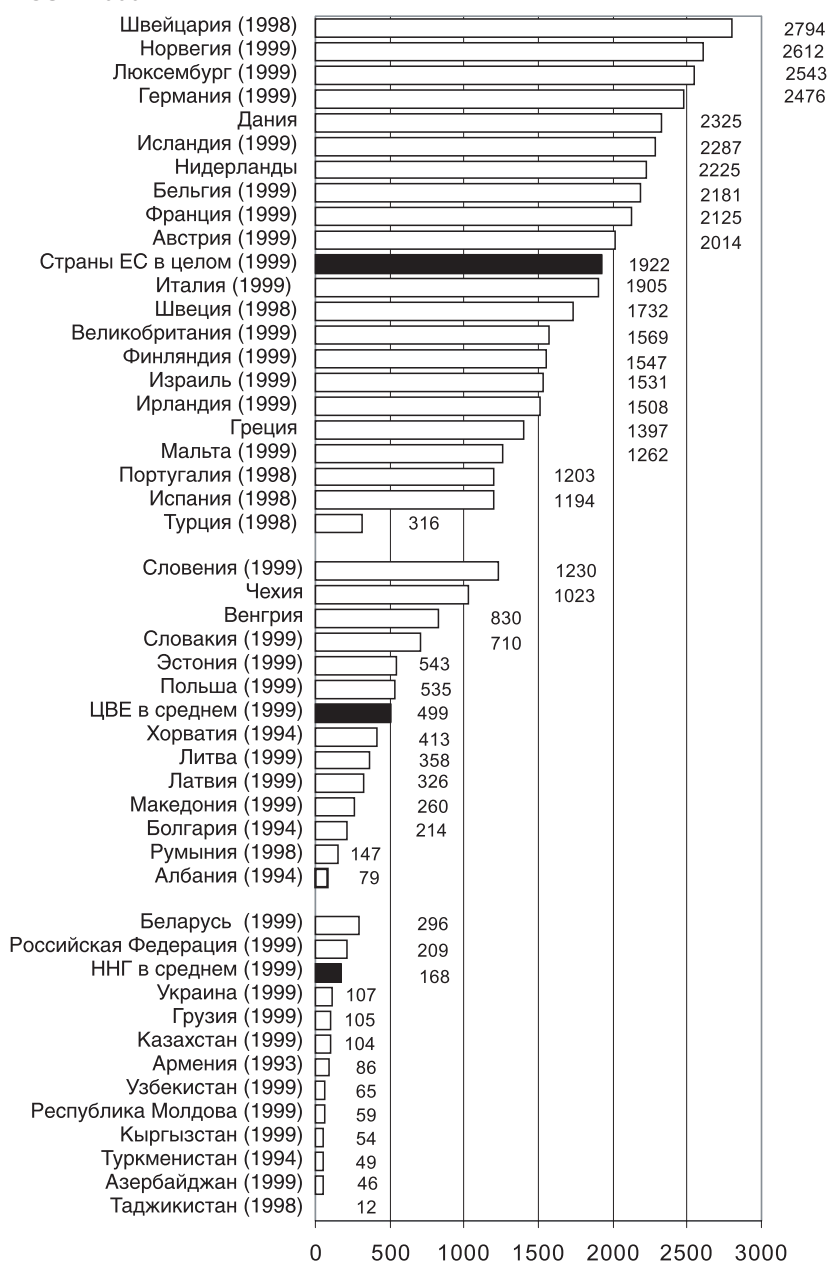
ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа; ЕС — Европейский союз;

ННГ — страны бывшего СССР.

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

Албания

**Рисунок 5. Расходы на здравоохранение в долларах США (с учетом паритета покупательной способности) на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г.**



ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа; ЕС — Европейский союз;

ННГ — страны бывшего СССР.

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

в последние годы растут, они все еще совершенно не достаточны для обеспечения качественного медицинского обслуживания всего населения. К тому же рост в значительной степени идет за счет увеличения доли платежей населения, что не способствует справедливости доступа к медицинской помощи.

В переработанном документе «Структура среднесрочных расходов в 2001—2003 гг.», опубликованном в декабре 2000 г., Министерство финансов выделило четыре главных проблемы в финансировании здравоохранения:

- 1) недостаточный объем финансирования здравоохранения;
- 2) нерациональное использование средств;
- 3) уменьшение финансирования первичной медицинской помощи, что в сочетании с организационными и административными недоработками приводит к злоупотреблению специализированным медицинским обслуживанием в стационарах и амбулаториях;
- 4) средства распределяются на основании потребностей учреждений, а не нужд населения и его обеспеченности медицинской помощью, что приводит к неравенству доступа к медицинскому обслуживанию.

Для решения этих проблем правительство выработало среднесрочную программу финансирования здравоохранения (9), в которой ставятся следующие задачи:

- в течение следующих трех лет увеличить поток средств, направляемых в сектор здравоохранения, обеспечить лучшее финансирование медицинских услуг, остановить снижение и добиться увеличения доли расходов на здравоохранение в ВВП;
- существенно улучшить финансирование первичного медицинского обслуживания, сделать его более доступным для всего населения и уменьшить необоснованное использование специализированной стационарной помощи;
- реорганизовать больничный сектор так, чтобы услуги каждой больницы соответствовали потребностям населения обслуживаемого района;
- повысить рентабельность высокоспециализированной медицинской помощи;
- расширить набор услуг, входящих в программу медицинского страхования.

## **Структура затрат на здравоохранение**

В табл. 11 представлены данные по затратам на здравоохранение в Албании за последние пять лет. Сюда не вошли наличные платежи населения, размеры которых точно не известны.

По этим данным, в 2000 г. почти 57% всех средств в государственном секторе здравоохранения израсходовано на специализированное обслуживание, стационарное и амбулаторное. Для сравнения, в 1996 г. эти расходы составили 51%. На долю Клиники Тиранского университета пришлось 8,6% всех расходов, в 1996 г. — 10,3%. Затраты на первичную медицинскую по-

мощь и программы общественного здравоохранения упали с 33% в 1996 г. до 23% расходов на здравоохранение в 2000 г.

Государственные капитальные вложения в систему здравоохранения сильно различаются по годам. В 1996 г. они составили 12% государственного бюджета здравоохранения; 46% из этих средств пошло на новое строительство, 32% — на восстановление материально-технической базы, остальное — на закупку оборудования (10). В 2000 г. доля капиталовложений в бюджете выросла до 32% (табл. 12).

По данным Министерства финансов, в 1996—1999 гг. капитальные затраты составили в среднем 18% всех затрат на здравоохранение, причем 44% этих средств получены из-за рубежа (9). Высокая доля капиталовложений отчасти объясняется значительной международной помощью, основная часть которой не являлась капиталовложениями в полном смысле слова, а включала разнообразные виды деятельности, в частности техническую по-

**Таблица 11. Государственные расходы на здравоохранение (включая медицинское страхование) по подсекторам**

Подсектор	1996		1997		1998		1999		2000	
	Леки	%	Леки	%	Леки	%	Леки	%	Леки	%
Планирование и управление	108	1,5	128	1,6	250	2,5	310	2,7	396	3,0
Общественное здравоохранение и первичная медицинская помощь	2404	33,5	2464	31,1	2878	29,3	2852	24,8	3063	23,2
Стационарная помощь	2920	40,7	3161	40,1	3692	37,5	5174	45,0	6362	48,0
Больничный центр Тиранского университета	745	10,3	789	10,1	959	9,7	1017	8,8	1130	8,6
Медицинские научно-исследовательские институты	128	1,8	138	1,7	274	2,8	207	1,8	544	4,1
Субсидии на основные лекарственные препараты	867	12,2	1202	15,4	1783	18,2	1941	16,9	1705	13,1
<b>Итого</b>	<b>7172</b>	<b>100,0</b>	<b>7882</b>	<b>100,0</b>	<b>9836</b>	<b>100,0</b>	<b>11501</b>	<b>100,0</b>	<b>13200</b>	<b>100,0</b>

Источник: Министерство финансов, 2000 г.; Институт медицинского страхования.

**Таблица 12. Госбюджетные ассигнования на здравоохранение, миллионы леков**

Строки бюджета	1996	1997	1998	1999	2000
Персонал и страхование	3437	3628	4083	4341	4763
Содержание и эксплуатация	1804	1984	2474	2517	2623
Промежуточный итог «периодические расходы»	5241	5612	6557	6858	7386
Внутренние капиталовложения	635	571	802	847	1130
Иностранные капиталовложения	57	89	458	1240	2300
Промежуточный итог «капиталовложения»	692	660	1260	2087	3430
Общие бюджетные расходы	5933	6272	7817	9005	10816
Государственный взнос в Фонд медицинского страхования	506	790	1070	1300	1300
Общий итог	6439	7062	8887	10245	12116

Источник: Министерство финансов, 2000 г.

мощь. Кроме того, к капиталовложениям были отнесены несколько запланированных, но не осуществленных проектов.

Капиталовложения в албанское здравоохранение делаются без четкого перспективного плана, без учета текущих затрат, например, на расходные материалы и эксплуатацию. К тому же, отремонтированные и новые медицинские учреждения работают в сложных условиях: нередки перебои в электроснабжении, водопроводная вода загрязнена, из-за плохих дорог возникают сложности с транспортом, не хватает денег на текущие расходы, нет квалифицированного управленческого персонала. В результате даже эти учреждения часто не могут качественно обслуживать больных.

## Медицинское обслуживание

**М**едицинские учреждения в Албании бедны и плохо оснащены. Большая часть зданий построена в период с 1960 г. до начала 1980-х гг. Затем капитальные вложения сократились, и к 1990-м гг. медицинские учреждения, как правило, ютились в ветхих зданиях, обходясь устаревшим оборудованием (18). В 1990-е гг. капиталовложения увеличились, однако и сами медицинские учреждения сильно пострадали за десять лет гражданских беспорядков.

### Первичное медицинское обслуживание

До 1990 г. система первичного медицинского обслуживания была ориентирована в основном на охрану материнства и детства. В 1991, 1992, 1997 гг. многие учреждения первичной медицинской помощи были разрушены. По данным отдела статистики Министерства здравоохранения, число центров первичной медицинской помощи сократилось с 702 в 1994 г. до 564 в 2000 г., а число медицинских пунктов за тот же период уменьшилось с 1973 до 1582.

Как правило, в сельском центре первичной медицинской помощи работают несколько медицинских сестер и не более трех врачей, большинство из которых не являются специалистами общей практики, а в сельском медицинском пункте — медицинская сестра или акушерка, которая обеспечивает охрану материнства и детства и делает профилактические прививки. В некоторых сельских районах медицинские учреждения закрылись из-за нехватки оборудования и увольнения медперсонала.

В городах есть крупные медицинские учреждения, оказывающие специализированную амбулаторную помощь, однако больные часто используют их как первичные медицинские учреждения. Раньше, чтобы обратиться к специалисту, нужно было получить направление, теперь этот порядок упразднен. Для тех, кто обращается в специализированные учреждения, минуя первичные, установлена плата, однако это мало что дало. Дело осложняется тем, что специалисты, которые получают плату из-под полы, не заинтересованы в изменении порядка вещей. Поэтому больные продолжают обращаться к ним напрямую, в обход врача первичной медицинской помощи.

Возможность получить специализированную помощь без направления и недоверие к врачам общей практики объясняют чрезвычайно редкое обращение за амбулаторной помощью: в 1999 г. за амбулаторной помощью обращались в среднем 1,6 раза. Как видно из рис. 6, из всех европейских стран только в Грузии этот показатель еще ниже.

Сельские учреждения первичной медицинской помощи перешли в собственность местных органов власти. Городские медицинские учреждения до сих пор принадлежат Министерству здравоохранения. В результате сельские учреждения финансируются хуже, чем городские.

В 1992 г. началась реформа первичного медицинского обслуживания, направляемая Программой ЕС PHARE, Всемирным банком и ВОЗ. Все учреждения первичной медицинской помощи остались в государственной собственности. Приватизированы были только аптеки и стоматологические клиники.

В 1997 г. при поддержке Европейского союза разработана программа развития первичной медицинской помощи, согласно которой в каждой коммуне должен быть хотя бы один центр первичной медицинской помощи, а в каждом селе — хотя бы один медицинский пункт (32). Центры первичной медицинской помощи планируется располагать отдельно от поликлиник, медицинских центров и больниц. В 1999—2000 гг. многие центры первичной медицинской помощи были отремонтированы и заново оснащены, и сейчас Министерство здравоохранения восстанавливает остальные при финансовой поддержке Бюро Европейской комиссии по гуманитарной помощи (ЕСНО), Всемирного банка и правительства Германии.

Планируется создать бригады первичной медицинской помощи под руководством врачей общей практики, причем в городе один врач общей практики будет обслуживать 2000 человек, а в сельских районах — 1700. Эти врачи будут регулировать доступ к специализированной помощи, но пока не понятно, каким образом. Пациенты могут зарегистрироваться у врача по своему выбору, а Институт медицинского страхования выплачивает врачам подушную заработную плату с учетом районного коэффициента и других критериев.

Первичные медицинские учреждения ориентированы прежде всего на обслуживание таких уязвимых категорий населения, как дети, женщины и престарелые. Восстановление и строительство центров первичной медицинской помощи рассматривается как способ улучшения доступа к меди-

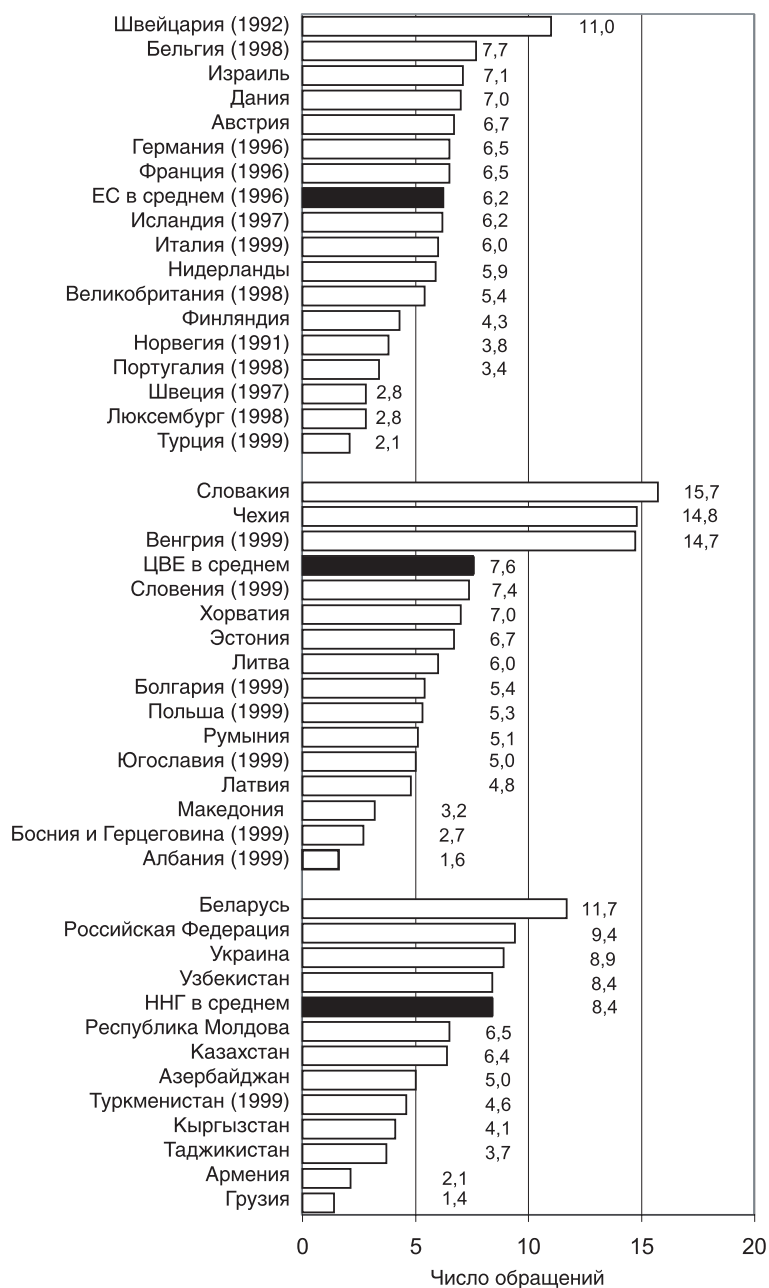
**Таблица 13. Учреждения первичной медицинской помощи, 1994—2000 гг.**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Центры первичной медицинской помощи	702	622	637	637	637	567	564
Медицинские пункты	1973	1832	1747	—	—	1584	1582

Источник: Отдел статистики Министерства здравоохранения.



**Рисунок 6. Среднее число обращений за амбулаторной помощью в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.**



ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа; ЕС — Европейский союз;  
ННГ — страны бывшего СССР.

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

цинской помощи, в первую очередь в селах. Однако в некоторые такие центры, особенно вблизи городов, люди обращаются редко. Кроме того, из-за недостатка средств и отсутствия должного контроля техническое состояние центров и качество их услуг оставляет желать лучшего.

В сельских центрах первичной медицинской помощи есть небольшое число коек, в основном в родильных палатах. В 1999 г. в 166 таких центрах было всего 679 коек. Однако и их занятость не превышает 10% (12).

При поддержке международных организаций Министерство здравоохранения приступило к объединению отдельных служб здравоохранения в единую структуру первичного медицинского обслуживания. В частности, в нее войдут районная служба профилактики туберкулеза, школьная медицина, санитарное просвещение, охрана материнства и детства, планирование семьи. Сейчас при поддержке правительства Швеции и ВОЗ вводится оказание психиатрической помощи в первичных медицинских учреждениях. Программа такого комплексного обслуживания испытывается в Тиранской префектуре в связи с созданием там регионального управления. Работу финансирует Всемирный банк.

Охрана материнства и детства очень важна для любой страны с молодым населением. При коммунистическом режиме большинство беременностей протекало под медицинским наблюдением, отчасти из-за того, что от посещений врача зависела оплата отпуска по беременности и родам. Сейчас ситуация изменилась в худшую сторону. Так, в 1999 г. 19% женщин впервые обратились по беременности при сроке более 28 недель, 65% из этой группы — сельские жительницы (12).

В октябре 1999 г. Министерство здравоохранения, при поддержке ВОЗ и Фонда народонаселения ООН, изучило положение с охраной материнства в пяти районах и шести роддомах. Это обследование — первый шаг на пути к выработке национальной программы безопасного материнства. Судя по полученным результатам, ситуация крайне тяжелая (33).

- Акушерки, работающие в центрах первичной медицинской помощи, часто не имеют необходимых навыков для выполнения своих обязанностей, работают в тяжелых условиях, за мизерную зарплату, их работа почти не контролируется.
- На всех уровнях родовспоможения не хватает важнейших лекарственных препаратов, а те, что имеются, подчас применяются неправильно.
- Не хватает оборудования для акушерской помощи и выхаживания новорожденных, нет возможности его ремонтировать и обслуживать.
- Тактика родовспоможения часто неправильная, качество обслуживания значительно отличается в разных учреждениях.
- Отсутствие необходимых навыков и оборудования делает невозможным надлежащее выхаживание и реанимацию новорожденных.

Эти данные помогают понять, почему 45,5% детской смертности в Албании приходится на время родов и первые дни жизни.

Правительство приняло программу в области планирования семьи, нацеленную на улучшение охраны репродуктивного здоровья. До 1991 г. услуг по планированию семьи практически не существовало. Не имея другого выбо-

ра, женщинам приходилось прибегать к аборту. Аборты были официально разрешены в 1992 г., после чего их частота резко возросла и в 1996 г. достигла 47,6 на 100 родов. В 1999 г. этот показатель уменьшился до 34,4 (табл. 3).

Как уже отмечалось, почти все стоматологические услуги — платные. Осталась бесплатная неотложная стоматологическая помощь и помощь детям до 18 лет, оказываемая в школьных стоматологических кабинетах. Однако здесь не хватает хорошего оборудования и квалифицированного персонала.

### **Общественное здравоохранение**

Институт общественного здравоохранения, созданный в 1995 г. на базе Научно-исследовательского института гигиены и эпидемиологии, подчиняется непосредственно министру здравоохранения. В Институте работает примерно 150 человек — больше, чем в главном управлении Министерства. Институт занимается медицинской статистикой, организацией медицинских исследований и вакцинацией населения, следит за состоянием окружающей среды и здоровьем населения. Институт дает рекомендации по политике общественного здравоохранения, осуществляет техническую поддержку и является национальным исследовательским и учебным центром. В начале 2001 г. в состав Института вошел Национальный директорат санитарного просвещения и пропаганды здоровья и его обязанности перешли к Институту. При поддержке Управления развития здравоохранения Великобритании и Всемирного банка Институт общественного здравоохранения разрабатывает общенациональную программу санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни (34).

Большая часть обязанностей по охране здоровья населения возложена на районные директораты общественного здравоохранения и директораты первичного медицинского обслуживания. Эти два типа директоратов имеют разную организационную структуру и функции. Директораты подчиняются Институту общественного здравоохранения и Министерству здравоохранения. Местные органы власти отвечают за вывоз мусора, обеспечение населения питьевой водой и некоторые виды деятельности по охране окружающей среды. Государственные санитарные врачи подчиняются Министерству здравоохранения.

Национальный центр переливания крови расположен в Тиране; пункты сбора крови есть почти при каждой районной больнице. Сейчас Албания переживает кризис донорства и пытается перейти от платного к добровольному бесплатному донорству.

Эпидемическая обстановка в Албании тяжелая, одна из причин этого — отсутствие канализации и водопровода во многих домах. На случай эпидемий Институтом общественного здравоохранения, ВОЗ и ЮНИСЕФ разработан план экстренных действий. По оценкам Всемирного банка, в городах водопровод имеют менее 90% семей, а в деревнях — менее 50%. Менее 5% сельских семей имеют канализацию. В городах вода подается лишь несколько часов в сутки, при этом она часто загрязнена из-за протечек из канализационной системы (13).

Во время гражданских волнений в апреле 1997 г. в половине районов не велось обязательной регистрации инфекционных заболеваний, а сбор и вывоз отходов прекратился везде, кроме Тираны (7). При поддержке международных организаций Институт общественного здравоохранения и многие районы Албании налаживают контроль за инфекционными заболеваниями. Введена довольно действенная система регистрации инфекционных заболеваний ALERT (Albanian Epidemiological Reporting Tool), позволяющая быстро отслеживать инфекционные заболевания, которые могут привести к вспышкам эпидемий, и оповещать о них.

По данным Института общественного здравоохранения, в Албании распространены такие инфекционные заболевания, как вирусный гепатит (заболеваемость — 133 случая на 100 000 населения, туберкулез — 21 новый случай на 100 000, корь — 23 случая на 100 000 и эпидемический паротит — 30 случаев на 100 000). К тому же в стране растет заболеваемость эпизоотиями, прежде всего из-за плохого ветеринарного контроля домашних животных. Так, в 1995—1999 гг. заболеваемость бруцеллезом утроилась, достигнув 13,4 случая на 100 000 населения (35). Заболеваемость сибирской язвой за тот же период выросла с 1,9 до 2,8 случая на 100 000 населения. С другой стороны, в 1999 г. не зарегистрировано ни одного случая полиомиелита, дифтерии, столбняка и малярии.

Министерство здравоохранения прилагает много усилий для того, чтобы охватить иммунизацией как можно больше детей и сохранить «холодную цепь» транспортировки вакцин. В начале 1990-х гг. охват иммунизацией уменьшился из-за бюджетного кризиса и гражданских волнений, но затем опять стал возрастать, в основном благодаря помощи Детского фонда ООН, ВОЗ и Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (GAVI). В 1994 г. Албания включила вакцинацию против гепатита В в календарь обязательных прививок для новорожденных, детей и подростков младше 18 лет. В 2001 г. туда же добавлена вакцина против краснухи, которая будет вводиться вместе с вакциной против кори, и теперь в списке программы обязательной иммунизации — прививки против восьми заболеваний. Всем беременным делают прививку против столбняка, а в 2001 г. проведена разовая иммунизация всех женщин детородного возраста (от 15 до 45 лет) против краснухи.

В 1999 г. более 90% детей были иммунизированы против целого ряда инфекционных заболеваний (36), в том числе все новорожденные получили прививку против гепатита В. В 2000 г. 98% детей были иммунизированы против кори (рис. 7). Тем не менее вспышки кори все еще бывают: в 1998 г. зарегистрирован 1901 случай, в 1999 г. — 797. (14). Большие сомнения вызывает качество вакцин, поскольку иначе трудно объяснить вспышки инфекционных заболеваний при таком высоком охвате населения. В 1996 г. было зарегистрировано 138 случаев полиомиелита, из них 16 со смертельным исходом. Последний случай полиомиелита, вызванного диким вирусом, зарегистрирован в ноябре того же года (14). В 1999 г. прививками против полиомиелита было охвачено 97% албанских детей; ни одного случая полиомиелита не зарегистрировано с декабря 1996 г. В 1999 г. наименьший охват иммунизацией среди детей был по туберкулезу — 83%, а наибольший — 97% — по

полиомиелиту, дифтерии, столбняку и коклюшу (36). Все вакцины с 1992 г. поставляются Детским фондом ООН или импортируются, остается наладить контроль качества вакцин.

## Специализированное медицинское обслуживание

Все больницы принадлежат государству, большинство из них находится в ведении Министерства здравоохранения. Планируется провести реорганизацию больниц с разделением их на национальные, региональные (префектурные) и районные.

По числу коек на 1000 населения Албания занимает одно из последних мест в Европе. В 1992 г. в Албании было 160 больниц и в общей сложности 14 000 коек, что соответствует 4,0 койки на 1000 населения (см. табл. 14). Эти цифры получены с учетом множества мелких сельских больниц, которые нельзя считать специализированными медицинскими учреждениями.

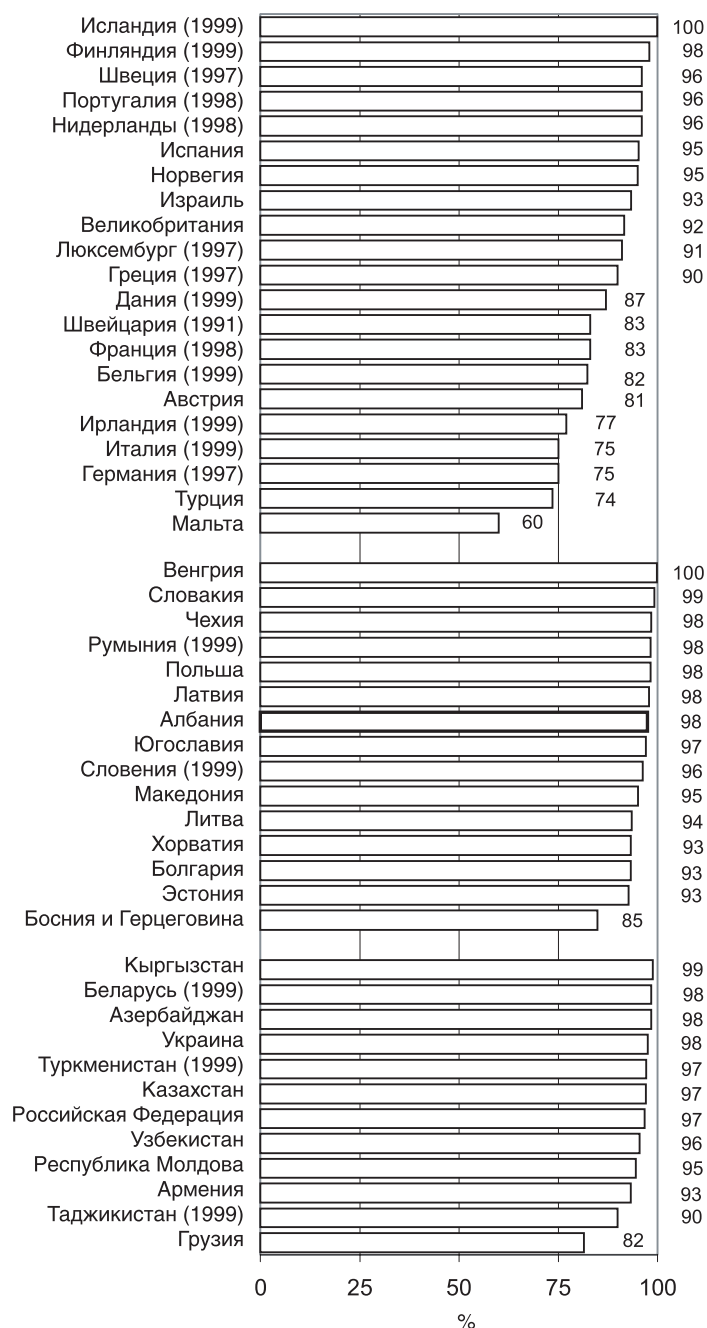
С 1992 г. многие плохо оснащенные мелкие больницы, в основном сельские, закрылись, другие были преобразованы в центры первичной медицинской помощи, и сегодня в стране 51 больница, включая специализированные и военный госпиталь. Число больничных коек сократилось с 14 000 в 1992 г. до 9600 в 1996 г., но затем опять выросло до 10 197 в 2000 г. (12). В Албании всегда было мало коек для длительного ухода. Исключение составляют психиатрические стационары и закрытые ныне «больницы для дистрофиков», где лечили сильно истощенных детей, при этом официально отрицалось наличие страдающих от недоедания людей.

В 2000 г. обеспеченность больничными койками в стране была 3,2 на 1000 населения. Начиная с 1992 г. коечный фонд постепенно уменьшался (табл. 14). На рисунках 8 и 9 показано изменение коечного фонда в 1990—1998 гг. в Албании и некоторых других европейских странах<sup>1</sup>. По сравнению с другими странами Центральной и Восточной Европы в Албании очень мало больничных коек. Из табл. 15 видно, что Албания стоит на последнем месте по числу коек среди всех стран Центральной и Восточной Европы и бывших советских республик. Правда, картина изменится, если сравнивать Албанию с западноевропейскими странами. В некоторых из них — Финляндии, Израиле, Швеции, Турции и Великобритании — обеспеченность больничными койками ниже, а в остальных — примерно такая же.

Частота госпитализации в Албании тоже невысока. В 1999 г. она составляла 8,0 на 100 жителей в год (см. табл. 14) — меньше, чем в большинстве европейских стран (см. табл. 15)<sup>1</sup>. Согласно опросам, из-за непосильных побо-

<sup>1</sup> Данные из базы данных «Здоровье для всех» (рис. 8 и 9) несколько отличаются от данных Министерства здравоохранения, представленных в табл. 14. Это различие, возможно, объясняется разными подходами к подсчету числа коек. Сравнение также затрудняет то, что на рис. 8, рис. 9 и в табл. 15 представлены данные только по обычным больницам, в то время как в табл. 14 — по всем стационарам.

**Рисунок 7. Охват иммунизацией против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.**



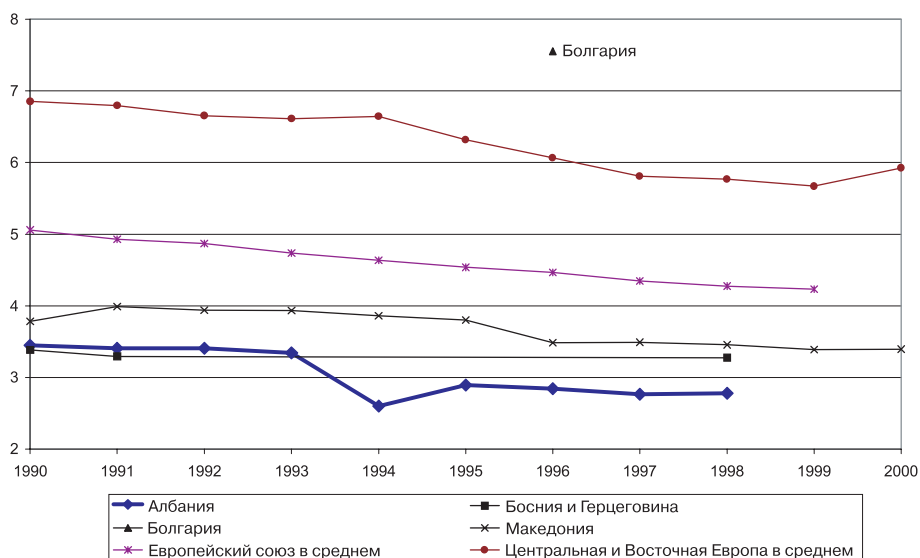
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Албания

ров (28), плохого качества лечения, нехватки лекарственных средств и анти-санитарии люди неохотно ложатся в больницу, даже когда это необходимо.

С другой стороны, по данным Всемирного банка (37), оборот больничной койки в Албании в 1998 г. составил 26 больных за год. Это намного выше, чем в большинстве других стран Центральной и Восточной Европы, где этот показатель колеблется от 17 (в Болгарии) до 30 (в Венгрии). Учитывая край-

**Рисунок 8. Число больничных коек на 1000 населения в Албании и некоторых других странах в 1990—2000 гг.**



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

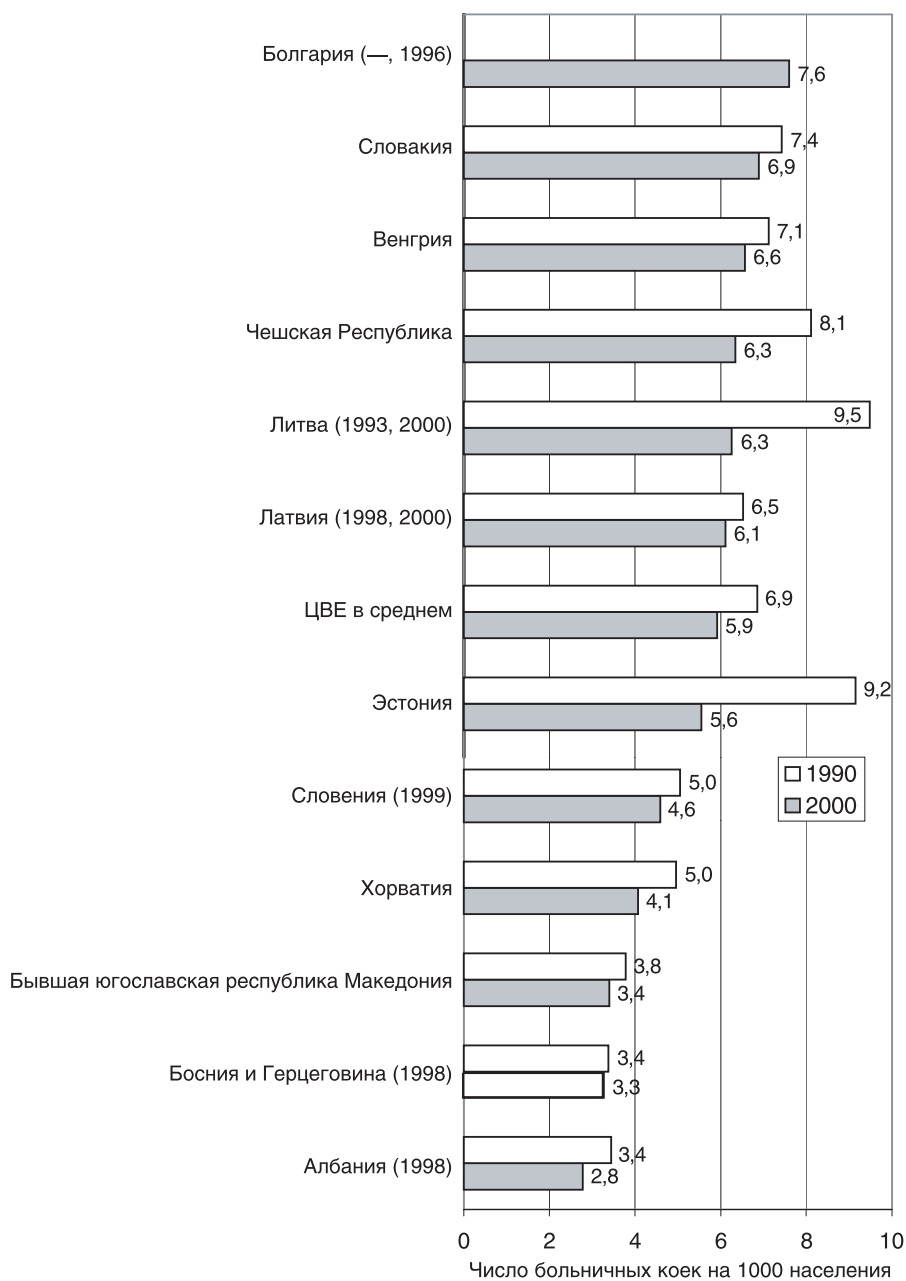
**Таблица 14. Показатели работы больниц, 1992—2000 гг.**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Число больничных коек на 1000 населения <sup>а</sup>	4,0	3,8	3,0	3,2	3,1	3,0	3,0	3,0	3,2
Число госпитализаций на 100 населения <sup>б</sup>	—	8,96	8,67	8,96	8,8	7,7 <sup>в</sup>	8,27	8,0	—
Средняя продолжительность госпитализации, дни <sup>а</sup>	12,7	9,0	9,0	8,2	8,1	7,9	7,6	7,1	—

Источники: <sup>а</sup> Отдел статистики Министерства здравоохранения; <sup>б</sup> Институт статистики, 2000 г.

Примечание: <sup>в</sup> Это значение, скорее всего, не соответствует действительности, поскольку в 1997 г. в Албании были сильные гражданские волнения и много людей получили огнестрельные ранения.

**Рисунок 9. Число больничных коек на 1000 населения в Центральной и Восточной Европе в 1990 и 2000 гг.**



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

ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы.

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных

Албания



Таблица 15. Показатели работы обычных больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 насе- ления	Число госпитализа- ций на 100 населе- ния	Средняя продолжи- тельность госпита- лизации, дни	Средняя занятость койки, %
<b>Западная Европа</b>				
Австрия	6,2	27,2	6,3	75,5
Бельгия	5,5 <sup>б</sup>	18,8 <sup>б</sup>	8,7 <sup>б</sup>	79,9 <sup>б</sup>
Дания	3,3 <sup>а</sup>	19,1	5,5	79,9 <sup>а</sup>
ЕС в среднем	4,2 <sup>а</sup>	19,0 <sup>б</sup>	8,2 <sup>б</sup>	77,0 <sup>б</sup>
Финляндия	2,4	20,2	4,3	74,0 <sup>е</sup>
Франция	4,1 <sup>а</sup>	20,0 <sup>а</sup>	5,5 <sup>а</sup>	77,4 <sup>а</sup>
Германия	6,4 <sup>а</sup>	20,3 <sup>а</sup>	10,7 <sup>б</sup>	81,6 <sup>б</sup>
Греция	3,9 <sup>а</sup>	14,5 <sup>б</sup>	—	—
Исландия	3,7 <sup>г</sup>	18,1 <sup>е</sup>	6,8 <sup>е</sup>	—
Ирландия	3,0 <sup>а</sup>	14,1 <sup>а</sup>	6,5 <sup>а</sup>	83,0 <sup>а</sup>
Израиль	2,3	17,5	4,3	94,0
Италия	4,5 <sup>б</sup>	17,1 <sup>б</sup>	7,1 <sup>б</sup>	74,1 <sup>б</sup>
Люксембург	5,5 <sup>б</sup>	18,4 <sup>е</sup>	7,7 <sup>б</sup>	74,3 <sup>е</sup>
Мальта	3,7	11,2	4,6	75,5
Нидерланды	3,3	9,1	7,7	58,4
Норвегия	3,1	15,5	6,0	85,2
Португалия	3,1 <sup>б</sup>	11,9 <sup>б</sup>	7,3 <sup>б</sup>	75,5 <sup>б</sup>
Испания	3,0 <sup>г</sup>	11,2 <sup>г</sup>	8,0 <sup>г</sup>	77,3 <sup>г</sup>
Швеция	2,5	15,6 <sup>б</sup>	5,5 <sup>а</sup>	77,5 <sup>г</sup>
Швейцария	4,0 <sup>б</sup>	16,4 <sup>б</sup>	10,0 <sup>б</sup>	84,0 <sup>б</sup>
Турция	2,2	7,6	5,4	58,7
Великобритания	2,4 <sup>б</sup>	21,4 <sup>г</sup>	5,0 <sup>г</sup>	80,8 <sup>б</sup>
<b>Центральная и Восточная Европа</b>				
Албания	2,8 <sup>б</sup>	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 <sup>б</sup>	7,2 <sup>б</sup>	9,8 <sup>б</sup>	62,6 <sup>а</sup>
Болгария	—	14,8 <sup>г</sup>	10,7 <sup>г</sup>	64,1 <sup>г</sup>
ЦВЕ в среднем	5,9	19,1	8,3	72,8
Хорватия	4,1	13,9	9,2	86,3
Чешская Республика	6,3	18,7	8,8	70,7
Эстония	5,6	18,7	7,3	66,1
Венгрия	6,6	22,4	6,7	72,5
Латвия	6,1	20,0	—	—
Литва	6,3	20,9	8,3	76,0
Словакия	6,9	18,9	9,4	71,0
Словения	4,6 <sup>а</sup>	16,1	7,6 <sup>а</sup>	73,2 <sup>а</sup>
Македония	3,4	8,9	8,4	60,1
<b>Страны бывшего СССР</b>				
Армения	4,9	4,9	10,3	28,2
Азербайджан	7,3	4,7	15,4	28,5
Беларусь	—	—	—	88,7 <sup>е</sup>
Грузия	4,3	4,5	7,8	83,0
Казахстан	5,5	14,1	11,5	97,0
Кыргызстан	6,1	15,5	12,3	90,2
Страны бывшего СССР в среднем	6,4	15,3	12,9	84,6
Республика Молдова	6,3	13,1	11,9	66,6
Российская Федерация	9,2	21,1	13,5	85,8
Таджикистан	5,9	9,0	13,2	59,8
Туркменистан	6,0 <sup>б</sup>	12,4 <sup>б</sup>	11,1 <sup>б</sup>	72,1 <sup>б</sup>
Украина	7,2	18,4	12,7	88,1

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

Примечания: <sup>а</sup> 1999, <sup>б</sup> 1998, <sup>в</sup> 1997, <sup>г</sup> 1996, <sup>д</sup> 1995, <sup>е</sup> 1994, <sup>ж</sup> 1993, <sup>з</sup> 1992, <sup>и</sup> 1991, <sup>к</sup> 1990.

не редкое обращение за амбулаторной (1,6 раза в 1999 г., см. рис. 6), такой высокий оборот койки можно объяснить отсутствием регулирования доступа к специализированному обслуживанию и недоверием пациентов к первичному медицинскому обслуживанию. По-видимому, албанцы, минуя врачей первичного звена (если таковые имеются), сразу обращаются в больницу, даже в тех случаях, когда болезнь легко может вылечить врач общей практики (37). Однако для подтверждения этого предположения необходимы соответствующие исследования.

В 1992 г. средняя продолжительность госпитализации составила 12,7 дня, в 1999 г. она упала до 7,1 дня (табл. 14). Как видно из табл. 15, хоть эта цифра и небольшая, она ни в коем случае не самая низкая в регионе — во многих западноевропейских странах этот показатель ниже. Одним из объяснений такой относительно краткой продолжительности госпитализации является отсутствие оборудования и лекарств, а также низкое качество обслуживания. Средняя занятость койки в 1990 г. была 54%, а в 1999 г. — 48,7% (12), что ниже, чем в западноевропейских странах (см. табл. 15)<sup>1</sup>.

Специализированную стационарную помощь оказывают в основном в районных больницах. Исторически сложившаяся система районных больниц довольно пестрая: в ней 20 больниц по 100—400 коек и 22 больницы поменьше. В районных больницах не менее четырех отделений: терапевтическое, педиатрическое, хирургическое и акушерско-гинекологическое. Госпитализация проводится как приемным отделением стационара, так и по направлению из учреждений первичной медицинской помощи. Некоторые районные больницы преобразованы в многопрофильные больницы регионального уровня.

В 1992 г. Министерство здравоохранения решило преобразовать 6—12 районных больниц в региональные, по 500 коек в каждой, для оказания широкого спектра специализированных медицинских услуг, включая хирургические. Пока идет реорганизация трех таких больниц, двух на средства Всемирного банка и одной — на средства Фонда Организации стран-экспортеров нефти. Нелегко бывает решить, какие из больниц расширить до 10—12 специализированных отделений, а какие оставить как есть или даже сократить до четырех основных отделений.

Высокоспециализированную помощь оказывают в Клинике Тиранского университета, рассчитанной на 1500 стационарных больных, и в других специализированных больницах Тираны. Есть также психиатрические и туберкулезные больницы.

Единственная неправительственная больница, на 200 коек, строится в Тиране на средства Римской католической церкви. Строительство затянулось, к тому же пока не ясно, как эта больница будет финансироваться и каков будет вклад государственного сектора в ее работу.

Все поликлиники, кроме тиранских, находятся в ведении районных больниц. Руководят поликлиниками директора больниц, и работают в них

---

<sup>1</sup> Данные в табл. 14 и 15 нельзя сравнивать напрямую, см. примечание на стр. 47.

сотрудники больниц. По замыслу Министерства здравоохранения, поликлиники должны оказывать специализированную амбулаторную помощь по направлению врача общей практики. Акушерско-гинекологическая и педиатрическая помощь, включая женские и детские консультации, относятся к первичной медицинской помощи.

В последние годы в городах появилось много частных специализированных поликлиник. Большинство из них прекрасно оборудованы и предлагают диагностику и лечение с применением современных технологий. Точных данных о числе таких учреждений и об объеме оказываемых ими услуг нет. Эти услуги не покрываются никакой страховкой и, следовательно, недоступны для малообеспеченных или других уязвимых категорий населения.

Последние десять лет были тяжелыми для больниц. Во время гражданских беспорядков 1991—1992 и 1997 гг. больницы стали мишенью для вооруженных банд и одиночек, многие были разграблены и разрушены. К тому же сильно увеличился объем работы. Так, с марта по август 1997 г., в период разгула беззакония, в больницах было зарегистрировано 2000 погибших и 11 000 раненых (20). Еще одним тяжелым испытанием для больниц стала чрезвычайная ситуация, сложившаяся в 1999 г., когда в Албанию потоком хлынули косовские беженцы. Беженцев размещали в государственных больницах, в разгар кризиса они занимали 30% всего коечного фонда. Многие из них были хроническими больными, и их нельзя было отправить в тяжелые условия лагеря беженцев (20).

Учитывая эти обстоятельства и то, что больницы унаследовали от коммунистического режима ветхие здания и устаревшее оборудование, неудивительно, что они находятся в плохом состоянии. В июле—сентябре 1999 г., сразу после кризиса косовских беженцев, Министерство здравоохранения при поддержке международных организаций обследовало состояние больниц (38). В отчете описаны «больные больницы в большой экономике», с устаревшей материально-технической базой, плохо управляемые. В каждой четвертой из 41 обследованной больницы водопроводная вода подавалась менее 5 ч в сутки. Круглосуточное электроснабжение было лишь в 45% больниц, а в 5% больниц электроэнергия подавалась менее 12 ч в сутки; 34% зданий были в плохом техническом состоянии и лишь 25% — в хорошем, в 84% больниц плохо работала система отопления (38).

После кризиса беженцев началась большая работа по восстановлению и переоборудованию больниц. Из 130 миллионов долларов США, пожертвованных на здравоохранение, 102 предназначались для развития специализированной стационарной и амбулаторной помощи. Из них 68 миллионов — больницам в Тиране, причем 18% последней суммы отводилось на высокоспециализированную помощь (20).

## **Высокоспециализированная помощь**

Высокоспециализированных медицинских учреждений в Албании мало, и почти все они находятся в Тиране. К ним относятся:

- Больничный центр Тиранского университета (также называемый «Мать Тереза») на 1600 коек — крупнейшая больница страны.
- Тиранская клиника акушерства и гинекологии.
- Клиника легочных заболеваний, специализирующаяся на лечении туберкулезных больных.
- Военный госпиталь Министерства обороны, специализирующийся на травматологии. Здесь также находится кафедра ортопедии университета.

Министерство здравоохранения начало осуществлять большую инвестиционную программу по развитию Клиники Тиранского университета. Уже выделены значительные средства на восстановление различных отделений стационара. Всемирный банк собирался вложить в реконструкцию существующей клиники 11 миллионов долларов США (Проект «Здравоохранение-2»), однако в сентябре 2002 г. изменил свои планы из-за неспособности Министерства здравоохранения и Клиники освоить эти средства и направил деньги на другие цели. Как уже отмечалось, Всемирный банк предложил правительству помощь в разработке всеобъемлющего плана развития здравоохранения в Тиране, который охватил бы все учреждения, подчиненные Тиранскому региональному управлению здравоохранения, и их связи с больничной сетью. Правительство Франции выделило около 6 миллионов долларов США на строительство нового здания, где расположатся отделения отоларингологии, офтальмологии и челюстно-лицевой хирургии. Германия дала деньги на обновление педиатрического отделения, а Япония планирует выделить 5 миллионов долларов США на его оборудование. На деньги Международной организации миграции (ИОМ) увеличена пропускная способность отделения гемодиализа с 25 до 50 больных в год, отремонтировано и оборудовано отделение кардиохирургии. Все эти инвестиции осуществляются в соответствии с генеральным планом развития Клиники Тиранского университета, разработанного в 1997 г. при участии объединения парижских больниц «Assistance Publique des Hôpitaux de Paris» (24).

Эти масштабные работы уже приносят ощутимые плоды, однако встает вопрос: сможет ли Албания в не столь отдаленном будущем нести дополнительные расходы, которые повлекут за собой такие внушительные капиталовложения.

## Медико-социальная помощь

В 1999 г. лишь 5,8% населения было в возрасте 65 лет и старше. Однако медико-социальная помощь требуется не только пожилым, но и другим уязвимым категориям населения и группам риска. Это психически больные и инвалиды, а также семьи, женщины, дети и подростки, оказавшиеся в критических ситуациях. В июне 1997 г. социальные пособия получали 22 900 нетрудоспособных, но, вероятно, нуждающихся в такой помощи гораздо больше (39).

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

Одна из главных задач в этой области — организовать обслуживание по месту жительства для людей с хроническими психическими заболеваниями, чтобы уменьшить нагрузку на стационары. Сейчас работает несколько таких стационаров, качество лечения в них очень плохое, а их пациенты страдают без родных. В некоторых районных больницах есть палаты для психически больных, но там лечат только острые расстройства. Несколько центров предназначены для лиц с задержкой психического развития, они находятся в ведении неправительственных организаций и Министерства труда и социального обеспечения.

И наконец, есть места в курортных санаториях или водолечебницах, но они не относятся к системе здравоохранения.

Итак, хотя в Албании есть учреждений, оказывающих медико-социальную помощь, обычно люди получают такую помощь в семье. Услуги по реабилитации и помощь на дому (по уходу за больными) пока развиты очень слабо. В последние годы Тиранский университет начал выпускать социальных работников. Помощь в их обучении оказывают зарубежные университеты. Большинство специалистов этой новой для Албании профессии работают в неправительственных организациях, которые в последнее время занялись оказанием медико-социальной помощи.

Исследование обеспеченности уязвимых категорий медико-социальной помощью выявило полное отсутствие такой помощи по месту жительства. Существующие службы не справляются с объемом работы и, следовательно, вынуждены отказывать в помощи тем, кто имеет на нее право. К тому же набор услуг ограничен, реабилитация и лечение не дополняются разъяснительной работой, профилактикой и включением больного в жизнь общества. Наконец, медико-социальная помощь есть далеко не везде: ее нет в большинстве сел, а там живет более половины населения страны (39). Для решения этих наболевших проблем Всемирный банк в 2001 г. начал осуществлять программу развития медико-социальной помощи, стоимость проекта — 15 миллионов долларов США.

## Медицинские кадры

Албания обеспечена медицинскими работниками гораздо хуже других европейских стран. К тому же, как и в других странах, использовавших советскую модель здравоохранения, большинство медиков работает в больницах. В 1999 г. в государственных медицинских учреждениях работало 25 676 человек, на 27% меньше, чем в 1991 г. (12).

В том же году в частных медицинских учреждениях работало 2954 человека, или примерно 11,5% общего числа. Частный сектор в основном занят стоматологическим обслуживанием и торговлей лекарственными средствами. Примерно 80% всех стоматологов и фармацевтов работают в частных учреждениях (40).

Улучшение распределения медицинских кадров — одна из важных задач Министерства здравоохранения. Как правило, в больницах штаты непомер-

но раздуты. Очень неравномерно распределены медицинские кадры по районам. Это объясняется в первую очередь тем, что медики покинули отдаленные села из-за тяжелых условий жизни и работы. Еще одна причина — миграция из села в город. Сложная задача улучшения распределения кадров стоит перед многими развивающимися странами.

Кроме того, происходит серьезная утечка мозгов. По некоторым данным, в период с 1990 по 1999 г. из страны выехали 40% ученых. Как показало исследование, проведенное в 1999 г., эмигрировали 67% из 300 ученых, получивших ученую степень в западных странах в 1980-е и 1990-е гг. (5). Неизвестно, сколько ученых-медиков покинули Албанию за этот период, но, по всей видимости, они составили немалую долю среди уехавших<sup>1</sup>.

В проекте документа, подготовленного отделом трудовых ресурсов Министерства здравоохранения, выделены следующие главные кадровые проблемы (40):

- неравномерное распределение кадров: территориальное, по специальностям и уровню подготовки;
- разный уровень подготовки у разных категорий сотрудников;
- устаревшие должностные инструкции;
- ограниченные возможности для повышения квалификации и карьерного роста;
- острая нехватка обученного контролирующего и управляющего персонала;
- низкая эффективность работы как отдельных сотрудников, так и учреждений в целом.

Министерство здравоохранения осознает необходимость эффективной кадровой политики, разработка которой поручена отделу трудовых ресурсов Министерства и районным медицинским учреждениям в сотрудничестве с профессиональными организациями, такими, как Орден врачей и сестринские организации

В 1999 г. в Албании было 4494 врача, или 1,36 на 1000 населения. Из них 1532, или 34%, — врачи первичной медицинской помощи. В Албании и Турции самая низкая в Европе обеспеченность населения врачами (см. рис. 10). Как видно из рис. 11 и табл. 16, этот показатель почти не менялся на протяжении пяти лет после 1994 г. Кроме того, за то же время выпуск врачей сократился вдвое (см. табл. 16 и 17). Быстро уменьшается и выпуск стоматологов, несколько медленнее — фармацевтов.

Обеспеченность медицинскими сестрами и акушерками тоже одна из самых низких в Европе — 3,7 (рис. 10) или почти 4,0 (табл. 16) на 1000 населения<sup>2</sup>. Из табл. 16 и рис. 12 видно, что число медицинских сестер снижается с 1994 г.

---

<sup>1</sup> Следует отметить, что это относится к ученым и исследователям, а не к практикующим врачам, число которых на 1000 населения почти не изменилось (см. следующие абзацы).

<sup>2</sup> Расхождения между албанскими статистическими данными (табл. 16) и базой данных «Здоровье для всех» (рис. 10) вызваны различиями в классификации медицинского персонала.

**Таблица 16. Работники здравоохранения, 1994—1999 гг. (на 1000 населения)**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Врачи	1,32	1,32	1,33	1,34	1,35	1,36
Стоматологи	0,39	0,39	0,41	0,40	0,41	0,34
Медицинские сестры и акушерки	4,47	4,40	4,35	3,82	3,77	3,97
Фармацевты	0,29	0,29	0,30	0,30	0,30	0,28
Выпуск врачей	0,11	0,10	0,10	0,10	0,09	0,05
Выпуск медицинских сестер	—	—	—	—	—	—

Источники: Институт статистики, 2001 г. и отдел статистики Министерства здравоохранения.

## Медицинское образование

Врачей готовят на медицинском факультете Тиранского университета. С 1992 г. прием осуществляется по конкурсу, число принимаемых студентов устанавливает правительство. Обучение длится шесть лет, ежегодно выпускается около 200 врачей, включая стоматологов и фармацевтов (табл. 17). Для дальнейшей специализации необходимо сдать конкурсный экзамен и проучиться еще три-четыре года. Таких желающих много. До середины 1990-х гг. в образовательных учреждениях не было единых требований к специализации.

До 1997 г. врачей общей практики не готовили. Сейчас в Тиранском университете появилась двухгодичная последипломная специализация в этой области. Эта специальность — одна из наименее популярных у молодых врачей.

В Албании нет системы аккредитации врачей, равно как и системы повышения медицинской квалификации.

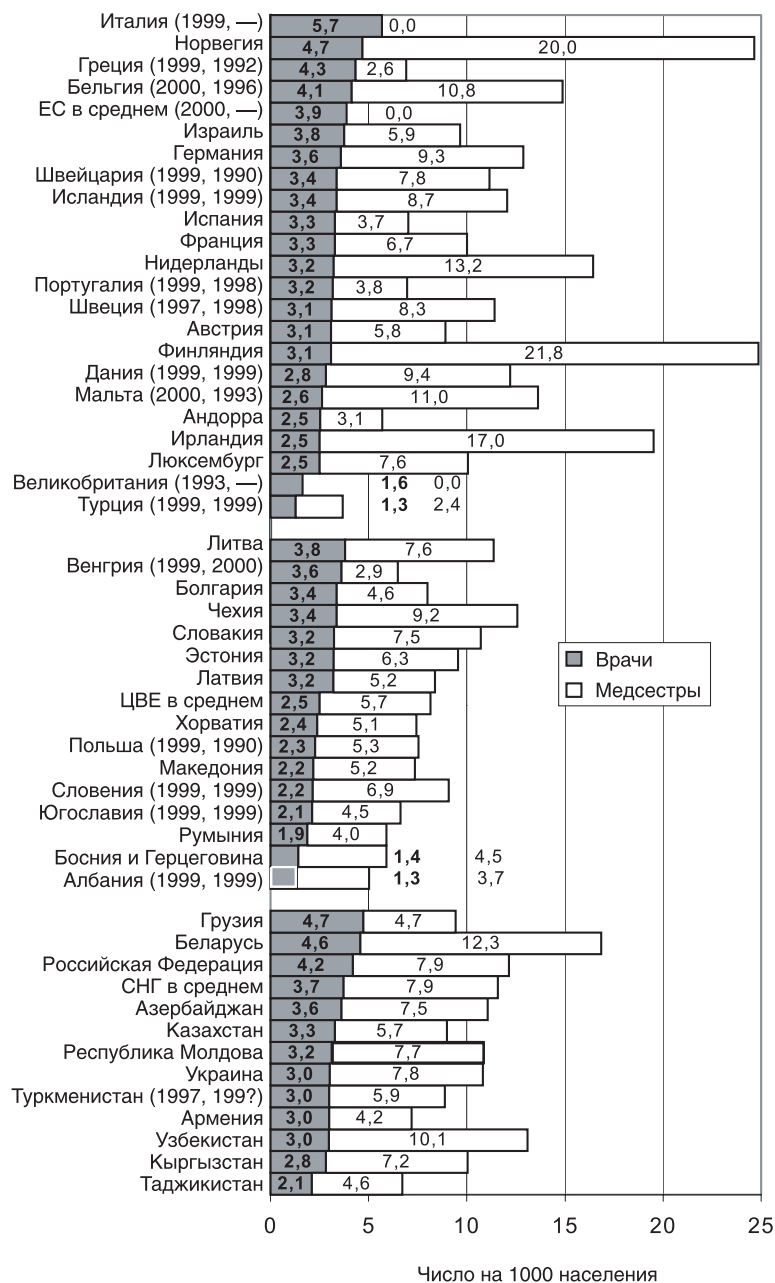
За регистрацию и уровень профессиональной подготовки врачей отвечает Орден врачей, созданный в 1993 г. Несмотря на низкое качество медицинской помощи, случаи отзыва лицензии крайне редки. Ордену необходимо активнее распространять профессиональную этику и выступать в роли кон-

**Таблица 17. Выпускники медицинского факультета Тиранского университета в 1994—2000 гг.**

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Врачи	361	349	345	336	293	153	150
Стоматологи	54	8	54	57	44	27	32
Фармацевты	38	8	36	39	30	19	32
Всего	453	365	435	432	367	199	214

Источник: Институт статистики.

**Рисунок 10. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г.**



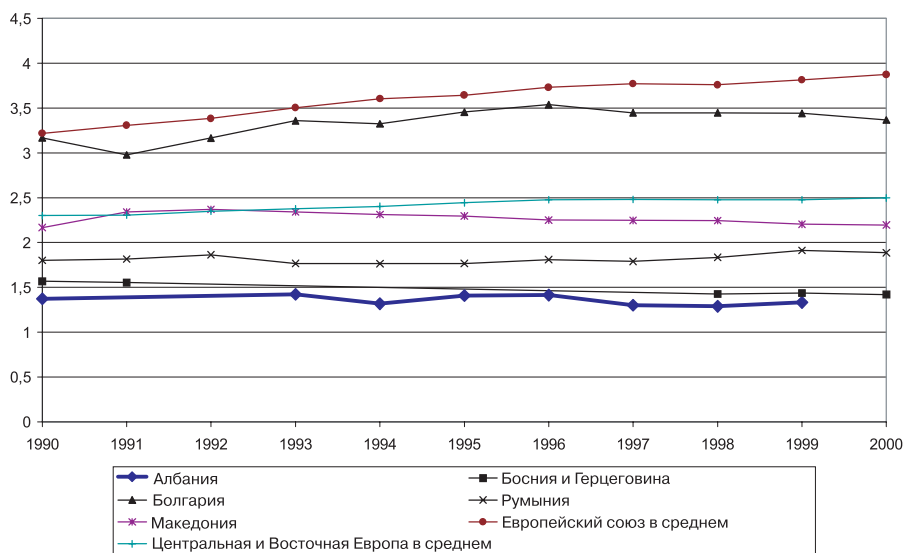
ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа; ЕС — Европейский союз;  
СНГ — страны бывшего СССР.

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

Албания

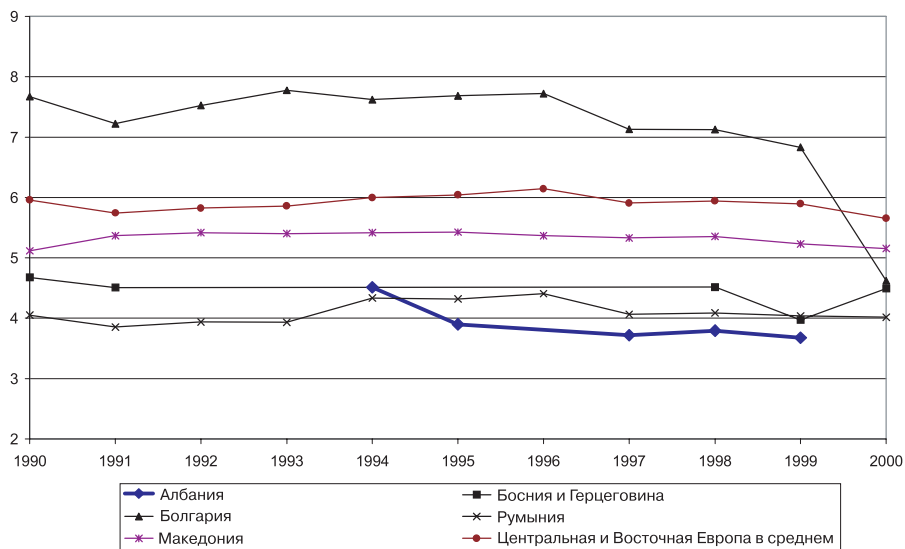


**Рисунок 11. Число врачей на 1000 населения в Албании и некоторых других странах**



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

**Рисунок 12. Число медицинских сестер на 1000 населения в Албании и некоторых других странах**



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

сультанта по вопросам профессионального образования и стандартным методам лечения. Помощь в этом готовы оказать Министерство международного развития и Генеральный медицинский совет Великобритании.

### **Подготовка медицинских сестер**

До Второй мировой войны в Албании не было медицинских училищ. Позже медицинских сестер стали готовить по двух- и четырехгодичной программе. Специализации почти не было, не считая общего ухода и акушерства, и дальнейшее обучение проводилось на рабочем месте.

Сегодня медицинских сестер готовят в медицинских колледжах, куда принимают после окончания школы. В 1994 г. во Влёре открыт первый факультет сестринского дела, а медицинское училище в Тиране преобразовано в Колледж сестринского дела. Открылись колледжи в Эльбасане и Корче. В колледжах медицинских сестер обучают также преподаванию.

Ассоциация медицинских сестер была создана в конце 1990-х гг., однако профессиональное регулирование медсестринской деятельности — дело будущего.

Заработная плата у медицинских сестер, как и у всех работников здравоохранения, очень мала, что плохо сказывается на их заинтересованности в работе и отношении к делу. Часто к медсестрам относятся как к людям второго сорта по сравнению с врачами. Ожидается, что введение высшего образования для медицинских сестер и привлечение их к преподаванию изменит ситуацию в лучшую сторону. Правда, албанских медсестер очень привлекает работа в Западной Европе, и, получив университетский диплом, многие из них уезжают за границу, преимущественно в Италию, где этот диплом признается.

### **Подготовка других специалистов**

В Албании не хватает специалистов по проведению медицинских исследований, планированию и управлению в сфере здравоохранения. Мало специалистов в области биомедицинской техники. Нет специалистов по экономике здравоохранения и пропаганде здорового образа жизни.

Обучение управлению необходимо и для некоторых врачей. В Албании никогда не готовили профессиональных управляющих для системы здравоохранения. Директорами больниц обычно назначают врачей, не имеющих специальной управленческой подготовки. Опробовав в 1998 г. шесть краткосрочных курсов, Всемирный банк и Министерство здравоохранения открыли для районных врачей пятимесячные курсы планирования и управления в области здравоохранения. Основное внимание в программе обучения уделяется первичной медицинской помощи. Курсы организованы при содействии Университета Монреаля и трижды проводились за период 2000—2002 гг. На медицинском факультете начали работать курсы повышения квалификации в области общественного здравоохранения и планируется открыть курсы управления здравоохранением.

В марте 2001 г. Министерство здравоохранения совместно с зарубежными экспертами выпустило документ, в котором обозначены главные причины плохой работы системы здравоохранения страны. Одна из них — «низкая квалификация кадров», объясняемая плохой подготовкой врачей, медицинских сестер и технических специалистов, а также несовершенством процедур лицензирования и сертификации работников. Среди других причин — отсутствие действенных стимулов и профессионального управления (41).

## Лекарственные средства и медицинские технологии

В 1992 г. две государственные фармацевтические компании, Профарма и Завод антибиотиков, оказались на грани развала и у них не было денег на покупку импортного сырья. С помощью международных организаций удалось разрешить ситуацию, и албанское правительство начало рассматривать варианты полной или частичной приватизации отрасли. Сейчас обе компании приватизированы. Есть еще несколько мелких фармацевтических компаний, производящих ограниченный ассортимент лекарств и косметики.

Эти отечественные производители выпускают некоторые жизненно важные препараты. Растет импорт лекарственных средств; они обходятся потребителю намного дороже отечественных. Прежде чем поступить в продажу, все лекарства должны быть зарегистрированы в Министерстве здравоохранения.

В большинстве бывших коммунистических стран расходы на лекарства очень велики, поэтому лекарственное обеспечение занимает в этих странах одно из центральных мест в реформе здравоохранения. В 1994 г. затраты на лекарства в Албании составили 23% всех расходов на здравоохранение; в 1999 г. — 25%, или 3780 миллионов леков.

Национальная программа развития фармацевтической отрасли, разработанная в 1993 г., частично выполнена. Среди поставленных в ней задач — внедрение правил производства лекарственных средств, составление национального фармакологического справочника и регулярное обновление и расширение списка жизненно важных препаратов.

В 1994 г. на основе перечня ВОЗ составлен перечень жизненно важных препаратов, в которых вошли 174 препарата. В 1997 г. он был расширен до 278, а в 2001 г. — до 308 препаратов. Расходы на препараты, включенные в перечень, частично или полностью возмещает Институт медицинского страхования. В 2000 г. он израсходовал 70% своего бюджета (табл. 9) на возмещение стоимости лекарств по договорам, заключенным с 754 аптеками и аптечными киосками<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Аптечный киоск — небольшая аптека при центре первичной медицинской помощи, обычно в сельской местности, где имеется ограниченное число жизненно важных препаратов. Как правило, здесь работают не фармацевты, а другие медицинские работники, имеющие право продавать лекарственные препараты.

По состоянию на декабрь 2000 г. полностью возмещались расходы на жизненно важные препараты для детей первого года жизни, инвалидов и ветеранов войны. В остальных случаях субсидии зависели от того, при каком заболевании применяется препарат, например при раке или туберкулезе. На полное возмещение стоимости лекарств истрачен 31% всех расходов Института медицинского страхования на лекарственные средства.

Больницы закупают жизненно важные препараты на три месяца вперед, исходя из ожидаемой потребности. Из-за ограниченности средств больницы не могут создать достаточный запас и лекарства часто заканчиваются задолго до новых поступлений. В результате больным приходится покупать лекарства в частных аптеках. Поскольку Институт возмещает стоимость лекарств без учета инфляции и изменения цен, аптеки перекладывают все эти дополнительные затраты на потребителя.

В частных аптеках — их насчитывается более 500 — снабжение и управление налажено лучше, чем в больничных. Здесь нет недостатка в жизненно важных препаратах, однако, из-за слабого контроля, нередко продаются некачественные, просроченные или незарегистрированные лекарства. При Министерстве здравоохранения недавно создана группа инспекторов-фармацевтов, задача которых — следить за соблюдением норм и правил лекарственного снабжения. Предлагаются разные пути повышения рентабельности применения лекарственных средств. Одно из этих предложений — передавать деньги медицинским учреждениям, чтобы они сами закупили расходные материалы и лекарства, — уже осуществляется. Другое предложение требует специального обучения врачей с тем, чтобы они могли назначать наиболее эффективные и недорогие средства. Третье, в частности, предусматривает разработку стандартных схем лечения Министерством здравоохранения при техническом содействии Всемирного банка.

До 1992 г. все вакцины для национальной программы иммунизации, кроме полиомиелитной, производились в Институте гигиены, эпидемиологии и биоиммунопрепаратов. Из-за неудовлетворительных условий производства выпуск вакцин прекращен. С тех пор все вакцины поставляются Детским фондом ООН или закупаются за рубежом. Однако пока Албания не может обеспечить должный контроль качества импортных биопрепаратов и лекарственных средств.

Оценка медицинских технологий развита слабо. Рассматривается предложение о том, чтобы дорогая аппаратура закупалась только после ее оценки государственной экспертной комиссией. Кроме того, требуется срочно усилить контроль за безопасностью эксплуатации и правильностью технического обслуживания основного медицинского оборудования (рентгеновского, лабораторного и др.).



## Распределение средств

### Бюджет здравоохранения и распределение средств

До 1990 г. средства распределялись по учреждениям и районам на основании расходов предыдущих лет (например, на заработную плату) и с учетом политических обстоятельств, вне зависимости от потребностей или объема услуг. Поскольку все ассигнования были строго целевыми, не было стимулов и возможностей для более рационального распоряжения средствами. Руководителям больниц приходилось часто наведываться в Министерство здравоохранения и Министерство финансов для решения финансовых и кадровых вопросов (19).

Теперь годовой бюджет здравоохранения согласовывается и утверждается в парламенте в начале финансового года. Затем средства перечисляют в Министерство здравоохранения, местные органы управления и другие учреждения. Настоящего разделения поставщиков и покупателей медицинских услуг нет. Проводится эксперимент, в котором Институт медицинского страхования покупает услуги у Дурресской региональной больницы и первичных медицинских учреждений в Тиране.

Серьезным недостатком является раздробленность источников финансирования, особенно на уровне первичного медицинского обслуживания. Невозможно разработать действенную систему стимулирования в ситуации, когда Институт медицинского страхования оплачивает услуги врачей и лекарственное снабжение, районные отделы Министерства здравоохранения платят остальному персоналу, а местные власти распоряжаются средствами на текущие расходы.

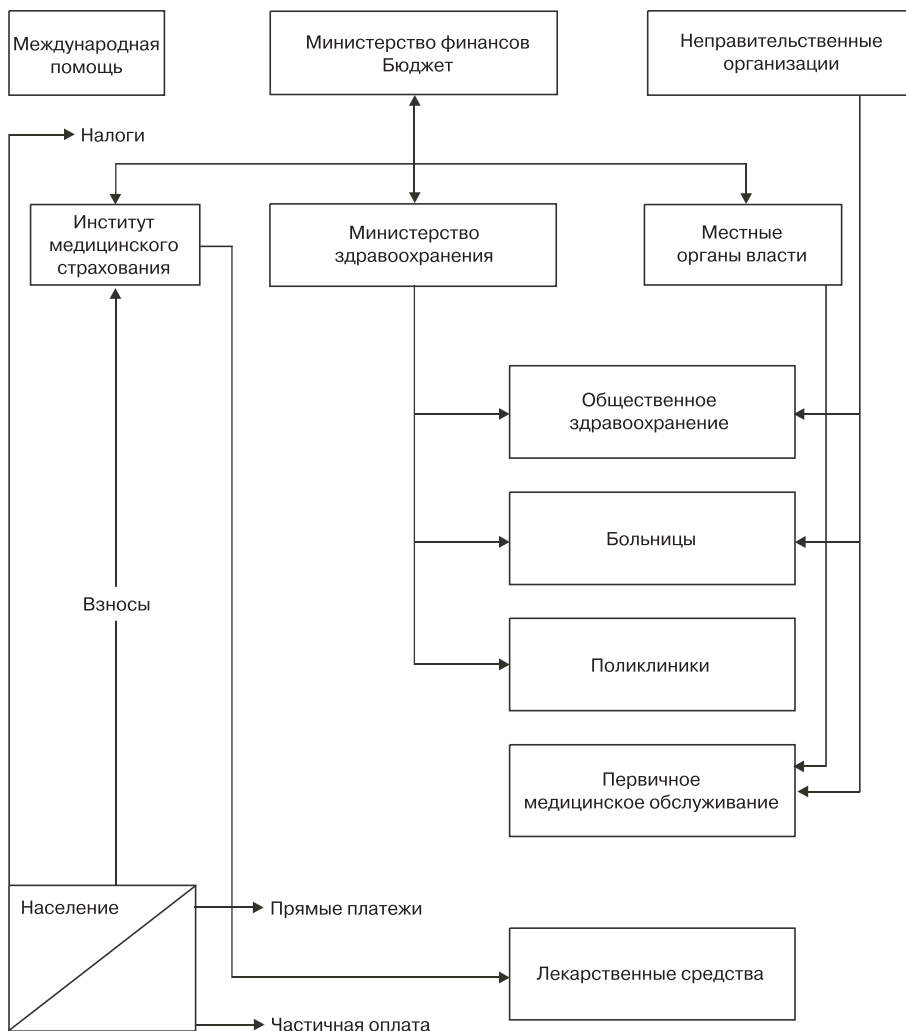
### Финансирование больниц и других медицинских учреждений

Министерство здравоохранения направляет средства непосредственно в больницы с указанием, сколько отводится на заработную плату и другие по-

требности. Руководители больниц вынуждены пробивать бюджет в Министерстве здравоохранения и лишены самостоятельности в расходах.

Местные власти отвечают за финансирование центров первичной медицинской помощи и медицинских пунктов, включая их материально-техническую базу, эксплуатационные расходы, зарплату медсестер и акушерок. Почти все эти средства местные власти получают от государства.

**Рисунок 13. Схема финансирования системы здравоохранения**



Все большую роль в финансировании медицинского обслуживания играет Институт медицинского страхования. Сейчас он выплачивает заработную плату врачам первичных медицинских учреждений. Планируется передать ему финансирование сначала всей первичной медицинской помощи, затем специализированной амбулаторной помощи и, наконец, стационарной помощи.

Второе предложение касается создания региональных советов здравоохранения, куда войдут представители местных органов власти, медицинских учреждений, Министерства здравоохранения, Министерства финансов и Института медицинского страхования. Каждый совет будет заниматься планированием и распределением ресурсов в своей префектуре. В порядке эксперимента подобный орган уже создан в Тиранской префектуре при финансовой поддержке Всемирного банка и технической помощи фонда «Ноу Хау» Министерства международного развития Великобритании. Однако пока остается много юридических препятствий для изменения централизованной постатейной системы расчетов.

Третье предложение заключается в том, чтобы расширить полномочия руководителей медицинских учреждений по распоряжению ресурсами, контролю качества услуг и разработке систем поощрения. Институт медицинского страхования начал эксперимент по финансированию Дурресской региональной больницы по клинико-затратным группам для того, чтобы оценить достоинства и недостатки такой схемы. Министерство здравоохранения планирует в будущем передать финансирование больниц Фонду медицинского страхования.

Финансирование Института общественного здравоохранения, как и других национальных институтов, составляет отдельную строку бюджета.

## Оплата труда врачей

С 1995 г. заработную плату врачам первичной медицинской помощи платит Институт медицинского страхования. Размер заработной платы определяется численностью населения на участке с поправкой на местные особенности и состав больных. Подушная система оплаты постепенно вводится и для другого персонала первичных медицинских учреждений — такой эксперимент проводится в Тиране. К концу 2000 г. Институт медицинского страхования платил по этой схеме заработную плату 1512 врачам в 564 центрах первичной медицинской помощи и городских клиниках (27).

Другие врачи получают заработную плату по государственной тарифной сетке. Многие из них берут взятки с больных, но размеры этих платежей не известны. Врачам, за исключением преподавателей медицинского факультета, не разрешено совмещать работу в государственном и частном секторе.

Зарплата врачей низкая и служит источником их постоянного недовольства. В системе первичного медицинского обслуживания положение несколько лучше — после введения страховой системы заработная плата здесь возросла на 50%. По данным Института медицинского страхования, в 2000 г.

средняя заработная плата врачей общей практики составила 29 000 леков, или около 210 долларов США. Сейчас они получают больше некоторых специалистов. Недавно правительство повысило зарплату медицинским работникам на 12%, а в сельской местности еще больше, но для того, чтобы бороться с неофициальными платежами, такого повышения недостаточно.



# Реформы здравоохранения

## Цели и задачи

**В** 1990-х гг. Албании начала переход от административно-командной системы к рынку. Тогда это была беднейшая страна в Европе, долгое время находившаяся в изоляции. Крах коммунистической системы сопровождался развалом ее институтов, структур и механизмов, а значит, надо было строить все заново. После падения коммунистического режима система здравоохранения оказалась в отчаянном положении: почти без средств среди разрухи, безвластия и нищеты она должна была обеспечивать необходимую населению медицинскую помощь.

В июне 1993 г. Министерство здравоохранения представило свои предложения по реформе здравоохранения в документе «Новая политика для албанского сектора здравоохранения». Он был подготовлен в ответ на опубликованный в марте 1992 г. документ Всемирного банка, обозначивший некоторые важные направления реформы здравоохранения в переходный период (42, 18).

Министерство здравоохранения поставило две главные задачи: 1) предотвратить дальнейший развал системы здравоохранения, 2) сделать здравоохранение экономически устойчивым, эффективно управляемым и действенным (42). Были сформулированы несколько программных целей:

- гарантировать всему населению доступ ко всем видам профилактической и большинству видов лечебной помощи по доступной цене;
- развивать в первую очередь те виды помощи, которые дают наилучший результат при наименьших затратах;
- сделать первичную медицинскую помощь основой системы здравоохранения;
- использовать рыночные механизмы для финансирования здравоохранения;
- предоставить районам большую самостоятельность в управлении и образовывать медико-территориальные зоны.

Для этого, в свою очередь, необходимо решить ряд более конкретных задач:

- *Рационализировать медицинское обслуживание* путем содержания и совершенствования сети первичных медицинских учреждений, превращения сельских больниц в амбулаторные центры, сохранения сети районных больниц с четырьмя базовыми отделениями, преобразования нескольких районных больниц в региональные с 10—12 отделениями и реорганизации учреждений национального уровня в единый больничный центр при университете.
- *Улучшить качество медицинского обслуживания* путем восстановления материально-технической базы медицинских учреждений, обновления и стандартизации их оборудования, введения общей практики и предоставления пациенту возможности выбирать врача.
- *Улучшить финансирование* за счет увеличения бюджета здравоохранения; легализации частных услуг, начиная со стоматологической помощи, лекарственного снабжения и амбулаторной помощи, а в будущем — и стационарной помощи; постепенного введения медицинского страхования; усиления регулирующей роли Министерства здравоохранения и других организаций, например Ордена врачей.
- *Привести трудовые ресурсы в соответствие с потребностями здравоохранения* путем сокращения избыточного медицинского персонала, уменьшения приема в медицинские учебные заведения, пересмотра программ обучения, стандартизации последипломного образования, введения высшего медсестринского образования с трехгодичным курсом обучения для окончивших медицинский колледж, введения системы регулярной переподготовки медицинских кадров, организации последипломной специализации в области общей практики, общественного здравоохранения и управления здравоохранением.
- *Провести децентрализацию и районирование здравоохранения.*
- *Проводить в жизнь новую политику в области фармацевтики:* выпустить новый фармакологический справочник, установить порядок регистрации и лицензирования лекарственных средств, провести приватизацию предприятий — производителей лекарств, субсидировать покупку жизненно важных препаратов в частных аптеках и улучшить контроль за качеством импортируемых препаратов.
- *Улучшить сбор информации и статистических данных по здравоохранению.*
- *Расширить работу по укреплению здоровья населения* по действующим программам санитарного просвещения, таким, как пропаганда здорового образа жизни, охрана материнства и детства, профилактика и контроль ВИЧ-инфекции, а также по новым программам в области планирования семьи, контроля заболеваемости гепатитом и создания запасов безопасной крови.

Многие из этих предложений уже реализованы. Возникают новые трудности и задачи. Для дальнейшего продвижения процесса реформ Министерство здравоохранения выпустило в сентябре 1999 г. документ «Реформа системы здравоохранения Албании», где изложило свою новую программу, составленную с учетом опыта проведенных реформ. Этот важный документ подготовлен в тесном сотрудничестве с ВОЗ.

В нем Министерство подтвердило свою приверженность реформам, развило идеи реформ середины прошлого десятилетия, расширило список предстоящих реформ. Выделены три главных области реформирования здравоохранения и сформулированы предложения по каждой из них (22).

#### 1. Управление:

- Министерство здравоохранения должно отойти от прямого управления медицинскими учреждениями и больше заниматься выработкой политики и планированием развития отрасли, а также выполнять такие регулятивные функции, как аккредитация медицинских учреждений, обеспечение контроля качества, установление норм и правил, согласование интересов различных сторон.
- Реорганизовать систему здравоохранения, сделать его институты более чуткими к новым задачам, стоящим перед албанским обществом, и изменениям, происходящим в системе здравоохранения. Это в первую очередь относится к Институту общественного здравоохранения, Национальному центру переливания крови, Национальному директорату санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни.
- Усилить роль профессиональных организаций, особенно Ордена врачей и Ассоциации медицинских сестер.
- Поставить во главу угла интересы больного, разработать хартию больного, отстаивающую его права, свободу выбора и другие принципы.
- Пересмотреть соотношение государственного и частного секторов здравоохранения. Рассматривать частные учреждения как дополнение к государственным и следить за качеством услуг, оказываемых теми и другими.

#### 2. Финансирование и распределение средств:

- Обеспечить достаточное и устойчивое финансирование. Увеличить и защитить бюджет здравоохранения, ввести плату за медицинские услуги, открыто и рационально распределять средства, бороться с коррупцией.
- Сочетать принципы солидарности и ответственности в финансировании здравоохранения. Перейти на медицинское страхование по системе Бисмарка, совмещать бюджетно-страховую модель финансирования с оплатой услуг населением. Увеличивать фонд медицинского страхования путем усиления роли Института медицинского страхования, предоставления ему большей самостоятельности и повышения собираемости страховых взносов.
- Распределять средства в соответствии с потребностями здравоохранения. Изменить существующую практику, введя новые механизмы распределения, учитывающие критерии справедливости.
- Изменить систему финансирования больниц. Предоставить больницам больше самостоятельности в вопросах управления, зарабатывания денег, найма и увольнения персонала. Организовать правления и ввести перспективное финансирование на договорной основе.
- Изменить систему оплаты труда врачей и других медицинских работников. Повысить их материальную заинтересованность, поставить

зарплату в зависимости от показателей работы больницы. В первичном звене постепенно вводить смешанную систему оплаты: за численность обслуживаемого населения и за некоторые виды услуг.

### 3. Медицинское обслуживание:

- Повысить качество услуг путем введения требований к аккредитации медицинских учреждений, обновления материально-технической базы и оборудования, переподготовки персонала, создания механизмов контроля качества.
- Поставить управление на профессиональную основу путем развития соответствующих информационных систем, привлечения к сотрудничеству внешних служб поддержки, а также талантливых и хорошо обученных управляющих.
- Ввести общую практику как дисциплину. Цель — создать группы первичной медицинской помощи, состоящие из хорошо подготовленных врачей общей практики, медицинских сестер и других специалистов, для проведения профилактики и лечения.
- Реорганизовать и улучшить работу других учреждений здравоохранения — санитарно-эпидемиологических служб, неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи и аптек.

За «Реформой системы здравоохранения Албании» должны были последовать общий и рабочий планы следующих этапов реформы. Министерство здравоохранения подготовило несколько проектов этих документов, но пока ни один из них не утвержден правительством.

## Реформы и законодательство

Ниже перечислены основные албанские законы и политические документы, относящиеся к реформе здравоохранения, принятые после падения коммунистического режима (43).

Указ Совета министров № 449 «Реорганизация медицинского обслуживания на государственных предприятиях» (1992 г.).

Закон № 7643 «О государственной санитарной инспекции» (1992 г.).

Закон № 7664 «О защите окружающей среды» (1993 г.).

Закон «Об органах местного самоуправления» (порядок выборов, обязанности, функционирование, отношения с государственными органами) (1993 г.).

Закон № 7692 «Об основных правах и свободах человека» (дополнение к конституции) (1993 г.).

Закон № 7708 «Об Ордене врачей» (требует обязательной регистрации врачей) (1993 г.).

Программный документ Министерства здравоохранения «Новая политика для сектора здравоохранения» (1993 г.).

Закон № 7718 «О здравоохранении» (отменяет право на бесплатную медицинскую помощь) (1993 г.).

Постановление Совета министров № 325 «Об импорте, экспорте и опто-

вой торговле лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения» (1993 г.).

Приказ Министерства здравоохранения № 165 «Положение о приватизации зубопротезных кабинетов и оптик» (1993 г.).

Закон № 7738 «О здравоохранении» (об оплате стоматологических услуг и медицинском страховании) (1993 г.).

Закон № 7761 «Об инфекционных заболеваниях» (1993 г.).

Закон № 7815 «О лекарственных средствах» (регулирует работу фармацевтического сектора и устанавливает порядок возмещения расходов на жизненно важные препараты) (1993 г.).

Закон № 7835 «Об аутопсии» (1994 г.).

Закон № 7850 «О медицинском страховании» (возмещение расходов на лекарства и зарплата врачей общей практики) (1994 г.).

Закон № 7941 «О продуктах питания» (устанавливает обязанности министерств по контролю качества и распределению продовольствия) (1994 г.).

Закон № 7975 «О наркотиках и психотропных препаратах» (1994 г.).

Закон № 8025 «О защите от ионизирующего излучения» (1994 г.).

Постановление Совета министров № 613 «О статусе Института медицинского страхования» (предоставляет самостоятельность) (1994 г.).

Постановление Совета министров № 343 «О финансировании оплаты труда врачей общей практики Институтам медицинского страхования» (1995 г.).

Закон № 8032 «О донорстве крови, переливании крови и контроле препаратов крови» (1995 г.).

Закон № 8045 «О медицинском прерывании беременности» (устанавливает, в каких случаях разрешен аборт) (1995 г.).

Закон № 8092 «Об охране психического здоровья» (психиатрическая помощь и права пациента) (1996 г.).

Закон «О стоматологической помощи» (организация и работа государственных и частных стоматологических клиник) (1996 г.).

Закон № 8193 «О трансплантации органов» (регулирует взятие донорских органов для трансплантации) (1997 г.).

Закон № 8528 «О пропаганде и охране грудного вскармливания» (1999 г.).

Программный документ Министерства здравоохранения «Реформа системы здравоохранения Албании: политика и стратегия реформы албанской системы здравоохранения» (1999 г.).

Закон «Об Ордене врачей Республики Албания» (новая редакция Закона № 7708 1993 г.) (2000 г.).

Постановление Совета министров № 394 «Об учреждении, организации и функционировании Тиранского регионального управления здравоохранения» (2000 г.).

Постановление Совета министров № 547 «О проведении эксперимента по финансированию учреждений первичной медицинской помощи в Тирани из средств медицинского страхования» (2000 г.).

Постановление Совета министров № 560 «О проведении эксперимента по финансированию Дурресской больницы из средств медицинского страхования» (2000 г.).

Постановление Совета министров «Об объединении Национального директората санитарного просвещения и пропаганды здоровья с Институтом общественного здравоохранения» (2001 г.).

Закон № 8689 «О профилактике и контроле СПИДа» (в частности, о помощи ВИЧ-инфицированным и об их правах) (2001 г.).

Закон «О репродуктивном здоровье» (2001 г.).

Эти законы можно объединить в четыре группы: создание новых источников финансирования, децентрализация, реформа медицинского обслуживания и лекарственное снабжение.

**Создание новых источников финансирования** — важное направление в реформе здравоохранения Албании. Это достигается целым рядом мер, среди которых приватизация медицинских учреждений, введение платы за услуги в государственном секторе, создание Института медицинского страхования. В 1993 г. отменен закон «О здравоохранении в Народной Республике Албания» от 17 декабря 1963 г. и приняты два новых. Закон № 7718 «О здравоохранении» отменил всеобщую бесплатную медицинскую помощь и разрешил частную медицинскую практику. Закон № 7738, тоже названный «О здравоохранении», заложил нормативную базу для регулирования оплаты частных стоматологических услуг и подготовил почву для введения медицинского страхования. На основании этих законов министр здравоохранения издал приказы о введении и нормировании платы за медицинские услуги.

В 1994 г. законом № 7850 «О медицинском страховании» учреждена система медицинского страхования. Страховка покрывала субсидии на жизненно важные препараты и оплату труда врачей общей практики. Закон не исключил возможности распространения покрытия и на другие медицинские услуги. Это позволило Совету министров издать в 2000 г. два постановления о передаче Институту медицинского страхования обязанностей по финансированию первичной медицинской помощи в Тиранской префектуре и третье — о передаче Институту обязанностей по финансированию стационарной медицинской помощи в Дурресской префектуре.

**Децентрализация** — еще одно важное направление реформ, способствующее усилению роли граждан в процессе принятия решений, укреплению демократии. Децентрализация началась в 1993 г. принятием закона «Об органах местного самоуправления», передавшего все первичное медицинское обслуживание в сельских районах в ведение местных выборных органов власти. Закон № 7718 «О здравоохранении» (1993 г.) дал министру здравоохранения право реорганизовывать существующие и создавать новые медицинские учреждения. В 1993 г. приказом министра здравоохранения реорганизовано медицинское обслуживание на районном уровне, расширены полномочия районов по распоряжению своими средствами.

В 2000 г. процесс децентрализации продолжило постановление Совета министров о создании Тиранского регионального управления здравоохранения. Другое постановление передало финансирование Дурресской больницы Институту медицинского страхования, что дало большую самостоятельность больнице и стало еще одним вариантом проведения децентрализации.

**Реформа медицинского обслуживания** основана на целом ряде законов. Приказом министра здравоохранения в 1993 г. большинство сельских больниц преобразованы в центры первичного медицинского обслуживания. Пять клиник Тиранского университета объединены в больничный центр под общим руководством.

Законом № 7708 (1993 г.) создан Орден врачей и введена их обязательная регистрация. В 2000 г. закон был изменен с целью повышения самостоятельности этой организации.

Многие законы касаются общественного здравоохранения. Законом № 7761 «Об инфекционных заболеваниях» введены меры профилактики и контроля, соответствующие новым политическим, экономическим и социальным условиям. Этот закон предусматривал профилактические и организационные меры и одновременно защищал права граждан и отменял необоснованные принудительные меры. В 2000 г. в него внесены поправки законом № 8689 «О профилактике и контроле СПИДа», ставшим шагом вперед в деле оказания помощи ВИЧ-инфицированным и защиты их прав.

Принятый в 1995 г. закон № 8032 «О донорстве крови, переливании крови и контроле препаратов крови» призван обеспечить безопасность запасов крови путем обязательного обследования доноров и заготовленной крови.

Закон № 8045 «О медицинском прерывании беременности» (1995 г.) разрешил более широкое применение абортов, а закон № 8092 «Об охране психического здоровья» (1996 г.) заложил базу для оказания помощи психиатрическим больным и защиты их прав.

Закон «О репродуктивном здоровье» был принят в 2001 г. после широких дискуссий по поводу применения искусственного оплодотворения. Закон регулирует оказание таких услуг.

**Снабжение лекарственными средствами** тоже сильно изменилось. Закон № 7718 «О здравоохранении» (1993 г.) разрешил частным предприятиям и аптекам продавать лекарственные препараты. Нормативная база и требования к импорту и экспорту фармацевтических препаратов определены в Постановлении Совета министров № 325 «Об импорте, экспорте и оптовой торговле лекарственными препаратами и товарами медицинского назначения» (1993 г.). Дополнительные меры регулирования, в том числе обязательная регистрация лекарств, введены законом № 7815 «О лекарственных средствах» (1993 г.)

## Проведение реформ

Реформы здравоохранения, начатые в 1993 г., в целом нашли поддержку у заинтересованных сторон, включая министров, парламентариев, медицинских работников и граждан. Эта поддержка стала залогом успеха ряда ключевых реформ, среди которых:

- приватизация аптек и стоматологической помощи;
- введение частной врачебной практики;

- создание независимого фонда медицинского страхования под управлением Института медицинского страхования;
- преобразование большинства сельских больниц в амбулаторные учреждения;
- объединение медицинских учреждений национального уровня в единый больничный центр при университете;
- повышение административной самостоятельности районных органов здравоохранения;
- субсидирование оплаты препаратов из национального списка жизненно важных лекарственных средств;
- введение регистрации и лицензирования лекарственных средств;
- введение последипломной специализации по общей практике;
- введение высшего медсестринского образования;
- принятие программы планирования семьи;
- обязательная вакцинация новорожденных против гепатита В;
- обязательное исследование всей донорской крови на гепатиты В, С и ВИЧ.

Многие реформы, однако, не доведены до конца или даже не начаты. Это объясняется многими причинами, в том числе недостаточными возможностями Министерства здравоохранения и его подразделений для выполнения поставленных задач, противодействием отдельных групп и другими политическими обстоятельствами. Кроме того, драматические события 1997 г., поставившие страну на грань гражданской войны, а затем политический кризис 1998 г. и конфликт в Косово в 1999 г. оказали сильнейшее воздействие на все стороны жизни и нарушили ход реформы здравоохранения. В результате не все реформы удалось успешно осуществить.

- Министерство здравоохранения не создало системы районных и региональных больниц.
- Не доработаны нормы и правила оказания частных медицинских услуг, отсутствует действенный контроль за работой государственных медицинских учреждений.
- С трудом идет последипломное обучение по таким специальностям, как управление здравоохранением, общественное здравоохранение и общая практика.
- Прекратили работать курсы повышения квалификации, организованные некоторыми финансирующими организациями.
- Несмотря на значительные капитальные вложения со стороны государства и международных организаций, материально-техническая база и оборудование не отвечают современным требованиям, а качество услуг очень низкое.
- Управление и регулирование в стране все еще очень слабы.
- Существующая система здравоохранения не устраивает ни больных, ни врачей.

Несмотря на трудности, реформа здравоохранения продолжается. В частности, будут привлекаться новые источники финансирования, возрастет роль Института медицинского страхования в прямом финансировании медицинских учреждений. Как уже отмечалось, Институт медицинского стра-



хования начал полностью финансировать первичную медицинскую помощь в Тиранском регионе и собирается охватить и другие районы.

Планируется по-иному распределять средства внутри сектора здравоохранения. Увеличится доля медицинского страхования в финансировании специализированного амбулаторного обслуживания и больниц на основе заключения договоров о возмещении расходов, как это происходит сейчас в Дурресской региональной больнице.

В ведении Министерства здравоохранения остаются специализированные медицинские учреждения, а следовательно, децентрализация не является полной. У директоров медицинских учреждений по-прежнему мало возможностей и стимулов эффективного руководства. Ожидается, что эксперименты в Дуррессе и Тиране приведут к расширению самостоятельности медицинских учреждений.

Местным органам власти отводится незначительная роль в повседневном управлении медицинскими учреждениями и их текущими расходами. У них мало возможностей осуществлять планирование и руководство и практически никакой ответственности. Разрешено создавать региональные и районные советы здравоохранения с участием представителей местных органов власти для консультаций по вопросам политики и планирования здравоохранения на местном уровне. Региональное управление здравоохранения было создано в 2000 г. в Тиране. Возможно, подобные организации будут созданы по всей стране.

Современные тенденции развития здравоохранения предполагают разделение регулирования, оплаты и предоставления услуг. В связи с этим Министерство здравоохранения стало уделять больше внимания выработке политики и планированию и создало в 2000 г. отдел политики и планирования. Чтобы осуществить такое разделение, государство должно передать распоряжение ресурсами, кроме самых крупных капиталовложений, Институту медицинского страхования и местным советам здравоохранения. Такая реформа потребует принятия целого ряда политических и законодательных решений.

Основные препятствия на пути реформы здравоохранения в Албании:

- *Слабое руководство* сектором здравоохранения. Нет четкого представления о реформе, частая смена руководящих кадров в Министерстве здравоохранения и его отделах приводит к нестабильности. У Министерства недостает технических возможностей для планирования и осуществления реформ. Финансирующие организации пытаются помочь, принимая на себя руководство процессом реформ, и в итоге продвигают свои собственные программы.
- *Выработка политики без участия общественности*. В Албании нет традиции принятия решений с участием общественности, а старая командная система больше не работает. Реформы часто наталкиваются на противодействие различных групп из-за того, что те не участвовали в выработке программы реформы или не согласны с предлагаемой реформой. К примеру, инвестиции Всемирного банка в Клинику Тиранского университета откладывались на протяжении почти двух лет из-за противодействия

врачей-инфекционистов, не согласных с уже утвержденным планом реорганизации. Нужен серьезный культурный сдвиг как в албанском обществе в целом, так и в секторе здравоохранения в частности. Правительству необходимо выработать механизмы вовлечения всех главных заинтересованных сторон в процесс принятия решений.

- *Не налажены связи с общественностью.* Министерству здравоохранения требуются опытные специалисты по работе с общественностью, чтобы объяснять необходимость реформ заинтересованным сторонам и населению в целом. Народ не доверяет системе здравоохранения и не верит, что ее руководители хотят и могут осуществить необходимую перестройку. Министерству здравоохранения необходимо укреплять связи с общественностью и информировать ее о своей деятельности.
- *Низкая приоритетность.* В последнее время правительство стало уделять больше внимания вопросам здравоохранения, в основном благодаря давлению со стороны финансирующих организаций, помогавших правительству в подготовке программы снижения уровня бедности и развития экономики (9). Однако сложные задачи, стоящие перед здравоохранением, должны занимать еще более важное место в работе правительства.
- *Политическая нестабильность и экономические трудности.* Реформа здравоохранения проводится в условиях политической нестабильности, следующих один за другим тяжелых кризисов, а также экономических трудностей и крайней нищеты. В такой ситуации не всегда удается принять правильное решение и осуществить его надлежащим образом.

## Выводы

Албания взяла курс на коренную перестройку здравоохранения, однако этому препятствуют политическая нестабильность и слабость экономики. Судя по высокой средней продолжительности жизни, население отличается довольно крепким здоровьем, что особенно удивительно, если учесть всеобщую бедность и низкие затраты на здравоохранение. Однако продолжающаяся нищета и распространение нездорового образа жизни под влиянием меняющейся социально-экономической ситуации не могут не сказаться на здоровье нации.

Для успешной работы любой системы здравоохранения необходимы мир и стабильность. Кроме того, государство должно быть достаточно богатым, чтобы обеспечивать охрану здоровья. Оценивая работу системы здравоохранения Албании, нельзя забывать о низком уровне экономического развития и длительном отсутствии стабильности.

Министерство здравоохранения должно научиться эффективно управлять отраслью и планировать ее развитие. Без этого система здравоохранения, не имеющая достаточных средств, не сможет удовлетворять растущие потребности. Для развития здравоохранения и успешного проведения реформ правительству необходимо уделять больше внимания этим вопросам.

Расходы на здравоохранение очень низки, без их увеличения не удастся улучшить медицинское обслуживание. Возможность увеличения расходов напрямую зависит от экономического и социального развития страны. Система медицинского страхования достигла определенных успехов: фонд работает с прибылью с первых лет своего существования. Правда, некоторые группы населения — фермеры и другие мелкие предприниматели — часто не платят страховые взносы, что нарушает справедливость в отношении финансирования здравоохранения. Недостаточная база налогообложения и плохая собираемость налогов (в том числе страховых взносов) не позволяют расширить финансирование здравоохранения за счет страхования. Растущая дороговизна медицинских услуг делает их все менее доступными.

С приватизацией аптек снабжение лекарственными препаратами улучшилось. Введение субсидий на жизненно важные препараты сделало их доступными для беднейших слоев населения. Хуже обстоит дело с доступно-

стью медицинской помощи, особенно в сельских районах, где ощущается острая нехватка медицинских кадров.

Довольно медленные темпы реформ в области финансирования и организации медицинского обслуживания позволяют сохранить относительную стабильность в трудные времена. Министерство здравоохранения предприняло некоторые шаги для более рациональной организации стационарной помощи. Чтобы еще больше повысить ее эффективность, нужно обучить управлению руководящие кадры в регионах, районах и больницах и передать на места больше полномочий по расходованию бюджета. Управление надо децентрализовать для того, чтобы повысить ответственность, однако сначала нужно подготовить компетентные управленческие кадры на всех уровнях.

Переподготовка медицинских работников и введение общей практики должны улучшить качество медицинской помощи. Но также необходимо заменить устаревшее оборудование, наладить снабжение государственных больниц лекарственными средствами, повысить заработную плату медицинским работникам. В нынешней экономической ситуации выбор у потребителя неизбежно ограничен, однако возможность в перспективе выбрать врача первичной медицинской помощи — шаг в верном направлении.

Трудно однозначно оценить влияние реформ здравоохранения на здоровье. Например, разрешение абортс привело к снижению материнской смертности, однако число абортс очень сильно возросло, поскольку услуги по планированию семьи еще только начинают развиваться. Аналогично, система общественного здравоохранения работает довольно хорошо, но ей не хватает гибкости в реагировании на быстрые изменения образа жизни, влияющие на заболеваемость и смертность. Растет смертность от травм и несчастных случаев, а вспышки эпидемий, произошедшие в последние годы, показывают, что страна не защищена и от традиционных опасностей.

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



## Литература

1. World Bank. World development report 2000/2001: attacking poverty. New York, Oxford University Press, 2001.
2. World Bank. *HNP indicators*. Washington, DC, 2001.
3. Albanian Institute of Statistics (INSTAT). *Preliminary results of the population and housing census*. Tirana, 2001.
4. Albanian Institute of Statistics (INSTAT). *Demographic yearbook 1990-1999*. Tirana, 2000.
5. United Nations Development Program (UNDP). *Albania human development report 2000*. Tirana, 2000.
6. United Nations Development Program (UNDP). *Albania human development report 1996*. Tirana, 1996.
7. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. *Progress report: humanitarian mission to Albania, April–August, 1997*. Unpublished; prepared 1997.
8. Albanian Ministry of Finance (MoF). *Medium-term expenditure framework: 2001-2003: revised version*. Tirana, 2000.
9. Government of Albania et al. *Growth and poverty reduction strategy 2001-2004* [second draft]. 2001.
10. Adeyi, O. et al. Health sector reform in Albania: in need of capacity for implementation. *Eurohealth*, 4(6): 43–46 (1999).
11. Gjonca, A. *Communism, health and lifestyle: the paradox of mortality transition in Albania, 1950-1990: studies in population and urban demography*. Greenwood Publishing Group, 2001.
12. Albanian Ministry of Health Statistics Unit. *Health statistics for 1999*. Unpublished.
13. United Nations Children's Fund (UNICEF) — albania. *Multiple indicator cluster survey report: Albania*. Tirana, 2000.

14. Kakarriqi, E. *Albania 2000: poliomyelitis, measles, rubella and mumps: epidemiological background and strategies for their elimination*. Tirana, 2000.
15. Albanian Institute of Statistics (INSTAT). *Causes of deaths for the years 1994-1997*. Tirana, 1999.
16. Albanian Institute of Statistics (INSTAT). *Causes of deaths for the year 1998*. Tirana, 2000.
17. Gudha, A. et al. *Veshtrim historik i organeve drejtuese te shendetesise shqiptare*. Tirana, 2001.
18. World Bank. *Albania: health sector reform during the transition*. World Bank, Washington, DC, 1992.
19. Albanian Council of Ministers. *National strategy for socio-economic development*. Tirana, 2001.
20. Nuri, B. Restructuring hospitals in turbulent times: Albania. *EuroHealth*, (in press).
21. Nuri, B. & Bulo, O. *Inventory of ongoing and planned investments and projects of major bi/multilateral donor agencies in the Albania health sector*. Tirana, World Bank Office in Tirana, 2000.
22. Albanian Ministry of Health. *Albanian health system reform: a position paper on policy and strategies for Albanian health system reform*. Tirana, 1999.
23. Albanian Ministry of Health and Environment (MoHE) & European Union Phare Programme. *Strategy for the implementation of primary health care policy*. Tirana, 1997.
24. Albanian Ministry of Health and Environment (MoHE) & Assistance Publique des Hopitaux de Paris. *Master plan of the Tirana University Hospital*. Paris & Tirana, 1996.
25. Albanian Ministry of Health & World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. *Health system strategy: 2000-2010 for Albania* [draft]. 2000.
26. Tomes, I. Albania: social insurance in Albania: a system in transition. *International Social Security Review*, 47(1): 73-79 (1994).
27. Albanian Health Insurance Institute (HII). [Statistics].
28. 1MB International. *Public information advocacy: Albania: the Albanian public's perceptions of the health care system*. Brussels, Ministry of Health & World Bank, 2000.
29. Albanian Health Insurance Institute (HII). *List of drugs reimbursed by the Health Insurance Institute* [in Albanian]. Tirana, 2001.
30. Albanian Health Insurance Institute (HII). *Strategic Plan 2001-2004* [in Albanian]. Unpublished.

31. World Bank. *World development report 1993: investing in health*. Washington, DC, 1993.
32. Albanian Ministry of Health and Environment (MoHE) & European Union Phare Programme. *Primary health care policy*. Tirana, 1995.
33. Macaluso, A. et al. *Safe motherhood needs assessment in Albania: final report*. 1999.
34. World Bank. *Health system recovery and development project: staff appraisal report*. Washington, DC, 1998.
35. *Bulletin of the Institute of Public Health*, (1): (2001).
36. Albanian Institute of Public Health (IPH).
37. Pacci, P. *Issues and priorities in the Albania health care system*. Unpublished; prepared 2000.
38. Albanian Ministry of Health et al. *A review of the working conditions of 41 hospitals in Albania: July-September 1999*. 1999.
39. Galliano, E. *Vulnerability needs and institutional capacity assessment* [in Albanian]. World Bank, 2001.
40. Albanian Ministry of Health. *Strategic human resource plan* [draft]. Tirana, 1999.
41. Metis Associates. *Hospital sector management report*. ministry of health, 2001.
42. Albanian Ministry of Health. *A new policy for the health care sector in Albania*. Tirana, 1993.
43. Kalaj, N. *Manuali i legjislacionit shendetesor shqiptar: Volumi I* [Manual of Albanian Health Legislation: Vol. 1]. Tirana, 2001.

*Албания*



## Дополнительная литература

- Adeyi, O. et al. Health sector reform in Albania: in need of capacity for implementation. *Eurohealth*, 4(6): 43—46 (1999).
- Albanian Council of Ministers. *National strategy for socio-economic development*. Tirana, 2001.
- Albanian Health Insurance Institute (HII). *List of drugs reimbursed by the Health Insurance Institute* [in Albanian]. Tirana, 2001.
- . [Statistics].
- . *Strategic Plan 2001-2004* [in Albanian]. Unpublished.
- Albanian Institute of Public Health (IPH).
- Albanian Institute of Statistics (INSTAT). *Causes of deaths for the years 1994-1997*. Tirana, 1999.
- . *Causes of deaths for the year 1998*. Tirana, 2000.
- . *Causes of deaths for the year 1999*. Unpublished.
- . *Demographic indicators*. Tirana, 2000.
- . *Demographic yearbook 1990-1999*. Tirana, 2000.
- . *Health indicators for the years 1994-1998*. Tirana, 2000.
- . *Preliminary results of the population and housing census*. Tirana 2001
- Albanian Ministry of Finance (MoF). *Medium-term expenditure framework: 2001-2003: revised version*. Tirana, 2000.
- Albanian Ministry of Health. *A new policy for the health care sector in Albania*. Tirana, 1993.
- . *Albanian health system reform: a position paper on policy and strategies for Albanian health system reform*. Tirana, 1999.
- . *Strategic human resource plan* [draft]. Tirana, 1999.

- Albanian Ministry of Health & World Health Organization. *Health system strategy: 2000-2010 for Albania* [draft]. 2000.
- Albanian Ministry of Health et al. *A review of the working conditions of 41 hospitals in Albania: July-September 1999*. 1999.
- Albanian Ministry of Health and Environment (MoHE) & Assistance Publique des Hopitaux de Paris. *Master plan of the Tirana University Hospital*. Paris & Tirana, 1996.
- Albanian Ministry of Health and Environment (MoHE) & European Union Phare Programme. *Strategy for the implementation of primary health care policy*. Tirana, 1997.
- . *Primary health care policy*. Tirana, 1995.
- Albanian Ministry of Health and Environment (MoHE) & World Health Organization Regional Office for Europe. *Health care reform in Albania: background document 1, situation analysis*. Tirana, 1996.
- Albanian Ministry of Health Statistics Unit. *Health statistics for 1999*. Unpublished.
- Albanian National Environment Agency. *Report on situation of environment, 1997-1998* [in Albanian]. Tirana, 1999.
- Bulletin of the Institute of Public Health*, (1): (2001).
- Galliano, E. *Vulnerability needs and institutional capacity assessment (in Albania)*. World Bank, 2001.
- Gjonca, A. *Communism, health and lifestyle: the paradox of mortality transition in Albania, 1950-1990: studies in population and urban demography*. Greenwood Publishing Group, 2001.
- Government of Albania et al. *Growth and poverty reduction strategy 2001-2004* [second draft]. 2001.
- Gudha, A. et al. *Veshtrim historik i organeve drejtuese te shendetesise shqiptare*. Tirana, 2001.
- IMB International. *Public information advocacy — Albania: the Albanian public's perceptions of the health care system*. Brussels, Ministry of Health & World Bank, 2000.
- Kakarriqi, E. *Albania 2000: poliomyelitis, measles, rubella and mumps: epidemiological background and strategies for their elimination*. Tirana, 2000.
- Kalaj, N. *Manuali i legjislacionit shendetesor shqiptar: Volumi I* [Manual of Albanian Health Legislation: Vol. 1]. Tirana, 2001.
- KPMG Consulting, Barents Group. *Health sector finance study: final report*. Ministry of Health, 2001.
- Macaluso, A. et al. *Safe motherhood needs assessment in Albania: final report*. 1999.

- Metis Associates. *Hospital sector management report*. Ministry of Health, 2001.
- Nuri, B. Restructuring hospitals in turbulent times: Albania. *EuroHealth*, (in press).
- & Bulo, O. *Inventory of ongoing and planned investments and projects of major bi/multilateral donor agencies in the Albania health sector*. Tirana, World Bank Office in Tirana, 2000.
- Pacci, P. *Issues and priorities in the Albania health care system*. Unpublished; prepared 2000.
- Tomes, I. Albania: social insurance in Albania: a system in transition. *International Social Security Review*, 47(1): 73-79 (1994).
- United Nations Children's Fund (UNICEF) — Albania. *Multiple indicator cluster survey report: Albania*. Tirana, 2000.
- United Nations Children's Fund Innocenti Research Centre (UNICEF IRC). *TransMONEE database 2000*. Florence, 2000.
- United Nations Development Program (UNDP). *Albania human development report 2000*. Tirana, 2000..
- . *Albania human development report 1996*. Tirana, 1996.
- United States Central Intelligence Agency. *The WorldFactbook 1999*. 1999.
- World Bank. *Albania: health sector reform during the transition*. Washington, DC, World Bank, 1992.
- . *Country assistance strategy: progress report*. 2000.
- . *Health system recovery and development project: staff appraisal report*. Washington, DC, 1998.
- . *HNP indicators*. 2001.
- . *World development indicators database*.
- . *World development report 1993: investing in health*. Washington, DC, 1993.
- . *World development report 2000/2001: attacking poverty*. New York, Oxford University Press, 2001.
- World Health Organization. *Rapport sur la sante dans le monde 2000: Pour un systeme de sante plus performant*.
- World Health Organization Regional Office for Europe. *European health for all database*. Copenhagen, 1999.
- . *Progress report: humanitarian mission to Albania, April-August, 1997*. Unpublished; prepared 1997.

# Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен»

## Серия Европейской обсерватории по системам здравоохранения

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Назначение обзоров — предоставлять организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую для совершенствования систем здравоохранения и проведения его реформ в Европе и за ее пределами. Обзоры систем здравоохранения позволяют:


- составить детальное представление о различных подходах к организации, финансированию и предоставлению медицинских услуг;
- дать точное описание процесса, содержания и реализации программ реформирования здравоохранения;
- осветить проблемные области, требующие более глубокой проработки; а также;
- распространять информацию о системах здравоохранения, а организаторам здравоохранения и аналитикам делиться опытом проведения реформ в странах Европы.

## Как получить обзоры

Все обзоры систем здравоохранения помещены в формате PDF на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk), где также можно подписаться на ежемесячную рассылку о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая новые обзоры, книги серий, публикуемых совместно с издательствами Open University Press (английский) и «Весь мир» (русский), их рефераты, новости *EuroObserver* и журнал *EuroHealth*. Заказать копию обзора можно по адресу:

**observatory@who.dk**

или по телефону (+45) 39-17-17-17.



Издания  
Европейской  
обсерватории  
по системам  
здравоохранения  
читайте на сайте  
[observatory@who.dk](mailto:observatory@who.dk)

## **В настоящее время опубликованы обзоры по следующим странам:**

Австралия (2002)  
Австрия (2001<sup>б</sup>)  
Азербайджан (1996)  
Албания (1999, 2002)  
Армения (1996, 2001<sup>г</sup>)  
Беларусь (1997, 2002)  
Бельгия (2000)  
Болгария (1999)  
Босния и Герцеговина (2002)  
Великобритания (1999<sup>г</sup>)  
Венгрия (1999)  
Германия (2000<sup>б</sup>)  
Греция (1996)  
Грузия (2002<sup>г</sup>)  
Дания (2001)  
Испания (1996, 2000<sup>а</sup>)  
Италия (2001)  
Казахстан (1999<sup>г</sup>)  
Канада (1996)  
Кыргызстан (1996, 2000<sup>г</sup>)  
Латвия (1996, 2001)  
Литва (1996)  
Люксембург (1999)  
Мальта (1999)  
Бывшая югославская республика Македония (2000)  
Нидерланды (2002)  
Новая Зеландия (2002)  
Норвегия (2000)  
Польша (1999)  
Португалия (1999)  
Республика Молдова (1996, 2002)  
Румыния (1996, 2000<sup>в</sup>)  
Российская Федерация (1998)  
Словакия (1996, 2000)  
Словения (1996, 2002)  
Таджикистан (1996, 2000)  
Туркменистан (1996, 2000)  
Турция (1996, 2002)  
Узбекистан (2001<sup>г</sup>)  
Финляндия (1996, 2002)  
Хорватия (1999)  
Чешская Республика (1996, 2000)  
Швеция (1996, 2001)  
Швейцария (2000)  
Эстония (1996, 2000)

### **Примечание**

Все обзоры изложены на английском языке. Переводы на другие языки помечены:

- <sup>а</sup> грузинский
- <sup>б</sup> немецкий
- <sup>в</sup> румынский
- <sup>г</sup> русский
- <sup>д</sup> испанский