

Системы здравоохранения: время перемен

Авторы: Дженнифер Кейн,
Антонио Дьюран, Эймия Фортис и
Элке Якубовски

Редакторы: Дженнифер Кейн и
Элке Якубовски

Босния и Герцеговина

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
Босния и Герцеговина

© Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2002

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:

Cain, J. et al. In Cain, J. and Jakubowski, E., eds. *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 4(7) (2002).

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

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	1
Общие сведения	1
История здравоохранения	14
Структура и управление	17
Организационная структура системы здравоохранения	18
Планирование, нормирование и управление	27
Финансирование и затраты	35
Основная система финансирования	35
Набор медицинских услуг	39
Дополнительные источники финансирования	41
Затраты на здравоохранение	43
Медицинское обслуживание	51
Первичная медико-санитарная помощь	51
Социальная помощь	66
Медицинские кадры и обучение медицинских работников	67
Лекарственные средства и медицинская техника	72
Распределение средств	77
Бюджет здравоохранения	77
Зарботная плата врачей	79
Заключение	80
Реформы здравоохранения	83
Цели и задачи	83
Реформа медицинского обслуживания	85
Реформы и законодательство	88
Проведение реформ	90
Краткое содержание реформ	94
Выводы	97
Литература	99

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 «Система здравоохранения: время перемен» по Боснии и Герцеговине написан коллективом авторов из разных стран с привлечением местных специалистов. Авторы обзора (в алфавитном порядке):

Дженнифер Кейн (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Антонио Дьюран (Técnicas de Salud, Испания), Эймия Фортис (Técnicas de Salud, Испания) и Элке Якубовски (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

Редактировали обзор Дженнифер Кейн (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) и Элке Якубовски (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). Научный руководитель — Жозеп Фигерас.

В работе над проектом участвовали местные специалисты (указаны места работы на момент составления обзора): Чедомир Алексич (Группа по управлению проектом, Проекты по развитию здравоохранения, финансируемые Всемирным банком, Баня-Лука), Милорад Балабан (Институт общественного здравоохранения, Республика Сербская), Милорад Бжелич (Министерство здравоохранения и социального обеспечения, Баня-Лука), Вильдана Додер (Министерство здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины), Хэрис Хажруланович (Бюро ВОЗ по связям, Босния и Герцеговина), Борис Храбач (Министерство здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, Сараево), Гордан Желич (Группа по управлению проектом, Проекты по развитию здравоохранения, финансируемые Всемирным банком, Баня-Лука), Бакир Накас (Министерство здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, Сараево), Адя Пилав (Институт общественного здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, Сараево), Низаат Рузич (Бюро ВОЗ по связям, Сараево, Босния и Герцеговина), Ранко Скрибич (Региональный координатор проекта реформы здравоохранения в рамках программы ЕС PHARE (Программа помощи и реструктуризации экономики), Баня-Лука, Республика Сербская) и Синиса Стевич (Группа по управлению проектом, Проекты по развитию здравоохранения, финансируемые Всемирным банком, Баня-Лука). Авторы благодарят за помощь Дубравку Тривич, помощника по административным вопросам в Баня-Луке.

В обзоре также использована информация, которую предоставили Горан Черкез (Министерство здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, Сараево) и Синиса Стевич (Группа по управлению проектом, Проекты по развитию здравоохранения, финансируемые Всемирным банком, Баня-Лука).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Бетти Хэнан (Всемирный банк), профессора Ульриха Лаазера (Университет г. Билифельда), Луиджи Миглиорини (ВОЗ), д-ра Недима Яганьяча (Всемирный банк) и д-ра Джукку Пуккила (ВОЗ) за рецензирование обзора и ценные замечания. Особая благодарность выражается д-ру Недиму Яганьячу за предоставление важных сведений для составления обзора.

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 Боснии и Герцеговине занимались Ута Лоренц и Мириам Андерсен. Распространением, производством и редактированием руководил Джеффри Лазарус при участии Ширли и Йоганнеса Фредериксен (верстка) и Джерома Розена (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

География

Босния и Герцеговина — одна из суверенных республик, входивших ранее в состав Югославии. Расположена в западной части Балканского полуострова. Площадь 51 129 км². На севере, западе и юге граничит с Хорватией, на востоке — с Союзной Республикой Югославия¹ (то есть с Сербией и Черногорией, рис. 1). Боснии и Герцеговине принадлежит 9-километровый участок Адриатического побережья, на котором расположен курортный городок Неум. Климат в восточных и центральных областях страны — умеренно континентальный, с холодной зимой и жарким летом, в прибрежных юго-западных районах — средиземноморский. Три четверти территории Боснии и Герцеговины относятся к черноморскому бассейну (Черное море омывает восточную часть Балканского полуострова) и одна четверть — к адриатическому.

Босния и Герцеговина состоит из двух государственных образований — Федерации Боснии и Герцеговины и Республики Сербской (площадью около 25 000 км² каждая) — и округа Брчко, который не подчиняется ни Федерации Боснии и Герцеговины, ни Республике Сербской.

Население

Согласно последней, довоенной, переписи, проведенной в 1991 г., население страны составляло 4 518 456 человек, из них 43,7% — боснийцы-мусульмане, 31,3% — сербы и 17,3% — хорваты. Еще 7,7% населения либо принадлежали к другим национальностям, либо называли себя югославами. Примерно три пятых населения страны живет в городах. До 1992 г. в Боснии и

¹ Включенные в этот документ карты не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения или ее партнеров на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ.

Рисунок 1. Карта Боснии и Герцеговины¹

¹ Когда этот обзор готовился к печати, Союзная Республика Югославия подписала Белградское соглашение, которое, в частности, предусматривает изменение названия страны. В начале 2003 г. Союзная Республика Югославия будет переименована в «Сербию и Черногорию».

Герцеговине было 109 муниципалитетов. В столице (Сараево) было 10 муниципалитетов, население составляло 525 980 человек.

Вопросы национальности и вероисповедания играют в Боснии и Герцеговине очень большую роль. Помимо боснийцев-мусульман, хорватов и сербов здесь живут цыгане и представители множества других национальностей. Основные религии — ислам, православие и католицизм; небольшие группы населения исповедуют адвентизм и иудаизм. Государственные языки (в алфавитном порядке): боснийский, сербский и хорватский. О национальном составе Боснии и Герцеговины можно узнать также на сайте <http://www.unhcr.ch/>.

Официальной переписи населения после войны не проводилось. По разным оценкам его численность составляет от 3,6 до 3,97 миллиона человек.

Исторический очерк

Первое независимое княжество на территории Боснии и Герцеговины возникло в X—XII веках. Современные границы Боснии были установлены в 1943 г. в г. Яйце, при определении границ Югославии.

Распаду Югославии посвящены работы многих историков, ученых и журналистов разных стран. Здесь мы даем лишь краткий обзор этого процесса, ни в коей мере не претендующий на полноту. Подробнее о распаде Югославии и истории Боснии можно узнать из публикаций Ноэла Малкома, Ричарда Холбрука, Роберта Каплана, Карла Билта и Лауры Силбер (см. раздел «Литература»).

В 1990 г. в Боснии и Герцеговине прошли первые демократические многопартийные выборы, а в начале 1992 г. страна объявила о своей независимости. В стране в то время была многопартийная демократическая система, в Сараево находился парламент из 240 депутатов. В апреле 1992 г. Босния вступила в Организацию Объединенных Наций и во Всемирную организацию здравоохранения. Намеченный переход от социалистической системы хозяйствования к рыночной экономике был прерван войной, начавшейся в апреле 1992 г. и продолжавшейся до подписания Дейтонского соглашения в 1995 г.

Война и мир

Война в Боснии — одна из многих войн, которыми сопровождался мучительный распад Югославии в начале 1990-х годов. В июле 1991 г. Словения объявила независимость, после чего возник кратковременный, с июня по июль, вооруженный конфликт с Югославской национальной армией. В декабре 1991 г. объявила независимость Хорватия, что привело к гражданской войне в хорватских областях Краине и Славонии. Первые столкновения в Боснии начались в марте 1992 г., через несколько дней после референдума по вопросу о независимости страны. Вскоре они переросли в гражданскую войну между сербами, мусульманами и хорватами. Центральная часть страны превратилась в мешанину из сожженных деревень, осажденных городов, отступающих

и наступающих армий. Война оставила в наследство почти миллион мин, миллион беженцев внутри страны и еще 800 000 в других странах.

В марте—мае 1994 г. в Вашингтоне при было заключено мирное соглашение двумя из трех воюющих сторон — боснийцами-мусульманами и хорватами — и образована Федерация Боснии и Герцеговины. Объединившись, мусульмане и хорваты начали наступление на третью воюющую сторону — боснийских сербов.

В ноябре 1995 г. прошли трехсторонние мирные переговоры в Дейтоне (США) между президентом Боснии Алией Изетбеговичем, президентом Хорватии Франьо Туджманом и президентом Сербии Слободаном Милошевичем. В итоге было принято Общее предварительное соглашение о мире в Боснии и Герцеговине (Дейтонское соглашение), которое было подписано 14 сентября в Париже. Дейтонское соглашение признало существование на территории страны двух субъектов: Федерации Боснии и Герцеговины и Республики Сербской. Федерация Боснии и Герцеговины (территория, занятая хорватскими и боснийскими войсками) разделялась на десять полуавтономных кантонов, по швейцарскому образцу: Босанско-Подринский, Герцегбосанский, Герцеговинско-Неретвинский, Посавинский, Сараевский, Среднебосанский, Тузланский, Унско-Санский, Западногерцеговинский и Зеничко-Добойский. Деление на кантоны должно было предотвратить притеснение одной этнической группы другими, в соответствии с европейской тенденцией к децентрализации и охране прав меньшинств. Республика Сербская, в свою очередь, была поделена на две основные части: северо-западную (разделенную на две области) и восточную (разделенную на пять областей). Город Брчко на реке Сава не был отнесен Дейтонским соглашением ни к одному из субъектов. 8 марта 2000 г. Верховный представитель ООН¹ официально объявил Брчко автономным округом; соглашение о выполнении субъектами обязательств (в соответствии с решением Арбитражного трибунала по Брчко) в области здравоохранения и медицинского страхования было подписано лишь 9 октября 2000 г.

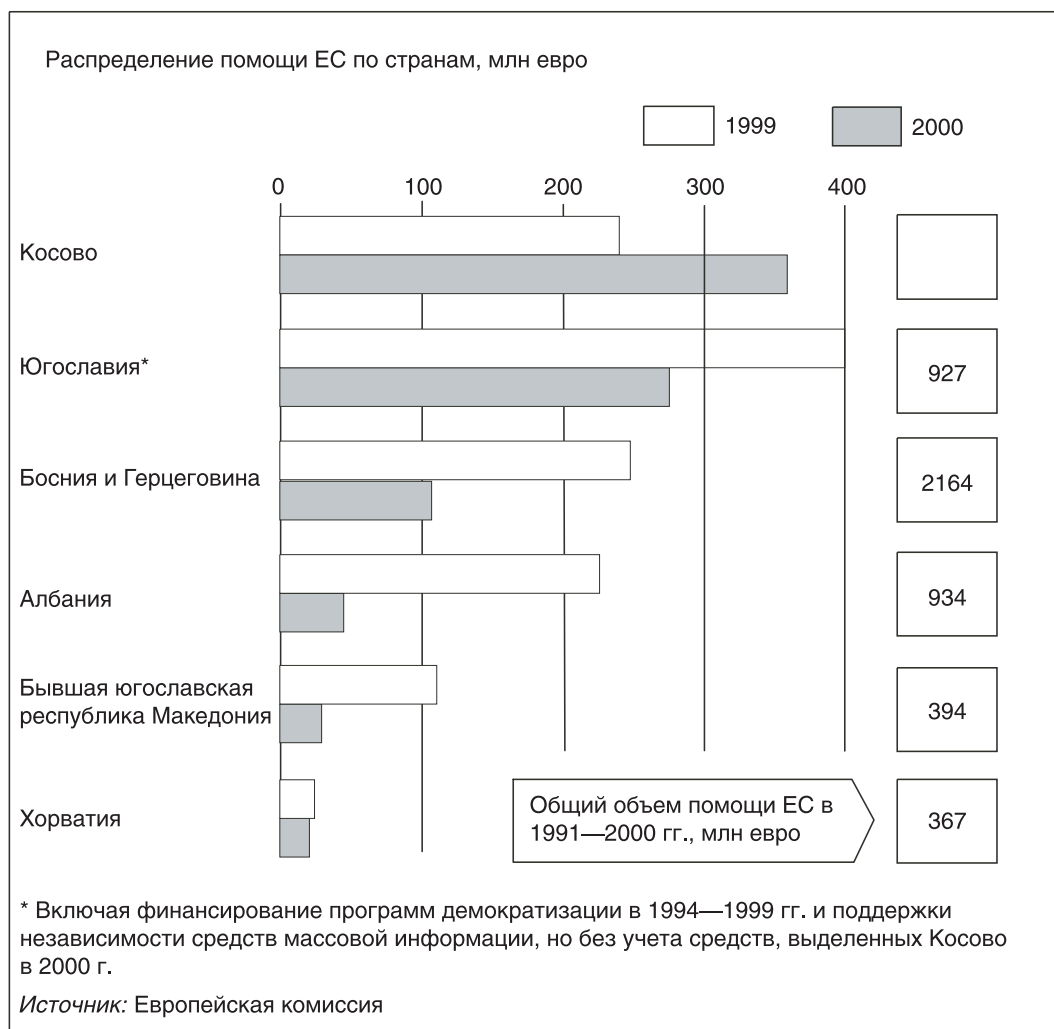
Дейтонское соглашение предусматривало возвращение домой беженцев и перемещенных лиц, выдачу обвиняемых в военных преступлениях, проведение выборов в органы власти всех уровней под контролем международных наблюдателей и разоружение. В начале 1996 г. в страну был введен возглавленный НАТО 60-тысячный миротворческий контингент IFOR (силы по претворению в жизнь Дейтонских соглашений), сформированный из военнослужащих более чем из 30 стран мира. Позднее эти войска были преобразованы в силы стабилизации (SFOR, около 19 000 военнослужащих), которые до сих пор находятся в Боснии и Герцеговине.

Международные гуманитарные организации и правительства многих стран взяли на себя серьезные экономические, военные и политические

¹ Дейтонское соглашение, в частности, предусматривало создание Управления Верховного представителя для контроля за выполнением плана мирного урегулирования, руководства международными полицейскими силами ООН и надзора за соблюдением гражданских аспектов Соглашения.

обязательства, чтобы обеспечить безопасность и стабильность, послевоенное восстановление страны. В развитие Дейтонского соглашения, была разработана и утверждена в апреле 1996 г. программа первоочередного восстановления, поддержанная правительством Боснии и Герцеговины и международными финансирующими организациями (прежде всего Всемирным банком и Европейской комиссией). Общий бюджет программы, в который вошли пожертвования и от других организаций, составил 5,1 миллиарда долларов¹. Международное сообщество оказывает значительную финансовую поддержку (см. рис. 2). Например, от Европейского Союза поступает по-

Рисунок 2. Европейский Союз: программы помощи в 1999—2000 гг.



Источник: More cash, please. The Economist, 23 November: (2000)

¹ Управление Верховного представителя ООН в Боснии, Сараево, ([http:// www.ohr.int/](http://www.ohr.int/)) (по состоянию на 10 декабря 2001 г.).

мощь по программам Бюро Европейской комиссии по гуманитарной помощи (ЕЧНО) и PHARE (Программа помощи и реструктуризации экономики).

В 1998—2000 гг. большинство решений, касающихся страны в целом, было принято Управлением Верховного представителя, учрежденным Дейтонским соглашением для контроля за выполнением плана мирного урегулирования, координации действий специальных международных полицейских сил ООН и надзора за соблюдением невоенных положений соглашения. Среди этих решений — введение единых автомобильных номеров для облегчения передвижения между двумя субъектами, введение единой валюты, национального флага Боснии и Герцеговины и общих паспортов. Верховный представитель не раз пользовался своим правом отстранять от обязанностей официальных лиц в Боснии и Герцеговине, не выполняющих Дейтонские договоренности. Так, в частности, были смещены президент Республики Сербской и федеральный министр сельского хозяйства. Активная роль Верховного представителя в координировании работы гражданских организаций и учреждений, в сглаживании напряженности между двумя субъектами Республики — следствие того, что руководители страны и отдельных субъектов до сих пор резко расходятся во мнениях и не могут прийти к соглашению по каким-либо вопросам.

Первые послевоенные выборы в общегосударственные и местные органы власти прошли в сентябре 1996 г. при очень высокой явке избирателей. Набрав 75% голосов, полную победу на выборах одержали ведущие национальные партии трех этнических групп. Однако политические столкновения 1997 г. в Республике Сербской привели к расколу правящей Сербской демократической партии, роспуску парламента, переводу столицы из Пале в Бания-Луку и, в конечном итоге, к новым парламентским выборам с участием международных наблюдателей. Новое правительство получило экономическую и политическую поддержку международного сообщества, что способствовало возвращению беженцев.

Государственное управление

Центральное правительство Боснии и Герцеговины: Совет министров Боснии и Герцеговины

Босния и Герцеговина — независимое демократическое государство, основанное на принципах уважения прав человека, равенства и терпимости, сохранения международного правового суверенитета и демократического преобразования государственного устройства. Эти принципы заложены в конституции Боснии и Герцеговины и Дейтонском соглашении. На их основе страна развивает демократическое центральное управление в субъектах, областях и кантонах, муниципалитетах, а также в автономном округе Брчко (см. выше).

Страна разделена на два отдельных субъекта, образованных Дейтонским соглашением, — Федерацию Боснии и Герцеговины и Республику Сербскую. Дальнейшее административно-правовое деление субъектов такое:

Федерация Боснии и Герцеговины делится на 10 кантонов, Республика Сербская — на 7 областей, всего в стране 156 муниципалитетов и, наконец, округ Брчко. Избирательное право имеют все граждане, достигшие 18 лет. В стране примерно 30 политических партий, среди которых есть и ультранационалистические.

Центральная власть разделена на три ветви.

1. Законодательная ветвь представлена двухпалатной Парламентской ассамблеей (Скупщиной), состоящей из Палаты представителей (42 члена: 14 боснийцев-мусульман, 14 хорватов и 14 сербов; избираются на 2 года всенародным голосованием) и Палаты народов (15 членов: 5 боснийцев-мусульман, 5 хорватов и 5 сербов. Члены Палаты народов избираются Палатой представителей Федерации Боснии и Герцеговины и Национальной ассамблеей Республики Сербской сроком на 2 года). Парламентская ассамблея отвечает за внешнюю, экономическую, бюджетно-налоговую и торговую политику, телекоммуникации, коммунальное хозяйство, иммиграционную политику и предоставление убежища, транспортное сообщение между субъектами, управление воздушным движением, охрану границ Боснии и Герцеговины. Внутренние дела субъектов, в том числе здравоохранение, находятся в ведении правительств Федерации Боснии и Герцеговины и Республики Сербской.
2. Исполнительная ветвь — коллегиальный Президиум из трех человек (представляющих три основные национальности), избираемый на 4 года всенародным голосованием. Каждые 8 месяцев происходит смена Председателя Президиума и кабинета (Совета министров). Сейчас пост главы государства поочередно занимают Драган Кович (хорват, Хорватское демократическое содружество), Мирко Сарович (серб, Сербская демократическая партия) и Сулейман Тихич (босниец-мусульманин, Партия демократических действий).
3. И, наконец, судебная ветвь — Конституционный суд. Он состоит из девяти членов: четырех из них назначает Палата представителей Федерации Боснии и Герцеговины, двух — Национальная ассамблея Республики Сербской, и еще трех членов — иностранных граждан — назначает Президент Европейского суда по правам человека.

Конституционный суд Боснии и Герцеговины издал постановление от 30 июня 2000 г. и 1 июля 2000 г., предоставляющее всем гражданам, населяющим Боснию и Герцеговину, независимо от национальности, равные права на всей территории страны. Постановление было утверждено Управлением Верховного представителя ООН 5 июля 2000 г. Осуществление постановления несколько раз откладывалось. Чтобы разрешить эту ситуацию, Управление Верховного представителя реорганизовало и сократило Конституционную комиссию.

Правительства субъектов

В Республике Сербской есть своя законодательная и исполнительная власть. Законодательная власть — это однопалатная Национальная ассамблея (На-

родная Скупщина) Республики Сербской, состоящая из 83 членов. В ее компетенцию входят налогообложение, приватизация, полиция, вооруженные силы, образование, здравоохранение и другие области социальной сферы, она осуществляет надзор за деятельностью муниципальных собраний и имеет право отменять решения, принятые на муниципальном уровне. Глава исполнительной власти — президент, избирается в паре с вице-президентом. Президент назначает премьер-министра, который формирует состав кабинета министров и осуществляет текущее руководство.

В Федерации Боснии и Герцеговины многие функции управления переданы 10 кантонам, в каждом из которых есть свои законодательные и исполнительные власти. Законодательный орган Федерации состоит из двух палат: Палаты представителей Федерации, избираемых прямыми выборами, и Палаты народов Федерации, членов которой избирают 10 кантональных законодательных собраний. Федеральные органы власти отвечают за оборону, экономическую политику, приватизацию, энергетику, регулирование использования не вещательного диапазона частот в Федерации, борьбу с межкантональной преступностью и бюджетно-налоговую политику Федерации. Кандидатуры президента и вице-президента Федерации выдвигает Палата народов, а избирает — Палата представителей Федерации. Президент Федерации, с согласия вице-президента, назначает премьер-министра и его заместителя из Палаты представителей.

Полномочия в области здравоохранения, использования природных ресурсов, охраны окружающей среды, социального обеспечения, образования, туризма и других отраслей социальной сферы поделены между органами Федерации и кантонами. В каждом кантоне есть избираемый гражданами законодательный орган с пропорциональным представительством всех партий, набравших не менее 3% голосов. Каждый такой орган избирает президента кантона и утверждает назначение кантональных судей. В ведении кантонов находятся вопросы деятельности полиции, система образования и культура, сфера коммунальных услуг, жилищное строительство, использование земельных ресурсов; предпринимательство местного значения, энергоснабжение, местное радио- и телевидение, деятельность местных органов социального обеспечения. Кроме того, кантоны собирают налоги и передают часть собранных средств на уровень Федерации.

Общие выборы 2000 года

11 ноября 2000 г. состоялись очередные общие выборы с участием международных наблюдателей. Всего проголосовали, в том числе за границей, 1,6 миллиона избирателей, или 64,4% от общего числа (по данным миссии Организации за безопасность и сотрудничество в Европе) в Боснии и Герцеговине. В Республике Сербской избиратели выбрали нового президента и вице-президента, членов Национальной ассамблеи и членов Палаты представителей. В Федерации Боснии и Герцеговине был избран новый состав Палаты представителей и членов кантональных собраний.

В Республике Сербской к власти пришла Сербская демократическая пар-

тия, получившая 50,4% голосов. Места в однопалатной Национальной ассамблее получили Сербская демократическая партия, Союз независимых социал-демократов и Партия демократического прогресса. В Палате представителей Парламентской ассамблеи Боснии и Герцеговины Республику Сербскую представили Сербская демократическая партия, Партия демократического прогресса и коалиция Союза независимых социал-демократов и Демократической социалистической партии.

От Федерации Боснии и Герцеговины места в Парламентской ассамблее Боснии и Герцеговины получили Социал-демократическая партия Боснии и Герцеговины, Партия демократических действий, Хорватский демократический союз Боснии и Герцеговины и Партия за Боснию и Герцеговину. В кантональные собрания прошли многие партии (в большинстве кантонов результаты выборов определялись тем, какая нация в нем преобладает).

Выборы 2002 года

5 октября 2002 г. в Боснии и Герцеговине прошли первые выборы без участия международных наблюдателей. Явка избирателей была самой низкой после войны — 55% от списочного числа избирателей. Население проголосовало за партии националистического толка: Хорватский демократический союз, Партию демократических действий и Сербскую демократическую партию. Представители этих партий заняли места в президиуме, парламенте Республики Босния и Герцеговина и в парламентах двух субъектов. В центральном парламенте Федерацию Боснии и Герцеговины представляют 28 депутатов от Партии демократических действий, а Республику Сербскую — 14 депутатов от Сербской демократической партии. На выборах в Палату представителей Федерации, Партия демократических действий получила 33,3% голосов, опередив Хорватский демократический союз (17,5%). На выборах в Национальную ассамблею Республики Сербской 33,4% избирателей проголосовали за Сербскую демократическую партию, 27,4% — за Союз независимых социал-демократов.

Демографические показатели и здоровье населения

Как уже отмечалось, все демографические данные по Боснии и Герцеговине — приблизительные, поскольку переписи населения после войны не было.

Война сильно сказалась на демографической ситуации и состоянии здоровья населения. Разные источники называют число погибших во время войны от 140 000 (3% населения) до 200 000 человек, раненых — от 170 000 до 240 000 человек (из них около 100 000 — тяжелораненые, а 25 000 стали инвалидами). По некоторым оценкам, погибли не менее 16 000—17 000 детей, около 40 000 детей были ранены. До сих пор несколько сотен тысяч беженцев живут за пределами Боснии и Герцеговины, а почти треть граждан, проживающих сейчас на территории страны, попадает в сферу деятельности

Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев, то есть имею право на статус беженцев¹.

В таблицах 1—3 приведены демографические показатели по Федерации Боснии и Герцеговины и Республике Сербской за последнее десятилетие. По оценкам на 1998 г., с 1991 г. население уменьшилось более чем на 17% и постарело: доля лиц старше 65 лет выросла с 6 до 11%. В 1991 г. рождаемость в Боснии и Герцеговине составляла 14,9‰, а в 1998 г. снизилась до 11,6‰ (в 2000 г. она немного возросла и составила 12,9‰).

Смертность сейчас примерно такая же, как в довоенный период. Средняя продолжительность жизни перед войной составляла 72,92 года, что примерно соответствует среднему значению этого показателя в странах Центральной и Восточной Европы. Как и в других европейских странах, основными причинами смерти до войны были хронические заболевания, в том числе онкологические (рак легких у мужчин, рак молочной железы у женщин), сердечно-сосудистые, а также травмы. Среди причин смерти мужчин и женщин в возрасте от 20 до 64 лет на первом месте стояли инфаркт миокарда и нарушения мозгового кровообращения. Несмотря на отсутствие точных статистических данных о причинах смерти в Боснии и Герцеговине в наши дни, каких-либо существенных изменений по сравнению с довоенным периодом скорее всего не произошло.

Трудно оценить масштабы нанесенных войной психологических травм. Тревожное расстройство, депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство, навязчивые воспоминания и страхи, поведенческие расстройства, неспособность устанавливать эмоциональные связи, по-видимому, скажутся и на здоровье следующего поколения. Рост токсикомании, убийств, жестокого обращения, детской преступности и разводов в Боснии и Герцеговине в некоторой степени является отражением этих травм. Новые данные о воздействии войны на психическое здоровье боснийского общества, появятся в начале 2003 г., когда будут проанализированы результаты проведенного Всемирным банком обследования.

На здоровье населения отрицательно сказывается загрязнение окружающей среды (например, атмосферные выбросы металлургических заводов), нехватка участков для свалки городского мусора, нехватка чистой воды, разрушенная войной система канализации и водоснабжения.

Резкое ухудшение социально-экономической ситуации ведет к еще большему распространению болезней, вызываемых нездоровым образом жизни. Серьезной проблемой является курение, которое некоторые считают главным бичом здоровья населения. Растет распространенность наркомании.

В последние годы в Федерации Боснии и Герцеговины и в Республике

¹ Следует различать «беженцев» и «перемещенных лиц». Беженцы, проживающие в Боснии и Герцеговине, — это те лица, которым пришлось пересечь международную границу для того, чтобы попасть в страну. Как правило, проживающие в Боснии и Герцеговине беженцы приехали из Хорватии, Косово и Югославии. Перемещенные лица — это те люди, которые вынужденно покинули свои дома во время войны и еще не вернулись в тот субъект, город или деревню, где жили до 1992 г.

Таблица 1. Демографические показатели: Босния и Герцеговина, 1991—2001 гг.

	1991	1998	2001
Численность населения, миллионы	4,5	3,7	4,1
Доля населения в возрасте 65 лет и старше, %	6,3	11,0	9,6 (приблизительно)
Рождаемость, на 1000 населения в год	14,3	11,6	10,4 (2000)
Смертность, на 1000 населения в год	6,7	—	8,1 (приблизительно)
Продолжительность жизни женщин, годы	7,9	—	74,9 (приблизительно)
Продолжительность жизни мужчин, годы	69,5	—	69,3 (приблизительно)
Материнская смертность, на 100 000 родов	26,6	—	—
Детская смертность, ‰	14,6	—	23,5 (приблизительно)

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех»; Бюро ВОЗ по координации и связям, Всемирный банк, Центральное разведывательное управление, Информационный бюллетень за 2002 г.; ЮНИСЕФ, база данных TransMONEE.

Таблица 2. Демографические показатели: Федерация Боснии и Герцеговины, 1998—2000 гг.

	1998	2000
Численность населения, миллионы	2,2	2,5
Доля населения в возрасте 65 лет и старше, %	11,0 ^a	9,0
Рождаемость, на 1000 населения	11,6 ^a	12,9 ^a
Смертность, на 1000 населения	—	7,9
Продолжительность жизни женщин, годы	73 (для обоих полов)	74,4
Продолжительность жизни мужчин, годы	73 (для обоих полов)	68,8
Материнская смертность, на 100 000 новорожденных	—	10,0
Детская смертность, ‰	—	11,7

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех»; Бюро ВОЗ по координации и связям, Всемирный банк, Центральное разведывательное управление, Информационный бюллетень за 2002 г.; ЮНИСЕФ, база данных TransMONEE.

^a В Боснии и Герцеговине.

Сербской проводилось много обследований, в том числе репродуктивного здоровья (в обоих субъектах), поведения школьников (в обоих субъектах), заболеваемости неинфекционными заболеваниями (включая злокачественные новообразования), обследование здоровья по интегрированной программе профилактики неинфекционных заболеваний (в обоих субъектах) и оценка факторов риска неинфекционных заболеваний (в Республике Серб-

Таблица 3. Демографические показатели: Республика Сербская, 1998—1999 гг.

	1998	1999
Численность населения, миллионы	1,43	1,45
Доля населения в возрасте 65 лет и старше, %	11,0 ^a	—
Рождаемость, на 1000 населения	9,4	10,0
Смертность, на 1000 населения	8,7	8,5
Продолжительность жизни женщин, годы	74	74
Продолжительность жизни мужчин, годы	71	71
Материнская смертность, на 100 000 родов	—	8,11
Детская смертность, ‰	8,3	8,2

Источники: Институт статистики Республики Сербской, Статистический отчет, 2000 г.; Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех».

^a В Боснии и Герцеговине.

ской). Такие обследования служат основой для выработки политики в области здравоохранения. В начале 2003 г. появятся данные обследований, проводимых в рамках базового проекта Всемирного банка в области здравоохранения. Исследуются факторы риска неинфекционных заболеваний, состояние здоровья населения, востребованность медицинских услуг, здоровье детей и молодежи.

Социально-экономическое развитие

Хотя Босния и Герцеговина остается преимущественно аграрной страной, на протяжении XX века ее экономика развивалась довольно быстро. Если после окончания Второй мировой войны свыше двух третей населения работали в сельском хозяйстве, то к 1981 г. в нем была занята лишь пятая часть населения. Природные ресурсы страны — это уголь, железная руда, бокситы, марганец, медь, хром, олово, цинк, лес. Развита гидроэнергетика. Главными отраслями промышленности перед последней войной были автомобилестроение, химическая промышленность, производство металлов и древесины, гидро- и теплоэнергетика.

До войны Босния и Герцеговина сталкивалась с теми же экономическими трудностями, что и другие бывшие социалистические страны. За быстрым экономическим ростом конца 1970-х гг. последовало снижение валового внутреннего продукта (ВВП) в 1980-х. В экономике наступил застой, длившийся 1980-е и 1990-е гг. В 1990 г. ВВП на душу населения составил 4780 долларов США, а инфляция достигала 68%. В 1990—1991 гг. основой экономики Боснии и Герцеговины была промышленность (52,6% ВВП), а на долю сферы обслуживания и сельского хозяйства приходилось 39% и 8% соответственно. Когда Босния и Герцеговина стала независимой, признаки быстрого упадка отжившей свой век централизованной экономики были уже налицо. Экономический спад сказывался на здравоохранении, социальном обеспечении, образовании и коммунальном обслуживании.

Особенно тяжелая социально-экономическая ситуация сложилась в сельской местности.

Таблицы 4 и 5 показывают, как менялся национальный доход в течение прошлого десятилетия: в 1998 г. он был все еще значительно ниже, чем в 1991 г. О состоянии послевоенной экономики можно судить по низкому уровню производства, не достигающему и трети довоенного. Восстановление производства идет медленно и очень неравномерно по субъектам. Это отражается и на других показателях: к примеру, средняя заработная плата в субъектах сильно отличается. Такая разница, возможно, объясняется тем, что Федерация Боснии и Герцеговины получает большую долю международной помощи, что способствует росту иностранных инвестиций и внутреннего производства. Уровень безработицы очень высок: по неофициальным данным, он достигает 75% в Республике Сербской и 60% в Федерации Боснии и Герцеговины. Многие люди живут только на социальные пособия (хотя нужно учитывать и значительное развитие теневой экономики).

За пять лет, прошедших после подписания Дейтонского соглашения, наметились некоторые улучшения в экономике, а вместе с ней и во всей жизни общества. Созданы общие денежная, налоговая и таможенная системы, оживилась торговля и другие виды экономического обмена. В 1999 г. была введена конвертируемая марка, которая сначала была привязана к немецкой марке, а с 1 января 2002 г. — к евро: каждая находящаяся в обращении

Таблица 4. Динамика ВВП в Боснии и Герцеговине в 1991—1998 гг., миллиарды марок^a

	1991	1995	1996	1997	1998
Босния и Герцеговина	13,05	2,87	4,19	5,80	6,90
Федерация Боснии и Герцеговины	—	1,96	3,05	4,19	4,96
Республика Сербская	—	0,91	1,14	1,61	1,94

Источник: United Nations Human Development Report, 1998 г.

^a Конвертируемая марка была введена в 1999 г. Ее курс сначала был привязан к немецкой марке, а с 1 января 2002 г. — к евро. Каждая находящаяся в обращении конвертируемая марка обеспечена 0,51 евро в Центральном банке.

Таблица 5. Макроэкономические показатели, 2001 г.

Показатель	2001
ВВП, доллары США	7 миллиардов (приблизительные данные за 1999 г.)
Реальные темпы роста ВВП	6% в год (приблизительно)
ВВП на душу населения, доллары США	1800 (приблизительно)
Уровень безработицы	40% (приблизительные данные за 2001 г.)
Объем экспорта, миллиарды долларов США	1,1 (приблизительно)

Источник: Информационный бюллетень ЦРУ (Central Intelligence Factsheet. Washington, DC, US Central Intelligence Agency, 2002).

марка обеспечена 0,51 евро в Центральном банке. Центральный банк не имеет права печатать деньги, что позволяет сдерживать инфляцию.

Однако до полного восстановления экономической самостоятельности страны еще далеко. Борьба с безработицей и возрождение народного хозяйства страны остаются важнейшими задачами как для местных органов власти, так и для международного сообщества.

История здравоохранения

На территории, занимаемой сегодня Боснией и Герцеговиной, общественной системы здравоохранения не было до 1879 г., когда австро-венгерское правительство начало постепенно развивать систему здравоохранения, сходную с теми, что были в других странах, входивших в империю. В правительстве Боснии и Герцеговины был создан департамент медицины. Для разработки медико-санитарных мероприятий и контролю за их осуществлением был создан штат врачей и медицинских чиновников. Ближе к концу XIX века в крупных и средних городах появились больницы, а затем амбулаторные хирургические пункты. В 1903 г. был принят закон о вакцинации против оспы и борьбе с другими инфекционными заболеваниями. Закон о медицинском страховании отдельных групп населения был принят в 1888 г., а в 1910 г. было введено обязательное страхование для всех работников.

Как и в других частях бывшей Югославии, система здравоохранения получила дальнейшее развитие после 1918 г., когда образовалось Королевство сербов, хорватов и словенцев (с 1929 г. — Югославия). В 1920 г. было создано первое министерство здравоохранения, которое должно было:

- заботиться о здоровье и правильном развитии детей,
- заботиться о здоровье населения,
- строить профилактические и лечебные учреждения,
- осуществлять эпидемиологический надзор,
- вести санитарно-просветительскую работу среди населения.

С 1918 г. по 1932 г. было принято примерно 92 законов и документов в области охраны здоровья.

В 1920—1928 гг. во всех крупных городах открылись районные, а затем и областные больницы, а также поликлиники и амбулатории, в которых, как правило, было акушерско-гинекологическое и инфекционное отделение.

В 1929 г. были организованы департаменты гигиены, которые использовали медико-социальный подход к охране здоровья населения. Все учреждения здравоохранения, обслуживающие население определенной территории, кроме больниц, подчинялись департаменту здравоохранения, и в каждом департаменте была создана врачебная палата. Департаменты гигиены были образованы в 1929 г. в Бания-Луке и, после Второй мировой войны, в Мостаре и Сараево. Был также принят закон о служебных обязанностях врачей, статья 22 которого гласит:

Врач обязан:

- прилагать все свои знания, опыт и силы для предотвращения заболеваний и укрепления здоровья населения;
- лечить и консультировать людей, обратившихся к нему за помощью;
- хранить свою профессиональную честь, честь своей профессии и профессиональную независимость;
- быть на уровне современных достижений медицины.

После Второй мировой войны, в соответствии с социалистической идеологией, руководство Коммунистической партии принимало решения, не считаясь со специалистами. Не приходится говорить о том, что в то время управление здравоохранением еще не было развито как самостоятельная дисциплина, и система здравоохранения строилась на принципах централизованного командного управления. В 1946 г. было введено социальное страхование рабочих, а с 1950 г. оно распространилось на детей. В 1946—1961 гг. под влиянием интересов различных групп, быстро росло число медицинских учреждений при так называемых домах народного здоровья. Не отставал и рост численности медицинских работников. Реальные потребности при этом учитывались слабо, и соответствующих капитальных вложений не производилось. Большинство служб общественного здравоохранения (включая контроль качества лекарственных средств, радиационную защиту, а также медицинскую экономику, статистику и информатику) были организованы при Институте общественного здравоохранения в Сараево.

В 1961—1971 гг. промышленность быстро развивалась, росли города, социальной состав населения менялся из-за массового оттока сельских жителей в города. Появилось много врачей-специалистов и специализированных медицинских учреждений. Расширились местные органы здравоохранения, областные и районные медицинские учреждения, создавались местные центры здоровья. Здравоохранение финансировалось через учреждения, называвшиеся «самоуправляемыми общественными объединениями». В их ведении было медицинское страхование, социальное обеспечение и страхование работников и членов их семей на случай нетрудоспособности. Источниками финансирования были обязательные взносы работников и работодателей и, в меньшей степени, отчисления с пенсий и других видов личных доходов, а также средства из муниципальных фондов Боснии и Герцеговины. В 1970 г. был принят новый закон о медицинском страховании и обязательной охране здоровья. Он гарантировал бесплатную медицинскую помощь таким социально уязвимым слоям населения, как беременные женщины, дети и подростки, а также лицам, страдающим определенными заболеваниями (инфекционными, онкологическими, сахарным диабетом).

Рост доходов сопровождался ростом уровня жизни, повысилась грамотность населения, развивалось медицинское обслуживание. Все это привело к заметному улучшению показателей здоровья населения (снизилась детская и общая смертность, уменьшилась заболеваемость инфекционными болезнями). В то же время шло неоправданное увеличение численности медицинского персонала и коечного фонда больниц. С 1972 по 1990 г. было принято пять законов в области здравоохранения. Права на медицинскую помощь все расширялись, и выделявшихся на здравоохранение денег стало

не хватать. В конце 1980-х гг. спад в экономике начал сказываться на здравоохранении, сводя на нет достигнутые ранее успехи, в частности в области снижения детской смертности.

С 1992 г., когда Босния и Герцеговина стала независимой, и до начала войны медико-социальное страхование осуществлялось на республиканском уровне через прежнюю систему обязательного страхования.

Во время войны медицинское обслуживание было сведено почти на нет, были полностью прекращены важнейшие мероприятия в области общественного здравоохранения, санитарии и гигиены (уборка мусора, дезинсекция, дератизация, дезинфекция, санитарно-гигиенический надзор, контроль за импортом и экспортом лекарств). Иммунизация продолжалась, причем охват населения, судя по результатам выборочных обследований¹, был довольно высоким (благодаря самоотверженному труду медиков). Были развернуты пункты неотложной помощи раненым. Создавались санитарные подразделения для оказания медицинской помощи на фронтах, в тяжелых условиях и при острой нехватке оборудования и лекарств. В 1992 г. на территории Боснии и Герцеговины открылись 23 специальные больницы для лечения гражданского населения и военнослужащих.

По официальным данным, во время войны было разрушено или серьезно повреждено около 30% медицинских учреждений. Из 80 учреждений неотложной медицинской помощи, работавших до войны в Боснии и Герцеговине, после войны уцелело лишь 46. Полностью были разрушены одна больница общего профиля и одна областная больница. Сильно пострадали социальные службы, хотя многие учреждения продолжали работать. Из-за эмиграции и военных потерь численность медицинских работников сократилась примерно на 30%. Война отразилась и на подготовке медицинских кадров. Так, например, чтобы удержать врачей в стране во время войны, Министерство здравоохранения Республики Сербской запретило выезд медиков за границу для дальнейшего медицинского образования. Это была не единственная помеха продолжению медицинского образования, сказывалось также ограничение передвижения внутри страны.

Во время войны поступления в страховые фонды сильно уменьшились. Медицинским работникам в лучшем случае платили минимальную зарплату.

В соответствии с Дейтонским соглашением система здравоохранения страны была разделена на две отдельные системы, вся ответственность за организацию, финансирование и оказание медицинской помощи была возложена на каждый из субъектов. Каждый субъект принял свой закон о здравоохранении. Образованный в 2000 г. округ Брчко с населением около 90 000 человек² «обязан организовать, финансировать и обеспечивать медицинское обслуживание», — так сказано в Законе о здравоохранении округа Брчко Боснии и Герцеговины.

¹ PURVACIC, Z., et al. Vaccination coverage in Bosnia and Herzegovina during the 1992-1995 war. *Croatian Medical Journal*, 38(2).

² По данным Управления Верховного представителя, последняя перепись прошла в 1991 г.: зарегистрировано 90 000 жителей. (http://www.ohr.int/ohr-offices/brcko/gen-info/default.asp?content_id=6139) (данные взяты 1 июня 2002 г.).

Структура и управление

В Боснии и Герцеговине за управление здравоохранением, финансирование, организацию и обеспечение медицинской помощи отвечает каждый субъект, причем округ Брчко имеет свою собственную систему здравоохранения, не подчиненную ни одному из субъектов. Таким образом, в Боснии и Герцеговине, население которой 3,6—3,9 миллиона человек, функционируют 13 министерств здравоохранения: одно в Республике Сербской, одно в округе Брчко, одно федеральное и десять кантональных министерств в Федерации Боснии и Герцеговины. Организационную структуру здравоохранения в каждом из субъектов и округе Брчко можно коротко охарактеризовать следующим образом:

- В Республике Сербской — централизованная система здравоохранения: планирование, нормирование и управление осуществляет Министерство здравоохранения и социального обеспечения, расположенное в Бания-Луке.
- В Федерации Боснии и Герцеговины управление системой здравоохранения децентрализовано: в каждом кантоне — свое министерство, ответственное за обеспечение первичного и специализированного медицинского обслуживания. Министерство здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, расположенное в Сараево, координирует работу кантональных органов здравоохранения на уровне Федерации. Такая структура, естественно, требует дополнительных затрат, координации управления на уровне субъекта; возникают и другие вопросы, с которыми не сталкивается Республика Сербская.
- Округ Брчко обеспечивает первичное и специализированное медицинское обслуживание своих граждан. Население округа невелико, поэтому в упомянутом выше Соглашении о Брчко¹ говорится следующее:
 - 1) каждый субъект Республики обязан вносить средства за медицинское обслуживание пенсионеров, ветеранов войны, инвалидов, перемещенных лиц и других категорий граждан, которые не застрахованы в

¹ Соглашение о выполнении обязательств субъектов в соответствии с окончательным арбитражным решением по Брчко в области здравоохранения и медицинского страхования. Сараево, Управление Верховного представителя, 1999 г.

округе Брчко (например, жители какого-либо из субъектов, которые лечатся в Брчко);

- 2) субъекты будут также вносить средства, в соответствии с установленным в каждом из них порядком, за безработных до тех пор, пока бюро по безработице не отойдет к округу Брчко.

Важно иметь в виду, что в стране нет единого учреждения, отвечающей за финансирование и организацию медицинского обслуживания. Поэтому в данном обзоре приходится отдельно описывать особенности каждой системы здравоохранения. При описании органов власти и учреждений здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины те из них, которые относятся к 10 кантонам, называются кантональными, а относящиеся к уровню Федерации — федеральными. Таким образом, слово «федеральный» в этом обзоре означает не общенациональный (то есть относящийся и к Федерации Боснии и Герцеговины, и к Республике Сербской), а относящийся к уровню Федерации Боснии и Герцеговины. Округ Брчко в данном обзоре далее не рассматривается.

Организационная структура системы здравоохранения

Не считая вышеупомянутого деления здравоохранения по субъектам, структура здравоохранения в Боснии и Герцеговине существенно не изменилась в своей основе по сравнению с предвоенной. Это видно из рисунков 3, 4, 5.

Такое сходство до- и послевоенных систем здравоохранения сохранилось вопреки процессу реформирования, децентрализации и рецентрализации, начатому в рамках Дейтонского соглашения. Несмотря на ряд реформ, избытие рабочих групп, законов и законопроектов, система здравоохранения остается почти такой же, как в момент объявления независимости (см. также раздел «Реформы здравоохранения»).

Проблема централизации и децентрализация является ключом к пониманию организации здравоохранения в Боснии и Герцеговине. Как отмечалось ранее, до распада Югославии система здравоохранения была централизована на уровне Республики Босния и Герцеговина. После войны, в соответствии с Дейтонским соглашением, Босния и Герцеговина разделилась на два субъекта, каждый со своей системой здравоохранения. При этом Республика Сербская сохранила централизованную систему здравоохранения, а Федерация Боснии и Герцеговины выбрала децентрализованную кантональную систему, в которой каждый кантон отвечает за финансирование и управление здравоохранением на своей территории. При такой системе управление на федеральном уровне носит рекомендательный характер.

Босния и Герцеговина — яркий пример преждевременной децентрализации. Довоенные учреждения здравоохранения не готовы к переменам и продолжают работать по старинке, а новые еще не научились работать эффективно. Раздел Боснии создал ряд проблем для здравоохранения. Во-пер-

Рисунок 3. Организационная структура системы здравоохранения в Федерации Боснии и Герцеговины

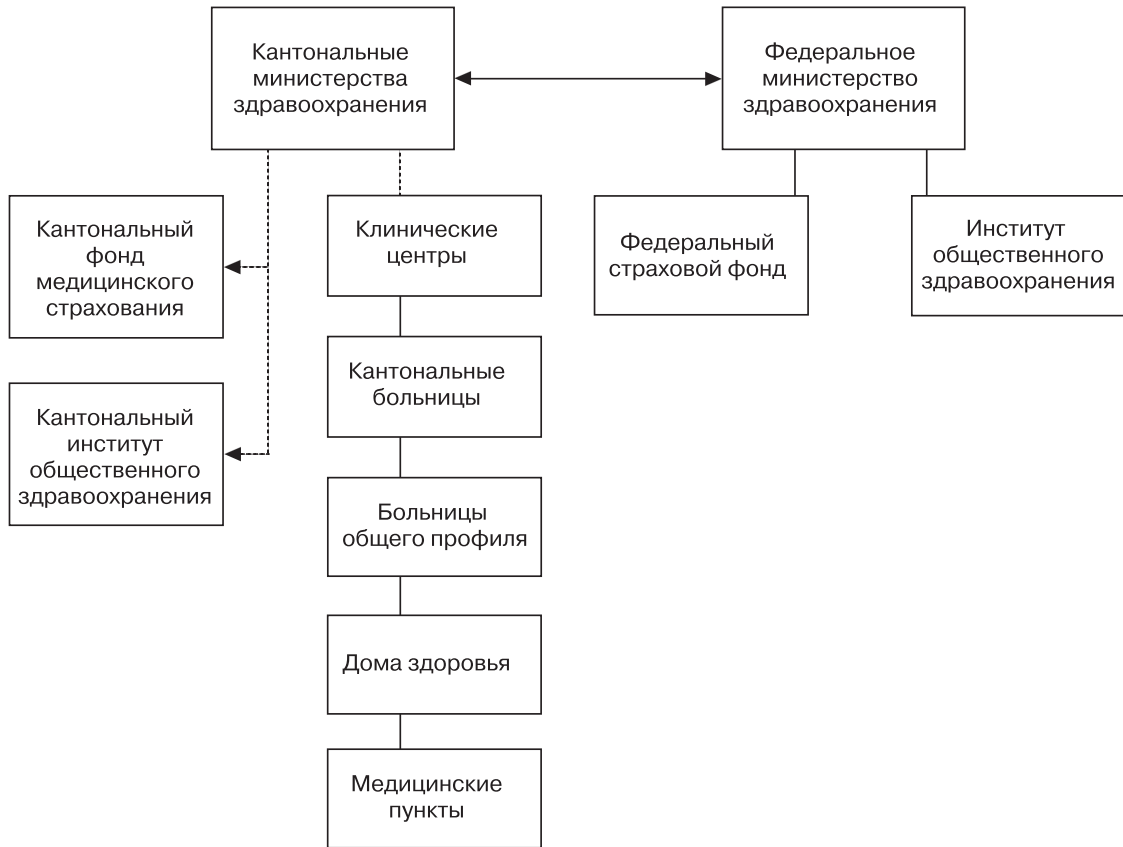


Рисунок 4. Организационная структура системы здравоохранения в Республике Сербской

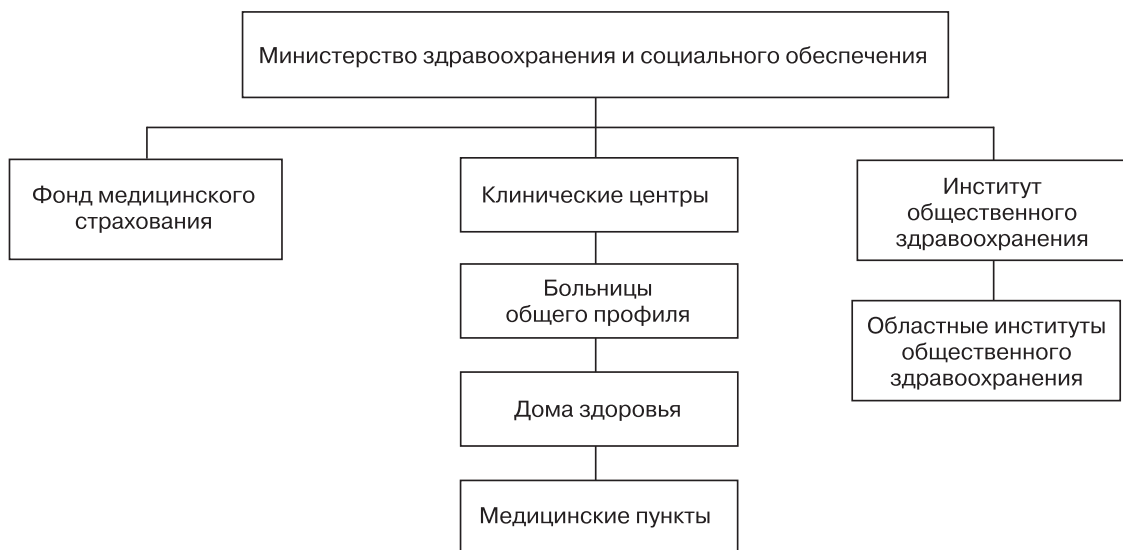
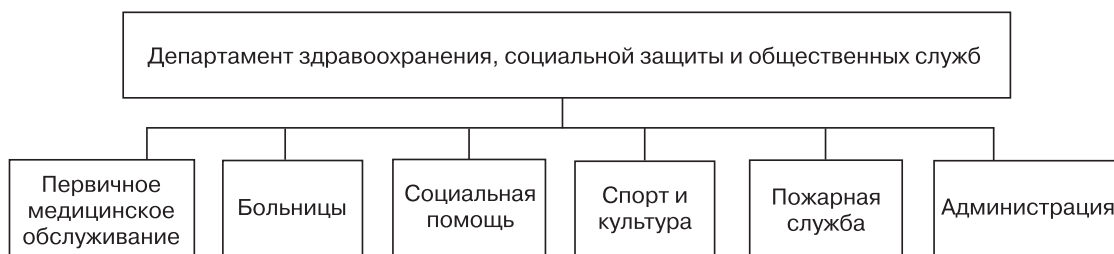


Рисунок 5. Организационная структура системы здравоохранения в округе Брчко



вых, субъекты почти не взаимодействуют друг с другом в вопросах здравоохранения, поскольку нет соответствующих официальных механизмов. Во-вторых, и кантоны, входящие в Федерацию Боснии и Герцеговины, официально друг с другом не сотрудничают.

Правда, есть исключения. Так, недавно был принят закон, предусматривающий минимальное распределение между кантонами Федерации затрат на обеспечение высокоспециализированной медицинской помощи. Распределять эти средства будет Федеральный фонд медицинского страхования. Образование Фонда федеральной солидарности в январе 2002 г. вселяет твердую надежду на улучшение доступа к медицинской помощи для всего населения Федерации и расширение сотрудничества между кантонами. Еще одним исключением является принятый в декабре 2001 г. закон, предусматривающий, среди прочего, распределение нагрузки между медицинскими учреждениями, однако пока этот план остается на бумаге. До появления упомянутых законов единственным примером сотрудничества между кантонами было объединение средств фондов медицинского страхования хорватских кантонов для более широкого территориального покрытия рисков. Хотя распределение ресурсов при этом, вероятно, улучшилось, объединение на основе этнической принадлежности противоречило принципам Дейтонского соглашения.

Третья проблема, связанная с децентрализацией, заключается в том, что распределение больниц по субъектам и кантонам неравномерно и не обеспечивает одинаковой доступности медицинской помощи.

Четвертая проблема возникла из-за внезапности, неподготовленности децентрализации. Не было переходного периода, во время которого можно было бы наработать соответствующий опыт и возможности для проведения сложного процесса децентрализации. Поэтому учреждения здравоохранения продолжали (или пытались продолжать) выполнять те же функции, что и до войны (не проводя реорганизацию), несмотря на значительные изменения административной структуры и методов управления. Раздробленность здравоохранения способствовала дублированию медицинских услуг в каждом субъекте и кантоне. К сожалению, отсутствие технической возможности часто принималось за отсутствие политической воли.

Поскольку системы здравоохранения субъектов не связаны друг с другом, в следующем разделе каждая из них будет описана отдельно. Остальная

часть этого документа составлена следующим образом: сначала по каждой теме дается обзор на уровне государства в целом, а затем — на уровне каждого из субъектов.

Федерация Боснии и Герцеговины

Министерства здравоохранения

В Федерации 11 министерств здравоохранения: одно федеральное и по одному в каждом из десяти кантонов. Органы федерального уровня не имеют почти никакой власти над десятью кантональными министерствами. По закону, на федеральный уровень передаются те функции, которые невозможно осуществлять на уровне кантонов, например, пограничный (таможенный) контроль, разработка законодательства. Работой здравоохранения, согласно закону, руководят кантональные власти. Они отвечают за организацию медицинского обслуживания, сбор и расходование страховых взносов, политику и планирование в области здравоохранения. В каждом кантоне есть свой фонд медицинского страхования, свои медицинские учреждения, включая больницы, дома здоровья (поликлиники) и медицинские пункты. Кантональные министерства независимы и, в отличие от федерального, распоряжаются средствами фондов социального медицинского страхования. Вместе с тем бюджет кантональных министерств обычно невелик, как и их возможности (штат состоит из одного-двух человек), население, которое они представляют, невелико, поэтому у них мало рычагов для реального управления кантональными системами здравоохранения. Хотя федеральное министерство является консультативно-регулирующим органом по отношению к кантональным министерствам, его возможности по обеспечению выполнения своих распоряжений вызывают сомнения. В качестве примера можно привести разделение фонда медицинского страхования в Герцеговинско-Неретвинском кантоне на два фонда вопреки тому, что федеральное министерство разрешило каждому кантону иметь только один фонд медицинского страхования.

На федеральное Министерство здравоохранения возложены следующие обязанности:

- выработка политики Федерации Боснии и Герцеговины в области здравоохранения;
- наблюдение за состоянием здоровья населения;
- планирование сети медицинских учреждений, в том числе их расширения и переоборудования;
- регулирование и развитие обязательного медицинского страхования;
- регулирование работы общественного здравоохранения и надзор за работой санитарных инспекций, своими силами или через другие органы (например, через Федеральное бюро противорадиационной защиты и радиационной безопасности).

В обязанности министерства входит также надзор за работой учреждений здравоохранения, однако на практике этим занимаются кантональные ми-

нистерства. Кроме того, министерство назначает членов правления фонда медицинского страхования и директоров медицинских учреждений.

Кантональные министерства здравоохранения разрабатывают законы в области здравоохранения для своих кантонов, консультируют по техническим вопросам и обеспечивают соблюдение установленных норм и правил. Они контролируют работу кантональных больниц, поликлиник, медицинских пунктов и также других учреждений здравоохранения кантонального уровня. Кроме того, кантональные министерства избирают членов правления медицинских учреждений уровня субъектов Федерации Боснии и Герцеговины.

Министерство финансов

Министерство финансов получает причитающуюся ему долю государственных доходов от налоговых поступлений и международной помощи и передает часть средств Министерству здравоохранения. Платежи в фонды медицинского страхования вносят сами компании, без посредничества министерства финансов. В некоторых кантонах сразу после войны кантональные министерства финансов собирали и передавали средства в фонды медицинского страхования. Сейчас платежи в фонды медицинского страхования осуществляются напрямую.

Министерство образования

Министерство образования (вместе с Министерством здравоохранения) участвует в разработке тех законов в области здравоохранения, которые имеют отношение к образованию вообще и к образованию медицинского персонала в частности. Министерство образования ежегодно определяет число набираемых студентов, в том числе в три медицинских института Федерации Боснии и Герцеговины — в Мостаре, Сараево и Тузле. Однако Министерство здравоохранения никак не взаимодействует с Министерством образования в вопросах кадрового планирования и почти не участвует в разработке программ обучения в медицинских институтах.

Федеральное Министерство здравоохранения, по заявкам от кантонов, утверждает курсы подготовки специалистов и тем самым может влиять на численность врачей-специалистов. Однако у Министерства нет ни отдела, занимающегося трудовыми ресурсами, ни четкой политики в этом вопросе. Отсутствие сотрудничества между Министерством образования и Министерством здравоохранения отрицательно сказывается на кадровом планировании в целом и на уровне подготовки медицинских кадров в Федерации Боснии и Герцеговины.

Фонды медицинского страхования

Здравоохранение финансируется в основном за счет средств, поступающих по планам медицинского страхования в один федеральный и десять кантональных фондов медицинского страхования. Немаловажное значение имеют кредиты банков развития, международные пожертвования, а также ассигнования из бюджета Федерации.

Федеральному фонду медицинского страхования поручен надзор за дея-

тельностью 11 фондов обязательного страхования. Кроме того, он должен обеспечивать перестрахование, а также соблюдение международных соглашений и законов.

Правительство каждого кантона назначает членов правления фонда медицинского страхования своего кантона. Правление фонда устанавливает ставки взносов в местный фонд или готовит соответствующие предложения на утверждение парламенту кантона, ведет учет доходов и расходов фонда медицинского страхования и отчитывается перед федеральным и кантональным правительством.

Как уже говорилось, в январе 2002 г. был создан Фонд федеральной солидарности для уменьшения дублирования услуг в кантонах и обеспечения больным доступа к тем услугам, которые они не могут получить по месту жительства. Теперь жители более бедных кантонов имеют такой же доступ к дорогим услугам, как и жители более богатых кантонов. Таким образом, причины для объединения фондов по национальному признаку исчезли и 15 января 2002 г. хорватский межкантональный фонд медицинского страхования прекратил свое существование. Теперь в каждом кантоне имеется единый счет, куда поступают все страховые взносы. Кантональные фонды медицинского страхования отчисляют 8% от собранных взносов в Фонд федеральной солидарности. В соответствии с решением парламента, такая же сумма выделяется из государственного бюджета для того, чтобы компенсировать отсутствие взносов от лиц, не имеющих заработка (пенсионеров, безработных, нетрудоспособных граждан), и выровнять расходы на здравоохранение в пределах Федерации.

Профессиональные палаты

По закону, каждый работник здравоохранения должен быть членом соответствующей палаты: врачебной, фармацевтической, палаты медицинской биохимии или палаты среднего медицинского персонала. Палаты организуются на уровне кантонов. Некоторые палаты объединяют специалистов нескольких кантонов, что способствует укреплению связей между кантонами. В сферу деятельности палат входит:

- контроль за соблюдением профессиональной этики;
- консультирование Министерства здравоохранения по вопросам выдачи, продления и отзыва лицензий частнопрактикующих врачей;
- представление интересов своих членов на переговорах со страховыми фондами;
- помощь гражданам в реализации их прав в отношении качества, объема и вида медицинской помощи;
- консультирование по вопросам определения цен на медицинские услуги;
- лицензирование работников здравоохранения;
- участие в разработке стандартов и норм в области здравоохранения;
- обеспечение повышения квалификации медицинских работников;
- консультирование по вопросам нормирования повышения квалификации.

Пока еще далеко не все медицинские работники являются членами этих профессиональных организаций.

Профессиональные объединения

Как и до войны, любой врач может вступить в профессиональное объединение, чтобы защищать свои интересы и развиваться в профессиональном отношении. Медицинские объединения есть в Сараевском и Тузланском кантонах. На федеральном уровне действует объединение фармацевтов, в которое пока вошли лишь кантоны, населенные в основном мусульманами (в хорватских кантонах создано свое фармацевтическое объединение). В Сараево создается объединение стоматологов.

Профессиональные союзы работников здравоохранения

Профессиональные союзы работников здравоохранения — добровольные неправительственные организации, объединяющие работников отдельных отраслей медицины для защиты их интересов. Основное внимание профсоюзы уделяют вопросам повышения заработной платы, улучшения условий работы, расширения прав работников. В последние годы наиболее заметным результатом деятельности профсоюзов были забастовки.

Учреждения здравоохранения

В федеральном Законе об охране здоровья предусмотрены следующие типы учреждений здравоохранения:

- первичное медицинское обслуживание: центры первичной медицинской помощи — поликлиники («дома здоровья»), медицинские пункты, центры помощи на дому и аптеки;
- специализированная помощь (консультации специалистов, стационарное лечение): специализированные поликлиники, больницы, оздоровительные и реабилитационные центры, институты.

Учреждения здравоохранения находятся в муниципальной, кантональной и федеральной собственности и создаются на федеральном, кантональном и муниципальном уровнях.

В главные медицинские учреждения федерального уровня — это клиники медицинских институтов, Институт общественного здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, Институт трансфузионной медицины, Институт контроля качества лекарственных средств и Федеральный совет по здравоохранению при Министерстве здравоохранения.

На кантональном уровне работают:

- кантональные больницы;
- институты общественного здравоохранения;
- станции переливания крови;
- центры гигиены труда и лечебной физкультуры.

Учреждений двух последних типов в большинстве кантонов пока нет.

Республика Сербская

Министерство здравоохранения и социального обеспечения

Министерство здравоохранения и социального обеспечения Республики Сербской отвечает за управление, нормирование и бюджетно-налоговую

политику в сфере здравоохранения. Министерство выполняет следующие функции:

- профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения;
- наблюдение за состоянием здоровья населения, оценка и прогноз потребностей в медицинской помощи;
- организация медицинской помощи;
- профессиональное обучение и специализация медицинских кадров;
- надзор за лечебной работой в учреждениях здравоохранения;
- надзор за финансовой деятельностью медицинских учреждений;
- финансирование медицинского страхования и здравоохранения из доходов государства;
- производство и контроль за распространением лекарственных средств, ядовитых и наркотических веществ, медицинского оборудования;
- контроль продуктов питания и товаров народного потребления;
- санитарный надзор.

Министерство также управляет системой социального страхования и социального обслуживания, включая страхование пенсий и инвалидности для всех профессий, оказание социальной помощи семьям и детям, а также деятельность общественных организаций и ассоциаций.

Министерство финансов

Помимо выполнения своей основной обязанности — контроля за сбором налогов и расходованием средств в масштабах субъекта — Министерство финансов должно покрывать расходы на медицинское страхование следующих групп населения:

- ветеранов, инвалидов войны и семей погибших военнослужащих;
- уволенных по сокращению штатов работников, все еще получающих компенсацию;
- безработных, имеющих среднее и высшее образование, зарегистрированных в Республиканском бюро по трудоустройству;
- совершеннолетних учащихся, зарегистрированных в Республиканском бюро по трудоустройству;
- пенсионеров;
- лиц, регулярно получающих пособие по нетрудоспособности или помещенных в интернаты и не застрахованных иным образом; а также
- беженцев и перемещенных лиц, не застрахованных иным образом.

Однако точных данных о численности этих групп не существует; по расчетам фонда медицинского страхования, он должен ежемесячно получать примерно 2,3 миллиона марок. За первые 9 месяцев 2001 г. Министерство финансов передало Фонду медицинского страхования 7 миллионов марок.

Министерство образования

Министерство образования по закону не обязано согласовывать с Министерством здравоохранения число студентов, принимаемых в Медицинский университет Республики Сербской в Баня-Луке. Министерство здравоо-

охранения, однако, утверждает учебную программу университета, удовлетворяет ходатайства о специализации врачей и определяет, сколько врачей-специалистов и каких специальностей будут работать в Республике Сербской.

Медицинское страхование

Единственной организацией, отвечающей по закону за сбор взносов и их распределение по медицинским учреждениям Республики Сербской, является Фонд медицинского страхования. Этот единый Фонд действует на принципах солидарности и взаимности. Фондом управляет Ассамблея, избираемая плательщиками. Генерального директора выдвигает Ассамблея Фонда, а утверждает правительство Республики Сербской. Работу Фонда контролируют Министерство здравоохранения и налоговая полиция.

У Фонда медицинского страхования Республики Сербской 8 областных отделений и 54 филиала. Фонд управляется централизованно. Областные отделения частично самостоятельны: они распоряжаются примерно 80% средств, собранных на своей территории; филиалы же не имеют никакой самостоятельности в принятии решений.

Главное управление Фонда отвечает за планирование всей его деятельности. Оно устанавливает цены, разрабатывает контракты, проводит внутренние проверки, распределяет фонды, а также делает некоторые централизованные закупки. Областные отделения отвечают за заключение контрактов и контроль за их выполнением, распределяют средства по медицинским учреждениям, собирают взносы в своих регионах. Филиалы помогают соответствующим областным отделениям контролировать текущую деятельность, в частности, ведут регистрацию членов и обеспечивают выполнение страховых обязательств.

Профессиональные палаты

Медицинские палаты — независимые профессиональные организации врачей, стоматологов и фармацевтов Республики Сербской. Все практикующие медицинские работники, по закону, должны быть членами соответствующих палат. В сферу деятельности палат входит:

- лицензирование работников здравоохранения;
- проверка знаний и квалификации работников здравоохранения;
- ведение реестров работников здравоохранения;
- контроль за соблюдением профессиональной этики;
- сотрудничество с Министерством здравоохранения, Фондом медицинского страхования и профессиональными ассоциациями;
- профессиональное консультирование и выдача заключений специалистов относительно подготовки медицинских специалистов, проведения экзаменов по профессии, набора аспирантов, развития сети медицинских учреждений, законов и других обязательных постановлений, касающихся медицинского обслуживания;
- участие в определении норм медицинской помощи;
- обеспечение повышения квалификации медицинских кадров;

- участие в подготовке законов о повышении квалификации медицинских работников;
- защита профессиональных и иных интересов своих членов.

Профессиональные объединения

Медицинские объединения — негосударственные организации, действующие на всей территории Республики Сербской. Для разных специальностей существуют свои объединения.

Профессиональные союзы работников здравоохранения

Профессиональные союзы работников здравоохранения — это добровольные негосударственные организации, образованные для защиты интересов своих членов. К этим интересам относится заработная плата и улучшение условий труда, а также другие права, связанные с работой. Профсоюзы объединяют врачей, средний медицинский персонал и других работников здравоохранения. За последние годы профсоюзы провели несколько забастовок.

Учреждения здравоохранения

Учреждения здравоохранения, действующие в Республике Сербской, находятся в муниципальной собственности. Согласно статье 22 Закона о здравоохранении, к учреждениям здравоохранения относятся две клиники, Институт общественного здравоохранения и несколько специализированных медицинских учреждений, центров и поликлиник (например, реабилитационные центры и Центр переливания крови). Помимо областных больниц, есть еще областные филиалы Института общественного здравоохранения.

Больницы общего профиля и аптеки расположены в городах и крупных населенных пунктах. Каждый муниципалитет имеет свой центр здоровья. Кроме того, существует множество поликлиник — местных отделений домов здоровья (их функции будут описаны ниже).

В Республике Сербской все больницы, кроме одной, в которой примерно 50 коек, являются государственными и работают по договорам с Фондом медицинского страхования. Есть несколько специализированных частных амбулаторий, которые не финансируются государством и работают либо полный, либо неполный рабочий день (так называемые учреждения с дополнительными часами работы). Частная больница и частные амбулатории являются коммерческими организациями.

Планирование, нормирование и управление

Босния и Герцеговина унаследовала систему жесткого планирования сети медицинских учреждений и кадров. Большинство медицинских учреждений работают строго по плану. Например, устройство медицинских пунктов определяется нормативными актами, принимаемыми городскими или муниципальными собраниями. Однако, как показывает опыт, в некоторых районах планирование не более чем фикция: власти медлительны, не реаги-

руют на нужды населения, неспособны претворять в жизнь решения и законы, вырабатывать и осуществлять обоснованную политику, обеспечивать гласность принятия решений. Как отмечалось в недавнем отчете Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев, сложная, дорогостоящая и недееспособная система управления отражает слабость всего государственного управления в Боснии и Герцеговине. «Война разрушила государственные институты и подорвала власть закона; слабость новых институтов и политическая раздробленность на национальной почве создает условия для коррупции и злоупотреблений»¹.

Власти не способны обеспечить соблюдение законов и полностью собрать взносы медицинского страхования. К тому же, после войны большинство медицинских учреждений в Боснии и Герцеговине плохо управляются.

Ощущаются и отрицательные последствия децентрализации (особенно в Федерации Боснии и Герцеговины). Согласно Конституции Боснии Герцеговины и Дейтонскому соглашению, за здравоохранение отвечает не центральное правительство, а каждый субъект в отдельности. По Конституции Федерации Боснии и Герцеговины, полномочия в области здравоохранения делятся между федеральными и кантональными органами власти, которые могут действовать вместе или порознь, или же каждый кантон может обеспечивать охрану здоровья своего населения, согласовывая действия с федеральными органами. Было решено организовывать здравоохранение на уровне кантонов, а функции согласования передать на федеральный уровень. Такая организация, по замыслу, должна была способствовать приведению системы здравоохранения в соответствие с потребностями населения с учетом местных эпидемиологических, демографических и социальных особенностей. На деле же она оказалась слишком сложной и громоздкой, чтобы нормально работать. Сказалось, в частности, слабость регулирования надзора и контроля на федеральном уровне и нехватка управленческих ресурсов на местах.

Федерация Боснии и Герцеговины

Планирование

При традиционном нормативно-затратном подходе к планированию преимущества получают городские и специализированные медицинские учреждения. Следствием этого является неравномерная обеспеченность медицинскими учреждениями. На планирование влияет политическое лоббирование и этническое разделение. Хотя сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти в Федерации Боснии и Герцеговине, их профилактикой никто всерьез не занимается. Зато выстроено два дорого-

¹ ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА ПО БОСНИИ И ГЕРЦЕГОВИНЕ. *Меморандум Президента Международной ассоциации развития исполнительным директорам о стратегии оказания помощи стране*. Сараево, Группа Всемирного банка по Боснии и Герцеговине, 2000 г.

стоящих, прекрасно оборудованных центра кардиохирургии в Сараеве и Тузле, в 120 километрах друг от друга. Это яркий пример избыточности специализированной помощи в ущерб первичной.

Нормирование

Согласно Закону о здравоохранении, кантоны могут разрабатывать собственные нормативные документы, которые затем обобщаются на федеральном уровне. На практике большинство таких документов разрабатывает Министерство здравоохранения Федерации (уровень субъекта), а именно его юридический отдел, ответственный за подготовку нормативных предложений. Правовая основа системы здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины заложена в двух основных законах: о защите здоровья и о медицинском страховании.

В области общественного здравоохранения приняты следующие федеральные законы (см. далее «Законодательная база реформы здравоохранения»):

- Приказ об обязательной иммунизации (издается ежегодно);
- Закон о радиационной безопасности и защите от ионизирующего излучения (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 15/1/99);
- Закон о торговле лекарственными средствами (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон об изготовлении и продаже наркотических веществ (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон о торговле отравляющими веществами (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон о транспортировке опасных веществ (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон о санитарных требованиях к продуктам питания и товарам народного потребления (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон о защите населения от инфекционных заболеваний, представляющих угрозу для населения страны (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон о санитарном надзоре (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 2/92);
- Закон о перемещенных лицах и беженцах (Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 9/00);
- Закон о табаке и использовании табачных изделий (1/97).

Управление

Руководство медицинскими учреждениями в Федерации Боснии и Герцеговины носит более авторитарный характер, чем в западноевропейских странах. Во главе каждого медицинского учреждения в Федерации Боснии и Герцеговины стоит директор и его заместитель, которых назначает совет управляющих.

Состав совета зависит от принадлежности учреждения: в федеральных учреждениях он состоит из девяти членов, в учреждениях, находящихся в собственности одного или более кантонов, — из восьми. И в том, и в другом случае правительство Федерации назначает председателя совета по предложению министра здравоохранения. В советах учреждений, принадлежащих одному кантону или находящихся в муниципальной собственности, — пять членов, а его председателя назначает правительство соответствующего кантона. Врач, которого назначают директором специализированного учреждения, должен быть специалистом в соответствующей области. Специальной управленческой подготовки не требуется. Директор клиники при медицинском институте должен быть штатным преподавателем. Директор учреждения назначает так называемый экспертный совет, обычно из руководителей отделов этого учреждения. Члены экспертного совета имеют право вносить предложения и принимать решения в пределах своей профессиональной компетенции, а также следят за соблюдением профессиональной этики.

Децентрализация

Как уже говорилось, после заключения Дейтонского соглашения вся ответственность за финансирование и управление здравоохранением, за исключением санитарно-эпидемиологических служб и контроля за качеством лекарств и препаратов крови, перешла к органам власти кантонов.

В 1996 г. был принят Закон о медицинском страховании, согласно которому созданы десять кантональных фондов медицинского страхования. Из-за автономности кантонов система получилась раздробленной; кантональные фонды, если не считать единственного примера, не торопятся объединять средства. К тому же, хотя Закон о медицинском страховании предусматривает возможность слияния двух или более кантональных фондов, есть опасения, что такие слияния будут происходить исключительно на национальной основе, как это было в хорватских кантонах Герцеговины, тем самым усиливая неравенство доступа к медицинской помощи. Такая ситуация еще больше ухудшает собираемость средств на федеральном уровне, и без того плохую из-за высокого уровня безработицы и развития теневой экономики.

Хотя власти Федерации пообещали провести широкую приватизацию, практических шагов пока не последовало. В действительности многие врачи имеют частную практику или оказывают частные услуги по вечерам, иногда в тех же больницах, где они работают.

Республика Сербская

Планирование

Планирование сети учреждений здравоохранения подразумевает определение типов, числа, структуры и распределения медицинских учреждений, организуемых правительством, городскими или муниципальными органами власти. Различные типы медицинских учреждений перечислены в ста-

ть 22 Закона о здравоохранении, принятого в ноябре 2000 г. Хотя этот закон вступил в силу в январе 2001 г., он до сих пор еще не введен в действие полностью.

Согласно рекомендациям, изложенным в Законе о здравоохранении, учреждение первичной медицинской помощи должно находиться не далее 8 км от места жительства любой обслуживаемой ими семьи, а каждая группа семейных врачей должна обслуживать не более 2000 жителей. Аналогичные нормы установлены для аптек: каждая аптека должна обслуживать не менее 5000 жителей, радиус обслуживания не должен превышать 10 км. Нормы для больниц обсуждаются.

Нормирование

Отдел министерства, отвечающий за надзор в области здравоохранения, прежде всего должен обеспечивать контроль и сертификацию ввозимых в страну продуктов питания, контроль лекарственных средств и обследование лечебных учреждений с целью лицензирования, а также за проверку государственных и частных медицинских учреждений. Однако эти функции выполняются довольно плохо.

Чтобы исправить положение, предусматривается а) создать орган для регистрации лекарственных средств и аккредитации фармацевтических предприятий, б) разработать закон, регулирующий капиталовложения, в) начать регистрацию и лицензирование медицинских работников после принятия Закона о медицинских палатах, г) создать орган для аккредитации государственных и частных больниц в соответствии с утвержденными нормами и клиническими протоколами.

Недавно Фонд медицинского страхования Республики Сербской учредил свою Ассамблею для того, чтобы выполнить Закон о медицинском страховании в той части, которая касается контроля за сбором страховых взносов, определения ставок взносов, объема страховых обязательств, основного набора медицинских услуг, формулы распределения, определения приоритетов, планирования покупки медицинских услуг. Ставится также цель сделать процесс управления более открытым и улучшить отчетность по расходованию общественных средств.

Кроме того, Республика Сербская приняла такие же законы, как и Федерация Боснии и Герцеговины, кроме законов о табачных изделиях и транспортировке опасных веществ.

Управление

Как и в Федерации Боснии и Герцеговины, во главе совета управляющих каждого медицинского учреждения стоят директор и его заместитель. Состав совета зависит от того, в чьей собственности находится данное учреждение. Правительству Республики Сербской принадлежат клиники, больницы и специализированные учреждения, например, центры реабилитации. В таких учреждениях директор назначается Министерством здравоохранения по рекомендации совета управляющих. Муниципалитетам принадлежат поликлиники (дома здоровья). Здесь директора избирает назначаемый муни-

ципалитетом совет управляющих. Министерство здравоохранения в этом случае может лишь формально утвердить назначение, что не является обязательным.

Директорам медицинских учреждений трудно управлять кадрами: сказывается отсутствие опыта и специальной подготовки, мешают жесткие рамки трудовых соглашений. Это ведет к снижению рентабельности медицинского обслуживания, ухудшению трудовой дисциплины и злоупотреблениям, низкому качеству медицинской помощи в государственном секторе.

Децентрализация

Управление учреждениями здравоохранения в Республике Сербской осуществляется как на центральном, так и на муниципальном уровне. Как уже отмечалось, больницы и клиники подчиняются центру, а дома здоровья — муниципальным органам власти.

Независимость домов здоровья — наследие социалистической системы. Влиять на них министерство почти не может. Многие считают, что такое положение дел тормозит реформу системы здравоохранения. Министерство собирается внести изменения в Закон о здравоохранении для того, чтобы усилить свой контроль над учреждениями первичной медицинской помощи.

Правительство провело децентрализацию фармацевтического сектора путем широкой приватизации (подробнее см. раздел «Лекарственные средства и медицинские технологии»), однако в других областях здравоохранения подобные шаги не предпринимались.

Организационная структура и управление: заключение

Наряду с некоторыми явными улучшениями, сохраняется ряд проблем, связанных со сложной организацией системы здравоохранения в Боснии и Герцеговине. Хотя всем гражданам номинально гарантируется покрытие расходов на медицинскую помощь, в действительности люди часто вынуждены оплачивать медицинские услуги. Такое положение обусловлено несколькими проблемами общегосударственного масштаба.

Первая из них заключается в том, что, несмотря на гигантский административный аппарат из 13 министерств и сложное административно-территориальное деление, нет закона, регулирующего использование учреждений здравоохранения на межсубъектном уровне. До сих пор нет перераспределения средств между субъектами или кантонами, а значит, расходы на лечение жителей какого-либо субъекта или кантона в медицинских учреждениях другого субъекта или кантона не покрываются и такие граждане вынуждены полностью оплачивать свое лечение, что серьезно подрывает принцип равенства возможности получения медицинской помощи.

Вторая проблема заключается в том, что существующая организационная структура здравоохранения затрудняет достижение экономии масштаба и эффективное управление. С другой стороны, стране не под силу содержать огромный аппарат, необходимый для управления такой системой, не говоря

уже о том, насколько сложно координировать работу такой системы плохо подготовленным управленцам.

В недавнем документе¹ Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев говорится об этих двух ключевых взаимосвязанных проблемах — доступности и рентабельности. В нем, в частности, указывается на серьезные ограничения доступности медицинской помощи из-за сложных схем страхования, не допускающих перераспределения денег между фондами, недостатка технически оснащенных медицинских учреждений, общей нехватки средств в системе здравоохранения. Ограничивают доступность и транспортные проблемы, связанные с удаленностью медицинских учреждений, гористым ландшафтом, плохим общественным транспортом. Нехватка медицинских учреждений обостряется возросшей потребностью в медицинских услугах из-за полученных в войну травм и ранений, широкого распространения хронических заболеваний.

¹ *Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of return of refugees and displaced persons*. Geneva, UNHCR, 2001.

Финансирование и затраты

Основная система финансирования

До войны финансирование системы здравоохранения осуществлялось через «самоуправляемые общественные объединения», которые осуществляли медицинское страхование, социальное обеспечение и страхование от инвалидности наемных работников и их семей.

Во время войны взимать налог с заработной платы было невозможно, Фонд медицинского страхования фактически прекратил работу и финансирование здравоохранения осуществлялось через Министерство здравоохранения. В этот период страховые взносы покрывали лишь малую часть расходов, остальные расходы покрывались за счет государственного бюджета, гуманитарной помощи, пожертвований и оплаты услуг населением.

После войны финансирование по довоенной схеме возобновилось, правда, со множеством исключений. В обоих субъектах сбор средств затруднен по многим причинам. Главные из них:

- Экономика страны восстанавливается очень медленно, что ограничивает ресурсную базу социальной сферы.
- Сбор налогов идет с трудом из-за общей неплатежеспособности и неспособности государства обеспечить соблюдение налоговой дисциплины. В результате правительству едва хватает денег на оплату медицинского обслуживания незащищенных слоев населения.
- Налоговое бремя распределено неравномерно, что нарушает принцип справедливости. Финансирование фактически, регрессивное, поскольку ставка налога для каждой категории налогоплательщиков определяется, в конечном итоге, возможностью этот налог собрать. Крестьяне (относительно бедные) и мелкие предприниматели (относительно богатые) платят меньше, чем работники государственных предприятий. Установление минимума страховых выплат усиливает бремя мелких компаний и низкооплачиваемых работников. Доходы в сельском хозяйстве низки, собирать налоги с крестьян невыгодно, и Министерство финансов занимается этим неохотно.
- Данные о неофициальных платежах за медицинские услуги официально не публиковались, однако можно предполагать, что они весьма значи-

тельны в обоих субъектах. Как показало исследование фонда «Нюу Хау», в государственных медицинских учреждениях широко практикуется прямая оплата медицинских услуг гражданами, а ее размеры оцениваются в 4,7% ВВП.

- Министерства здравоохранения субъектов и международные финансирующие организации предпринимают шаги для решения этих проблем (см. также следующую главу «Реформы здравоохранения»).

Три действующих в стране пенсионных фонда недавно договорились о предоставлении средств зарегистрированным пенсионерам, независимо от их места нахождения в Боснии и Герцеговине. Однако на деле это соглашение не может быть выполнено, поскольку в Боснии и Герцеговине пенсионные пособия выплачиваются только по месту регистрации пенсионера. Поэтому, когда пенсионеру требуется лечение не по месту жительства, он официально считается незастрахованным.

По действующему закону, перемещенным лицам и репатриантам гарантируется равное с прочими гражданами страхование здоровья, однако на практике такие лица часто оказываются незастрахованными.

Оба субъекта страдают от одних и тех же недостатков в системе области финансирования здравоохранения — оплаты медицинских услуг из-под полы и низкой собираемости средств, особенно с фермеров, работников частных предприятий и мелких предпринимателей. К тому же в обоих субъектах предусмотрены налоговые льготы для государственных компаний. Далее описана система финансирования каждого субъекта в отдельности.

Федерация Боснии и Герцеговины

Сбор и объединение средств

Сейчас размер страхового взноса составляет 18% заработной платы (в 1991 г. — 14,5%, в 1997 г. — 30%, рост обусловлен уменьшением доли застрахованного населения). Здравоохранение финансируется прежде всего из налогов на заработную плату, в малой степени — из налогов на другие личные доходы. Кроме того, поступают средства из кантональных и муниципальных бюджетов, от международных организаций и из других источников.

По Закону о медицинском страховании, принятом в 1997 г., страхование является обязательным на территории кантона (статья 1). Страхованием подлежат «наемные работники и другие лица, занимающиеся определенными видами деятельности или относящиеся к определенным категориям». Страховка распространяется на членов семьи застрахованного лица. Ставки взносов, способы расчета и уплаты взносов обязательного медицинского страхования определяет Министерство финансов в соответствии с Законом о взносах. Кантональные страховые фонды могут устанавливать свои ставки, в соответствии с решением законодательного органа кантона, однако эти ставки не могут быть выше ставок, установленных Законом о налогах. Средняя ставка сейчас равна 18% от заработной платы, из них 13% платит работник, а 5% — работодатель.

Ежегодно каждый кантон готовит финансовый план обязательного страхования (доходы и расходы) и подает его на утверждение в кантональное министерство здравоохранения. Если расходы превосходят ожидаемые доходы, дефицит покрывается из кантональных и муниципальных бюджетов. Десять кантональных фондов распоряжаются своими финансовыми средствами и распределяют ресурсы по медицинским учреждениям.

Предусматривается обязательное перестрахование на случай непредвиденных обстоятельств. При этом распоряжается средствами, собранными перестраховочной компанией в качестве взносов, и хранит их Страховой фонд Федерации Боснии и Герцеговины. Кантоны имеют право самостоятельно вводить так называемое «расширенное медицинское страхование», предусматривающее услуги, не входящие в федеральную программу обязательного медицинского страхования.

Считается, что сведения о зарплате часто занижаются, хотя фактов, подтверждающих это мнение, немного. Такая практика отрицательно сказывается и на страховых взносах, и на налоговых поступлениях. Из-за недостатка средств у кантонов и неравномерного распределения населения по кантонам объединенный риск часто слишком мал.

Республика Сербская

Сбор и объединение средств

Согласно принятому в 1999 г. Закону о медицинском страховании, обязательное социальное медицинское страхование обеспечивает покрытие расходов на медицинское обслуживание застрахованных лиц и членов их семей. Закон определяет обязанности по уплате взносов для каждой группы населения (например, крестьянско-фермерских хозяйств, наемных работников, работодателей, правительственных и общественных организаций, отвечающих за страхование социально уязвимых групп). Введена совместная оплата, при которой застрахованный частично оплачивает медицинские услуги, остальную часть их стоимости покрывает социальное страхование.

Взносы рассчитываются в зависимости от зарплаты; ставки различаются для разных групп работников:

- наемные работники: 15% (7,5% платит работник, 7,5% — работодатель) заработной платы за вычетом налогов (около 44 марок в месяц);
- лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью: 15% заработной платы за вычетом налогов (около 34 марок в месяц);
- пенсионеры: 4% пенсии (около 10 марок в месяц);
- безработные: 10 марок в месяц (платит фонд страхования по безработице);
- крестьянско-фермерские хозяйства: 16% расчетного поимущественного налога (около 4 марок в месяц) плюс разница для достижения минимального ежемесячного взноса в 20 марок;
- взносы из государственного бюджета не должны быть меньше среднего подушного взноса за предыдущий год (примерно 20 марок в месяц).

По данным за 1998 г., страховые взносы платило около 70% населения (около 980 000 человек, из которых 525 000 — работники государственного сектора, 150 000 — пенсионеры и 150 000 — крестьяне). Причина низкой собираемости взносов заключается в том, что те министерства, которые должны платить взносы за незащищенные группы населения, регулярно платили лишь часть этих взносов: по разным группам было выплачено от 10 до 90% положенных сумм, общая задолженность в 2000 г. составила 80%. Источники доходов Фонда медицинского страхования Республики Сербской перечислены в таблице 6.

В Законе о медицинском страховании не предусматривается ни возможность отказа от страхования, ни добровольное страхование¹. Последнее считается излишним и рассматривается как способ ухода от уплаты взносов в систему обязательного страхования. Вместе с тем закон разрешает так называемое расширенное страхование, включающее дополнительные услуги и покрытие доли в совместных платежах. Обязательное медицинское страхование осуществляет Фонд медицинского страхования, а на рынке дополни-

Таблица 6. Структура источников дохода Фонда медицинского страхования Республики Сербской, %

Источники	1998	1999 ^a
Государственный сектор	82,2	81,4
Частный сектор	3,2	3,3
Пенсионный фонд	1,8	3,1
Фонд помощи безработным	0,1	0,2
Крестьянско-фермерские хозяйства	2,0	1,7
Добровольное страхование	0,3	<0,1
Муниципальный бюджет	0,3	<0,1
Областной бюджет	0,4	0,0
Бюджет правительства Республики Сербской	7,5	3,7
Разовые источники	1,7	0,0
Пожертвования	0,5	0,0
Другие взносы	0,0	2,1
Другие доходы	0,0	4,4
Итого	100,0	100,0

Источник: Финансовый отчет по здравоохранению, Босния и Герцеговина. Лондон, Фонд «Know How» и организация «Health and Life Sciences Partnership», 1999.

^a Рост финансирования в марках составил около 35%, в постоянных ценах он намного меньше.

¹ Под «добровольным страхованием» здесь понимается заключение гражданами страховых договоров, покрывающих основной набор медицинских услуг, вне системы обязательного государственного страхования. Термин «дополнительное страхование» используется для разъяснения права граждан на расширение набора услуг, гарантируемых обязательным страхованием.

тельного страхования могут работать многие компании. Однако разработка соответствующей нормативной базы еще не завершена и такого рынка пока не существует.

Министерство обороны — единственное ведомство, у которого есть параллельная, правда, небольшая, сеть медицинских учреждений, оказывающих первичную медицинскую помощь военнослужащим и членам их семей. В тех случаях, когда эти учреждения не могут оказать нужную помощь и военнослужащим приходится обращаться в гражданские медицинские учреждения, Министерство обороны оплачивает их медицинское обслуживание.

Набор медицинских услуг

Несмотря на формальный охват граждан Боснии и Герцеговины обязательным медицинским страхованием, часто возникают сложности с оплатой лечения, поскольку система страхования не обеспечивает достаточного покрытия, а стоимость медицинских услуг непомерно высока.¹ В отсутствие страхового покрытия людям приходится оплачивать полную стоимость услуг (роды обходятся в среднем в 160—270 евро в Республике Сербской и 127—360 евро в Федерации Боснии и Герцеговины).

Эта проблема является следствием острой нехватки в обоих субъектах средств для обеспечения гарантированной государством медицинской помощи. Это ведет к тому, что на деле доступ к ней ограничен, и многие больные ее не получают. Некоторые из них в состоянии заплатить за те же услуги в частном секторе. По имеющимся данным, это сейчас один из главных способов ликвидации разрыва между потребностью в медицинском обслуживании и возможностями государства по его обеспечению. Другие вынуждены обходиться без медицинской помощи. Третьи с помощью взятки добиваются «изменения очередности» на получение услуг в государственных медицинских учреждениях. Как показывают опросы, к этому способу прибегал каждый четвертый, воспользовавшийся медицинской помощью в 1999 г., или трое из каждых восьми лечившихся в государственных медицинских учреждениях.

В обоих субъектах закон предусматривает покрытие всех видов неотложной помощи, независимо от платежеспособности больного. Однако постоянная нехватка денег и оборудования принуждает к экономии. В результате практикуется сокращение объема неотложной помощи до минимума. Важно отметить, что, хотя помощь можно оказывать в минимальном объеме, совсем отказать в неотложной помощи было бы противозаконно. В небольших кантонах оплата медицинского обслуживания из-под полы все чаще рассматривается как проявление «солидарности» с врачами, чей труд почти наверняка не будет оплачен.

¹ Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of return of refugees and displaced persons. Geneva, UNHCR, 2001.

Федерация Боснии и Герцеговины

Закон о здравоохранении в Федерации Боснии и Герцеговины декларирует право каждого застрахованного лица на основной набор медицинских и социальных услуг, независимо от материальных возможностей района или кантона. Обязательное страхование предусматривает следующий набор услуг:

- первичная, специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь;
- компенсация заработной платы в случае болезни;
- возмещение транспортных расходов в связи с лечением.

Для работающих страхование распространяется на профилактику профессиональных заболеваний и реабилитацию.

Несмотря на наличие закона, предоставляющего эти права, ничего не сделано для определения объема гарантированных услуг, не говоря уже о таких сторонах подготовки к проведению закона в жизнь, как организация информационных служб и отчетности.

Республика Сербская

Согласно Конституции и принятым в 1999 г. законам о здравоохранении и обязательном медицинском страховании, беременные, дети младше 15 лет и лица старше 65 лет имеют право на бесплатное медицинское обслуживание. Закон предусматривает оплату больничных листов до 120 дней, но не долгосрочную помощь престарелым.

В декабре 2000 г. Фонд медицинского страхования опубликовал основной набор медицинских услуг и принял его за основу общественно финансируемых гарантированных услуг¹. Этот документ был представлен на обсуждение и должен быть утвержден правительством Республики Сербской после того, как будет усовершенствована информационная система здравоохранения, а также переработаны схемы лечения и клинические руководства с целью обеспечения сдерживания затрат и повышения рентабельности медицинских услуг.

Основной набор медицинских услуг, разработанный местными специалистами, был утвержден Ассамблеей Фонда медицинского страхования в мае 2001 г. и начал применяться в 2001—2002 гг. Охватить все население намечается лишь после 2002 г. Введение этого набора ставит в трудное положение правительство, взявшее на себя обязательства по покрытию доли в совместных платежах незащищенных групп населения. Поскольку в базовый страховой пакет входит меньше услуг и заболеваний, чем в действующую программу обязательного страхования, Фонд медицинского страхования должен, в целях экономии средств, сократить свой перечень покрываемых случаев.

¹ World Bank. *World development report 1993: investing in health*. Oxford, Oxford University Press, 1993.

Дополнительные источники финансирования

До войны система здравоохранения Боснии и Герцеговины не получала никаких денег из-за границы. Напротив, во время войны она работала главным образом благодаря международной помощи, а также оплате услуг населением. Основная помощь поступала от Бюро Европейской комиссии по гуманитарной помощи (ЕСНО), ВОЗ, Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Международного комитета Красного Креста, организаций «Врачи без границ» и «Фармацевты без границ», Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев, Министерства по международному развитию (Великобритания) и Японского агентства международного развития.

Федерация Боснии и Герцеговины

Оплата услуг населением

Долю в совместных платежах и порядок совместной оплаты услуг государственного сектора устанавливают правительства кантонов в зависимости от социального положения пользователя и от наличия средств. Оплату услуг в частном секторе правительство никак не регулирует — здесь цены диктует рынок.

Предполагается, что больной должен платить половину своей официальной доли в Фонд медицинского страхования и половину — поставщику медицинских услуг. На практике, однако, больные отдают всю свою долю оплаты поставщикам, а поставщики оставляют все совместные платежи у себя. Медицинские учреждения отчитываются за перевод половины этих средств в Фонд, однако денег не переводят. Затем Фонд отчитывается за перевод денег обратно в медицинские учреждения в виде ассигнований. Таким образом, совместные платежи считаются «платой учреждению от страхового фонда», а не от больных.

Нельзя не упомянуть о распространенной практике неофициальной платы врачам, точные масштабы которой не установлены, но, по некоторым оценкам, весьма значительны.

Добровольное медицинское страхование

Принятый в 1997 г. закон о медицинском страховании разрешает частным страховым компаниям предлагать услуги по добровольному страхованию. Условия предоставления своих услуг страховые компании должны определять сами; никакого прямого государственного регулирования, помимо выдачи лицензии, не существует.

Охват населения частным страхованием через три года после его введения был практически нулевой, если не считать «добровольного» страхования выезжающих за рубеж граждан в тех случаях, когда для получения визы требуется добровольное страхование здоровья от несчастных случаев.

Внешние источники финансирования

После окончания войны помощь поступает как в виде прямых пожертвова-

ний, так и по целевым программам восстановления и реформирования системы здравоохранения. Основную помощь оказывают Европейская комиссия (по программе PHARE), ВОЗ, Швейцарское Агентство по развитию и сотрудничеству, правительство Японии и Министерство международного развития Великобритании. Три крупных проекта осуществляет Всемирный банк:

1. Проект реабилитации жертв войны (30 миллионов долларов);
2. Проект развития стационарной медицинской помощи (33 миллиона долларов)
3. Базовый проект в области здравоохранения (12 миллионов долларов)¹;

Несколько негосударственных организаций помогают лекарствами, ведут работу по пропаганде здорового образа жизни, улучшению положения женщин, оказывают психосоциальную помощь.

Республика Сербская

Оплата услуг населением

Выражение «оплата услуг населением» применительно к здравоохранению в Республике Сербской означает не только официальные совместные платежи, но и любые официальные платежи частным поставщикам услуг. Кроме того, есть еще неофициальные платежи, среди которых различают плату в качестве «благодарности» за услуги и платежи на черном рынке услуг. В 1999 и 2000 гг. были проведены социологические опросы для того, чтобы определить масштабы и характер этих неофициальных платежей. Результаты опросов приводятся в следующем разделе.

Добровольное медицинское страхование

На сегодняшний день добровольного медицинского страхования в Республике Сербской нет.

Внешние источники финансирования

С 1998 г. направленность международной финансовой помощи изменилась: с оказания неотложной помощи (поставок медикаментов, оборудования и восстановления разрушенных медицинских учреждений) акцент сместился в сторону помощи, ориентированной на развитие (техническая помощь и обучение персонала). После войны несколько негосударственных организаций помогали удовлетворять нужды здравоохранения: жертвовали лекарствами, вели пропаганду здорового образа жизни, осуществляли медицинские проекты. К 1999 г. такая помощь в основном прекратилась.

Внешнее финансирование часто велось без ведома Министерства здравоохранения и социального обеспечения Республики Сербской, что порой вызывало трения между Министерством и международными финансирующими организациями.

¹ В скобках указана полная стоимость проекта.

Затраты на здравоохранение

Тенденции, свидетельствующие о неблагополучии в здравоохранении (высокая интенсивность использования медицинской помощи и частое направление больных к специалистам), наблюдались еще до войны, при этом расходы на здравоохранение в 1991 г. оценивались примерно в 8,2% ВВП. Однако в базе данных ВОЗ «Здоровье для всех» за тот же год приводится гораздо меньшая цифра — 3,5% ВВП (см. рис. 6 и 7). Серьезные расхождения данных различных источников — вечная проблема, ставящая под сомнение надежность и сопоставимость данных, поэтому выводы в таких случаях следует делать очень осторожно. По некоторым оценкам, оплата услуг населением в то время составляла как минимум еще 2—3% от общих расходов на здравоохранение. Таким образом, до войны общие расходы на здравоохранение достигали 245—250 долларов на душу населения в год. Хотя эта цифра невелика по сравнению с затратами на здравоохранение в странах, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития, очевиден разрыв между ограниченным финансированием здравоохранения и постоянным расширением прав на медицинскую помощь, формально предоставляемых страхованием. Во время войны расходы на здравоохранение упали до 5—15 долларов на человека в год (около 1,25% ВВП).

После войны государственные расходы на здравоохранение быстро выросли с 15 долларов США в 1995 г. до 50 долларов в 1996 г. и 65 долларов в 1997 г. В таблицах 6 и 7 содержатся самые свежие из имеющихся данных о расходах на здравоохранение.

Федерация Боснии и Герцеговины

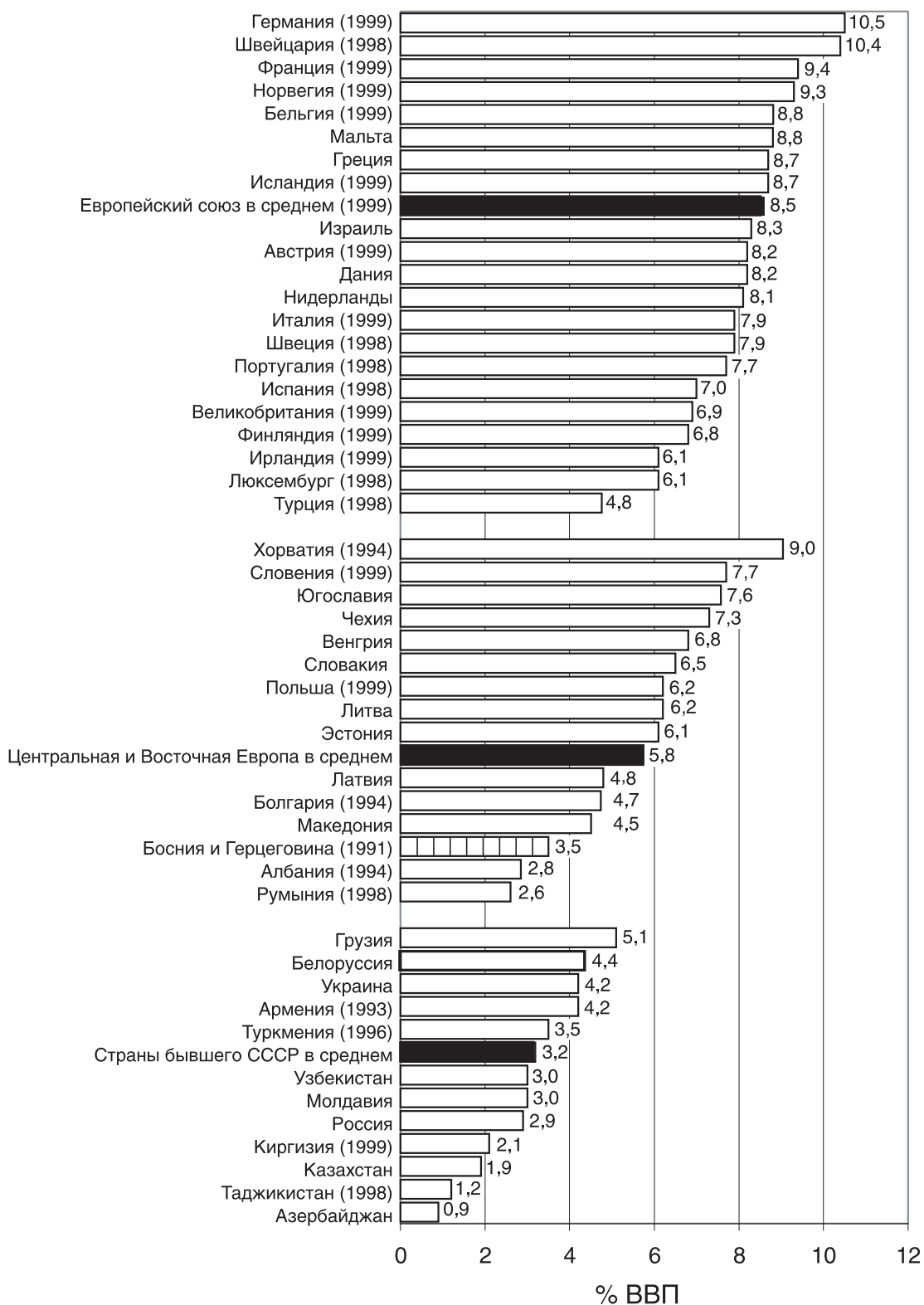
В последние годы затраты на здравоохранение быстро растут, а ресурс увеличения финансирования невелик: ставка страховых взносов — 18% от заработной платы — и так высока. К тому же усилились ограничения на использование ресурсов из-за уже упоминавшейся раздробленности системы финансирования, мешающей перераспределению средств между кантонами и муниципалитетами.

Республика Сербская

Финансовый план Фонда медицинского страхования на 2001 г. включал 170 миллионов марок при дефиците около 7%. Покупка услуг в частном секторе, а также официальные и неофициальные платежи населения, по оценкам, составили еще около 80 миллионов марок.

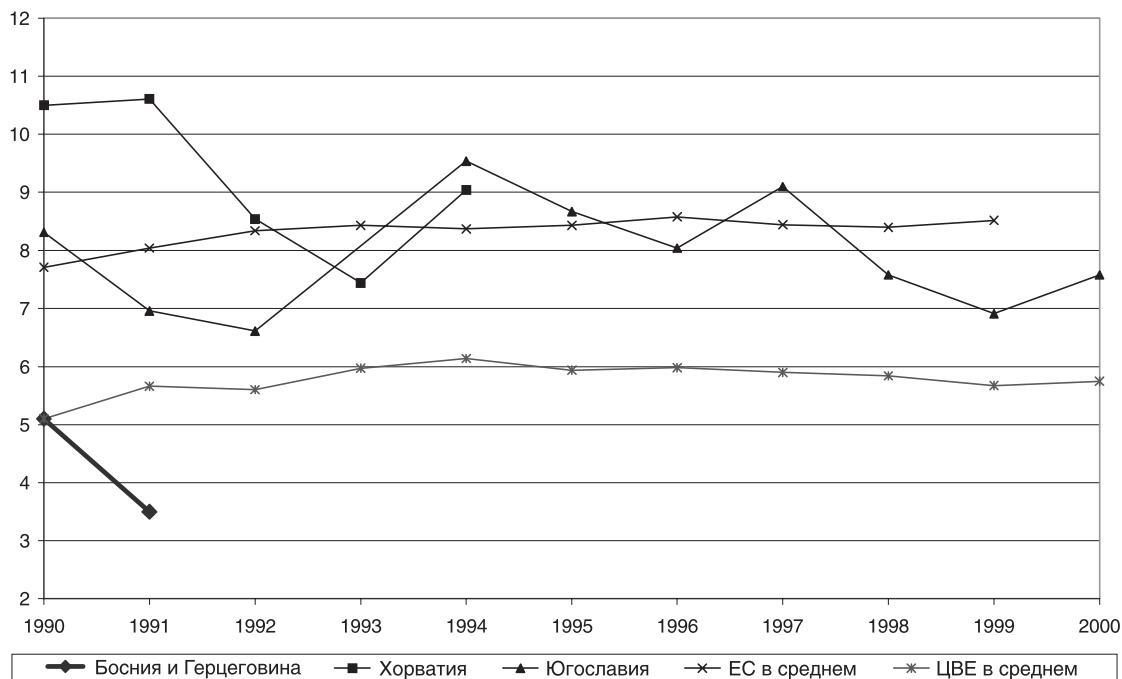
На рисунке 8 показаны расходы на здравоохранение (в долларах США на человека) в европейских странах, входящих в ВОЗ. Отсутствие данных по Боснии и Герцеговине не позволяет сравнить подушные затраты на здравоохранение в ней с другими европейскими странами. Остается надеяться на улучшение сбора данных и отчетности на общегосударственном уровне.

Рисунок 6. Общие расходы на здравоохранение в % ВВП в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.



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

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

Рисунок 7. Расходы на здравоохранение (в % от ВВП) в Боснии и Герцеговине и некоторых других странах

ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы; ЕС — Европейский Союз

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

Как видно из рис. 9, в 1991 г. доля налогов и страхования в общих расходах на здравоохранение составляла 100%. По-видимому, здесь не учтены неофициальные платежи вне государственного сектора, размеры которых неизвестны, поскольку эти данные рассчитаны на основе данных по всей Югославии. В табл. 6 приводятся сведения по Боснии и Герцеговине десятилетней давности. Данные по другим европейским странам более свежие, а следовательно, плохо сопоставимы с данными по Боснии и Герцеговине.

Финансирование и затраты: заключение

В Федерации Боснии и Герцеговины есть ряд собственных сложностей, связанных со сбором и объединением средств. Ставки взносов здесь одни из самых высоких в Европе. Чтобы уменьшить отчисления с заработной платы, может потребоваться серьезная реформа налогообложения. Собираемость взносов сильно различается по кантонам, хотя ставки взносов в кантонах примерно одинаковые. Дело в том, что Министерство финансов и налоговая служба слабо заинтересованы в сборе взносов. Не отлажен сбор взносов с некоторых категорий населения. Деньги за пенсионеров и безработных должны перечислять пенсионные фонды и фонды страхования от безработицы, но эта система работает плохо. Иностранные эксперты в качестве среднесрочного варианта предложили осуществлять медицинское страхование лиц, не имеющих доходов, из общих налоговых поступлений, как это

Таблица 7. Общие расходы^a на здравоохранение в Федерации Боснии и Герцеговины, Республике Сербской и в Боснии и Герцеговины в целом в 1997 и 1998 гг.

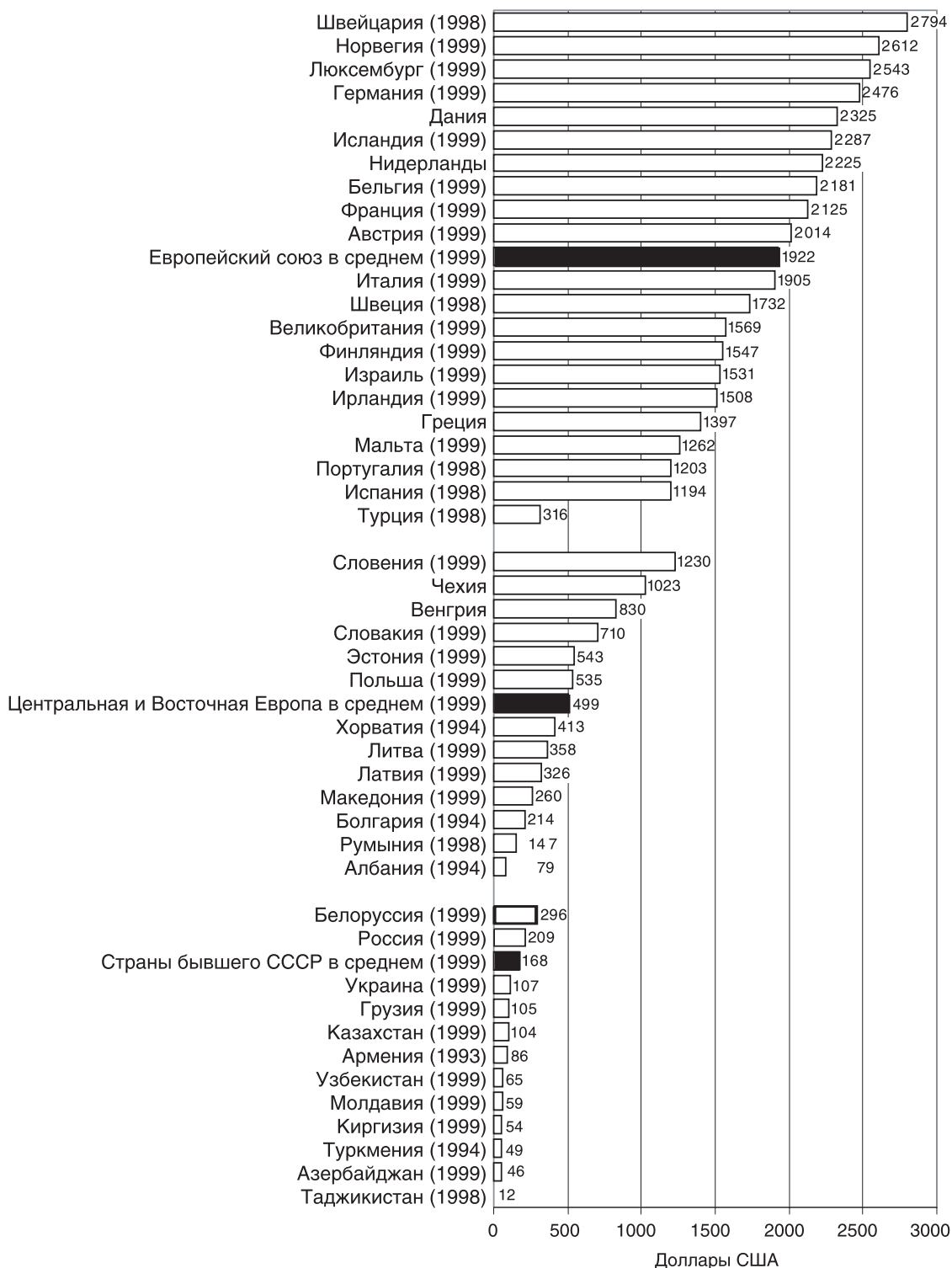
	1997			1998		
	Федерация Боснии и Герцеговины	Республика Сербская	Всего	Федерация Боснии и Герцеговины	Республика Сербская	Всего
ВВП, миллионы марок	4189	1614	5803	5661	1 824	7485
Население, миллионы чел.	2,34	1,40	3,74	2,34	1,40	3,74
ВВП на душу населения, марки	1 790	1 160	1 555	2419	1 301	2000
Расходы на здравоохранение, миллионы марок	360	60	420	439	138	577
Расходы на здравоохранение, % ВВП	8,6 %	3,7 %	7,2 %	7,8%	7,6%	7,7%
Расходы на здравоохранение на душу населения	154	42,8	113,5	188	98	154
Внутренние источники финансирования, миллионы марок	307	48	355	404	126	530
Международная помощь, миллионы марок	51	12	63	34,6	11,6	46,2
Внутренние источники финансирования, % ВВП	7,3	3,0	6,1	7,1	6,9	7,1
Международная помощь, % ВВП	1,2	0,7	1,1	0,6	0,6	0,6

^a Обменный курс в это время составлял 1,8 марки за 1 доллар США.

принято во многих западноевропейских странах, где есть система социального медицинского страхования. Серьезную проблему представляет широкая распространенность неофициальных платежей, затрудняющая оценку фактических затрат на медицинское обслуживание.

Пока не удастся добиться межкантонального объединения страховых фондов, справедливого перераспределения между богатыми и бедными, гарантированного покрытия основного набора услуг для всего населения, независимо от места жительства. Одним из решений этих проблем является недавно принятая программа федеральной солидарности. Она также включает важные для Федерации «вертикальные программы». Как уже отмечалось, те

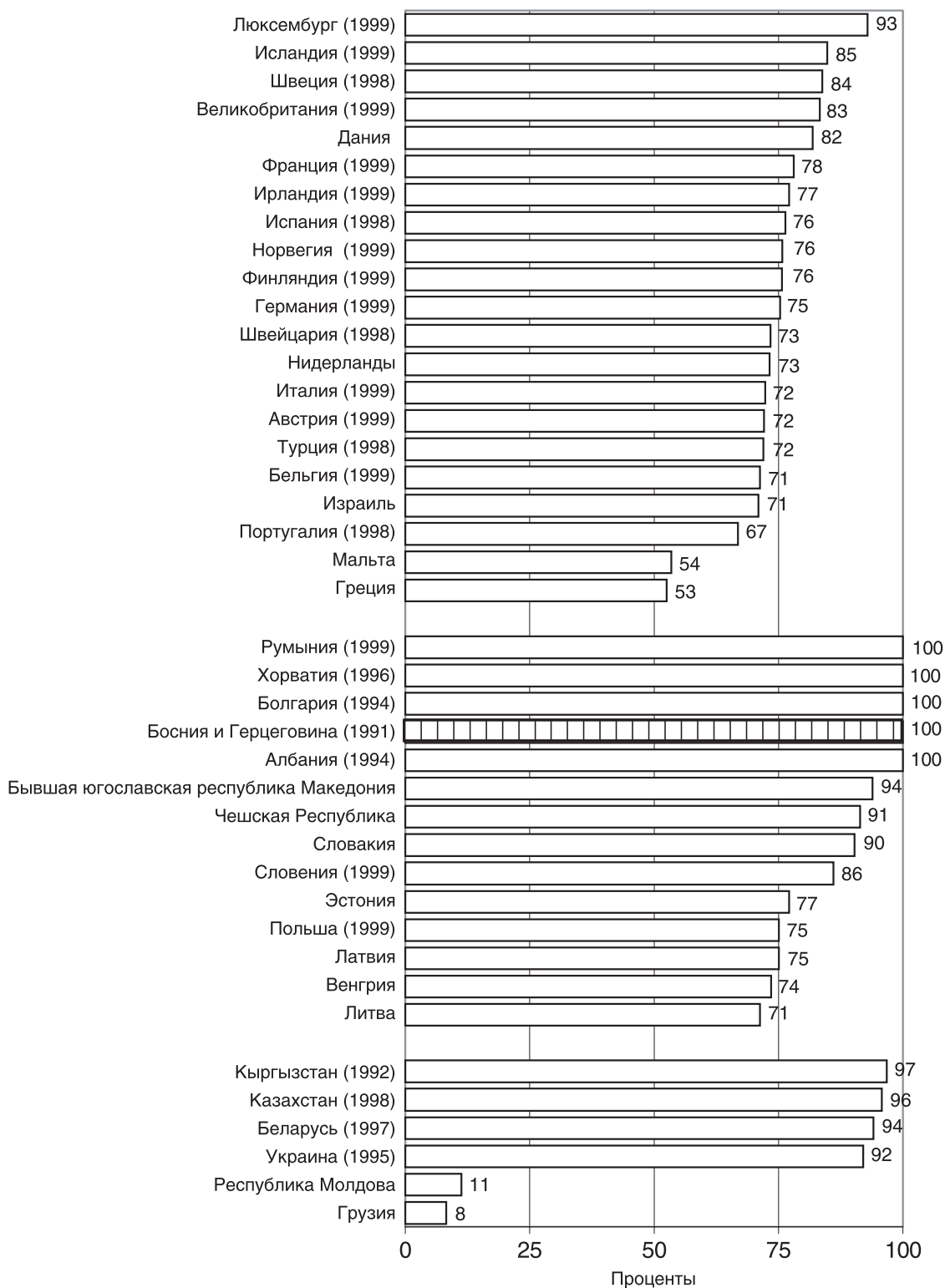
Рисунок 8. Расходы на здравоохранение в долларах США на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г.



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

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

Рисунок 9. Доля налогов и страхования в общих расходах на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.



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

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

Таблица 8. Расходы на частные медицинские услуги в Боснии и Герцеговине в 1998 г.

Расходы	Миллионы марок	% ВВП
Стационарная помощь	71	20
Амбулаторная помощь	283	80
Всего	354	100
Частные расходы на душу населения	95	—
Частные расходы	—	4,7

Источник: United Nations Human Development Report, 1998 г.

средства, которые поступают в Фонд федеральной солидарности от кантонов (из налогов с заработной платы), будут дополняться финансированием в таком же объеме (8%) из бюджетных и внебюджетных фондов. Перед страной, однако, стоит задача обеспечить солидарность на уровне всего государства, то есть между субъектами и округом Брчко. Еще одной задачей является введение взвешенного распределения средств для бедных кантонов, даже на основной набор услуг.

Медицинское обслуживание

Первичная медико-санитарная помощь

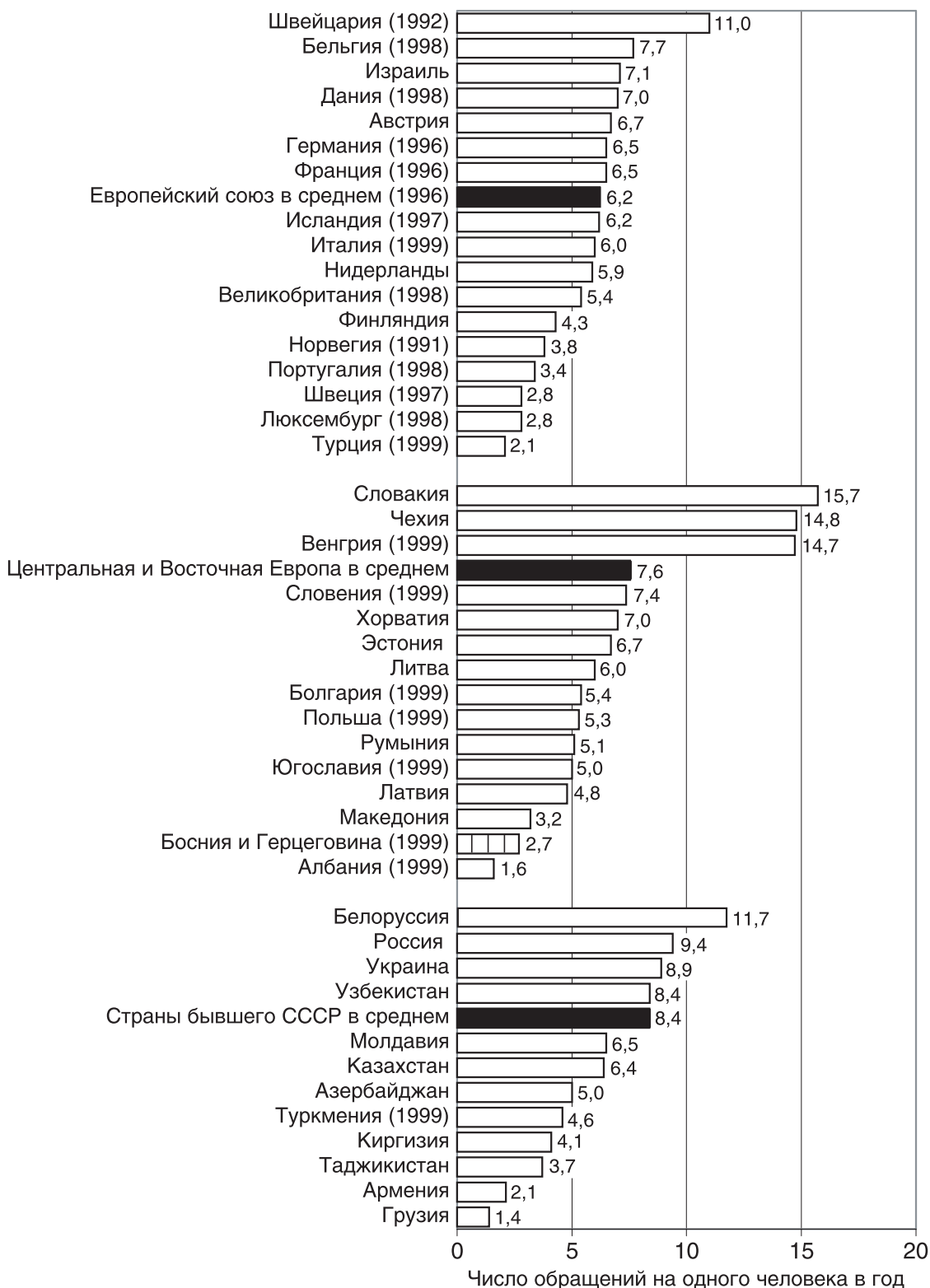
Первичную медико-санитарную помощь, как и в прошлом, оказывают два типа учреждений: дома здоровья и медицинские пункты. *Дома здоровья* — это поликлиники, оказывающие не только первичную медицинскую помощь, но и ряд специализированных услуг. Сейчас таких учреждений в Боснии и Герцеговине довольно много и используются они не на полную мощность.

В обоих субъектах многое сделано для разработки долговременных планов восстановления и реформы системы медицинского обслуживания. В этих планах подчеркивается необходимость перестройки системы здравоохранения с целью усиления профилактики, санитарного просвещения, развития первичной медико-санитарной помощи. Поскольку многие виды первичной медико-санитарной помощи служат интересам всего общества (давая, например, положительный экономический эффект от снижения заболеваемости), такое смещение акцента повысит отдачу инвестиций в обоих субъектах. Оба субъекта начали работу по определению основного набора медицинских услуг, покрываемых обязательным социальным медицинским страхованием. В Республике Сербской этот набор услуг гарантирован лишь для застрахованных граждан, а значит, правительству придется обеспечивать страхование незащищенных групп. В Федерации планируется со временем ввести единый для всей Федерации набор услуг и схемы обеспечения равного доступа к нему на всей территории Федерации.

Восстановление и обновление медицинских учреждений сразу после войны шли в основном за счет международных пожертвований, причем, как правило, первоочередность инвестирования определяли министерства здравоохранения субъектов. Небольшие инвестиции с ним обычно не согласовывались.

Средства поступали от международных организаций, муниципальных органов власти, населения. Как видно из рис. 10, в 1995 г. на одного человека приходилось 7,0 обращений за амбулаторной помощью. Это меньше, чем в среднем в странах Центральной и Восточной Европы, но больше, чем в среднем в странах Европейского Союза. Эта цифра, скорее всего, отражает

Рисунок 10. Среднее число обращений за амбулаторной помощью в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.



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

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

использование не первичной медицинской помощи, а домов здоровья, которые оказывают и первичную, и специализированную помощь.

Как правило, в Боснии и Герцеговине учреждения первичной медицинской помощи принадлежат муниципальным властям, а больницы — кантональным правительствам (в Федерации Боснии и Герцеговины) или центральному правительству в Республике Сербской. Большинство медицинских учреждений в Федерации принадлежит кантонам. Вот что говорится о форме собственности и финансировании медицинских учреждений в федеральном Законе об охране здоровья:

- **Статья 35:**

Медицинскую деятельность осуществляют медицинские учреждения, основанные органами власти Федерации и кантонов, муниципалитетами, отечественными или иностранными юридическими или физическими лицами на основе соглашения, о котором говорится в статье 37 настоящего закона.

- **Статья 36:**

Медицинские учреждения, находящиеся в собственности Федерации, финансирует Парламент Федерации Боснии и Герцеговины. Медицинские учреждения, находящиеся в собственности кантона, финансирует орган законодательной власти кантона. Медицинские учреждения, находящиеся в муниципальной собственности, финансирует муниципальный совет.

По этому закону, два или более кантонов Федерации имеют право открывать клиники (как самостоятельные медицинские учреждения), больницы, клинические центры, а также кантональные больницы или институты. Кантон имеет право открывать поликлиники, больницы общего профиля, специализированные больницы, кантональную больницу, оздоровительные и реабилитационные центры и институты, кантональные институты общественного здравоохранения, амбулатории и учреждения для оказания помощи на дому. Муниципалитет имеет право открывать дома здоровья, районные поликлиники, учреждения для оказания помощи на дому, аптеки, оздоровительные и реабилитационные центры, а также больницы (общего профиля и специализированные).

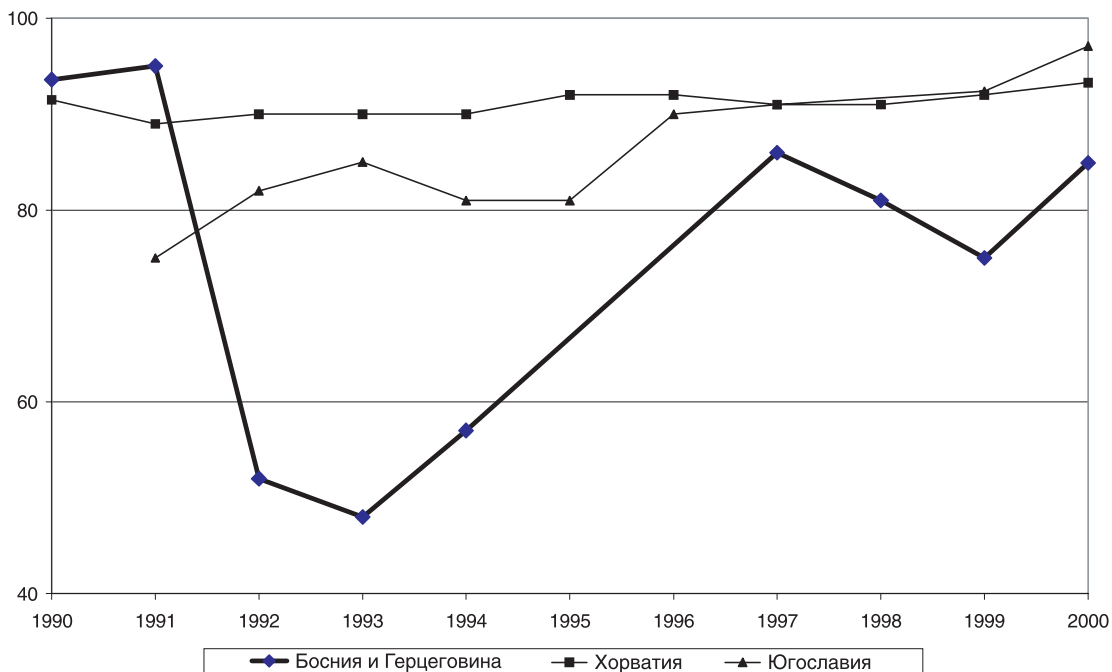
Как видно из рисунка 11, в 1992—1995 гг. охват детей вакцинацией против кори снизился. Это объясняется тем, что работа соответствующих служб во время войны была затруднена (подробнее см. в разделе «История здравоохранения»). Нынешний уровень вакцинации против кори в европейских странах показан на рис. 12. Медленный рост охвата вакцинацией в Боснии и Герцеговине свидетельствует об отсутствии в первичном звене здравоохранения служб, способных успешно выполнять эту важную задачу.

Федерация Боснии и Герцеговины

Система общественного здравоохранения

Службы общественного здравоохранения в Федерации Боснии и Герцего-

Рисунок 11. Охват иммунизацией против кори в Боснии и Герцеговине и некоторых других странах, %



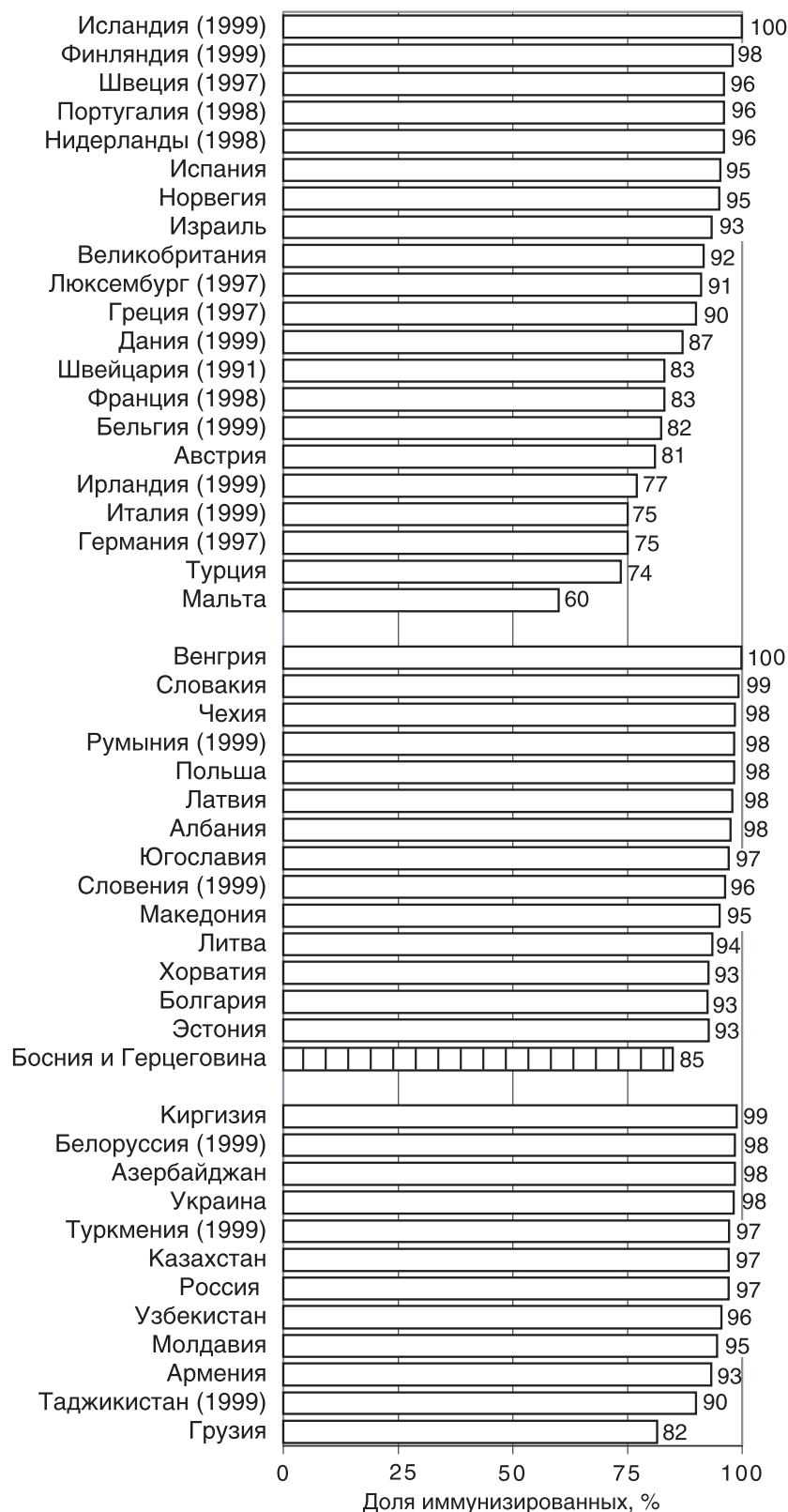
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

вины отвечают за сбор статистических данных о состоянии здоровья населения, наблюдают за эпидемиологической обстановкой, контролируют ход обязательной иммунизации, проводят противоэпидемические мероприятия. В их обязанности входит санитарное просвещение и профилактика заболеваний среди населения, дошкольников и подростков, а также социально-уязвимых групп населения (хронических больных, престарелых, инвалидов, перемещенных лиц), а также помощь в планировании семьи. Службы общественного здравоохранения следят за качеством питьевой воды, осуществляют контроль поверхностных и сточных вод, водных ресурсов, качества продуктов питания и лекарственных препаратов, осуществляют надзор за проведением некоторых программ здравоохранения и принимают в них участие, исследуют воздействие окружающей среды на здоровье местного населения.

Эту работу при хронической нехватке кадров ведут санитарно-эпидемиологические отделы в учреждениях первичной медицинской помощи (медицинских пунктах и домах здоровья) под непосредственным контролем институтов общественного здравоохранения (десяти кантональных и одного федерального).

Хотя руководство здравоохранения приняло в целом идею реформы, в которой первостепенное значение придается укреплению здоровья населения, средств на общественное здравоохранение, как правило, выделяется недостаточно. Что касается борьбы с курением, профилактики сердечно-

Рисунок 12. Охват иммунизацией против кори в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.



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

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

сосудистых заболеваний, ВИЧ-инфекции и пропаганды здорового образа жизни, то дальше разговоров дело пока не идет.

Информационная система здравоохранения имеет много недостатков, что объясняется рядом причин: у персонала нет навыков работы и заинтересованности, отсутствует соответствующая информационная технология, нет связи между фондами медицинского страхования, санитарно-эпидемиологическими службами и медицинскими учреждениями; нет единых стандартных показателей. Планируется полностью изменить систему сбора и обработки информации, включая реестры населения.

Первичная медицинская помощь

Первичную медицинскую помощь оказывают в поликлиниках (домах здоровья) и их местных отделениях — медицинских пунктах. Сейчас в Федерации Боснии и Герцеговины 87 домов здоровья, каждый из которых обслуживает 30 000—50 000 жителей.

По закону о здравоохранении, к первичной медицинской помощи относятся семейная медицина, общая практика, школьная медицина, гигиена, эпидемиология, стоматологическая помощь, неотложная медицинская помощь, профилактика и лечение профессиональных заболеваний, охрана материнства и детства, диагностика и лекарственное обеспечение.

Дома здоровья предоставляют услуги в следующих областях: общая практика, здоровье матери и ребенка, школьная медицина, лечение заболеваний легких и стоматологическая помощь. Они также ведут санитарную и противоэпидемическую работу, оказывают неотложную медицинскую помощь, проводят лабораторные, рентгеновские и другие диагностические исследования. На территории, обслуживаемой каждым домом здоровья, есть районные станции скорой помощи (обычно по одной на 2000—10 000 человек).

В обязанности домов здоровья входит оказание первичной медицинской помощи, профилактика, санитарное просвещение, реабилитация, координация работы различных специалистов. Их штат обычно состоит из врачей общей практики и медицинских сестер. Небольшие поликлиники, в которых работают врачи общей практики и медсестры, оказывают медицинскую помощь населению своих районов и, при необходимости, направляют в другие медицинские учреждения.

В домах здоровья также организуются отделения для оказания специализированной помощи, если такую помощь не оказывают другие медицинские учреждения. В некоторых домах здоровья есть небольшие родильные отделения, палаты кратковременного пребывания, а также отделения физической и психической реабилитации. При такой схеме организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения работает слишком много врачей-специалистов.

Другой тип учреждений первичной медицинской помощи — медицинские пункты — предназначен исключительно для лечения амбулаторных больных. Здесь работают врачи общей практики, стоматологи и медицинские сестры. Медицинские пункты могут организационно относиться к дому здоровья или быть частными.

Сеть домов здоровья и медицинских пунктов изначально, по-видимому, задумывалась как основание пирамидальной структуры здравоохранения. Следующим уровнем должны были стать больницы общего профиля, а сложные медицинские услуги должны были оказывать клинические центры и университетские больницы. Первичная медико-санитарная помощь была ориентирована на лечение отдельных групп населения, объединенных по таким признакам, как возраст, пол или профессия, при этом почти не уделялось внимания укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

В медицинских учреждениях, особенно городских, наблюдается избыток врачей-специалистов. До сих пор в Боснии и Герцеговине значительную часть первичных медицинских услуг оказывают врачи-специалисты. Это происходит из-за недостаточного развития первичной медицинской помощи на местном уровне, избытка врачей-специалистов и нехватки квалифицированных врачей общей практики. В первичном звене здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины работают 1376 врачей, 713 из которых — специалисты. В то же время лишь 190 из 3176 медицинских сестер имеют высшее образование. Наличие такого большого числа врачей-специалистов удорожает амбулаторное обслуживание и, кроме того, приводит к тому, что в одних районах (в основном, городских) медицинское обслуживание избыточное, а в других (сельских) — оно почти недоступно.

По оценкам, лишь половина обратившихся за помощью больных получает ее на первичном уровне. Остальных направляют к специалистам. Специализированная медицинская помощь описана в следующем разделе. В рамке 1 приводятся официальные статистические данные по первичной медицинской помощи (оказанной в амбулаториях и поликлиниках) в 1999 г.

Республика Сербская

Общественное здравоохранение

После войны Республике Сербской пришлось создавать собственную систему общественного здравоохранения, со своими кадрами и техническим оснащением, на основе той системы, что имела на ее территории.

Рамка 1. Первичное медицинское обслуживание в 1999 г.

- Число обращений к врачам — 7 230 463 (или 3,14 на человека в Федерации Боснии и Герцеговины), из них первичных — 2 770 379;
- Число обращений к другим работникам здравоохранения — 6 021 880;
- Число посещений больных на дому врачами — 92 735;
- Число посещений больных на дому другими медицинскими специалистами — 739 410;
- Число направлений к специалистам — 1 209 148;
- Лабораторные анализы — 890 547.

Источник: Network, capacities and functions of the health systems in Bosnia and Herzegovina, Federal Public Health Institute, 1999.

После реорганизации, проведенной на средства Бюро Европейского союза по гуманитарной помощи (которое оказало также большую помощь в оснащении и подготовке кадров), инфраструктура общественного здравоохранения Республики Сербской соответствует минимальным требованиям, предъявляемым к системам общественного здравоохранения.

Сеть общественного здравоохранения Республики Сербской состоит из трех уровней:

1. Первый уровень — эпидемиологические службы в муниципальных учреждениях первичной медицинской помощи, отвечающие за эпидемиологический надзор и профилактику инфекционных заболеваний.
2. Второй уровень — пять региональных институтов общественного здравоохранения — в Добое, Зворнике, Сербском Сараеве, Србинье, Требине, — которые осуществляют эпидемиологический надзор, сбор данных и следят за состоянием окружающей среды.
3. Третий уровень — Институт общественного здравоохранения Республики Сербской в Баня-Луке — отвечает за планирование здравоохранения, эпидемиологический надзор, контроль за состоянием окружающей среды и укрепление здоровья населения. Институт также готовит для себя технических специалистов и осуществляет надзор за проведением иммунизации в муниципальных учреждениях первичной медицинской помощи.

Учреждения общественного здравоохранения Республики Сербской способны выполнять функции по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, однако их работу сдерживает ряд факторов: недостаточность бюджетного финансирования, недооценка важности общественного здравоохранения, отведение ему второй роли после медицинской помощи, недостаточные возможности для ведения статистического учета, недостаточное внимание контролю качества воды и пищевых продуктов, нехватка квалифицированных кадров.

Первичная медицинская помощь

Первичное медицинское обслуживание — первый уровень системы здравоохранения в Республике Сербской. Оно включает все меры по поддержанию и укреплению здоровья отдельных лиц и населения района в целом, профилактику заболеваний, диагностику, санитарное просвещение, лечение и реабилитацию путем оказания медицинских и немедицинских услуг на местном уровне.

Как и до войны, первичную медицинскую помощь оказывают медицинские пункты и поликлиники (дома здоровья). Организационная структура этих учреждений такая же, как в Федерации Боснии и Герцеговины (см. выше разделы «Первичная медицинская помощь» и «Система общественного здравоохранения»).

Принятый в 1999 г. Закон о здравоохранении и медицинском страховании дал право жителям Республики Сербской выбирать бригаду семейных врачей, которая в течение не менее 1 года будет регулировать доступ к несрочной медицинской помощи, а также оказывать круглосуточную медицин-

скую помощь, в том числе по вызову. В обязанности такой бригады входит санитарное просвещение, профилактика инфекционных заболеваний, выявление и снижение риска инфекционных заболеваний, диагностика, не требующая сложных исследований, и лечение заболеваний, не требующих сложного лечения, помощь на дому больным, не нуждающимся в стационарном лечении, длительное лечение и реабилитация больных после выписки из больницы. Однако до полной реализации этого закона еще далеко. На сегодняшний день бригады врачей семейной медицины есть лишь в учебных центрах в Баня-Луке и Добое, а также в экспериментальном центре в Лакаши, финансируемом в рамках базового проекта Всемирного банка в области здравоохранения.

Согласно Закону о здравоохранении, частная практика должна быть зарегистрирована в Министерстве здравоохранения в качестве медицинского учреждения. Однако деятельность частнопрактикующих врачей никак не регулируется, для них нет клинических руководств, нет правил установления цен на их услуги. Частные аптеки Министерство не регистрирует.

У первичного медицинского обслуживания в Республике Сербской много недостатков. До войны больные как-то приспособились к системе, в которой не предусматривалась «диспетчерская» функция, медицинская помощь плохо координировалась, а доступ к ней часто был ограничен, особенно для престарелых и нетрудоспособных граждан. Первичной медицинской помощи как таковой не было, эта функция была полностью передана врачам-специалистам. Плохо велась медицинская документация, не был организован прием больных по записи, из-за чего им часто приходилось подолгу ожидать своей очереди в утренние часы, в то время как днем пациентов почти не было. Для исправления положения в Республике Сербской и Федерации вкладываются средства в развитие медицинских информационных систем, в домах здоровья вводится прием больных по записи.

Реформа первичной медицинской помощи призвана разрешить следующие проблемы:

- отсутствие непрерывного, ориентированного на пациента медицинского обслуживания, в основном из-за жесткой структуры домов здоровья и незначительной роли врачей общей практики;
- неравенство доступа к медицинским услугам, обусловленное рядом причин, в частности, распространением взяток за внеочередное обслуживание;
- незаинтересованность персонала из-за низкого уровня зарплаты, отсутствия возможностей карьерного роста и ориентации системы на врачей-специалистов.

Специализированная медицинская помощь

В Боснии и Герцеговине к специализированной медицинской помощи относятся все специализированные медицинские услуги, оказываемые после первого этапа — первичной помощи. В специализированную помощь входит обслуживание в больницах общего профиля, специализированных больницах, клинических центрах (университетских больницах) и специализиро-

ванных отделениях центров первичной медицинской помощи. Помощь оказывается как амбулаторно, так и в стационаре; для ее получения больной должен иметь направление (кроме случаев неотложной помощи). Специализированную медицинскую помощь оказывают также центры переливания крови, профилактики и лечения профессиональных заболеваний, спортивной медицины, физиотерапии и реабилитации. Например, центры физиотерапии и реабилитации оказывают следующие виды помощи: реабилитация после ампутации конечностей, применение ортопедических приспособлений, реабилитация при неврологических заболеваниях, а также реабилитация детей с поражением головного мозга или инвалидностью, обусловленной другими причинами.

Больницы можно разделить на четыре типа: клинические центры (3 в Федерации и 2 в Республике Сербской), больницы общего профиля (14 в Федерации и 9 в Республике Сербской), специализированные больницы (4 в Федерации и 3 в Республике Сербской) и небольшие районные больницы (12 в Федерации). Эти больницы были построены в 1945—1990 гг. — период быстрого и беспорядочного расширения больничной сети. В результате сложилось очень неравномерное распределение медицинских учреждений, что впоследствии еще усугубила война. В 1991 г. в Боснии и Герцеговине было 201 120 больничных коек: 71,8% коек — в больницах общего профиля, 17,3% — в специализированных больницах, 10,9% — в учреждениях для хронических больных и реабилитационных стационарах; обеспеченность койками составляла 4,6 койки на 1000 жителей. Средняя продолжительность госпитализации составляла 13,3 дня, средняя занятость койки — 71,6%. К 1999 г. в Боснии и Герцеговине было 3,7 койки на 1000 жителей (3,6 — в Федерации, 3,8 — в Республике Сербской), что меньше довоенного показателя, но приближается к норме, рекомендуемой ВОЗ (4 койки на 1000 населения). Это стало возможным благодаря активной работе по восстановлению больниц при финансовой поддержке международных организаций.

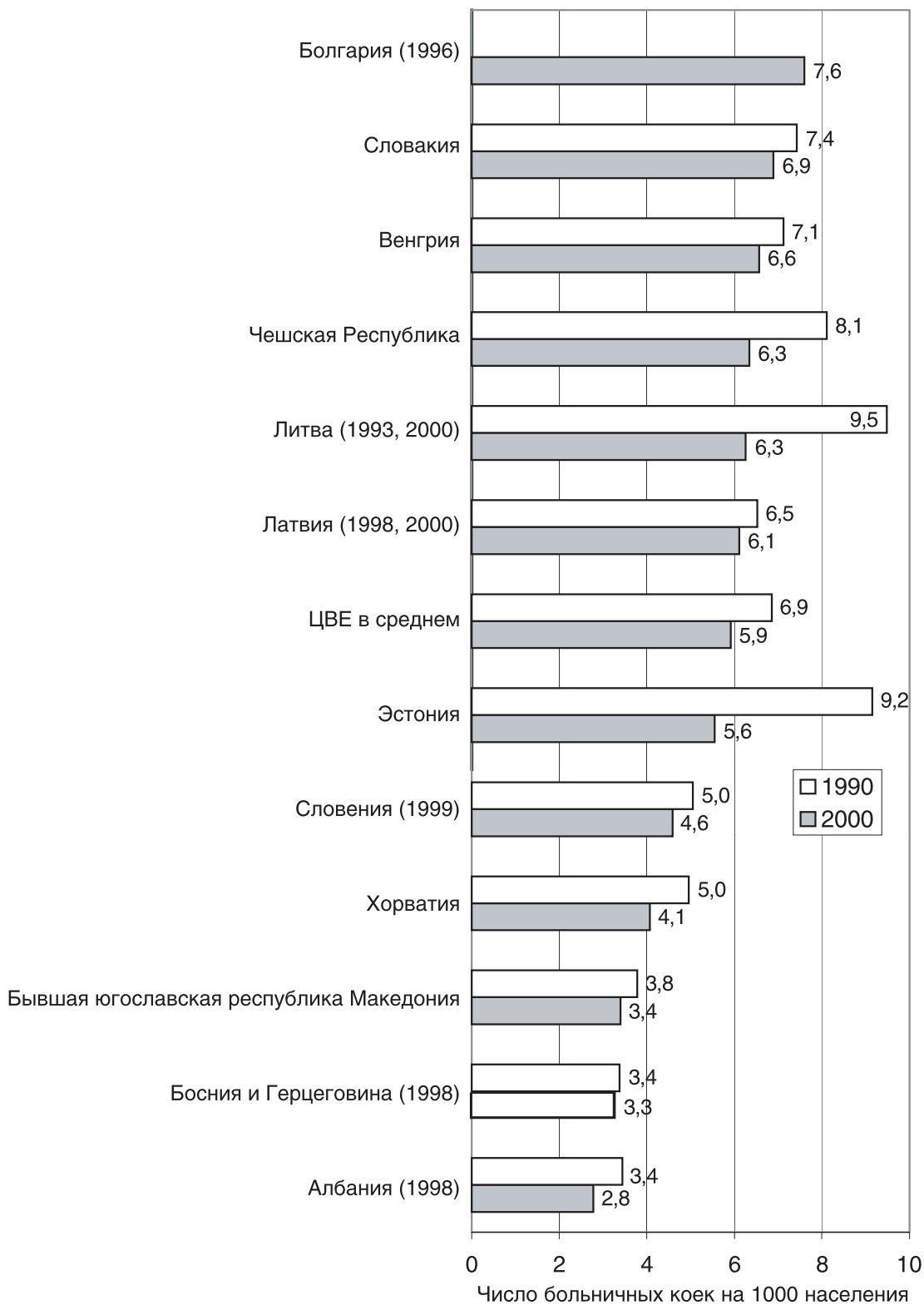
Уровень использования стационарного лечения несколько ниже довоенного. Важно отметить, что из-за раздробленности системы здравоохранения и наличие больничных коек и уровень их использования сильно отличаются по районам, особенно по кантонам Федерации, при этом доступ к ряду услуг в некоторых районах затруднен.

Данные о числе коек приведены на рис. 13, 14 и в табл. 9. Судя по этим данным, в Боснии и Герцеговине меньше больничных коек, чем в странах Европейского союза, Центральной и Восточной Европы, а также в бывших республиках Югославии. До войны коечный фонд был небольшим из-за отсутствия должного планирования развития больничного сектора; в войну многие больницы были разрушены, что обострило ситуацию. Данных по Боснии и Герцеговине с 1991 по 1997 г. нет.

В 1995 г. средняя занятость койки была довольно низкой, что свидетельствует о возможности повышения эффективности использования коечного фонда. Число госпитализаций составило 7,2 на 1000 населения (таблица 9), что соответствует сравнительно небольшому коечному фонду.

Унаследованная система управления больницами в Боснии и Герцегови-

Рисунок 13. Число больничных коек на 1000 населения в странах Центральной и Восточной Европы в 1990 и 2000 гг.

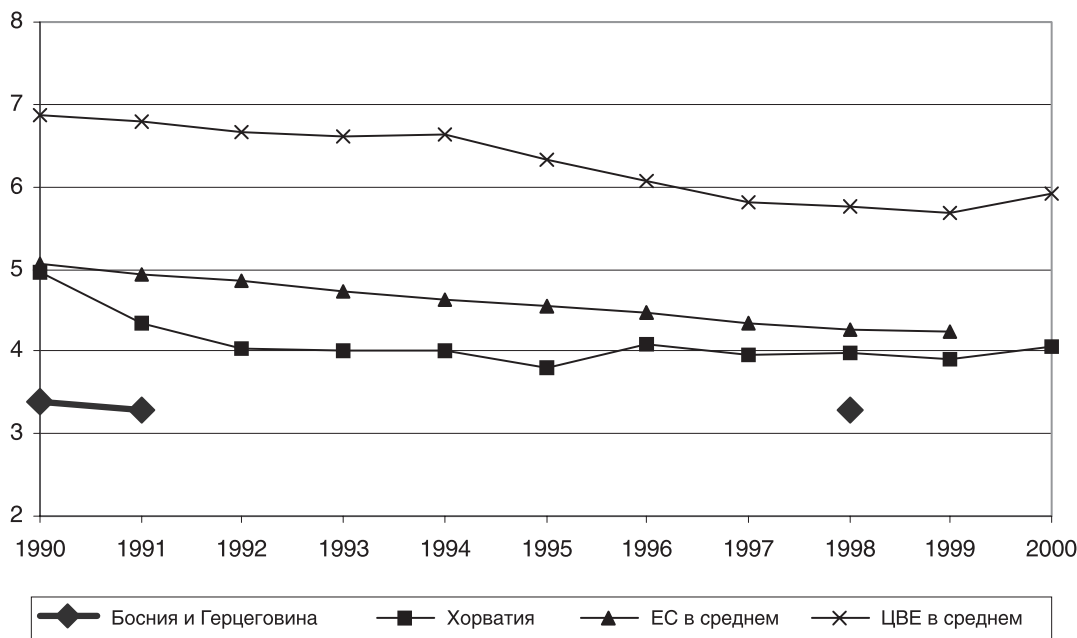


Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы.

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

Рисунок 14. Число больничных коек на 1000 населения в Боснии и Герцеговине и некоторых других странах, 1990—2000 гг.



ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы; ЕС — Европейский Союз
 Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

не работает плохо. Для нынешних директоров больниц характерен непрофессионализм в управлении больницами и низкий уровень специальной управленческой подготовки. Затратное финансирование и отсутствие таких инструментов современного управления, как информационные системы, лишают управление гибкости и способности реагировать на изменение ситуации.

Федерация Боснии и Герцеговины

Больницы общего профиля в Федерации Боснии и Герцеговины обслуживают население численностью 70 000—150 000 человек, как по направлению из районных больниц, так и по скорой помощи. В больнице общего профиля обычно четыре отделения: терапевтическое, хирургическое, педиатрическое и акушерско-гинекологическое.

До войны больницы общего профиля были в городах Дрвар, Ливно, Яйце и Травник. В планах послевоенного развития системы здравоохранения предусматривается открытие больниц общего профиля в городах Сараево, Тешань, Орашье, Горажде, Сански-Мост. Специализированную медицинскую помощь в Федерации Боснии и Герцеговины оказывают 3 институтских клиники, 14 больниц общего профиля и кантональных, 4 специализированные больницы и 12 медицинских пунктов при домах здоровья. Есть также различные специализированные учреждения, оказывающие меди-

цинскую помощь отдельным категориям граждан (например, рабочим, студентам, представителям отдельных профессий, спортсменам, а также больным, нуждающимся в неотложной помощи).

Как видно из рамки 2, большая часть врачей в Федерации Боснии и Герцеговины — специалисты. Вместе с тем обеспеченность ими по стране неравномерна: в сельской местности их часто не хватает, поскольку большинство предпочитает работать в городе. Мала доля медицинских сестер с высшим образованием. Это затрудняет специальную подготовку медицинских сестер, а низкая оплата труда и неопределенность социального статуса отбивают охоту к продолжению сестринского образования.

В рамке 3 приводятся данные по средней занятости койки и средней продолжительности госпитализации в Федерации Боснии и Герцеговины, отражающие неравномерное использование стационаров в кантонах. Неравномерность объясняется разной численностью населения и специализацией медицинских учреждений, что еще раз подтверждает необходимость рас-

Рамка 2. Статистические данные по специализированному амбулаторному обслуживанию в Федерации Боснии и Герцеговины (без учета Посавины, Западной Герцеговины, Герцегбосанского и хорватских кантонов), 2000 г.

- Число врачей — 357, из них специалистов — 341. Число медсестер — 517, из них с высшим образованием — 84;
- Число обращений к врачам^а в 2000 г. — 1 656 936, из них первичных — 690 462;
- Число обращений к другим медицинским работникам — 1 956 603.

Источник: Network, capacities and functions of the health systems in Bosnia and Herzegovina, Federal Public Health Institute, 1999.

^а Без учета профилактических осмотров. К профилактическим осмотрам относятся плановые, периодические, целевые, и контрольные (после плановых и периодических). Всего в 1999 г. было проведено 91 914 профилактических медицинских осмотров.

Рамка 3. Статистические данные по больничному обслуживанию в Федерации Боснии и Герцеговины (без учета Посавинского, Западногерцеговинского, Герцегбосанского и хорватских кантонов), 2000 г.

- Всего больничных коек — 8751;
- Всего операционных — 105;
- Выписаны — 200 174, умерли — 6146;
- Всего койко-дней — 2 107 347;
- Всего операций — 48 091;
- Средняя занятость койки — 65,9% (от 26,3% в Западногерцеговинском кантоне до 77,3% в Сараевском кантоне);
- Средняя продолжительность госпитализации — 10,2 сут (от 2,8 сут в Западногерцеговинском кантоне до 11,9 сут в Сараевском кантоне).

Источник: Network, capacities and functions of the health systems in Bosnia and Herzegovina, Federal Public Health Institute, 1999.

Таблица 9. Показатели работы больниц в странах европейского региона ВОЗ в 2000 г. В случае отсутствия данных за 2000 г. приведены самые свежие имеющиеся данные

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Страны Западной Европы				
Австрия	6,2	27,2	6,3	75,5
Бельгия	5,5 ^б	18,8 ^б	8,7 ^б	79,9 ^б
Дания	3,3 ^а	19,1	5,5	79,9 ^а
Страны Европейского союза в среднем	4,2 ^а	19,0 ^б	8,2 ^б	77,0 ^б
Финляндия	2,4	20,2	4,3	74,0 ^е
Франция	4,1 ^а	20,0 ^а	5,5 ^а	77,4 ^а
Германия	6,4 ^а	20,3 ^а	10,7 ^б	81,6 ^б
Греция	3,9 ^а	14,5 ^б	—	—
Исландия	3,7 ^г	18,1 ^е	6,8 ^е	—
Ирландия	3,0 ^а	14,1 ^а	6,5 ^а	83,0 ^а
Израиль	2,3	17,5	4,3	94,0
Италия	4,5 ^б	17,1 ^б	7,1 ^б	74,1 ^б
Люксембург	5,5 ^б	18,4 ^ж	7,7 ^б	74,3 ^ж
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 ^б	11,9 ^б	7,3 ^б	75,5 ^б
Испания	3,0 ^г	11,2 ^г	8,0 ^г	77,3 ^г
Швеция	2,5	15,6 ^б	5,5 ^а	77,5 ^г
Швейцария	4,0 ^б	16,4 ^б	10,0 ^б	84,0 ^б
Турция	2,2	7,6	5,4	58,7
Великобритания	2,4 ^б	21,4 ^г	5,0 ^г	80,8 ^б
Страны Центральной и Восточной Европы				
Албания	2,8 ^б	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,3 ^б	7,2 ^б	9,8 ^б	62,6 ^а
Болгария	—	14,8 ^г	10,7 ^г	64,1 ^г

Таблица 12 (окончание). Показатели работы больниц в странах европейского региона ВОЗ в 2000 г. В случае отсутствия данных за 2000 г. приведены самые свежие имеющиеся данные

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Страны Центральной и Восточной Европы в среднем	5,9	19,1	8,3	72,8
Хорватия	4,1	13,9	9,2	86,3
Чехия	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 ^а	16,1	7,6 ^а	73,2 ^а
Македония	3,4	8,9	8,4	60,1
Страны бывшего СССР				
Армения	4,9	4,9	10,3	28,2
Азербайджан	7,3	4,7	15,4	28,5
Белоруссия	—	—	—	88,7 ^ж
Грузия	4,3	4,5	7,8	83,0
Казахстан	5,5	14,1	11,5	97,0
Киргизия	6,1	15,5	12,3	90,2
Страны бывшего СССР в среднем	6,4	15,3	12,9	84,6
Молдавия	6,3	13,1	11,9	66,6
Россия	9,2	21,1	13,5	85,8
Таджикистан	5,9	9,0	13,2	59,8
Туркмения	6,0 ^б	12,4 ^б	11,1 ^б	72,1 ^б
Украина	7,2	18,4	12,7	88,1

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

Примечание: ^а 1999, ^б 1998, ^в 1997, ^г 1996, ^е 1995, ^ж 1994.

ширения общего средств кантонов для того, чтобы облегчить бремя бедных и менее населенных кантонов.

Республика Сербская

На территории Республики Сербской после войны было 7500 больничных коек. Правительство решило не восстанавливать утраченный в войну коечный фонд и, тем самым, сократить число коек с 4,6 до 3,8 на 1000 населения. В 2000 г. число коек было уменьшено до 3,6 на 1000 населения (осталась 4881 больничная койка). Из этого числа примерно 77,5% находятся в обычных больницах, 6% — в физиотерапевтических и реабилитационных центрах, 4,4% — в психиатрических больницах, и 12% — в узкопрофильных больницах. Уровень использования коечного фонда в среднем ниже 70%, что говорит о возможности дальнейшего сокращения числа коек.

Среди стационаров можно выделить больницы общего профиля и специализированные. Больницы общего профиля (с такими же четырьмя специализациями, как и в Федерации Боснии и Герцеговины) оказывают медицинскую помощь при различных заболеваниях больным всех возрастных групп. Каждая больница обслуживает несколько районов. Больницы общего профиля есть в городах Приедор, Градишка, Добой, Биелина, Зворник, Требине и Невесине. В таких больницах бывают также отделения ортопедии, физиотерапии, инфекционные, психиатрические, неврологические, кожных болезней, глазных болезней, урологические, пульмонологические, заболеваний уха, горла, носа.

Специализированные больницы либо обслуживают какую-либо возрастную категорию населения, либо специализируются на лечении определенной группы заболеваний, например, психических, или на оказании долговременной медицинской помощи. Помимо лечения госпитализированных больных, больничные врачи консультируют пациентов, направленных из первичных медицинских учреждений.

Высокоспециализированную помощь оказывают в институтских клиниках. Клиники, основанные правительством Республики Сербской, — это медицинские учреждения, оказывающие высокоспециализированную медицинскую помощь и проводящие научные исследования. В одной из них, расположенной в Баня-Луке, 1327 коек, из которых 350 предназначены для специализированного обслуживания, а 980 — для высокоспециализированного. Эта клиника обслуживает 11 районов. Меньшая по размерам клиника в Сербском Сараеве (776 коек) обслуживает 14 районов.

Социальная помощь

Социальную помощь в Боснии и Герцеговине получают прежде всего хронические больные, нетрудоспособные, престарелые и малообеспеченные граждане. Есть специальные программы медико-социальной помощи семьям и детям, психически больным, престарелым, жертвам гражданской вой-

ны; эти программы можно сгруппировать следующим образом: программы помощи социально уязвимым категориям населения, сиротам, детям из неблагополучных семей, детям с психическими нарушениями.

Жертвы войны, нуждающиеся в долгосрочном уходе, лечатся в центрах физической и психической реабилитации, а также в интернатах для инвалидов с соматическими и психическими заболеваниями. По оценкам, в медико-социальной помощи нуждается до 60% населения страны: беженцы, перемещенные лица, дети, потерявшие одного или обоих родителей, пенсионеры. Однако социальная сфера не в состоянии удовлетворить такой спрос. Из-за нехватки интернатов и домов престарелых и их плохого финансирования многие пожилые больные, нуждающиеся в медико-социальной помощи, подолгу лежат в обычных больницах.

Федерация Боснии и Герцеговины

В 10 кантонах Федерации Боснии и Герцеговины социальной защитой и защитой детей занимаются 79 местных центров, в которых работает 622 человека. Эта сеть охватывает все районы Федерации Боснии и Герцеговины. Большая часть этих учреждений была модернизирована, некоторые были построены недавно. Помощь сиротам оказывают несколько специализированных организаций, а также местные и международные неправительственные организации, например, «SOS Kinderdorf International» создала две «детские деревни» (в Сараево и Грачанице). Фонд Рудольфа Вальтера выделил средства для «детской деревни» в Лукаваце, а организация «Норвежская народная помощь» организовала приют для сирот «Зеницкий мост».

Серьезная помощь требуется такой категории населения как беженцы. Начиная с 1998 г., в Сараево открыто восемь дневных стационаров для нуждающихся в пристанище.

Республика Сербская

В Республике Сербской медико-социальную помощь оказывают как в специальных интернатах, так и амбулаторно, с участием добровольцев. Решение об оказании медико-социальной помощи и направлении пожилых граждан в дома престарелых принимают социальные службы. Пожилые люди, однако, часто стремятся получить долговременный уход в больнице.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Перенасыщенность специалистами уже много лет является характерной чертой системы здравоохранения Боснии и Герцеговины. Это ведет к слабости первичного звена здравоохранения, дроблению медицинского обслуживания и раздуванию затрат. Профессия врача довольно престижна, и большинство из них имеют достаточно высокую квалификацию. Вместе с

тем заработная плата врачей всегда была низкой, что является одной из причин их профессиональной неудовлетворенности. Еще одна проблема — использование устаревшего оборудования, которое в среднем отслужило уже по 20 лет.

В Боснии и Герцеговине пять медицинских вузов, что, пожалуй, слишком много для страны с населением менее 4 миллионов человек, испытывающей недостаток средств на обеспечение даже основных видов медицинской помощи. Избыточность медицинских вузов отражается не только на качестве подготовки врачей, но и может повлиять на расходы на здравоохранение в будущем. Из-за нехватки денежных средств и преподавателей обеспеченность врачами и медицинскими сестрами в стране низкая: по этому показателю Босния и Герцеговина занимает третье место с конца среди европейских стран и последнее — среди бывших республик Югославии (рис. 15—17).

Сейчас в некоторых кантонах Федерации и областях Республики Сербской в рамках базового проекта Всемирного банка в области здравоохранения идет эксперимент по внедрению семейной медицины. Несколько лет назад в Боснии и Герцеговине было как минимум шесть разных подходов к развитию семейной медицины. На сегодняшний день в обоих субъектах разработана и утверждена стандартная учебная программа, в рамках базового проекта введены программы переподготовки врачей, семейных врачей во всей стране готовят по единой программе.

Вторая экспериментальная программа, входящая в базовый проект Всемирного банка в области здравоохранения, предусматривает создание в обоих субъектах центров подготовки руководящих кадров для здравоохранения. Эти центры выработают единые требования к подготовке и практической деятельности управленческого персонала для того, чтобы создать кадры, которые смогут управлять любым медицинским учреждением страны. Обучение будет вестись по единой программе, утвержденной обоими субъектами, что позволит преподавателям читать лекции в обоих субъектах.

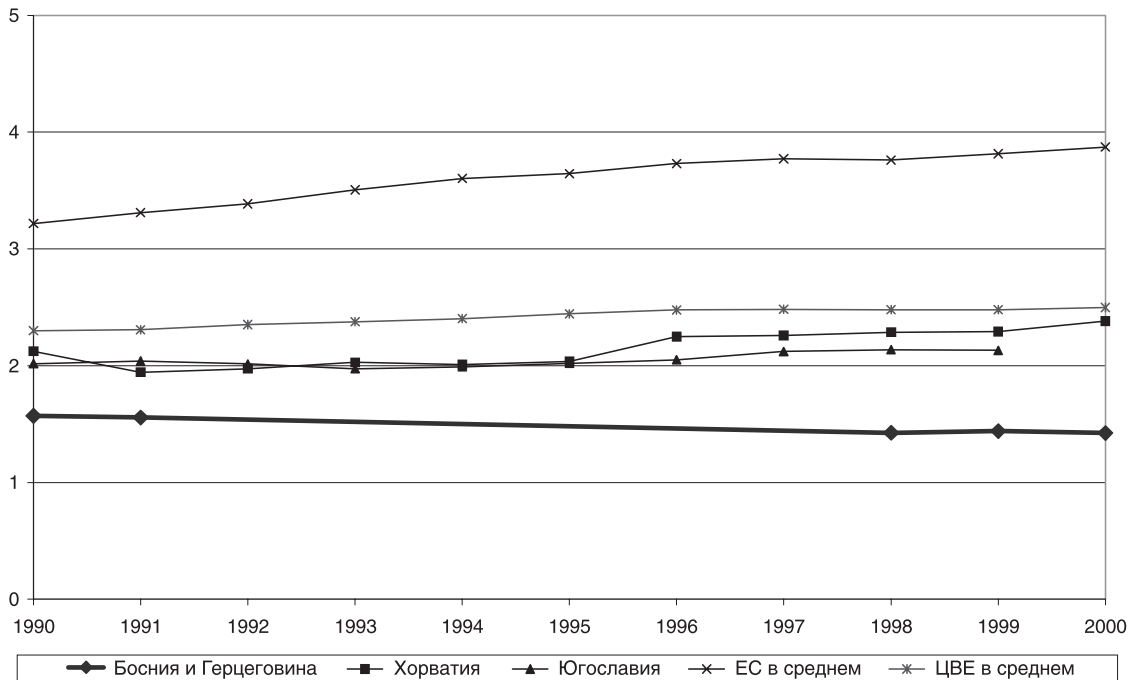
Федерация Боснии и Герцеговины

В Федерации Боснии и Герцеговины число врачей на 1000 населения составляет примерно 1,47, причем они очень неравномерно распределены как между домами здоровья и медицинскими пунктами, так и между городскими и сельскими районами.

В Федерации Боснии и Герцеговины три медицинских вуза — в Сараеве, Мостаре и Тузле. Обучение длится 6 лет и включает в себя теоретическую и практическую подготовку. Стоматологов и фармацевтов готовят в Сараево; стоматологи учатся 6 лет, фармацевты — 5. После окончания вуза все врачи, фармацевты и стоматологи проходят обязательную одногодичную ординатуру, после чего сдают государственный экзамен и получают право на самостоятельную работу по специальности.

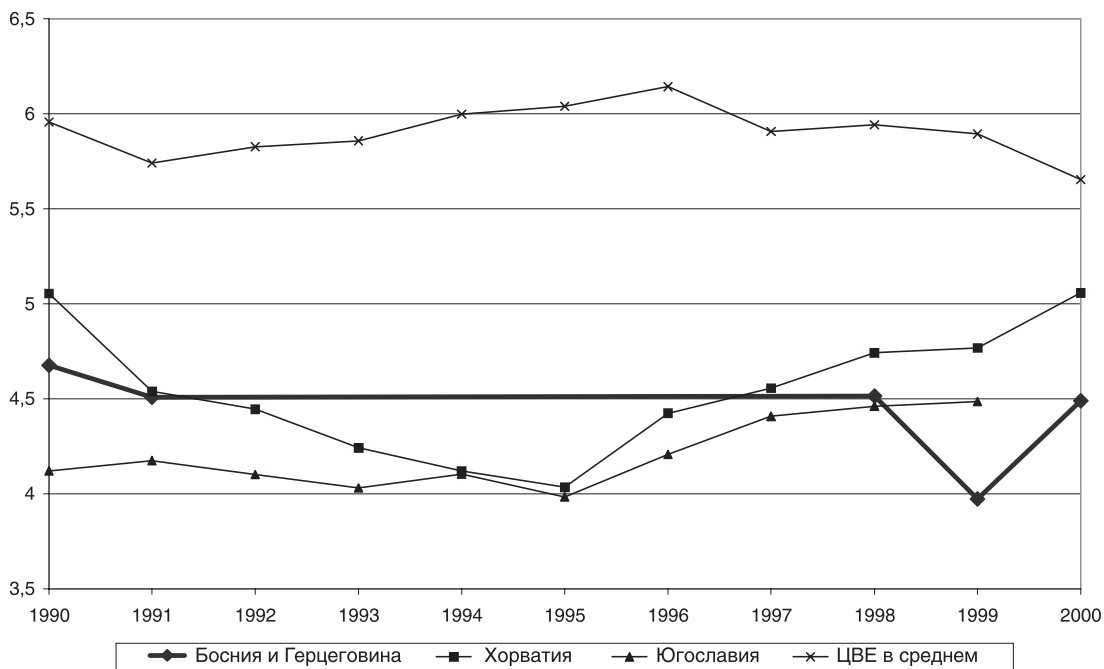
Специальное медицинское образование можно получить после завершения базового медицинского образования, пройдя обучение в течение

Рисунок 15. Число врачей на 1000 населения в Боснии и Герцеговине и некоторых других странах



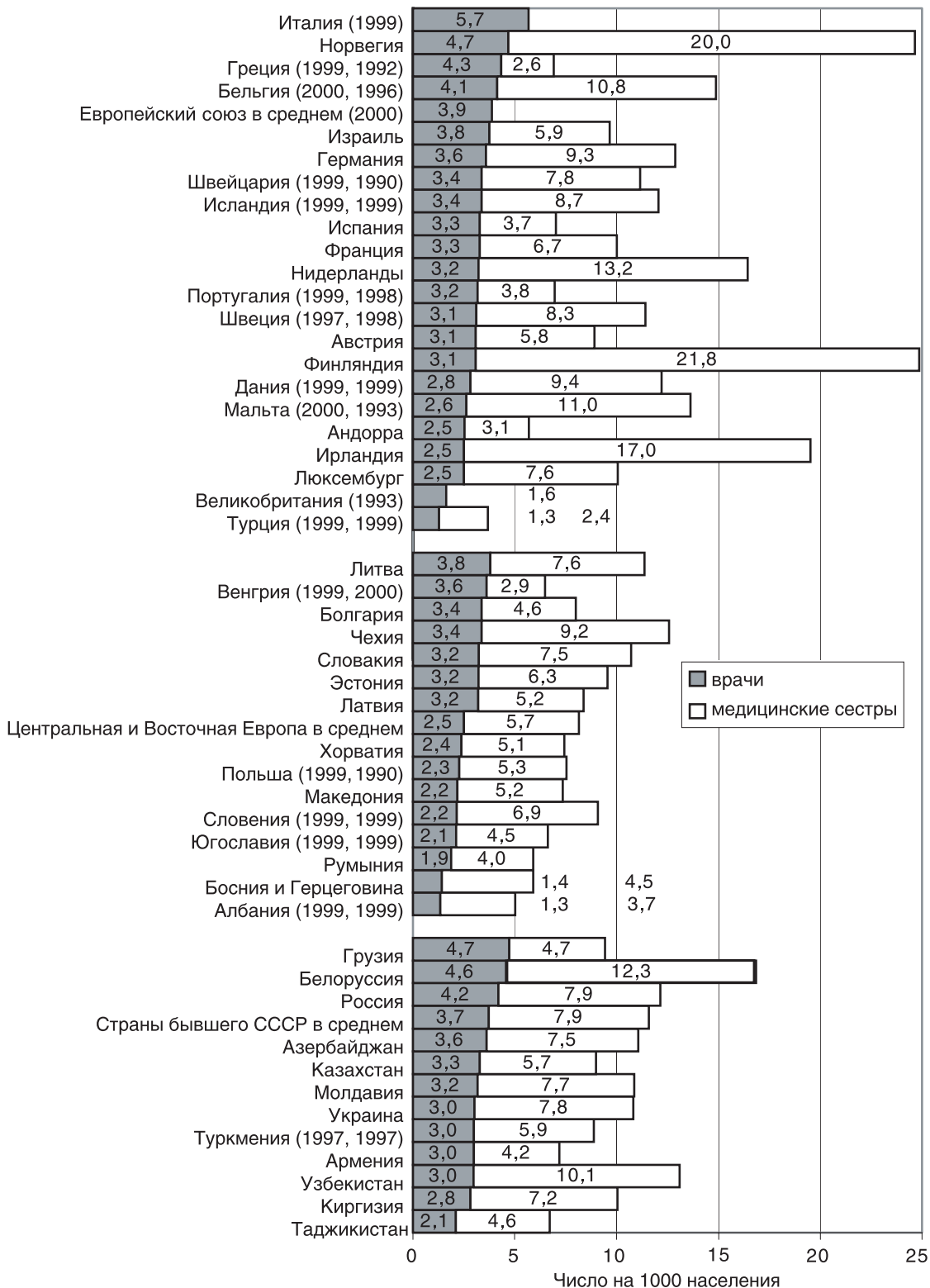
ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы; ЕС — Европейский Союз
 Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Рисунок 16. Число медицинских сестер на 1000 населения в Боснии и Герцеговине и некоторых других странах



ЦВЕ — страны Центральной и Восточной Европы
 Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

Рисунок 17. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в странах Европейского региона ВОЗ в 2000 г.



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

Примечание: В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках). Число медицинских сестер в Италии, Великобритании и Европейском союзе неизвестно.

3—5 лет, в зависимости от специализации. Последипломное образование стоматологов и фармацевтов обеспечивают соответствующие факультеты. Фармацевты получают узкоспециальное образование и многие из них продолжают специализацию.

Среднее медицинское образование можно получить в одном из 15 медицинских училищ, обучение в которых длится 4 года. После окончания такого училища медицинские сестры имеют возможность получить высшее сестринское образование в Бихаче, Мостаре или Сараево. Тем медицинским сестрам, которые закончили медучилище и вышли на работу, не разрешается продолжать образование в медицинском вузе, не предусмотрена для них и возможность получения качественного непрерывного образования.

Подготовку всех медицинских кадров планируется изменить. Подробнее об этом см. раздел «Реформы здравоохранения».

Республика Сербская

В Республике Сербской вузовскую и послевузовскую подготовку врачей, стоматологов и фармацевтов организует Министерство образования. Их готовят два медицинских, два стоматологических и один фармацевтический факультет университета в Баня-Луке и университета в Сербском Сараево. Министерство здравоохранения не участвует в разработке программ обучения и регулировании набора студентов.

Программы рассчитаны на 6-летнее обучение, включающее как теоретические, так и практические курсы. На фармацевтическом факультете обучение длится 5 лет. После окончания полного курса обучения врачи общей практики и стоматологи обязаны пройти годичную интернатуру, как правило, в учреждениях первичной медицинской помощи. Затем они сдают государственный экзамен по специальности и получают право на самостоятельную врачебную деятельность, или же могут пройти специализацию в какой-либо области медицины, стоматологии или фармацевтики. Программы специализации рассчитаны на 3—5 лет, в зависимости от направления. Реформа здравоохранения предусматривает включение в программы последипломного образования ряда новых предметов, ориентированных на первичную медицинскую помощь и профилактику заболеваний. Один из таких предметов — семейная медицина — входит как в программу базового медицинского образования (6 курс), так и в последипломные курсы.

В медицинских училищах учатся 4 года. В нескольких учебных заведениях Республики Сербской организовано 4-годичное высшее медсестринское образование.

Действующее законодательство не предусматривает регулярной проверки профессионального уровня медицинского персонала, однако такое требование включено в предложенный к рассмотрению законопроект. Эту функцию предлагается возложить на врачебные, стоматологические и фармацевтические палаты. Палаты будут также отвечать за лицензирование медицинских работников или отзыв лицензии на основании показателей их работы.

Лекарственные средства и медицинская техника

В Боснии и Герцеговине лекарственные средства производит фабрика «Босналек» и небольшие производственные отделы при аптеках и больницах. Эти производители не в состоянии удовлетворить потребности страны, поэтому большую часть лекарственных средств приходится ввозить из-за рубежа.

Во время и после войны (1992—2000 гг.) до 70% лекарственных средств поступали в качестве гуманитарной помощи. При назначении лечения врачам часто приходилось исходить из того, какие лекарства были в наличии. Фонды медицинского страхования никогда не нормировали и не контролировали больничные расходы на лекарства. Больницы не закупают лекарства в больничной фасовке и теряют на этом значительные средства. Однако больницам, возможно, так удобнее, а экономного расходования средств от них, по-видимому, никто не требует. Похоже, у больниц пока нет стимулов для рационализации закупки лекарств, да и всего остального.

При отправке лекарственной гуманитарной помощи, гуманитарные организации, фирмы-доноры и частные лица нередко руководствовались не местными потребностями, а какими-то иными соображениями: собственной оценкой потребности, своим ассортиментом и запасом лекарств, своими нормативами на случай чрезвычайной ситуации. В результате было передано огромное количество препаратов с истекшим сроком годности или ненужных (таких как противомаларийные средства). По оценкам ВОЗ, в Федерации Боснии и Герцеговины до сих пор хранится 600 тонн неиспользованных лекарств, еще 100 тонн — в Республике Сербской, и эта проблема требует срочного решения¹.

Зависимость от лекарственной гуманитарной помощи в последние годы уменьшилась, но потребность в правовом регулировании, принятии финансовых и технических решений для осуществления такого рода деятельности остается. Недавно создан Институт контроля качества лекарственных препаратов, который будет работать в масштабах всей страны. Большинство лабораторий Института находится в Сараеве: здесь проводят стандартные физические, химические и микробиологические анализы. В Баня-Луке (Республика Сербская) организуются биологические и биохимические лаборатории Института.

Раздробленность системы здравоохранения приводит к нерациональному расходованию скудных государственных средств в ущерб оказанию необходимой населению медицинской помощи; лекарства закупаются мелкими партиями, из-за чего фармацевтический сектор вынужден повышать цены. Это сказывается на закупке лекарств и оборудования, а также специализированных услуг. Сейчас лекарства закупают 13 покупателей (10 кантонов, Федерация Боснии и Герцеговины, Республика Сербская, округ Брчко). По

¹ *World Health Organization guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies*. Geneva, WHO, 1999.

данным проведенного ВОЗ исследования цен на отдельные препараты в Боснии и Герцеговине в 1998 г., лучшая местная цена в два раза превышала цену на международном рынке.

Говоря о медицинской технике, следует отметить очень неравномерную оснащенность медицинских учреждений до войны: в первую очередь оборудование получали больницы, а потом уже учреждения первичного звена здравоохранения. Не было никакого опыта оценки медицинских технологий, планирования и регулирования закупок оборудования, правильной эксплуатации медицинской техники. До войны не существовало системы регулярной модернизации, технического обслуживания и замены медицинского оборудования, к тому же средств на покупку оборудования выделялось мало. В результате значительная часть оборудования либо устарела, либо вышла из строя еще до 1992 г. Отсутствие планового технического обслуживания и замены оборудования, а также вызванная войной разруха привели к тому, что сегодня до 40% оборудования невозможно использовать. Сейчас делаются первые попытки наладить оценку медицинской техники, изучается и перенимается опыт других стран, в частности, в области закупок нового оборудования. Недавно Всемирный банк в рамках базового проекта развития здравоохранения начал поддержку стратегического планирования и разработки программы повышения качества медицинской помощи. Работа началась с подготовки нормативно-правовой базы, определения структуры и функций органов, отвечающих за аккредитацию и обеспечение качества в обоих субъектах.

Федерация Боснии и Герцеговины

Во время войны федеральное Министерство здравоохранения (тогда это было Министерство здравоохранения Республики Босния и Герцеговина) организовало Управление фармации, что весьма положительно повлияло на развитие всей фармацевтической отрасли. Управлением руководит заместитель министра по фармацевтической промышленности. В состав Управления входят отделы регистрации лекарственных средств, лекарственного производства и обеспечения, наркотических средств.

Во время войны, при поддержке ВОЗ и ЮНИСЕФ, в Федерации Боснии и Герцеговины был введен перечень жизненно необходимых лекарственных средств. В действующем федеральном перечне 202 наименования. На основе этого перечня каждый кантон составляет свой перечень лекарственных средств, затраты на которые возмещает страховой фонд кантона. Федеральное Министерство здравоохранения назначило Комиссию по лекарственным средствам для консультирования Министра здравоохранения по таким вопросам, как выдача разрешений на продажу лекарственных средств, перечень жизненно важных лекарственных средств и так далее.

В статье 64 федерального Закона о защите здоровья сказано: «Аптека — это учреждение здравоохранения, которое обеспечивает снабжение лекарственными средствами населения, медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей. Под снабжением лекарственными средствами в данном

законе подразумевается закупка, хранение и отпуск готовых лекарственных средств, рецептурный и безрецептурный, а также производство, контроль и отпуск лекарственных препаратов».

Закон о лекарственных средствах, утвержденный парламентом Федерации в 2001 г., должен регулировать работу всего фармацевтического сектора Федерации Боснии и Герцеговины. Закон о наркотиках средствах тоже задумывался как общегосударственный. Помощь в его подготовке оказало Управление Верховного представителя.

Сразу после войны началась перерегистрация имеющихся в продаже лекарственных средств. На сегодняшний день в Федерации зарегистрировано около 400 непатентованных и 700 патентованных препаратов. В Федерации Боснии и Герцеговины после войны трижды переиздавался фармакологический справочник, в котором дается информация о применении, производителе и цене каждого зарегистрированного лекарственного средства. Цены указаны для того, чтобы врач, назначая лечение, мог выбрать более дешевый из равноэффективных препаратов.

Федеральное Министерство здравоохранения установило 10% наценку для аптек и 20% — для оптовых фармацевтических фирм. То, что в Федерации Боснии и Герцеговины именно кантоны закупают лекарства и возмещают затраты на них приводит к тому, что, во-первых, ограничивается возможность получать скидку за большой объем покупки, население бедных и богатых кантонов имеет разный доступ к лекарственным средствам. Базовые цены на лекарства также определяют кантоны.

К сожалению, сегодня кантональные страховые фонды не могут полностью удовлетворить спрос на лекарства, и людям часто приходится покупать лекарства за свой счет, а цены многим не по карману. Одной из острых проблем является ограниченность возможностей кантональных органов по контролю за исполнением законов, регулирующих работу фармацевтического сектора, а федеральный инспектор все еще не назначен.

При обилии частных аптек фармацевты неохотно идут работать в больницы. Острая нехватка фармацевтов — один из главных недостатков организации лекарственного обеспечения в больницах.

Республика Сербская

Регистрация и контроль качества лекарственных средств в Республике Сербской значительно улучшились с введением в 1997 г. перечня жизненно необходимых лекарственных средств (220 наименований), составленного на основе рекомендаций ВОЗ. Теперь ввозить в Республику Сербскую и распространять в ней можно лишь зарегистрированные препараты. Этот перечень составлен с учетом сегодняшних потребностей, в отличие от ограниченного ассортимента по большей части дешевых препаратов, поставлявшихся в качестве гуманитарной помощи. На основе этого перечня готовится базовый перечень препаратов, затраты на которые возмещает Фонд медицинского страхования.

Недавно аппарат управления фармацевтическим сектором был расши-

рен: учреждена должность заместителя министра по лекарственным препаратам, которому подчиняются отделы, занимающиеся вопросами регистрации, поставок и распространения лекарственных средств (в том числе наркотических). Кроме того, министр здравоохранения назначил Комитет по оценке лекарственных средств для рассмотрения регистрационных документов. На сегодняшний день в Республике Сербской зарегистрировано около 700 непатентованных и 1300 патентованных лекарственных средств.

Перечень жизненно необходимых лекарственных средств был переработан при участии специалистов ВОЗ, а в 1999 г. совместно с ЮНИСЕФ был опубликован справочник «Жизненно важные лекарственные средства в Республике Сербской». Этот справочник роздан врачам и используется для более упорядоченного назначения лекарственных средств.

Новый закон о лекарственных препаратах, разработанный при поддержке программы PHARE, полностью соответствует нормам, принятым в странах Европейского союза (а также закону о лекарственных средствах Федерации Боснии и Герцеговины). Он был утвержден парламентом Республики Сербской в мае 2001 г.

Распространением лекарственных средств занимаются аптеки. Они обеспечивают население и медицинские учреждения лекарственными средствами и консультируют по вопросам их применения. Аптеки обязаны иметь достаточный запас препаратов из действующего перечня жизненно необходимых лекарственных средств. Как видно из таблицы 10, в последние годы значительно выросло число аптек и оптовых фармацевтических фирм, прежде всего частных.

Цены на лекарственные препараты в Республике Сербской регулирует «Положение об установлении цен на лекарственные препараты». Ценообразование происходит по-разному для препаратов, которые оплачивает Фонд медицинского страхования (перечисленных в базовом перечне кантона), и прочих, не вошедших в этот перечень, например, безрецептурных. Установленные наценки (20% розничная и 8,2% оптовая) стимулируют продажу более дорогой продукции. В цены на лекарства, оплачиваемые Фондом меди-

Таблица 10. Число оптовых фармацевтических фирм, аптек (государственных и частных) и фармацевтов в Республике Сербской в 1996 и 2000 г.

Тип собственности	1996	2000
Оптовые фирмы		
Государственные	4	7
Частные	8	48
Всего	12	55
Аптеки		
Государственные	51	55
Частные	31	138
Всего	82	193
Фармацевты	135	215

цинского страхования, не входят оптовые и розничные наценки, а также налоги (оптовые фирмы и аптеки не получают платы за распространение таких лекарств), но включается плата за услуги Фонда. В цены на другие рецептурные препараты, не вошедшие в базовый перечень, наценки включаются. Кроме того, оптовые фармацевтические компании и аптеки могут включать в цену сопутствующие расходы, не учтенные в наценках.

Фонд медицинского страхования оплачивает лекарственные средства, используемые при лечении в амбулаториях и стационарах. Государственные аптеки получают компенсацию от Фонда за отпущенные препараты из основного перечня, для частных аптек такая компенсация не предусмотрена. Компенсация производится по базовым ценам — средним по каждому наименованию, рассчитанным на основе цен десяти крупнейших оптовых компаний.

Расходы на лекарственные средства, используемые в больницах, включаются в суточную стоимость лечения в стационаре и возмещаются Фондом медицинского страхования. Если в больнице нет нужных препаратов, больной может послать в Фонд счет за их покупку в аптеке и получить компенсацию. Фонд не регулирует больничные расходы на лекарства (нет соответствующих руководств или перечней лекарств для больниц) и не может закупать лекарства в больничной фасовке. Такая практика дорого обходится Фонду медицинского страхования, и неудобна для больных (которым приходится искать в аптеках более дешевые лекарства), но удобна для больниц (у них нет стимула экономить при покупках). Так же, как и в Федерации Боснии и Герцеговины, в больницах Республики Сербской не хватает фармацевтов.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения

До войны каждое *самоуправляемое общественное объединение* решало, какую долю валового внутреннего продукта направить на центральный уровень. Эти средства собирались и затем распределялись по медицинским учреждениям. Финансирование прежде всего определялось такими критериями, как число коек, численность и квалификация персонала, оснащенность и прошлые расходы. При таком подходе руководство больниц не было заинтересовано в совершенствовании управления, поскольку финансирование не зависело от эффективности работы учреждения.

Зарботная плата медицинского персонала была фиксированной и не зависела от объема и качества работы. Это вело к распространению неофициального совместительства, взяток, в частности за внеочередное предоставление медицинской помощи.

Сразу после войны, из-за острой нехватки средств, было введено нормированное распределение ресурсов, причем специализированная медицинская помощь обычно финансировалась лучше, чем первичная. Затем в течение нескольких лет четкого нормирования не было, средства распределялись произвольно. Сейчас вводится договорная система. В последние годы министерства здравоохранения, при поддержке ВОЗ и Всемирного банка, пытаются выработать методы определения приоритетных направлений инвестирования.

Федерация Боснии и Герцеговины

Руководство кантонального страхового фонда ежегодно составляет финансовый план, исходя из прогнозируемых потребностей системы обязательного медицинского страхования. Этот план подлежит утверждению законодательным органом кантона. Не считая незначительных сумм, выделяемых из муниципальных бюджетов, бюджеты здравоохранения почти полностью образуются из обязательных страховых взносов. Эти средства затем распределяются по медицинским учреждениям (см. ниже).

Республика Сербская

Согласно принятому в 1999 г. Закону о медицинском страховании, Фонд медицинского страхования Республики Сербской оценивает свои возможности по сбору взносов и, в соответствии с этим, предлагает на рассмотрение Ассамблее Фонда медицинского страхования ставки взносов для основных страхуемых групп. В начале года правительство Республики Сербской устанавливает ставки на текущий год и может, если потребуются, изменить их. Таким образом, нет строгого порядка расчета общего бюджета здравоохранения. Позднее ставку взносов (сейчас она равна 15%), предложенную правительством, утверждает парламент.

В своем финансовом плане Фонд распределяет средства по всем уровням и программам здравоохранения, причем финансирование отдельных территорий зависит от их фактического вклада в общую копилку. Пятуую часть всех собранных средств Фонд оставляет для покрытия своих текущих расходов и для солидарного перераспределения. К сожалению, нет данных о том, какая часть этих средств перераспределяется между регионами.

Федерация Боснии и Герцеговины

Финансирование больниц все еще ведется в основном в соответствии с исторически-затратным принципом, однако эту систему собираются менять.

Порядок расчета в разных кантонах несколько отличается, но сводится приблизительно к следующей схеме: рассчитывается фонд заработной платы учреждения на основании государственной тарифной сетки и индивидуальных коэффициентов (устанавливаемых руководством кантонального фонда), зависящих от образования, рабочего стажа и должности каждого работника. К этой сумме прибавляют налоги и другие платежи. На расходы больницам дополнительно выделяется 40—60% от общего фонда заработной платы (учреждениям первичной медицинской помощи — 20%).

Кантональные фонды медицинского страхования планируют бюджеты на основе расходов предыдущих лет, однако непонятно, как эти бюджеты соотносятся с теми суммами, которые реально выделяются больницам (рассчитанными, как описано выше). Таким образом, бюджет больницы напрямую зависит от численности персонала, а не от объема работы. В любом случае не предусматривается каких-либо ассигнований на амортизацию и техническое обслуживание оборудования и зданий, на капитальные затраты, что, в конечном итоге, ведет к сокращению срока службы оборудования, зданий и сооружений.

Республика Сербская

В течение ряда послевоенных лет главным способом финансирования медицинских учреждений была оплата за фактически предоставленные услуги. Отсутствие ограничений максимальных размеров оплаты едва не разорило Фонд медицинского страхования в 2000 г. Тогда это бремя было перенесено на

медицинские учреждения (заключаемые договора не гарантируют оплаты за оказанную медицинскую помощь), что серьезно ухудшило качество обслуживания и увеличило число направлений больных к врачам-специалистам.

Сейчас подготовлен новый базовый контракт между Фондом медицинского страхования и медицинскими учреждениями, в который вошел прейскурант для определения уровня расходов. Считается, что новый прейскурант (июнь 2001 г.) отражает реальную стоимость услуг. Если Фонд не оплатит услуги, оказанные медицинским учреждением в соответствии с договором, оно имеет право обратиться в суд. Счета выступают в виде ежемесячных отчетов об оказании услуг, перечисленных в прейскуранте.

Несмотря на то, что Фонд старается выполнять свои договорные платежные обязательства (так, в первое полугодие 2001 г. медицинским учреждениям было перечислено 92% средств), договора часто исполняются не полностью. Слабая договорная дисциплина и отсутствие надлежащего контроля за исполнением приводят к ухудшению качества услуг и нерациональному использованию средств. Из-за невнимательной проверки счетов некоторые махинации остаются безнаказанными. Поскольку фактическая оплата покрывает лишь часть счетов, больничные долги широко распространены. Многие считают, что система до сих пор еще как-то работает лишь благодаря самоотверженности медиков и долготерпению больных. Сложившееся положение сводит на нет возможности для стимулирования, заложенные в договорной системе.

Заработная плата врачей

Как и до войны, основной (если не единственной) официальной формой оплаты труда в государственном секторе является твердый оклад. Оплата за фактически предоставленные услуги никогда не играла большой роли в медицинских учреждениях Боснии и Герцеговине. Сейчас планируется изменить формы и методы оплаты труда медицинских работников для того, чтобы повысить их заинтересованность улучшении результатов труда и добиться более равномерного распределения медицинских кадров. Практически во всех частных медицинских учреждениях врачи получают оплату за оказанные услуги.

Хотя масштабы взяток в медицинских учреждениях официально не анализировались, считается, что они значительны в обоих субъектах. Опрос, проведенный фондом «Нору Хау», показал, что врачам, работающим в государственных медицинских учреждениях, платит большинство больных.

Федерация Боснии и Герцеговины

Заработная плата врачей в государственных учреждениях определяется умножением тарифной ставки на коэффициент, зависящий от образования, занимаемой должности и стажа работы. При такой системе оплаты врачи больше заинтересованы в повышении своего образования и карьерном росте, чем в увеличении объема и повышении качества услуг.

Частнопрактикующие врачи получают оплату непосредственно с больных. Цены и доходы частного сектора никак не регулируются и не контролируются на том основании, что частная практика пока «полулегальна». Есть свидетельства того, что в частном секторе врачи нередко оказывают избыточную помощь.

Республика Сербская

Согласно действующему коллективному договору, врачи получают фиксированную повременную оплату. Ее размер напрямую зависит от типа медицинского учреждения, ученой степени и квалификации врача. В 2002 г. Медицинская палата начала лицензирование врачей.

Заработная плата врачей общей практики чуть выше среднего уровня, в то время как врачи-специалисты могут заработать примерно вдвое больше. При таком положении дел трудно ожидать изменения сегодняшней ситуации, для которой характерны некомпетентность врачей общей практики, избыток врачей-специалистов, недоверие к первичной медицинской помощи и высокие расходы на здравоохранение.

Заключение

Перед тем как перейти к следующему разделу, необходимо сделать несколько замечаний по организационной структуре и системе финансирования здравоохранения в Боснии и Герцеговине.

Организационная структура здравоохранения требует больших затрат на содержание 13 министерств здравоохранения и фондов медицинского страхования. Страна тратит на здравоохранение значительную часть ВВП (учитывая государственные и частные источники), однако проблемы остаются. Одной из главных задач является обеспечение равных возможностей получения медицинской помощи независимо от материального положения и места жительства. Согласно результатам опроса, проведенного Всемирным банком¹, сельские жители жалуются на плохое состояние дорог и невозможность добраться до медицинских учреждений. Основные медицинские услуги доступны лишь 28% опрошенных сельских жителей, лишь у 13% из них есть аптеки неподалеку от места жительства. Опрос показал, что проблемы здравоохранения волнуют очень многих. Люди жалуются на плохое оснащение медицинских учреждений, недостаток квалифицированных врачей и медсестер. Лекарства продаются, но многим они не по карману. Чтобы лечить как следует или без очереди, приходится давать взятку. В другом документе Всемирного банка² говорится: «По-видимому, еще многое предстоит сделать для улучшения финансирования и работы здравоохранения в Респуб-

¹ A social assessment of Bosnia and Herzegovina. Washington, DC, The World Bank, 1999.

² Household perceptions of health care in the Republika Srpska of Bosnia and Herzegovina: health expenditures and perceptions survey. Banja Luka, World Bank, 1999.

лике Сербской. По данным социологических опросов, свыше 73% опрошенных осознают, что реформы здравоохранения остро необходима. Подобный документ выпущен и по Федерации Боснии и Герцеговины, однако в нем точных цифр не приводится.

Для обеспечения справедливого финансирования создается двухъярусная система здравоохранения с частными (для богатых) и государственными (для остального населения) медицинскими учреждениями. Широко распространено мнение о том, что качество медицинской помощи в частном секторе выше. Возможно так оно и есть, однако ничто не подтверждает того, что качество медицинских услуг будет выше, если в государственных и частных учреждениях будут работать одни и те же врачи. Хотя все частные учреждения берут с пациентов полную плату за лечение (системы частного страхования нет), нормативная база для регулирования цен в частном секторе пока отсутствует. Государственного регулирования работы по совместительству тоже нет, зато есть свидетельства того, что врачи государственных медицинских учреждений в свое рабочее время оказывают частные медицинские услуги.

И наконец, высокий уровень безработицы, неудовлетворенность зарплатой влияют на отношении медиков к своим обязанностям и способствуют распространению так называемых «неофициальных платежей». По оценкам Совета министров¹, оплата лекарственных средств и неофициальная плата врачам в виде «благодарности» составляет 40% всех расходов на здравоохранение в стране, причем их основная часть приходится на долю населения.

¹ *Entrepreneurial society, Bosnia and Herzegovina economic development strategy global framework 2000-2004*. Sarajevo, Council of Ministers, Ministry of Foreign Trade and Economic Relations, 2000.

Реформы здравоохранения

Цели и задачи

В последние годы началась всесторонняя перестройка системы здравоохранения, затронувшая финансирование здравоохранения, тарификацию медицинских услуг, организацию медицинского обслуживания и управление медицинскими учреждениями. В здравоохранении реформы продвинулись дальше, чем в других областях социальной сферы. Вместе с тем доля ВВП, расходуемая на здравоохранение, остается слишком высокой, средства часто тратятся нерационально, не обеспечен равный доступ к медицинской помощи, а качество этой помощи оставляет желать лучшего. Все это требует более глубоких реформ, восстановления финансовой устойчивости этого сектора. Как и в других общественных секторах, главной задачей является модернизация и интеграция системы здравоохранения для того, чтобы можно было использовать эффект масштаба в таких областях, как финансирование и организация медицинской помощи, а также управление здравоохранением в Боснии и Герцеговине.

Как отмечалось ранее, первые признаки кризиса в здравоохранении появились еще до войны. Во время войны (1992—1995 гг.) было разрушено около 30% медицинских учреждений, на 30% сократилась численность медицинских работников. Согласно Дейтонскому соглашению, ответственность за организацию, финансирование и обеспечение медицинской помощи была возложена на каждый из субъектов, и в 1997 г. субъекты приняли свои законы о здравоохранении, официально подтвердив разделение здравоохранения страны на две самостоятельные системы.

Все эти годы было очевидно, что потребуются огромные усилия для налаживания работы этих новых систем. Последний опрос общественного мнения показал высокую неудовлетворенность населения системой здравоохранения: от 55 до 73% считают, что надо «полностью реорганизовать» медицинское обслуживание.

Западные страны внесли большой вклад в финансирование реформы систем здравоохранения: значительную прямую помощь оказали специализированные учреждения ООН, миллионы долларов в виде субсидий и кредитов передал Всемирный банк. В рамках программы PHARE были вложе-

ны большие средства в оснащение и оказание технической помощи учреждениям общественного здравоохранения на уровне субъектов, кантонов (Федерация Боснии и Герцеговины) и областей (Республика Сербская), выделялись деньги на стипендии и стажировку.

Однако эта помощь имела и нежелательные последствия. Средства массовой информации нередко обвиняли политиков и органы здравоохранения в иждивенческой зависимости от зарубежной помощи и злоупотреблениях с целью получения незаконных доходов. Огромный бюрократический аппарат системы здравоохранения, похоже, преследует свои корыстные интересы, и множество кандидатов соревнуются за право распоряжаться донорской помощью. Типичной является ситуация, когда международные организации по несколько раз платят за один и тот же документ, а местные кадры морочат им голову версиями документа (см. также раздел «Проведение реформ»).

Из положительных моментов следует отметить, что в Боснии и Герцеговине проведена большая работа по развитию семейной медицины, которая может быть интегрирована в существующую сеть медицинских учреждений на местном уровне. Ожидается, что семейные врачи обеспечат не только качественное первичное медицинское обслуживание, но и упорядочат доступ к специализированной помощи. Кроме того, у больниц появятся серьезные стимулы для улучшения работы. В обоих субъектах идет разработка планов реформы фармацевтического сектора, причем эти планы почти одинаковы. Международные организации финансируют комплексные программы, направленные на усиление деятельности государственных и муниципальных органов по обеспечению соблюдения законов, в том числе в сфере здравоохранения.

Федерация Боснии и Герцеговины

Реорганизация здравоохранения

В 1994 г. Министерство здравоохранения Федерации начало реорганизацию здравоохранения. На первом этапе основные усилия были сосредоточены на восстановлении системы здравоохранения, реабилитации жертв войны, налаживании и разделении функций первичного медицинского обслуживания, стационарной помощи и общественного здравоохранения. В 1997 г. при финансовой поддержке Всемирного банка началась реализация проекта развития стационарной помощи в трех специализированных клинических центрах и восьми кантональных больницах Федерации Боснии и Герцеговины. Проект предусматривал строительство больниц, поставку медицинского оборудования и препаратов, непрерывное образование персонала, а также реформу финансирования здравоохранения.

В 1998 г., при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ, Всемирного банка и PHARE, был разработан стратегический план реформы, реорганизации и развития системы здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины. Среди поставленных в нем целей — повышение экономической устойчивости системы, обеспечение социальной справедливости и солидарности, повышение рентабельности, совершенствование системы оп-

латы и условий труда персонала, улучшение качества обслуживания. Предлагается провести ряд мероприятий на федеральном и кантональном уровнях, а также в самих учреждениях. Сформулированы главные задачи в сфере законодательства и регулирования здравоохранения:

- распределить полномочия между Федерацией и кантонами в соответствии с современными требованиями;
- определить основной набор медицинских услуг, доступных для всего населения по системе обязательного страхования;
- способствовать многообразию форм собственности в здравоохранении;
- привести в соответствие права граждан и обязанности врачей.

Огромное значение для улучшения первичной медицинской помощи, общественного здравоохранения и борьбы с заболеваниями имеет также базовый проект Всемирного банка в области здравоохранения (общая стоимость 12 миллионов долларов).

Реформа финансирования

В условиях глубокого послевоенного кризиса системы здравоохранения всерьез рассматривался вопрос об изменении системы финансирования здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины. Однако все же было решено оставить бисмарковскую систему обязательного медицинского страхования, предусматривающую сбор взносов и объединение средств. Эта система будет сохраняться до тех пор, пока она будет полезна для финансирования здравоохранения. В области финансирования системы здравоохранения поставлены следующие цели:

- объединить средства обязательного страхования для того, чтобы сделать основной набор медицинских услуг доступным для всего населения;
- обеспечить защиту ресурсов путем резервирования средств для целевого использования;
- ввести дополнительное добровольное медицинское страхование;
- использовать дополнительные источники финансирования, такие, как доплаты из бюджета, пожертвования, совместные платежи.

Предложен ряд мер в области распределения ресурсов, в том числе финансирование медицинских учреждений на основе договоров, заключаемых между ними и фондами медицинского страхования, а также переход от фиксированной заработной платы медицинских работников к смешанной системе оплаты труда, включающей элементы подушной оплаты, платы за предоставленные услуги и оплаты в зависимости от результатов работы.

Реформа медицинского обслуживания

Первичная медицинская помощь

Реформа первичного медицинского обслуживания призвана в первую очередь обеспечить больным свободу выбора, укрепить непрерывность и пре-

емственность медицинского обслуживания, упорядочить доступ к специализированному медицинскому обслуживанию, обновить материальную базу первичного звена здравоохранения. Предпочтение отдается групповой, а не индивидуальной врачебной практике. Большое внимание уделяется профессиональной подготовке персонала. Группы семейных врачей будут обслуживать определенное число семей.

Предлагается основательно реорганизовать дома здоровья, перевести реабилитационную помощь из больниц в менее крупные медицинские учреждения.

Закон о защите здоровья разрешил приватизацию учреждений первичной медицинской помощи, однако возможность широкой приватизации больниц и других специализированных учреждений пока не рассматривалась.

Больницы

Реформу стационарной и специализированной медицинской помощи будут определять следующие факторы: упорядочение доступа к специализированной помощи, введение современных методов управления, более подходящих для введения договорной системы, и определение основного объема стационарной помощи, покрываемой медицинской страховкой. Основной страховой пакет можно будет использовать в будущем при планировании медицинских услуг. Кроме того, будет определена так называемая «сеть учреждений здравоохранения».

Организация и управление

Планируется провести реформу информационной системы здравоохранения в области стоматологической помощи и лекарственного обеспечения. При этом основное внимание должно уделяться законодательству, финансированию и ценообразованию, снабжению, рациональному назначению, а также правилам аптечной практики. Поскольку правительство не контролирует качество услуг частных медицинских учреждений, они не входят в общие информационные медицинские системы страны, а следовательно, нет никаких данных о работе этого сектора.

Как уже говорилось, в стране нет кадров, знакомых с основными принципами современного управления здравоохранением. Исправить это положение поможет скорейшее открытие Центра управления здравоохранением, предусматриваемое одним из проектов Всемирного банка.

Республика Сербская

Реорганизация здравоохранения

В 1997 г. парламент Сербской Республики утвердил стратегический план реформы здравоохранения на 1997—2000 гг., подготовленный при участии Европейского регионального бюро ВОЗ. В 1999 г. была образована объединен-

ная группа экспертов по реформе финансирования здравоохранения. В нее вошли специалисты Министерства здравоохранения и программы PHARE.

В стратегическом плане 1997 г. поставлены следующие задачи:

- реорганизовать сеть здравоохранения в соответствии с трехуровневой схемой;
- обеспечить соответствующий уровень квалификации работников здравоохранения;
- организовать обучение управлению в Институте общественного здравоохранения Сербской Республики в г. Баня-Лука;
- улучшить информационно-статистические возможности системы здравоохранения.

Повышение информированности будет способствовать дальнейшему совершенствованию планирования и регулирования в сфере здравоохранения. В частности, планируется создать орган регистрации и сертификации лекарственных средств, разработать подзаконные акты для регулирования капиталовложений, начать регистрацию и лицензирование медицинских работников после принятия Закона о медицинских палатах, установить порядок аккредитации государственных и частных больниц.

Чтобы помочь медицинским учреждениям решить проблему избытка кадров, правительство готовит специальные постановления и социальные программы. Фонд медицинского страхования готов поощрять участие врачей в этих социальных программах. Введение современного управления здравоохранением, контроля качества, принятие законов о частной медицинской практике и о Врачебной палате также будут способствовать улучшению этой ситуации.

Реформа финансирования здравоохранения

Как и в Федерации Боснии и Герцеговины, в Сербской Республике сохранена бисмарковская система медицинского страхования. Сейчас происходит реформа финансирования медицинских учреждений: вводятся согласованные перспективные бюджеты. На этапе подготовки договора между страховым фондом и медицинским учреждением ставится цель реалистично определить стоимость услуг и пересчитать их на одного больного (для учреждений первичного медицинского обслуживания) или на койко-день (для больниц). При этом учитывается уровень и тип медицинского учреждения. Ежегодно обновляемый договор должен быть подписан не позднее января года действия. Для улучшения управления больницами в первую очередь необходимо развивать информационные системы и готовить руководящие кадры для больниц. Это будет способствовать дальнейшему совершенствованию договоров, определению обоснованных подушевых коэффициентов для расчета финансирования медицинских учреждений и оплаты труда персонала.

Реформа медицинского обслуживания

Министерство здравоохранения поставило следующие цели: сосредоточиться на наиболее экономически оправданных видах лечения, укреплять

роль семейной медицины, ввести систему приема по записи, сохранить за больным право выбора семейного врача, обеспечивать преемственность и согласованность первичной и специализированной медицинской помощи. Необходимо, чтобы больные в первую очередь обращались именно к семейному врачу. Планируется шире использовать практические клинические руководства и научно обоснованные методы лечения.

Недавние изменения в законодательстве и введение подушной оплаты позволят директорам первичных медицинских учреждений заключать с врачами общей практики договоры на определенный объем услуг. Директора больниц смогут также передать часть полномочий по распоряжению бюджетом отделениям больниц. Такая децентрализация будет способствовать повышению качества работы врачей.

Разрабатывается новая политика в области лекарственных средств, в соответствии с которой регистрация и контроль качества (главные элементы системы обеспечения качества лекарственных средств) будут находиться в ведении специального независимого управления. Фармацевтическая инспекция, традиционно относившаяся к санитарной инспекции, будет реорганизована и передана в фармацевтический сектор, под начало Управления фармации. Эти органы будут следить за соблюдением правил производства и контроля качества лекарственных веществ, лабораторной практики и других международных стандартов.

Организованы оптовые базы для централизованных закупок лекарств; лекарства поставляются по мере надобности строго определенными сертифицированными оптовыми фирмами и производителями. Планируется создать два центра, на востоке и на западе Сербской Республики, для поставки лекарств в государственные аптеки. В конце 2000 г. завершился первый, упрощенный, этап регистрации лекарственных средств на основании минимума документации. В 2001 г. около 80 производителей из стран балканского региона и Европы подали заявки на регистрацию свыше 2000 лекарственных препаратов.

Реформы и законодательство

Федерация Боснии и Герцеговины

Говоря о реформах, необходимо упомянуть Федеральную программу развития здравоохранения, принятую в 1994 г. Эта программа не была законом в строгом смысле слова, в ней, скорее, были изложены предложения Министерства здравоохранения. В программе было пять разделов: реформа системы здравоохранения, повышение уровня образования и профессиональной подготовки кадров, развитие материальной базы, программы общественного здравоохранения, реабилитация жертв войны. Позже, в 1997 г., парламент Федерации принял два новых закона (о здравоохранении и о медицинском страховании), подготовивших почву для проведения реформ.

Закон о здравоохранении затрагивает многие аспекты реформы медицинского обслуживания в Федерации, отводя важное место семейной медицине. В законе о медицинском страховании гарантируется основной набор медицинских услуг для каждого застрахованного, независимо от его материального положения и от наличия или отсутствия требуемых услуг в кантоне. Полный перечень нормативных документов, относящихся к реформе системы здравоохранения в Федерации Боснии и Герцеговины, приведен в рамке 4.

Рамка 4. Законодательная база реформы здравоохранения в Федерации Боснии и Герцеговины

- Закон о здравоохранении (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 29/97*)
- Закон о медицинском страховании (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 30/97*)
- Правила оформления страхового полиса (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 30/97*)
- Правила ведения реестров лиц, охватываемых условиями обязательного страхования (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 11/00*)
- Постановление об определении временных стандартов медицинской помощи, предусматриваемой обязательным медицинским страхованием (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 21/00*)
- Постановление об утверждении перечня жизненно важных лекарственных средств, действующего на территории Федерации [Боснии и Герцеговины] (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 28/00*)
- Закон о взносах (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 35/98 и 54/00*)
- Правила расчета и уплаты взносов (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 37/98, 49/98 и 55/00*)
- Указ об уплате взносов за впервые трудоустроившихся лиц (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 48/00*)
- Закон о социальном обеспечении и социальной защите пострадавших в войну гражданских лиц и семей с детьми (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина 3/6/99*)
- Постановление о введении в действие закона о трудоустройстве и социальном обеспечении безработных (введено решением Верховного представителя ООН; *Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина, 5/5/00*)
- Закон о защите лиц, страдающих психическими заболеваниями (*Официальный бюллетень Республики Босния и Герцеговина (3/7/01)*).

Республика Сербская

Со времени окончания войны в Сербской Республике проделана большая работа по созданию законодательной базы. Министерство здравоохранения Сербской Республики разработало закон о здравоохранении, после чего был разработан закон о медицинском страховании. Следует также упомянуть документы, подготовленные министерством в 2000 г. (*Health policy targets and measures in Republika Srpska by the year 2020* и *Basic health benefit package*).

Особого внимания заслуживают законы, касающиеся лекарственных средств. Действовавший до недавнего времени в Республике Сербской закон о лекарственных средствах был разработан в 1993 г. на основе аналогичного закона бывшей Югославии. Однако в 1999 г. Министерство здравоохранения и социального обеспечения поручило группе экспертов разработать совместно с программой PHARE новый закон в соответствии с нормами, принятыми в странах Европейского союза.

Недавно этот закон был принят Национальной ассамблеей Сербской республики. Перечень законов, принятых в рамках реформы здравоохранения в Республике Сербской, приведен в рамке 5.

Проведение реформ

Реформирование здравоохранения в Боснии и Герцеговине идет очень неровно, что отражает общую ситуацию в стране в последние годы. В прессе обычно отмечают следующие *положительные тенденции*:

Рамка 5. Законодательная база реформы здравоохранения в Республике Сербской

- «Стратегия развития здравоохранения в Республике Сербской до 2000 г.»
- «Стратегический план восстановления и реформирования здравоохранения в Республике Сербской в 1997—2000 гг.»
- «Закон о здравоохранении», 1999 г.
- «Закон о медицинском страховании», 1999 г.
- «Закон о медицинских палатах», 2001 г.
- «Закон о защите от ионизирующего излучения», 2001 г.
- «Закон о лекарственных средствах», 2001 г.
- Изменения к законам о здравоохранении и о медицинском страховании, 2001 г.
- «Постановление о сети учреждений здравоохранения», 2001 г.
- «Политика в области здравоохранения в Республике Сербской до 2020 г.: ее цели и способы их достижения» — готовится для утверждения парламентом
- Закон о безопасности продуктов питания (разрабатывается)

- Экономика страны оправляется от военной разрухи. Начатая приватизация должна ускорить экономическое развитие.
- Улучшаются межнациональные отношения, беженцы возвращаются домой, новых межнациональных столкновений не возникает.
- Новые правительства обоих субъектов охотнее идут на сотрудничество, руководители на местах проявляют больше ответственности.

В области здравоохранения в апреле 2001 г. началась реализация финансируемого Всемирным банком Проекта структурной перестройки системы государственного финансирования (PFSAC II). В одном из документов проекта дается пропорция распределения средств Фонда медицинского страхования: 40% должны расходоваться на первичную медицинскую помощь, 60% — на специализированную. По последним данным, доля расходов на первичное медицинское обслуживание составляет примерно 33% и, похоже, будет возрастать. Одновременно вводится договорная система в первичном звене здравоохранения. Есть и другие хорошие новости, например, создание в общинах центров физической и психической реабилитации.

Есть и *отрицательные тенденции*:

- медленно меняются главные учреждения страны (например, правоохранные и судебные органы), сохраняются препятствия для экономического развития (например, откладывается приватизация промышленности);
- в сфере здравоохранения необходимо упорядочить платежи частных лиц: несмотря на то что платежеспособность населения в последние годы повысилась, привычка уклоняться от уплаты сохранилась.

Несмотря на трудности, удалось достичь заметных успехов. Со времени подписания Дейтонского соглашения финансирование здравоохранения в Боснии и Герцеговине развивалось в направлении создания действенной системы социального медицинского страхования. В Сербской Республике и в кантонах Федерации были образованы фонды медицинского страхования. Эти фонды формируются за счет части отчислений с заработной платы на социальное страхование. Собираемость взносов в обоих субъектах плохая, прежде всего по следующим причинам: 1) база налогообложения — доход в форме заработной платы — относительно невелика из-за большого теневого сектора, а с других доходов этот налог не берется; 2) правительство не может найти эффективную базу налогообложения для сельского населения; 3) государственные и частные предприятия недоплачивают налоги; и 4) значительная часть населения освобождена от уплаты налогов.

Как упоминалось ранее, был образован Федеральный фонд медицинского страхования и принята программа федеральной солидарности. Кроме того, в декабре 2001 г. было подписано соглашение между субъектами и между кантонами, гарантировавшее оказание медицинской помощи гражданам по месту жительства, независимо от того, в какой фонд поступают их страховые взносы. На практике это означает, что человек, проживающий в одной административно-территориальной единице и работающий в другой, может получать медицинскую помощь по месту жительства. Эта мера особенно важна для возвращения беженцев.

Предприняты меры, направленные на повышение квалификации руководящих и медицинских кадров, разъяснение им причин и сути реформ, путей дальнейшего реформирования здравоохранения. Эти программы в основном финансируются иностранными и международными организациями и кредитными учреждениями. В рамках финансируемого Всемирным банком базового проекта развития здравоохранения созданы центры подготовки менеджеров для здравоохранения. Они стандартизируют подготовку управленческих кадров и методы управления для того, чтобы выпускать кадры, способные работать в любом медицинском учреждении страны. Обучение будет вестись по единой программе, что, в частности, позволит преподавателям работать в обоих субъектах.

Состояние дел в здравоохранении

Что сделано

Проделана большая работа по развитию семейной медицины, которая может быть интегрирована в существующую сеть медицинских учреждений на местном уровне. Ожидается, что семейные врачи не только обеспечат полноценное первичное медицинское обслуживание, но и упорядочат доступ к специализированной помощи. У больниц появятся новые стимулы для улучшения работы. Началась реформа фармацевтического сектора, причем подходы к этой реформе в обоих субъектах практически одинаковые. Всемирный банк и Канадское агентство международного развития финансируют комплексные программы развития семейной медицины, которые предусматривают, в частности, усиление деятельности государственных органов по обеспечению соблюдения всех законов, относящихся к сфере здравоохранения.

Разработана форма отчетности об исполнении бюджета здравоохранения, она отражает сведения о доходах, источниках финансирования и об использовании денежных средств, а также о расходах на здравоохранение. Это особенно важно в условиях раздробленности системы здравоохранения, дублирования услуг и отсутствия общей финансовой политики в этой сфере. Такие отчеты позволяют органам здравоохранения обоснованно распределять ресурсы и осуществлять управление.

В рамках финансируемого Всемирным банком проекта развития стационарной помощи созданы и опробованы на уровне субъектов и в кантонах компьютеризованные бухгалтерские информационные системы. Правда, еще остались некоторые нерешенные вопросы, связанные с их использованием. Необходимо и дальше совершенствовать информационные системы для улучшения работы здравоохранения и рационального использования средств. Фонды медицинского страхования работают над созданием систем, позволяющих отслеживать данные об уплате взносов и об услугах, за которые поставщики хотят получить возмещение. В больницах нет управленческих информационных систем для постоянного контроля расходования средств и результатов лечения, без чего трудно обеспечивать исполне-

ние договоров, гарантирующих определенное качество услуг в рамках ограниченного бюджета.

Федерация Боснии и Герцеговины

В послевоенный период главные усилия были направлены на восстановление и реорганизацию системы здравоохранения за счет внешней финансовой помощи. Министерство здравоохранения осуществило ряд проектов в таких областях, как реабилитация жертв войны, базовая стационарная помощь, первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение.

Между тем до сих пор не утвержден парламентом дважды выносившийся на обсуждение стратегический план развития системы здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины, подготовленный в 1997—1998 гг. при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ. По мнению аналитиков, это связано с противодействием некоторых политических партий объединению средств страховых фондов разных этнических групп.

Не налажено взаимодействие федеральных органов и кантонов. Один из примеров этого — сеть учреждений здравоохранения Федерации Боснии и Герцеговины. Планированием сети первичного медицинского обслуживания должны заниматься кантоны, а больничная сеть должна планироваться на федеральном уровне и утверждаться федеральным парламентом. До сих пор (октябрь 2001 г.) сеть медицинских учреждений Федерации Боснии и Герцеговины не утверждена. Кантоны еще не приступили к определению основного набора медицинских услуг — важного инструмента планирования объема услуг и бюджета здравоохранения.

В 2000 г., в рамках реформы финансирования здравоохранения, предусмотренной Проектом структурной перестройки системы государственного финансирования (PFSAC II), были образованы кантональные фонды медицинского страхования. Цель перевода взносов медицинского страхования из кантональных бюджетов в фонды медицинского страхования заключалась в том, чтобы сделать процесс распределения ресурсов более прозрачным и поддающимся учету. Был также создан Федеральный фонд медицинского страхования, куда кантоны передают 8% от своих налоговых поступлений, предназначенных на здравоохранение, и такая же сумма поступает из федерального бюджета. Из Федерального фонда финансируется высокоспециализированная медицинская помощь и отдельные дорогие услуги, например, гемодиализ. Объем услуг, обеспечиваемых Федеральным фондом, а также суммы, переводимые из кантональных фондов в федеральный, будут ежегодно анализироваться и, при необходимости, и изменяться.

Образование Фонда федеральной солидарности позволит уменьшить дублирование услуг в кантонах и этнических общинах и обеспечить больным доступ к тем услугам, которые они не могут получить по месту жительства. Теперь доступ к дорогим услугам не будет зависеть от того, в каком кантоне, бедном или богатом, живет больной. Поскольку при этом исчезли причины для объединения фондов на национальной основе, хорватский межкантональный фонд медицинского страхования 15 января 2002 г. пре-

кратил свое существование. Теперь в каждом кантоне имеется единый счет, куда поступают все страховые взносы. Кантональные фонды медицинского страхования отчисляют 8% от собранных взносов в Фонд федеральной солидарности. Такую же сумму, по решению парламента, этот фонд получает из государственного бюджета, чтобы компенсировать отсутствие взносов лиц, не имеющих заработка (пенсионеров, безработных, нетрудоспособных граждан).

Это решение федерального парламента позволяет выровнять расходы на здравоохранение в пределах Федерации.

Республика Сербская

Несмотря на большую международную помощь, реформа системы здравоохранения в Республике Сербской идет медленно. Особенно трудно пришлось до смены правительства в 2000 г. Сейчас Министерство здравоохранения и социального обеспечения вместе с Всемирным банком пытаются решить проблему неплатежей и сделать налогообложение более справедливым. Новое правительство начало регулярно возмещать Фонду медицинского страхования расходы на лечение социально уязвимых групп и приняло важные меры для обеспечения рационального расходования бюджетных средств. Фонд активно занялся аудитом и планированием и приступил к тяжелому процессу реорганизации отделов планирования и информационных технологий. Идет компьютеризация Фонда, которая позволит надежно контролировать сбор взносов. Правительство Республики Сербской начало широкую кампанию по борьбе с коррупцией, поскольку дача взяток является одним из главных способов уклонения от налогов. Определение основного набора услуг, его содержания и стоимости поможет четко выделить первоочередные задачи.

В начале 2000 г., в соответствии с новой организационной структурой, в Министерстве здравоохранения и социального обеспечения был образован фармацевтический отдел. Предпринимаются важные шаги в области регулирования производства, обеспечения качества, регистрации, лицензирования и распространения лекарственных и наркотических средств. План работы отдела был подготовлен совместно с ВОЗ и программой PHARE.

Ожидается, что реорганизация *домов здоровья* позволит не позднее чем в 2002 г. значительно расширить амбулаторное оказание специализированной медицинской помощи.

Парламент принял Закон о медицинских палатах. До 2002 г. пройдет Ассамблея Фонда медицинского страхования, на котором будет назначено руководство и президент фонда.

Краткое содержание реформ

При проведении реформы системы здравоохранения в Боснии и Герцеговине большое внимание уделялось стратегическому планированию и созда-

нию прочной основы для развития отдельных направлений здравоохранения. Результаты реформы пока еще мало заметны, однако для того, чтобы подготовить почву для будущих реформ, потребовалась огромная политическая воля.

Осуществление реформ осложнялось несколькими обстоятельствами. Отсутствие технической базы и эффективного руководства не позволило министерствам здравоохранения, фондам медицинского страхования и медицинским учреждениям быстро провести необходимые первоочередные преобразования. Слабость регулирования на ключевых уровнях мешала достижению более отдаленных стратегических целей. У министерств здравоохранения нет достаточных полномочий для того, чтобы осуществить ряд неотложных мер, в частности, для улучшения обеспечения больниц жизненно важными препаратами. В Боснии и Герцеговине часто нет четкого разделения полномочий между центральными, областными (кантональными) и местными органами, а в тех случаях, когда оно есть, возникают сложности с принятием решений, относящихся ко всей системе здравоохранения. По условиям Дейтонского соглашения, в стране существуют две отдельные системы здравоохранения. Международная помощь в денежном выражении весьма значительна, однако малоэффективна из-за плохого взаимодействия органов здравоохранения на уровне страны в целом. И, наконец, оперативное планирование реформы здравоохранения в этой стране затруднено из-за недостатка исходных данных, например, о наличии денежных и людских ресурсов. В то же время Босния и Герцеговина достигла заметных успехов в таких областях, как фармацевтика и семейная медицина: есть подготовленные кадры, финансовые ресурсы и сети учреждений. Еще одним примером движения вперед является работа по созданию регулярного форума между министерствами здравоохранения обоих субъектов с целью координации усилий по проведению реформы, например, в области пропаганды здорового образа жизни. Это даст новые возможности для успешного реформирования здравоохранения в соответствии со стратегическим планом.

Выводы

Опыт реформы здравоохранения в Боснии и Герцеговине представляет интерес как пример поспешной децентрализации и имеет аналогии в других недавно образовавшихся государствах. В этой реформе противоречиво переплелись удачи и провалы, новаторский подход и политическое противодействие, энтузиазм и обструкция. Пример Боснии и Герцеговины показывает, пожалуй, и то, какое отрицательное влияние на ход реформ может оказать избыток «легких денег».

Вообще, сотрудничество с органами власти и чиновниками шло не всегда гладко, особенно в тех областях, в которых непрерывное проведение реформ зависело от выделения денег местным партнерам. Следует отметить и необоснованные отсрочки исполнения при наличии массы возможностей.

В этой связи уместно процитировать упоминавшийся ранее документ Верховного Комиссариата ООН по делам беженцев, выпущенный в 2001 г.¹:

«Можно констатировать, что система здравоохранения Боснии и Герцеговины не удовлетворяет потребностям населения страны, а общее состояние системы здравоохранения хуже, чем в 1992 г. Однако еще больше беспокоит то, что многие заболевания, которые практически не мешают вести обычный образ жизни в более развитых странах, здесь могут представлять серьезную опасность. Отсутствие некоторых видов лечения подчас ставит под угрозу жизнь больного».

Сыграло свою роль и политическое противодействие переменам. Люди, унаследовавшие пожизненные посты и гарантированный доход, советовали правительству не принимать законов, которые расширили бы конкуренцию в государственном секторе. Кроме того, несколько лет лоббисты энергично препятствовали организации Палаты врачей и разрешению частной медицинской практики в Республике Сербской. Усилия по координированию деятельности субъектов, в частности в области здравоохранения, наталкивались на непреодолимые трудности. В результате реформа часто пробуксовывала в тех направлениях, где успех был очень близок, то есть там, где были деньги, знания, информация, кадры и другие ресурсы.

¹ *Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of return of refugees and displaced persons*. Geneva, UNHCR, 2001.

Тем не менее основы для улучшения системы здравоохранения были заложены. Восстановлены здания, обновлено оборудование, значительно усовершенствованы информационные системы, создан костяк профессиональных руководителей здравоохранения.

Международное сообщество с энтузиазмом участвует в составлении планов на будущее, однако теперь оно хочет видеть явные признаки изменения отношения и большую открытость местных политиков. Активное взаимодействие между новым правительством и субъектами на уровне всей страны будет способствовать воссоединению Боснии и Герцеговины как единого государства, способного функционировать более эффективно.

Особенно перспективной является идея налаживания по-настоящему прочных связей между субъектами, в том числе образование органа для совместной выработки общей стратегии развития здравоохранения в Боснии и Герцеговине. Однако несмотря на все доводы международного сообщества, субъекты пока еще не начали вместе работать над созданием единой стратегии систем здравоохранения для всей страны.

Литература

A social assessment of Bosnia and Herzegovina. Washington, DC, World Bank, 1999.

Balkan rebirth. *The Economist*, 23 September 1999.

Basic health benefit package proposal. Banja Luka, Republika Srpska Ministry of Health and Social Welfare Expert Group, 2000.

Bilt, C. *Peace journey*. London, Weidenfeld & Nicolson, 1998.

CIA Factbook Profile on Bosnia and Herzegovina (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook>). Washington, DC.

Bosnia's fraying peace: gangs and politicians join forces. *International Herald Tribune*, 28 June: 2 (2001).

Constitution of Bosnia and Herzegovina (<http://www.oscebih.org>). Sarajevo, Office of the High Representative, 2002.

Entrepreneurial society, economic development strategy -global framework 2000-2004. Sarajevo, Council of Ministers, Bosnia and Herzegovina Ministry of Foreign Trade and Economic Relations, 2000.

FBiH «Network, capacities, and function of health system in the Federation of Bosnia and Herzegovina in 1999», Sarajevo, 1999

Financial Times Survey Monday 18 December 2000 (<http://surveys.ft.com/>).

Health care in Bosnia and Herzegovina in the context of return of refugees and displaced persons. Geneva, UNHCR, 2001.

Health expenditure and perceptions survey, 1999: analysis and reporting. London, United Kingdom Department for International Development, 1999.

Health expenditure and perceptions survey, Republika Srpska, 1999: analysis and reporting. Banja Luka, United Kingdom Department for International Development, 1999.

Health financing reform. Sarajevo, Joint Ministry of Health and Phare Expert Group, 1999.

Health for all database (<http://www.who.dk>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (downloaded 15 December, 2001).

Health policy targets and measures in Republic of Srpska by the year 2020. Banja Luka, Ministry of Health Expert Group (led by Prof. Dr D. Jakovljevic and Dr M. Balaban), 1999.

Holbrooke, R. To end a war: the inside story, from Sarajevo to Dayton. New York, Random House Inc, 1998.

Household perceptions of health care in the Republika Srpska of Bosnia and Herzegovina: findings from the 1999 health expenditures and perceptions survey. Banja Luka, World Bank, 1999.

Kaplan, R. Balkan ghosts: a journey through history. New York, Vintage Books, 1994.

Law on health care. Banja Luka, Republika Srpska Ministry of Health and Social Welfare Expert Group (led by Prof. Dr D. Jakovljevic), 1999.

Law on health insurance. Banja Luka, Republika Srpska Ministry of Health and Social Welfare Expert Group (led by Dr. Ilic), 1999.

Law on medical chambers (draft document). Banja Luka, Republika Srpska Ministry of Health and Social Welfare Expert Group (led by Dr M. Balaban), 2000.

Ljubic B. et al. Reform of health insurance in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Croatian Medical Journal, 40(2): 160-165 (1999).

Ljubic, B. & Hrabac, B. Priority setting and scarce resources: case of the Federation of Bosnia and Herzegovina. Croatian Medical Journal, 39(3): 276-280 (1998).

Malcom, N. Bosnia: a short history. New York, New York University Press, 1996.

More cash, please. The Economist, 23rd November 2000, web link: (http://www.economist.com/displayStory.cfm?Story_ID=431928).

Network, capacities, and function of health system in the Federation of Bosnia and Herzegovina in 1999. Sarajevo, Federal Public Health Institute, Federation of Bosnia and Herzegovina, 2000.

OSCE fact sheet 2000 on Bosnia and Herzegovina (www.oscebih.org). Organization for Security and Cooperation in Europe, 2000.

Profile on Bosnia and Herzegovina, CIA Factbook (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook>). Washington, DC, Central Intelligence Agency, 2001.

Silber, L. Yugoslavia: death of a nation. London, Penguin, 1997

Strategic health system plan, the Federation of Bosnia and Herzegovina. Sarajevo, July 1998.

Strategic plan for health care reform and reconstruction in Republic of Srpska

1997-2000. Banja Luka, Republika Srpska Ministry of Health and Social Welfare Expert Group (led by Dr C. Aleksic), 1997.

Strategy for health care development in the Republika Srpska by the year 2000. Pale, Republika Srpska Ministry of Health and Social Welfare Expert Group (led by Prof. Dr D. Jakovljevic), 1996.

Survey on health care expenditures, perceptions of the population on health care and analysis of household pharmacies. Banja Luka, Republika Srpska Public Health Institute, 2000.

World bank group for bosnia and herzegovina. Memorandum of the President of the International Development Association to the Executive Directors on a country assistance strategy. Sarajevo, World Bank, 2000. world bank. World development report 1993: investing in health. Oxford, Oxford University Press, 1993.

UNDP development report. New York, United Nations Development Programme, 1998.

Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Серия обзоров, подготовленных Европейской обсерваторией систем здравоохранения

Обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержат всесторонний анализ систем здравоохранения отдельных стран, а также реформ здравоохранения, проводимых или разрабатываемых. Обзоры призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой 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.

Где можно найти обзор из этой серии

Все обзоры (в формате PDF) можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам здравоохранения: www.observatory.dk. Там же можно подписаться на рассылку ежемесячно обновляемых материалов о деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения, включая новые обзоры систем здравоохранения, книги из серии совместных публикаций с издательствами «Open University Press» (на английском) и «Весь мир» (на русском), политические сводки, информационный бюллетень «EuroObserver» и журнал «EuroHealth». Печатный экземпляр обзора можно заказать 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

На сегодняшний день опубликованы обзоры систем здравоохранения следующих стран:

Албания (1999, 2002)
Армения (1996, 2001*)
Австралия (2002)
Австрия (2001**)
Азербайджан (1996)
Беларусь (1997, 2002)
Бельгия (2000)
Босния и Герцеговина (2002)
Болгария (1999)
Канада (1996)
Хорватия (1999)
Чешская Республика (1996, 2000)
Дания (2001)
Эстония (1996, 2000)
Финляндия (1996, 2002)
Грузия (2002)
Германия (2000**)
Греция (1996)
Венгрия (1999)
Италия (2001)
Казахстан (1999*)
Кыргызстан (1996, 2000*)
Латвия (1996, 2001)
Литва (1996)
Люксембург (1999)
Мальта (1999)
Новая Зеландия (2002)
Норвегия (2000)
Польша (1999)
Португалия (1999)
Республика Молдова (1996, 2002)
Румыния (1996, 2000)
Российская Федерация (1998)
Словакия (1996, 2000)
Словения (1996, 2002)
Испания (1996, 2000)
Швеция (1996, 2001)
Швейцария (2000)
Таджикистан (1996, 2000)
Бывшая югославская республика Македония (2000)
Турция (1996)
Туркменистан (1996, 2000)
Объединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999*)
Узбекистан (2001*)

Примечание

Все обзоры опубликованы на английском языке. Отмеченные «*» есть также на русском, «**» — на немецком.