

Док. GA15/CC14/REP (d)/00/r

ПЯТНАДЦАТОЕ ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ
КОМИТЕТ ПО КУЛЬТУРЕ, ОБРАЗОВАНИЮ И СОЦИАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ

ДОКЛАД
“СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МЕЖДУ ГОСУДАРСТВАМИ-ЧЛЕНАМИ ЧЭС”

ДОКЛАДЧИК: г-н ГАГИК ТАДЕВОСЯН

Текст утвержден на Пятнадцатой Генеральной Ассамблее в Тиране 8 июня 2000 г.

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Парламентская Ассамблея Организации Черноморского Экономического Сотрудничества разработала всеобъемлющие предложения по социальным проблемам стран-членов, такие как: социальные гарантии в переходный период, социальная защита беженцев и перемещенных лиц, социальная защита пенсионеров, защита детства в рамках доклада «Социальные проблемы переходного периода в странах-членах ПАЧЭС» и Рекомендации 14/1996, утвержденных на Седьмой Генеральной Ассамблее в Баку в июне 1996 г., доклада «Права и социальная защита беженцев и перемещенных лиц в Черноморском регионе», утвержденного на Девятой Генеральной Ассамблее в Афинах в июне 1997 г., доклада «Правовая основа социальной защиты пенсионеров в странах-членах ЧЭС» и Рекомендации 36/1999, утвержденных на Тринадцатой Генеральной Ассамблее в Анкаре в июне 1999 г., доклада «Правовые основы защиты детства в странах-членах ЧЭС» и Рекомендации 41/1999, утвержденных на Четырнадцатой Генеральной Ассамблее в Киеве в декабре 1999 г.
2. Процветание и благосостояние народов Черноморского региона является главной целью экономического развития стран-членов ПАЧЭС. С учетом того, что в большинстве стран-членов ПАЧЭС, переживающих переходный период, ситуация в области здравоохранения ухудшилась, на Тринадцатом заседании Комитета по культуре, образованию и социальным вопросам, состоявшемся в Волосе 29-30 сентября 1999 г., было решено рассмотреть «Сотрудничество в области здравоохранения среди государств-членов ЧЭС» в качестве основного вопроса повестки дня Четырнадцатого заседания в Бухаресте 5-6 апреля 2000 г.
3. Здравоохранение является также одним из вопросов, вызывающих озабоченность ЧЭС. План действий Рабочей группы по вопросам здравоохранения и фармацевтики, принятый в Тбилиси в июне 1996 г., включает такие вопросы как медицинское страхование, совместные меры борьбы с инфекционными заболеваниями, борьба с наркоманией, научные исследования, образование и программы подготовки кадров, медицина на случай катастроф, защита социально уязвимых групп и др.. Во время Встречи на высшем уровне в Стамбуле 17 ноября 1999 г., Главы государств или правительств государств-членов Организации Черноморского Экономического Сотрудничества рассмотрели в качестве приоритетного вопрос о создании механизма реализации Соглашения ЧЭС по содействию в чрезвычайных ситуациях, которое имеет прямое отношение к здравоохранению в связи с недавними трагическими событиями в регионе.
4. В процессе подготовки данного доклада и Рекомендации 44/2000 помощь была оказана со стороны национальных делегаций Армении, Азербайджана, Болгарии, Греции, Молдовы, Румынии, Российской Федерации и Турции. Докладчик хотел бы также поблагодарить представителя ВОЗ в Армении за ценную информацию, а также Международный секретариат за предоставление сведений, полученных от международных организаций и из других источников.

II. МЕЖДУНАРОДНАЯ И РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРАВОВАЯ БАЗА

5. Развитие **здравоохранения**, которое определяется как **укрепление здоровья и профилактика болезней с помощью системы мер, предпринимаемых обществом**, крайне неоднородно в Европе. В некоторых странах оно очень хорошо развито, в других находится на очень низком уровне и оказывает то, что называется услугами второго сорта для неблагоприятных групп.
6. Имеется ряд тенденций, оказывающих важное влияние на работу служб здравоохранения. Три из них имеет смысл упомянуть:
 - i. демографические изменения, включая старение населения и уменьшение количества людей рабочего возраста. Эти изменения влекут за собой увеличение спроса на медицинское обслуживание и, в то же самое время, ограничивают возможности служб здравоохранения удовлетворить его;
 - ii. инновации в медицинской науке, стимулирующие возникновение новых требований к здравоохранению;
 - iii. требования общества к здравоохранению возрастают с ростом спроса на более высокий уровень медицинского обслуживания.
7. В рамках своего Устава, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) имеет специальный мандат на развитие более тесного сотрудничества с целью укрепления здоровья, как на международном, так и на двустороннем уровнях.
 - i. В конце 80-х годов все (51) государства-члены ВОЗа в европейском регионе утвердили основы общей политики в области укрепления здоровья – *Глобальная стратегия здоровья для всех (ЗДВ) до 2000 года*. Эта стратегия, основанная на тщательном анализе проблем здоровья народов региона, определяет те направления, которых страны, организации и гражданское общество должны придерживаться для превращения своей национальной политики в практические программы действия на местном уровне по всему региону.
 - ii. В сентябре 1998 г. Европейский Региональный Комитет ВОЗ обновил стратегию ЗДВ, утвердив программу *«Здоровье для всех в 21-ом столетии»*, которая является руководством для стран-членов в определении их национальной политики в области здравоохранения. Эта обновленная стратегия указывает на глобальные приоритеты в первые два десятилетия 21-го века.
8. Для хорошего здоровья и благосостояния требуется чистая окружающая среда. Здоровье человека зависит от наличия и качества продуктов, воды, воздуха и крова. ВОЗ и ее партнеры сотрудничают со странами в целях оказания содействия осуществлению Национальных Планов действий по гигиене окружающей среды (НПДГОС), включающих стратегию по предотвращению и контролю экологических угроз здоровью в Европе. Общеввропейская приверженность к действиям в области окружающей среды и здравоохранения была реализована с принятием *Европейской Хартии по окружающей среде и охране здоровья* (Франкфурт, 1989 г.), *Декларации о действиях по охране окружающей среды и здоровья в Европе* (Хельсинки, 1994 г.) и *Хартии по транспорту, окружающей среде и здравоохранению* (Лондон, 1999 г.).
9. Использование табачных изделий является одним из основных факторов риска для здоровья в регионе. Осуществление *Мадридской Хартии по борьбе с табакопотреблением*, принятой в 1988, и Плана действий по созданию Европы

без табака приведут к укреплению здоровья и экономической выгоде. ВОЗ начинает работу над базовой Конвенцией по контролю за табаком – первым всемирным многосторонним соглашением в области здравоохранения, нацеленным на сокращение использования табака, что приведет к уменьшению смертных случаев, связанных с его использованием.

10. Ущерб здоровью от употребления алкоголя, включая несчастные случаи, представляет огромную проблему для здоровья в Европе. *Европейская Хартия по алкоголю* (Париж, 1995 г.) и Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя содержат основные направления стратегии в области здравоохранения.
11. Запрещенные наркотики включают широкий круг веществ, которые из-за потенциальной угрозы здоровью находятся под контролем международных конвенций. Использование наркотиков ведет к дальнейшему распространению ВИЧ-инфекции и гепатита, особенно в восточной части региона. 40% всех случаев заболевания СПИДом в европейском регионе происходит из-за внутривенного использования наркотиков.
12. Необходимость в общем документе, определяющем основные принципы реформ в области здравоохранения для всех европейских стран, возникла в конце 80-х - начале 90-х годов. *Люблянская Хартия по реформированию здравоохранения* была разработана под эгидой Европейского Регионального Бюро ВОЗ и утверждена европейскими странами-членами ВОЗ в 1996 г. Люблянская Хартия затрагивает вопросы реформ в области здравоохранения с учетом конкретных особенностей европейского региона и основывается на том, что важнейшей задачей здравоохранения является улучшение здоровья и качества жизни населения.
13. Европейский Союз (ЕС), интеграционная организация с широкими полномочиями для деятельности на уровне различных секторов в области охраны здоровья, имеет большой потенциал для обеспечения развития здравоохранения. В ряде соглашений ЕС имеются положения об охране здоровья. Соответствующие положения Амстердамского договора 1999 г. требуют принятия мер и рекомендаций, нацеленных на достижение задач Сообщества в области здравоохранения. Были разработаны программы и инициативы в области здравоохранения, в частности “Европа против рака”, “Европа против СПИДа”, программы, затрагивающие проблемы наркотической зависимости, алкоголизма, просвещения в области охраны здоровья в школах и т.д.. Различные Комитеты Европейского Парламента, в частности, Комитет по окружающей среде, здравоохранению и защите прав потребителей, специальный Комитет по наркотикам и Комитет по делам молодежи, культуре, образованию, средствам массовой информации и спорту подготовили ряд докладов на темы, связанные со здоровьем, включая доклады о СПИДЕ, просвещении в области охраны здоровья, наркомании, биоэтике, пересадке органов и т.д..
14. Защита здоровья является основным правом, закрепленным в Европейской Социальной Хартии Совета Европы. Многие положения Хартии затрагивают проблемы здоровья всего населения, такие, как условия работы, льготы социального страхования, социальная и медицинская помощь и социальная защита пожилых людей. Совет Европы, со присущей ему приверженностью принципам демократии, правам человека и этике, может стать основной силой в обеспечении того, чтобы основные этические ценности были действительно защищены международными соглашениями, которыми руководствуются отдельные страны и местные сообщества. В области здравоохранения Комитет

ПАСЕ по социальным вопросам, охране здоровья и семье изучает в настоящее время вопросы, связанные с охраной здоровья населения Европы, среди которых - проблема контроля ситуаций, создающих риск для здоровья в связи со свободным товарооборотом; продолжение кампании, направленной на сокращение потребления табака и алкоголя; вопросы этики, связанные с пересадкой органов и тканей, и т.д..

III. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЧЭС

15. В регионе ЧЭС, включающем страны с развитой рыночной экономикой и страны переходного периода ЮВЕ и СНГ, сущность здравоохранения совершенно различна.
16. Макроэкономическая среда имеет огромное влияние на службы здравоохранения. Социально-экономический кризис ухудшил состояние здравоохранения в странах переходного периода ЧЭС. Согласно отчетам ВОЗ, здравоохранение во многих странах переходного периода столкнулось с серьезными проблемами. Сокращение продолжительности жизни, возросший уровень смертности и падающая рождаемость, повторное появление таких заболеваний, как туберкулез и возрастающее число случаев самоубийства являются фактами, свидетельствующими о тесной связи между социальным стрессом и состоянием здоровья. Глобализация рынков увеличивает пропасть между богатыми и бедными. Бедность, независимо от того, определяется ли она уровнем дохода, социально-экономическим положением, условиями жизни или уровнем образования, - является одним из главных факторов плохого здоровья. Как безработица, так и неуверенность в завтрашнем дне способствуют ухудшению здоровья, повышая риск психологических и физических отклонений и самоубийства.
17. Чрезвычайные ситуации, возникающие в результате стихийных или техногенных катастроф, таких как взрыв на атомной станции в Чернобыле на Украине, землетрясения в Армении, Греции и Турции представляют серьезную проблему для здравоохранения.
18. Некоторые социальные группы, включая эмигрантов и беженцев, находятся под угрозой ухудшения здоровья. Их потребностям зачастую уделяется гораздо меньше внимания и их нельзя найти по обычным каналам системы здравоохранения и социального обеспечения. Эта проблема все еще существует в некоторых странах ЧЭС.
19. Социальное неравенство населения все возрастает с ростом стоимости медицинского обслуживания и лекарств. Система здравоохранения, основанная на государственном финансировании, гарантирующая полный и бесплатный доступ ко всем медицинским услугам независимо от доходов, в настоящий момент реформируется под давлением как рынка, так и международных финансовых институтов.
20. В ответ на политические, экономические и социальные изменения, оказывающие влияние и на здравоохранение, страны региона ЧЭС разработали стратегии реформирования собственных систем здравоохранения. Политика реформ во многих странах направлена на увеличение рыночных элементов в системе здравоохранения, децентрализацию, укрепление роли здравоохранения.

Децентрализация является основным принципом реформирования здравоохранения во многих странах. Она рассматривается в качестве эффективного способа повышения качества услуг, большего привлечения ресурсов в соответствии с потребностями. Приватизация является конечной формой децентрализации. Правительства, испытывающие финансовые затруднения, рассматривают приватизацию как средство привлечения частного капитала в область здравоохранения, сокращая, таким образом, потребность в скудных государственных фондах.

IV. НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В ГОСУДАРСТВАХ-ЧЛЕНАХ ЧЭС

Албания¹

21. В период политических изменений в Албании в 1991/1992 г.г., 24% медицинских центров в городах и 65% «медицинских постов» в деревнях перестали существовать. В 1992 г. была начата реформа здравоохранения, нацеленная на реорганизацию медицинских услуг в Албании.
22. В отсутствие официальной программы в области здравоохранения в Албании министерство здравоохранения выпустило документ под названием «Среднесрочная программа развития здравоохранения в Албании в 1996-1999 г.г.», в которой были определены следующие задачи: улучшение профилактики заболеваний и медицинского обслуживания для каждого жителя; разработка и осуществление программы в области здравоохранения; организационные преобразования в медицинских учреждениях с целью повышения эффективности их деятельности; внедрение рыночных элементов в систему финансирования здравоохранения; децентрализованное планирование и предоставление большей независимости в принятии решений; приватизация различных секторов медицинского обслуживания в условиях новой политики.
23. Краеугольным камнем данной реформы в области здравоохранения является обеспечение всех слоев населения необходимыми медицинскими услугами и лекарствами. Албания рассматривает реформы в соответствии с современной европейской тенденцией организации доступной и плюралистической системы медицинского обслуживания.

Армения

24. Сразу после провозглашения независимости в 1991 г. Армения столкнулась с экономическими и социально-политическими проблемами, которые привели к ухудшению в области здравоохранения. Невозможно было сохранить существовавший уровень медицинского обслуживания в новом экономическом климате. Это привело к необходимости реформирования системы здравоохранения в сторону радикальных перемен в области финансирования, создания открытых и демократических структур и децентрализации.
25. Большая часть медицинских учреждений в Армении все еще принадлежит государству (более 95%). Государство гарантирует равные права всем гражданам Армении в области медицинского обслуживания в бюджетных медицинских учреждениях, существующих для этой цели.

¹ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Албании. 1999 г.

26. Процесс децентрализации, начавшийся в 1995 г., включал реорганизацию бюджетных медицинских учреждений в государственные медицинские предприятий, т.е. наполовину самостоятельные объединения, которые имеют право получать доходы наравне с бюджетным финансированием. В случае необходимости и целесообразности будет проводиться политика приватизации отдельных медицинских учреждений с целью развития специализированных медицинских учреждений и служб. Внедрение системы обязательного медицинского страхования запланировано на 2001 г. Реформами предусматривается необходимость обеспечения минимального пакета услуг для наиболее уязвимых групп. С этой целью будут привлекаться бюджетные средства.
27. Национальные санитарно-эпидемиологические нормы, предусматривающие создание благоприятной среды, находятся в стадии разработки. Запланировано создание информационной сети для санитарно-эпидемиологических служб с целью контроля за безопасностью окружающей среды, пищи, распространением инфекционных и неинфекционных заболеваний.
28. Республика Армения подписала двусторонние межведомственные соглашения о сотрудничестве с рядом стран ЧЭС: Грузией, Грецией, Румынией и Украиной. Вскоре будут подписаны межведомственные соглашения с Российской Федерацией и Болгарией.

При поддержке Канадского Общества Международной Охраны Здоровья и ВОЗ готовится план создания общей с Грузией и Азербайджаном информационной сети в области медицинского обслуживания.

Армения активно сотрудничает с некоторыми из стран ЧЭС в рамках соглашений СНГ, а также с грузинскими, российскими и украинскими специализированными институтами в области обмена информацией об инфекционных заболеваниях, санитарно-эпидемиологических проблемах и путях их решения.

29. Республика Армения подписала Люблянскую Хартию о реформировании здравоохранения, Конвенцию ООН о правах ребенка, Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Хартию о транспорте, окружающей среде и охране здоровья и т.д.
30. Армения готова создать у себя региональный медицинский центр сердечно-сосудистой хирургии, пост-травматической реабилитации позвоночника или практологии.

Азербайджан

31. Все медицинские учреждения все еще находятся в собственности государства, а все медицинские работники являются государственными служащими. Система здравоохранения финансируется из общих доходов, доходов предприятий, а также за счет официальной и неофициальной оплаты ее услуг. Первым частным учреждением может стать медицинский центр в Баку, финансируемый за счет кредита Европейского Банка Реконструкции и Развития (ЕБРР), взносов нефтяных компаний и др.. Правительство намеревается завершить разработку всеобъемлющей стратегии реформ в этой области.

32. Азербайджан подписал и успешно воплощает соглашения о сотрудничестве в области охраны здоровья с большинством стран-членов ЧЭС: Болгарией, Грузией, Молдовой, Румынией, Российской Федерацией, Украиной, Турцией и другими странами. Основными сферами сотрудничества являются развитие специализированной медицинской помощи, профилактика и диагностика широко распространенных заболеваний, вакцинация и реабилитация. Сотрудничество развивается также в области профессиональной подготовки и переподготовки медицинского персонала, обмена научной информацией по различным аспектам современной медицины. В то же время, наряду с двусторонними и многосторонними соглашениями и договорами страна подписала соглашения о сотрудничестве с отдельными городами: Москвой, Новосибирском, Калининградом, Тамбовом и другими городами Российской Федерации, Анкарой, Стамбулом, Тбилиси, Киевом, Харьковом и другими городами.

Болгария

33. Глобальные политические и экономические изменения, начавшиеся в 90-х годах, поставили систему здравоохранения Болгарии в трудное положение. Существует ряд проблем в организации медицинской помощи, таких как, несоответствующие потребностям структуры, недостаток фондов, отсутствие необходимого баланса между централизацией и децентрализацией, неэффективное соотношение между государственным и частным секторами, регулируемое нормативами в области медицинского обслуживания, и др..

34. С целью поиска нового подхода к решению этих проблем была начата реформа в области здравоохранения. Стратегия болгарской реформы системы здравоохранения основывается на нескольких основных принципах: разделение между амбулаторным и стационарным лечением; приоритетность первичного медицинского обслуживания (ПМО) на основе рентабельности и качества; децентрализация; приватизация медицинских учреждений; изменения в системе финансирования здравоохранения; введение системы медицинского страхования. Законодательная база болгарской системы здравоохранения регулирует социальные отношения в области охраны здоровья и нацелена на создание благоприятных условий для полноценного физического и духовного развития и увеличение продолжительности жизни людей, а также на улучшение ситуации с воспроизводством населения. Реорганизация государственных медицинских служб имеет несколько аспектов, а именно: реформа санитарной инспекции, пропаганда здорового образа жизни и просвещение в области охраны здоровья, а также привлечение всех врачей, особенно врачей ПМО, к работе в государственном секторе системы здравоохранения. Парламент принял ряд законов, среди которых Акт о медицинском страховании, Акт о медицинских профессиональных организациях, закон о фармацевтических медикаментах и др.. Все это создало правовую базу для устойчивых реформ в системе здравоохранения.

35. Болгария подписала соглашения о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки с рядом стран черноморского региона. Болгарское сотрудничество со странами ЧЭС в области здравоохранения реализуется главным образом путем обмена информацией и опытом в различных сферах. Страна развивает международное сотрудничество в ряде областей здравоохранения в рамках программ ЕС и ВОЗ.

36. Болгария ратифицировала Конституцию Всемирной Организации Здравоохранения, Конвенцию ООН о борьбе с контрабандой отравляющих и психотропных веществ, Конвенции № 42, 12, 113 о взаимной защите от «тропической лихорадки» и др.

Грузия²

37. Были предприняты различные меры с целью создания соответствующей правовой базы в области здравоохранения. Основными президентскими указами в области здравоохранения являются:

- «О деятельности системы здравоохранения в Республике Грузия на первой стадии ее реорганизации », 1994;
- «О приватизации медицинских учреждений», 1995 г.;
- «Устав и структура министерства здравоохранения Грузии», 1996 г.;
- «О дополнительных мерах по улучшению системы здравоохранения в условиях рыночной экономики», 1995;
- Закон о налогообложении в медицине.

38. Соответствующие указы министерства:

- «О роли министерства здравоохранения в реорганизации системы медицинского обслуживания», 1996 г.;
- «О мерах на первом этапе реорганизации системы здравоохранения», 1995 г.;
- «Закон Грузии о здравоохранении», 1997 г.

39. Соответствующий закон, принятый парламентом:

- «Закон Грузии о медицинском страховании», 1998 г..

Греция

40. Греческая система здравоохранения является системой обязательного медицинского страхования с элементами национальной системы здравоохранения и широким привлечением частного сектора.

Национальная система здравоохранения основывается на принципах равенства в предоставлении и финансировании медицинских услуг; развития первичного медицинского обслуживания; сочетания государственного и частного секторов в оказании услуг; ответственности государства за предоставление медицинского обслуживания; децентрализации процесса планирования, улучшения управления и участия общественности.

41. Система общественного здравоохранения состоит из центральной службы в рамках министерства здравоохранения и государственных медицинских учреждений. Эта служба отвечает за контроль за состоянием здоровья населения, особенно с учетом экологических факторов, иммунизации, профилактики распространения инфекционных заболеваний и общий контроль.

42. В задачи намеченных реформ системы здравоохранения входят: определение и интерпретация факторов, влияющих на состояние здоровья населения;

² ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Грузии. 1999 г.

определение необходимости в изучении состояния здоровья населения и эпидемиологической ситуации, развитие информационных служб, определение и контроль за возможными всплесками инфекционных заболеваний, наблюдение за влиянием окружающей среды на здоровье и укрепление здоровья с помощью просвещения в области здравоохранения и вакцинации и т.д.

43. Сотрудничество со странами-членами ЧЭС в области здравоохранения и социального обеспечения основано на европейских программах или двусторонних соглашениях. Действуют двусторонние соглашения между Грецией, с одной стороны, и Албанией, Болгарией, Румынией, Арменией, с другой. Будут подписаны соглашения с Украиной и Грузией. В вышеупомянутых соглашениях имеются положения о сотрудничестве в области медицинского обслуживания, фармацевтики, здравоохранения, первичной медицинской помощи, защиты окружающей среды, обмена делегациями, организации и финансирования системы здравоохранения, медицинских исследований и др..

Молдова

44. Правительство Республики Молдовы заявило о своем намерении развивать национальную политику в области здравоохранения в 1997 г. и с целью включения в различные специальные программы обратилось в ВОЗ за помощью.
45. Основными задачами этой инициативы являются развитие межведомственного сотрудничества и активное вовлечение населения в деятельность, направленную на укрепление здоровья. Экономические трудности оказали влияние на разработку всеобъемлющей правовой базы. Парламент планирует принять закон о национальной политике в области здравоохранения до 2001 г..
46. Министерство здравоохранения подписало межправительственные соглашения о сотрудничестве в области здравоохранения с Румынией, Российской Федерацией, Турцией и Украиной. Проект соглашения с Болгарией находится в процессе обсуждения.

Румыния

47. Начиная с 1990 г. правительство и министерство здравоохранения начали проводить реформы в области здравоохранения сосредоточив внимание на реорганизации и финансировании медицинского обслуживания, профессиональной подготовке, новых способах оплаты специалистов в этой области и новых подходах к разрешению основных специфических проблем здравоохранения. Принципы политики в области здравоохранения, принятые министерством здравоохранения, включают доступность, универсальность, солидарность в финансировании медицинских услуг, стимулирование эффективности, предоставление услуг, связанных с потребностями здравоохранения, свобода выбора доктора, независимость врачей и сотрудничество медицинских служб с другими службами, влияющими на здоровье, такими как образование и социальные услуги. Бесплатное медицинское обслуживание гарантируется всем работающим и их семьям, предпринимателям и безработным, пенсионерам и детям, студентам и

беременным женщинам. Поощряется децентрализованное планирование с увеличением роли общественности.

48. В соответствии с законом №100/1998 о содействии здравоохранению:

- “услуги здравоохранения направлены на заботу об обществе или отдельном его члене с целью защиты общества, сохранения и укрепления здоровья населения.”
- “услуги здравоохранения гарантируются государством и финансируются из государственного бюджета, местных бюджетов, бюджетов системы социального обеспечения или за счет пожертвований, если это не идет вразрез с законом”.
- “услуги здравоохранения представляют собой систему мероприятий, нацеленных на профилактику заболеваний, укрепление и обеспечение здоровья населения, а также соблюдение правил гигиены, принятие анти-эпидемических мер и распространение здорового образа жизни.”

49. Румыния подписала двусторонние соглашения в области здравоохранения и медицинской науки с рядом стран-членов ЧЭС: Албанией, Арменией, Болгарией, Грецией, Молдовой, Российской Федерацией, Турцией и Украиной. В настоящее время проходят переговоры о сотрудничестве с Украиной, направленные на установление санитарного контроля за всеми средствами передвижения и создание работоспособной информационной системы в области инфекционных заболеваний.

Российская Федерация

50. Все еще продолжают реформы системы здравоохранения в Российской Федерации, начатые в 90-х годах в ответ на возросшие потребности. Реформы в секторе здравоохранения находят свое выражение в форме различных актов, законов и инструкций на уровне министерств. Основными среди них являются следующие:

- Закон о медицинском страховании граждан Российской Федерации;
- Закон о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения;
- Постановление министерства здравоохранения РФ о постепенном переходе к системе первичной медицинской помощи;
- Законодательство в области охраны здоровья граждан Российской Федерации;
- Закон о пересадке органов;
- Рекомендации о здоровье населения как факторе национальной безопасности России;
- Постановление о мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.

51. Министерство здравоохранения Российской Федерации развивает сотрудничество в области охраны здоровья и медицинской науки с большинством стран-членов ЧЭС. В настоящее время министерство здравоохранения заключило межправительственные и межминистерские соглашения со всеми странами-членами ЧЭС, за исключением Греции. Эти соглашения предусматривают взаимовыгодное сотрудничество по организации и управлению здравоохранением, защите здоровья матери и ребенка, инфекционными заболеваниями, включая

СПИД, организацию санаторно-курортного лечения, обмен информацией и санитарно-эпидемиологические исследования.

Турция

52. Организацией предоставления услуг первичной и вторичной медицинской помощи занимается, главным образом, министерство здравоохранения. На него возложена ответственность за политику государства в области здравоохранения. Парламент является законодательным органом, регулирующим сектор здравоохранения. Профилактика болезней и оказание первичной медицинской помощи бесплатны. Медицинские услуги второго и третьего уровней – платные.
53. Основные направления развития здравоохранения выражаются в основных подходах к реформе охраны здоровья в Турции, среди которых: улучшение медицинского обслуживания населения путем обязательного медицинского страхования в рамках программы социального обеспечения; равенство в оказании медицинских услуг; акцент на профилактике заболеваний, укреплении здоровья, первичном медицинском обслуживании матери и ребенка, планировании семьи, здоровой окружающей среде, инфекционных заболеваниях, здоровье пожилых людей; эффективность оказания услуг; использование новых технологий, укрепление межведомственного сотрудничества в области оказания медицинских услуг и др..
54. Среди основных проблем, выделенных при разработке реформ в секторе здравоохранения, можно назвать следующие: отсутствие долгосрочной программы в области здравоохранения; средства, выделяемые бюджетом на медицинское обслуживание населения, слишком малы по сравнению с другими странами; законодательство, действующее в области здравоохранения, которое отражает ситуацию в стране в конце 20-х начале 30-х годов, устарело; некоторые из законов слишком детализированы, чтобы успевать за меняющимися потребностями; недостаток в информации о здравоохранении и медицинском обслуживании, и т.д.
55. Для улучшения ситуации в секторе здравоохранения, правительство предложило реформы, включающие следующие компоненты: семейный доктор и реформа первичного медицинского обслуживания, реформа больниц и других медицинских учреждений; реформа финансирования здравоохранения, система медицинской информации; реформа организации и управления здравоохранением; реформа подготовки кадров.
56. Министерство здравоохранения подписало соглашения о сотрудничестве в области охраны здоровья со следующими странами-членами ЧЭС: Албанией, Азербайджаном, Болгарией, Грузией, Румынией, Российской Федерацией. Эти соглашения в основном направлены на сотрудничество в области здравоохранения и медицины, обмена информацией и специалистами, обслуживания пациентов.

Украина³

57. Президент, Верховный Совет и Кабинет Министров Украины определяют политику в сферах, связанных с деятельностью системы здравоохранения. Министерство здравоохранения Украины является единственным государственным органом, уполномоченным разрабатывать стратегию развития этого сектора и решать проблемы, связанные со здравоохранением.

³ ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в Украине. 1999 г.

58. В соответствии с Люблянской Хартией о реформировании здравоохранения группа украинских специалистов совместно с экспертами из ВОЗ начала разработку стратегического плана реформ в области здравоохранения в Украине.
59. Ниже приводятся основные статистические данные по государствам-членам ЧЭС, опубликованные ВОЗ⁴

Страны-члены	Численность населения		Мед.обслуживание и финансы		
	Кол-во (000) 1998 г.	Ежегодный прирост (%) 1978-1998 г.	Расходы на здравоохранение		
			Всего (% от ВВП) 1995 г.	Гос.сектор (% от ВВП) 1995 г.	Гос.сектор (% от ВВП) 1995 г.
Албания	3 119	1.0	...	2.5	....
Армения	3 536	0.8	7.8	3.1	40
Азербайджан	7 669	1.3	6.1	1.1	19
Болгария	8 336	-0.3	6.9	5.5	80
Грузия	5 059	0.1	.....	0.6	....
Греция	10 600	0.6	5.9	4.9	83
Молдова	4 378	0.5	....	4.9	....
Румыния	22474	0.1	....	3.6	....
Российская Федерация	147434	0.4	4.8	4.1	87
Турция	64479	2.1	4.2	2.7	65
Украина	50861	0.1	....	4.9	....

V. ВЫВОДЫ

60. Здоровье является неотъемлемой частью политики устойчивого экономического развития. Существует прямая связь между состоянием экономики и показателями здоровья. Глубокий социально-экономический кризис, который переживают страны переходного периода - члены ЧЭС, привел к упадку в системе здравоохранения. Укрепление здоровья внесет вклад в экономический рост, потому что здоровые люди более продуктивны. Понимание роли здоровья в экономике приведет к пониманию значения инвестиций в здравоохранение.
61. Все государства-члены ЧЭС придают все большее значение реформам в области здравоохранения. В то время, как усилия некоторых из них – Греции и Турции – направлены, в основном, на совершенствование стандартов медицинского обслуживания, страны переходного периода стремятся выработать новую всеобъемлющую политику в области охраны здоровья с тем, чтобы соответствовать потребностям рыночной экономики и воспользоваться преимуществами опыта и правовой базы Европейского Союза.
62. Реформы в области здравоохранения должны проводиться в соответствии с программой ВОЗ «Здоровье для всех» и Люблянской Хартией о реформировании здравоохранения.
63. Реформы в области здравоохранения должны рассматриваться не только как экономический вопрос, но скорее как важный социальный. Они должны привлечь во внимание и существующую дилемму, когда люди должны делать выбор между

⁴ Отчет Всемирной организации здоровья за 1999 г. Изменяя к лучшему. Женева, 1999 г.

платной медициной и пищей, одеждой и другими жизненно важными потребностями.

64. Защита и укрепление здоровья должны стать главной заботой всего общества. Здоровье, как всеобщая ценность, и забота о нем, как право человека, должны стать основами любой реформы в системе здравоохранения. Необходимо обеспечить социальные гарантии для наиболее уязвимых групп населения, таких как пожилые люди, дети, люди с хроническими заболеваниями и инвалиды, беженцы и мигранты.
65. Развитие сотрудничества в области здравоохранения между странами-членами ЧЭС будет способствовать обмену опытом, гармонизации законодательства, координации усилий в решении общих проблем. Взаимовыгодное сотрудничество можно развивать такими способами, как:
- i. обмен информацией о законодательных актах в области здравоохранения с целью совершенствования и гармонизации правовой базы и организационных принципов развития здравоохранения;
 - ii. заключение двусторонних, а также многосторонних соглашений в области здравоохранения между странами-членами ЧЭС;
 - iii. разработка правовой базы, обеспечивающей взаимодействие между медицинскими и страховыми учреждениями;
 - iv. встречи представителей министерств здравоохранения, университетов, медицинских учреждений с целью обмена опытом;
 - v. создание региональных медицинских центров, специализированных в области различных заболеваний;
 - vi. сотрудничество между государствами-членами ЧЭС в рамках мероприятий европейского отделения ВОЗ, для выработки общей позиции по вопросам здоровья регионального значения.