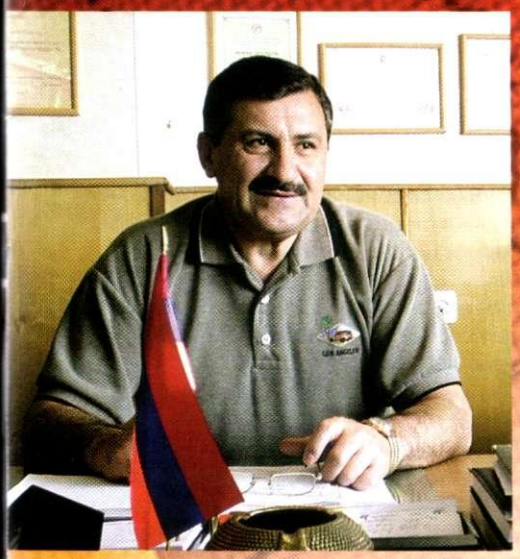
АНАЛИЗ СИТУАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

Для того, чтобы вылечить здравоохранение, нужно сначала поставить диагноз

ОБОБЩЕНИЕ МАТЕРИАЛОВ ПРОВЕДЁННЫХ ЭКСПЕРТИЗ



Арутюнян Б.Н.
Президент армянского отделения академии медико-технических наук Российской Федерации

Главная причина безуспешности попыток модернизации системы здравоохранения, которая бы отвечала минимальным требованиям международных стандартов и медицинской науки XXI века, кроится в отсутствии единой доктрины и крайней непоследовательности проводимых за последние 15 лет, так называемых, "реформ", что является результатом профессиональной некомпетентности их авторов и группы советчиков из числа публично незасвечиваемой касты "идеологов" этой сферы.

Стратегия развития:

- до сих пор не определён курс развития системы;
- отсутствуют системный подход и базисные критерии для разработки даже краткосрочного проекта развития;
- не проводится регулярный (временные горизонты определяются субъектом исследования) углубленный анализ ситуации;
- не очерчен круг основных факторов, требующих прогностических оценок с учетом динамики социально-экономического развития республики;
- нет систематических исследований резко трансформирующихся потребностей населения, имеющиеся попытки их имитации сопряжены с некорректной оценкой ситуации и приоритетов развития;
- необходимо сформировать институты, способные дать аналитико-экспертную оценку степени адекватности и востребованности реализуемых концепций и намеченных программ.

Законодательная база:

- не сформирована полноценная законодательная база, охватывающая все стороны функционирования системы здравоохранения, вследствие чего продолжает увеличиваться круг проблем глобального характера, которые не могут быть разрешены в рамках существующих законов,
- отсутствуют законодательные основы, регулирующие взаимоотношения врач-пациент, клиника - врач, клиника - пациент и защищающие права всех сторон;
- процесс подготовки проектов законов, кроме наличия у системы доктрины, предусматривает адекватное вовлечение (равное представительство) в экспертные группы компетентных специалистов из числа государственных и негосударственных учреждений, общественных организаций, независимых экспертов - ведущих специалистов республики и международных организаций;
- по всем параметрам международных требований законотворчество предполагает создание, как минимум, двух групп высокопрофессиональных и высокооплачиваемых участников - разработчиков и экспертов.

Подзаконные акты, постановления Правительства, приказы МЗ:

- ущербны по содержанию и фактически не отражают полноценной картины существующего реального состояния и не обеспечивают решения большого пакета проблем оперативного жизнеобеспечения, оптимального функционирования и динамизма развития практического здравоохранения и медицинской науки;
- не носят в себе элементов позитивно-перспективного характера, ориентированы на относительно краткосрочный период, базируются на недостаточно доказуемых научных положениях и практических предпосылках, установочно-императивны, недостаточно взаимосвязаны и соподчинены структуре существующей иерархии, что часто создает неразбериху при их реализации.

Финансирование:

- продолжают доминировать сохранившиеся со времен СССР механизмы остаточного принципа определения доли государственного бюджета, направленного на систему здравоохранения. Имеющиеся бюджетные средства распределяются и используются крайне неэффективно, что приводит фактически к их распылению без элементов какой-либо отдачи;
- отсутствуют концептуальная направленность и единая методология планирования распределения финансовых средств, базирующаяся не на принципах импортированных искаженных стандартных схем, а на глубоком анализе существующей структурно-функциональной организации системы здравоохранения республики;
- существующие подходы к экономике здравоохранения и системе ее управления фактически неадаптированы к рыночным условиям, при которых одним из определяющих факторов первоочередности и объемов бюджетного финансирования, дотаций государства или инвестиций является спрос населения и объем материально-интеллектуальных затрат;
- отсутствуют экономические стандарты, занижена оценка затрат на медицинские услуги, слабо обоснована сама политика ценообразования медицинской помощи и услуг; не базирующееся на каких-либо медико-экономических или социальных моделях, неэффективное распределение бюджетных средств приводит постепенно к ликвидации принципов этапности и преемственности оказания населению диагностической, лечебно-профилактической помощи;
- нерациональное использование грантовых и кре-

дитных ресурсов, злоупотребление ими, келейность при отборе круга организаций и специалистов в качестве сокоординаторов или исполнителей различных финансируемых проектов и программ - отдельная область негативных явлений, наносящих большой моральный и материальный ущерб, способствующих распылению огромных финансовых средств и интеллектуального потенциала;

- отсутствие страхования, особенно на фоне бесконечного муссирования СМИ его необходимости и огромного множества проектов по системе страхования, авторами и инициаторами которых являются часто дилетанты или "социологи с широким кругом познаний", весьма опасное явление, негативно отражающееся на обществе в целом.

Реализуемые реформы:

- носят волюнтаристский характер, приоритеты обозначены неверно, лишены элементов фундаментальности преобразования системы здравоохранения и медицинской науки, не продиктованы объективной необходимостью, не формулируют этапные задачи и конечную цель;
- не выдерживают критики в отношении их исключительно позитивной направленности, концептуальной базы, методик финансово-экономических расчетов, прогнозирования динамики социально-экономической и демографической ситуации;
- конечные результаты реформ вопреки ожиданиям чиновников, и как показывает "богатый опыт", не соответствуют предварительно данной экспертами аналитико-прогностической оценке;
- наиболее непростительным изъяном многочисленных реформ продолжают оставаться такие основополагающие положения любых преобразований, такие как экономическая заинтересованность системы в целом, ее субъектов, взаимосвязь с общей стратегией социально-экономических позитивных преобразований в обществе.

Международные программы:

- оторванность от реальных насущных проблем и интересов отечественного здравоохранения, выполнение программ, которые по цели и задачам не являются для нас актуальными, не вытекают из особенностей распространенности заболеваний, эпидемиологической ситуации, экологической обстановки и, по сути, неприемлемы и необоснованны, соизмеримо с финансовыми и интеллектуальными затратами;
- по сути происходит, преследующая личностные интересы интервенция не подвергнутых компетентной экспертизе программ, не имеющих прямое отношение к приоритетам развития здравоохранения;
- крайне недостаточная степень информированности и привлечения к участию известных ученых - представителей фундаментальной и клинической медицины, организаторов здравоохранения, руководителей специализированных научно-практических центров, Национального института здравоохранения, Ереванского гос. медицинского университета и др.;
- порочная и ничем не оправданная установившаяся практика привлечения для участия в программах и проектах, задействованных в иностранных организациях (включая выпускников Американского университета) местных, в большинстве, абсолютно некомпетентных наемных кадров.

Форма собственности:

- государством должно быть проведено четкое разграничение категорий медицинских учреждений, входящих в единую систему здравоохранения, с формированием "государственного" и "негосударственного" секторов, идентичных медицинской доктрине по своему правовому статусу и различающихся лишь по форме собственности;
- формирование "государственного сектора" должно быть осуществлено на основе результатов проведения многофакторной независимой аналитико-экспертной оценки лечебно-профилактических учреждений с учетом реально необходимых видов и объемов оказываемой населению медицинской помощи, на перспективу ближайших 10-15 лет, экономического обоснования адекватного размера гос. бюджетных ассигнований, необходимых для эффективного функционирования и развития медицинских учреждений, входящих в состав гос. сектора;
- единственно приемлемой государственной стратегией в области формирования "негосударственного сектора" здравоохранения является приватизация медицинских учреждений различного уровня, профиля и масштаба, осуществляемая коллективом данного предприятия (по мере необходимости с привлечением инвесторов), причем ценообразование объекта приватизации должно формироваться на условиях включения в стоимость не только материальных ценностей, но и интеллектуального кадрового потенциала медицинских учреждений.

Качество: в условиях отсутствия медико-экономических стандартов нет возможности определить параметры и обеспечить контроль.

Лицензирование врачей:

- отмененная и развалившаяся в своё время, архаичная практика формального лицензирования врачей, не соответствующая международным критериям и требованиям, проводимая на платных началах, требует качественных изменений в этой сфере;
- необходима разработка и внедрение многоступенчатой градационной системы лицензирования, предусматривающей наличие тестовых программ различного уровня и степени сложности с учетом вида и объема профессиональной деятельности врачей, регламентированных характером медицинских учреждений, в котором они работают (семейный врач, первичное амбулаторно-поликлиническое звено, больница, клиника, специализированный научно-практический медицинский центр и др.), занимаемой должности, наличия постдипломного образования (специализация, усовершенствование), ученой степени и звания и др.

Лицензирование здравоохранных учреждений:

- существующая догматичная, крайне бюрократизированная система лицензирования медицинских учреждений, не предусматривающая какой-либо дифференциации подходов при определении требований и критериев соответствия (больница, НИИ, НЦ и др.), должна быть радикально пересмотрена;
- как и в случае врачей необходимо разработать многоступенчатую систему медицинских учреждений, исходя из их роли в системе здравоохранения, категории и типа, (кабинет, поликлиника, НИИ НПЦ и др.), кадрового потенциала и степени оснащенности, видов и объема оказываемой медицинской помощи (первичная, квалифицированная, специализированная и др.)

Научная деятельность:

- научные исследования в области медицины практически находятся в замороженном состоянии, в первую очередь вследствие отсутствия государственного заказа и все углубляющейся оторванности наших ученых от достижений мировой науки, отсутствия ориентации на современную идеологию и технологию организации научных исследований;
- сегодняшнее состояние науки никак не может быть выправлено путем реализации "грантовой" системы тематического бюджетного финансирования, особенно с учетом непроработанной методики экспертной оценки научных проектов и программ, ограничения притока в науку молодых кадров и ликвидации признанных научных школ.

Профессиональное образование:

- продолжает оставаться неразрешенной проблемой сохранения существующей системы высшего медицинского образования - будет она реформирована (бакалавр, магистр) или нет;
- не разработаны механизмы строго сбалансированного плана подготовки медицинских кадров в соответствии с потребностями системы здравоохранения, хотя бы на ближайшую перспективу;
- не функционирует система льготного приема в медицинский университет по целевому назначению, согласно которому выпускники после окончания университета или по завершении постдипломного образования возвращались бы в свои марзы, система здравоохранения которых в настоящее время остро нуждается в притоке квалифицированных молодых врачей различного профиля;
- настораживающим является все углубляющийся процесс оторванности образования и научно-исследовательской деятельности в различных областях клинической и теоретической медицины, подготовка высококвалифицированных научно-педагогических кадров проводится в хаотическом порядке без какой либо системы и элементов долгосрочного прогнозирования.

Социальное "бремя" здравоохранения:

непрерывный процесс демократизации общества и проводимые позитивные преобразования в первую очередь преследуют задачу улучшения социально-экономического положения населения и повышения качества жизни людей. В центре внимания сегодня оказались проблемы охраны и укрепления "здоровья здорового человека", идеология здорового образа жизни, сбалансированного питания, адекватной физической активности и развития спорта. Подобная медико-социальная программа современного общества предполагает наличие тесных контактов и взаимодействия между учреждениями и общественными организациями системы здравоохранения и социального обеспечения. В связи с этим возникает необходимость перенятия опыта многих экономически развитых стран по созданию единого министерства, что позволит добиться радикальных позитивных изменений в медико-социальной сфере, повысить эффективность оказания медицинской помощи социально необеспеченным слоям населения, не говоря уже о рациональном использовании бюджетных средств.

Отчетность в системе:

- определение объемов финансовых средств (бюджетных и внебюджетных), необходимых для жизнеобеспечения, оптимального функционирования и динамического развития системы здравоохранения, Минздравом формируется без учета этиологических факторов возникновения заболеваний, экологической обстановки и надежно прогнозируемой санитарно-эпидемиологической ситуации;
- используемые подходы при формировании бюджета системы здравоохранения (расчет предполагаемого количества больных, уровня заболеваемости и пр.) скорее присущи методологии, широко применяемой в производстве, но не в здравоохранении;
- рутинная аналитически-информационная и статистическая службы системы здравоохранения из-за низкой оперативности и отсутствия обратной связи функционируют в режиме, исключающем возможность осуществления экстренных мер по коррекции ситуаций.
- приверженность к субъективной оценке информации, заведомо не отражающей действительное положение вещей и сложившуюся ситуацию в целом, создает искаженное представление, лишает возможности формирования объективной базы, необходимой для выработки новых критериев расчетов на перспективу, создавая тем самым порочный круг.

24 августа 2005 г. между ЗАО "Ликвор" и Европейским банком реконструкции и развития (EBRD) заключен инвестиционный договор.

EBRD приобрел **40%** акций компании "Ликвор". Это серьезный инвестор, который имеет **большой опыт** и работает в **Европе, Африке, Азии и странах СНГ.**

В результате полуторагодовых переговоров и **4-х аудитов**: маркетингового, фармацевтического, юридического, финансового, был заключен вышеуказанный договор.

С целью расширения деятельности компании банк намерен **кредитовать строительство нового завода по производству стерильных жидких лекарственных средств**, полностью соответствующего нормам и стандартам мирового фармпроизводства.

Разработка концептуального, базового и рабочего проектов начинается с сентября 2005г. Проектная документация завода будет подготовлена в Западной Европе.

Место для строительства завода уже выбрано. Это **экологически чистая зона:** имеется в виду воздух и особенно вода, что очень важно, так как завод специализируется на производстве **жидких форм.** В дальнейшем специализация расширится в этом направлении. Компания не намерена внедрять в производство твердые лекарственные формы.

Компания существует уже 15 лет и набрала огромный опыт и зарекомендовала себя на фармацевтическом рынке. **"Ликвор" первая частная компания, которая получила лицензию на право производства лекарственных препаратов**. Сегодня компания производит около **60 наименований: 14 фарм. групп, 3 главных блока- инфузионные, инъекционные и офтальмологические препараты.** Компания экспортирует свою продукцию в **Грузию, Россию, Туркменистан и Молдову**. Ведутся переговоры о регистрации в **Беларуси и Казахстане**. Уже сегодня компания является лидером по объему продаж среди производителей Армении и включена в список 300 крупных налогоплательщиков.

Особое внимание будет уделено производству синтетических антибиотиков. Несомненно, что инвестирование поведет за собой подъем на качественно новый уровень, который коснется как професиональной подготовки, так и уровня производства, правления.

Внутренний рынок для компании является приоритетным, в связи с чем увеличено производство импортозамещающих препаратов, которые не менее качественны и имеют приемлемую цену. В производстве будут применены **инновационные технологии.**

Проектом предусмотренно расширение производства синтетических препаратов, **не уступающих по эффективности и качеству**, хорошо зарекомендовавших себя на рынке импортных аналогов. Запуск завода планируется на конец **2007 г.**

"Цели поставлены сложные,- говорит **президент компании "Ликвор" Сергей Рубенович Матевосян**,- но проект **будет реализован в срок и в полном объеме**". В 2005г. "Ликвор" был удостоен **правительственной премии "Меркурий" за достижения в фармацевтической отрасли.**