

Системы здравоохранения: время перемен

Том 10 №5 2008

# Молдова

Обзор системы здравоохранения

Рифат Атун • Эрика Ричардсон  
Сергей Шишкин • Гинтарас Кацявичус  
Михай Чокану • Валериу Сава

Редакторы:  
Эрика Ричардсон  
Светлана Анкер

Европейская

**обсерватория**

по системам и политике здравоохранения



## Редакционная коллегия

---

### Главный редактор

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономики и политических наук и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

### Редакторы

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия  
Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство; и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Ричард Солтман, Университет Эмори, США

### Редакционный коллектив

Сара Аллин, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения  
Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

### Международный консультативный комитет

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения  
Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания  
Рифат Атун, Лондонский королевский колледж, Соединенное Королевство  
Йохан Каллторп, Шведская Ассоциация местных властей и регионов, Швеция  
Армин Фидлер, Всемирный банк  
Коллин Флад, Университет Торонто, Канада  
Петер Гаал, Университет Зиммельвейса, Венгрия  
Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения, Финляндия  
Уильям Хсяо, Гарвардский университет, США  
Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания  
Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ  
Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Корея  
Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада  
Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия  
Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада  
Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство  
Ната Менабде, Европейское региональное бюро ВОЗ  
Эллен Нолте, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство  
Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия  
Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США  
Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция  
София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия  
Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия  
Питер К. Смит, Университет Йорка, Соединенное Королевство  
Уайнанд П. М. М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды  
Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

# Системы здравоохранения: время перемен

Авторы:

**Рифат Атун**, Центр по управлению здравоохранением, Лондонский королевский колледж, Соединенное Королевство

**Эрика Ричардсон**, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

**Сергей Шишкин**, Независимый институт социальной политики, Москва, Российская Федерация

**Гинтарас Кацявичус**, независимый консультант по вопросам финансирования систем здравоохранения

**Михай Чокану**, Национальный центр менеджмента в здравоохранении и Школа общественного здравоохранения, Республика Молдова

**Валериу Сава**, Управление медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Молдова

Редакторы:

**Эрика Ричардсон**, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

**Светлана Анкер**, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

## Молдова:

обзор системы здравоохранения

2008



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

## **Ключевые слова:**

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и управление

МОЛДОВА

© Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/PubRequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока нет полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. Во избежание ошибок и пропусков названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

## **Ссылка на исходный документ:**

Atun R, Richardson E, Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M, Sava V and Ancker S. Moldova: Health system review. Health Systems in Transition. 2008; 10(5): 1–138.

# Содержание

Предисловие	.v
Благодарности	.vii
Список сокращений	.ix
Список таблиц и рисунков	.xi
Аннотация	.xv
Основные положения	.xvii
1. Введение	1
1.1 География и социодемография	1
1.2 Экономика	5
1.3 Политика	9
1.4 Состояние здоровья населения	12
2. Организационная структура системы здравоохранения	21
2.1 Обзор системы здравоохранения	21
2.2 Историческая справка	23
2.3 Организационная структура	26
2.4 Децентрализация и централизация	33
2.5 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения	36
3. Финансирование	45
3.1 Расходы на здравоохранение	45
3.2 Охват населения и право на медицинское обслуживание	52
3.3 Сбор и источники финансовых средств	59
3.4 Объединение финансовых ресурсов	67
3.5 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками	70
3.6 Механизмы оплаты	72
4. Планирование и регулирование	85
4.1 Регулирование	85
4.2 Планирование и управление медицинской информацией	89

5.	Материальные и трудовые ресурсы .....	99
5.1	Материальные ресурсы .....	99
5.2	Трудовые ресурсы .....	106
6.	Предоставление медицинских услуг .....	119
6.1	Общественное здравоохранение .....	119
6.2	Первичная/амбулаторная медицинская помощь .....	121
6.3	Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь .....	127
6.4	Скорая и неотложная помощь .....	130
6.5	Фармацевтическая помощь .....	132
6.6	Долговременная помощь .....	137
6.7	Паллиативная помощь .....	138
6.8	Охрана психического здоровья .....	140
6.9	Стоматологическая помощь .....	141
6.10	Медицинское обслуживание особых групп населения ..	142
7.	Основные реформы в области здравоохранения .....	145
7.1	Анализ последних реформ .....	147
7.2	Перспективы развития .....	155
8.	Оценка системы здравоохранения .....	159
8.1	Задачи системы здравоохранения .....	159
8.2	Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения .....	159
8.3	Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения .....	162
8.4	Экономическая эффективность системы здравоохранения .....	163
8.5	Качество медицинской помощи .....	164
8.6	Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения .....	165
9.	Заключение .....	167
10.	Приложения .....	171
10.1	Библиография .....	171
10.2	Полезные интернет-ссылки .....	177
10.3	Государственные программы в области здравоохранения, 2006 г. ....	177
10.4	Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» .....	178
10.5	Сведения об авторах .....	181

## Предисловие

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается, он не является жестким и позволяет авторам составить обзор с учетом конкретных особенностей своей страны.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;

- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников, в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других организаций. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory). Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: [www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage](http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage)



## Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Молдове составили Рифат Атун (Лондонский королевский колледж), Эрика Ричардсон (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Сергей Шишкин (Независимый институт социальной политики, Москва), Гинтарас Кацявичус, Михай Чокану (Национальный центр менеджмента в здравоохранении, Кишинев) и Валериу Сава (Министерство здравоохранения, Молдова). Редакторами обзора были Эрика Ричардсон и Светлана Анкер (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения), а научным руководителем, ответственным за его подготовку, – Мартин Мак-Ки.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает благодарность Мирче Буге (заместителю министра здравоохранения Республики Молдова), Марису Йессе (Всемирный банк и Национальный институт развития здоровья, Эстония), Рекхе Менон (Всемирный банк), Павлу Урсу (ВОЗ) за критический анализ этого обзора, а также Джо Кутцину (ВОЗ) за оказанные помощь и поддержку в его составлении.

Данная серия обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, пра-

вительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Коллективом обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители отделений обсерватории Мартин Мак-Ки, Ричард Солтман и Райнард Буссе. Производственный процесс и редактирование обзора выполнены под руководством Джонатана Норта при поддержке Николь Саттерли и Питера Пауэлла (верстка). Административными вопросами занималась Кэролайн Уайт. Особую 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, а также Всемирному банку – за предоставление информации о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных. Данный обзор и приведенные в нем сведения основаны на общедоступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к январю 2008 г.

## Список сокращений

---

ЕАРС	Европейская ассоциация паллиативной помощи
БЦЖ	Бацилла Кальметта и Гирена – вакцина против туберкулеза
ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	Добровольное медицинское страхование
ДОТС	Программа лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс)
ЕС	Европейский союз
ИППП	Инфекция, передающаяся половым путем
МВФ	Международный валютный фонд
Минздрав	Министерство здравоохранения
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм и причин смерти Десятого пересмотра (ВОЗ)
НАТО	Североатлантический союз
НМСК	Национальная медицинская страховая компания Республики Молдова
НПО	Неправительственная организация
НЦМЗ	Национальный центр менеджмента в здравоохранении
ОМПOMS	Объем базовой медицинской помощи, предоставляемый населению в рамках Единой программы обязательного медицинского страхования
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПИН	Потребление (потребитель) инъекционных наркотиков

---

## Обзор системы здравоохранения

---

ППС	Паритет покупательной способности
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
СЭРСУБ	Стратегия экономического роста и снижения уровня бедности
ТРИПС	Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности
ЦАРК	Центральноазиатские республики и Казахстан
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД

---

# Список таблиц и рисунков

## Таблицы

---

Таблица 1.1	Демографические показатели за 1970, 1980, 1990, 2000 и 2006 гг.	2
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1997–2006 гг.	7
Таблица 1.3	Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1981, 1990, 2000, 2005 и 2006 гг.	13
Таблица 1.4	Коэффициенты смертности по основным причинам смерти; на 100 000 населения, для всех возрастных групп	15
Таблица 1.5	Материнская и детская смертность и показатели состояния здоровья, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 и 2006 гг.	17
Таблица 3.1	Динамика расходов на здравоохранение в Молдове в 1998–2004 гг., оценка ВОЗ	47
Таблица 3.2	Охват населения медицинским страхованием по возрастным группам, 2004 г.	53
Таблица 3.3	Охват населения медицинским страхованием с разбивкой по возрасту и полу, 2004 г.	55
Таблица 3.4	Распределение общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2000–2005 гг.	60
Таблица 3.5	Оплата услуг стационарной помощи по регрессивной шкале	80
Таблица 7.1	Законодательные акты в поддержку основных реформ и политических инициатив в области здравоохранения	146

---

## Рисунки

---

Рис. 1.1	Карта Молдовы	4
Рис. 1.2	Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ (% иммунизированного детского населения)	18
Рис. 2.1	Организационная схема системы здравоохранения	22
Рис. 2.2	Организация здравоохранения на районном уровне, действующая с 1 января 2008 г.	35
Рис. 2.3	Причины письменных и устных жалоб и обращений, рассмотренных Коллегией и Общественной приемной Министерства здравоохранения в 2006 г. (%)	40
Рис. 3.1	Движение финансовых потоков в молдавской системе здравоохранения	46
Рис. 3.2	Расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%), в странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным	49
Рис. 3.3	Динамика расходов на здравоохранение как доли ВВП (%) в Молдове и некоторых других странах, 1998–2004 гг., оценка ВОЗ	50
Рис. 3.4	Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения по ППС, в долларах США, в Европейском регионе ВОЗ, по последним имеющимся данным, оценка ВОЗ	51
Рис. 3.5	Распределение общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2005 г.	59
Рис. 5.1	Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в медицинских учреждениях различного профиля, с 1990 г. по настоящее время	100
Рис. 5.2	Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в больницах краткосрочного пребывания в странах Центральной и Восточной Европы и новых независимых государствах, по последним имеющимся данным	101
Рис. 5.3	Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в больницах краткосрочного пребывания в Молдове и некоторых других странах, с 1990 г. по настоящее время	103

---

---

Рис. 5.4	Число врачей на 100 000 населения в Молдове и некоторых 107 других странах, с 1985 г. по настоящее время
Рис. 5.5	Число медсестер на 100 000 населения в Молдове и некото- 108 рых других странах, с 1985 г. по настоящее время
Рис. 5.6	Число врачей и медсестер на 100 000 населения в Молдове и 109 некоторых других странах, по последним имеющимся данным
Рис. 5.7	Число врачей и медсестер на 10 000 населения в городской и 110 сельской местности
Рис. 5.8	Число стоматологов на 100 000 населения в Молдове и неко- 110 торых других странах, с 1985 г. по настоящее время
Рис. 5.9	Число фармацевтов на 100 000 населения в Молдове и неко- 111 торых других странах, с 1985 г. по настоящее время
Рис. 6.1	Число амбулаторных контактов в расчете на одного человека 124 в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, по послед- ним имеющимся данным

---

## **Вставки**

---

Вставка 3.1	Показатели качества услуг первичной медицинской помощи 78 в Молдове, 2006 г.
-------------	---

---

## Аннотация

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. В этих обзорах рассматриваются различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роль основных участников системы здравоохранения; кроме того, в них описываются организационная структура, процессы подготовки и реализации политики и реформ здравоохранения и содержание этих реформ, а также освещаются наиболее важные проблемы в области здравоохранения и те элементы, которые требуют более глубокого изучения.

После того как в 1991 г. Молдова объявила свою независимость в связи с распадом СССР, было произведено существенное реформирование системы здравоохранения страны. Правда, в связи с серьезными финансовыми трудностями, с которыми Молдова столкнулась в процессе политических, экономических и социальных преобразований, программа реформ здравоохранения была отложена на несколько лет. Однако, несмотря на ограниченность ресурсов, в стране был достигнут реальный прогресс в области рационализации деятельности системы здравоохранения; благодаря реструктуризации коечного фонда уменьшилось доминирование стационарной помощи по сравнению с амбулаторно-поликлинической; успешное введение системы обязательного социального медицинского страхования позволило стабилизировать систему финансирования здравоохранения и снизить уровень неофициальных платежей за медицинские услуги;



на базе института семейной медицины успешно развивается сектор первичной медико-санитарной помощи.

Что касается перспектив развития системы здравоохранения, то в дальнейшем основное внимание будет уделяться повышению качества медицинского обслуживания и улучшению состояния здоровья населения в целом. Ключевыми задачами, которые необходимо решить в этой связи, являются укрепление руководящей роли Министерства здравоохранения (особенно в области планирования трудовых ресурсов) и обеспечение широкого доступа к медицинскому обслуживанию всему населению страны. Ключом к успеху здесь будет вовлечение в процесс планирования дальнейших реформ здравоохранения всех заинтересованных сторон.

## Основные положения

Республика Молдова обрела независимость в 1991 г. в связи с распадом СССР. С того времени страна стала парламентской республикой и приступила к масштабной программе экономических реформ. Основными секторами экономики являются сельское хозяйство и пищевая промышленность; потребности в энергоресурсах удовлетворяются только за счет импорта. В переходный период в стране возникли серьезные социально-экономические трудности, и состояние здоровья населения ухудшилось. Последовавший за этим экономический рост пошел на пользу бедным слоям населения, и сейчас показатель средней ожидаемой продолжительности жизни в стране вернулся к тому уровню, который был до 1991 г. В Молдове происходит убыль населения, поскольку коэффициент рождаемости падает, а коэффициент смертности после обретения независимости стал постепенно расти; кроме того, имеет место крупномасштабная трудовая эмиграция: около четверти экономически активного населения в настоящее время работает за границей. И хотя объем денежных переводов в республику из-за рубежа от молдавских трудовых мигрантов составляет до 20–25% валового внутреннего продукта (ВВП), что, безусловно, поддерживает экономику страны, социальные последствия столь масштабной миграции вызывают серьезную озабоченность.

### Организационная структура

После того как в 2004 г. была введена система обязательного социального медицинского страхования (ОМС), основой финансирования

молдавской системы здравоохранения стали договорные отношения поставщиков медицинских услуг с Национальной медицинской страховой компанией Республики Молдова (НМСК), а организация первичной и вторичной медицинской помощи находится в ведении районных (в Кишиневе – городского) управлений здравоохранения. После 1996 г. произошло серьезное реформирование сектора первичной медицинской помощи, в основе деятельности которого лежит в настоящее время модель общей врачебной практики семейной медицины. Вторичную медицинскую помощь населению оказывают городские и районные больницы общего профиля. В 1999 г. система оказания вторичной медицинской помощи была реорганизована и в значительной степени консолидирована. Специализированную и высокотехнологичную помощь оказывают в республиканских больницах и профильных государственных научно-исследовательских институтах, которые в основном расположены в Кишиневе и, как и система скорой помощи в стране, подчиняются непосредственно Министерству здравоохранения (Минздраву). Финансирование поставщиков услуг скорой, неотложной, первичной, вторичной и третичной медицинской помощи производится в соответствии с договорами, напрямую заключаемыми ими с НМСК.

## **Финансирование**

В период с 1993 по 2003 г. объем государственного бюджетного финансирования здравоохранения резко сократился и стабилизировался только с введением системы социального медицинского страхования. Охват населения медицинским обслуживанием обеспечивается за счет комбинации ОМС и предоставления некоторых медицинских услуг в рамках финансируемых государством или международными организациями национальных программ, направленных на решение ряда приоритетных вопросов в области здравоохранения. Экономически активное население обязано производить взносы на социальное медицинское страхование, которые представляют собой налог, удерживаемый с заработной платы, а лица из числа самозанятого населения осуществляют фиксированный взнос по единой ставке. Взносы на социальное медицинское страхование остальной части населения выплачивает государство из средств национального бюджета. Однако охват населения медицинским страхованием не является полным, особенно это касается лиц из числа самозанятого населе-

ния, которые зачастую являются малообеспеченными сельскими жителями, занимающимися натуральным хозяйством.

После успешного введения системы ОМС соотношение между частными расходами на здравоохранение и государственными стало меняться, но в общих расходах на здравоохранение доля частных расходов по-прежнему велика, и в значительной степени это обусловлено дороговизной медикаментов, которые, как правило, не включаются в льготный пакет.

## **Планирование и регулирование**

Вопросы регулирования и управления системой здравоохранения находятся в ведении Министерства здравоохранения и, в частности, Национального центра превентивной медицины и сети его отделений на местах. Но, несмотря на введение договорных отношений с поставщиками медицинских услуг, регулятивная функция Минздрава пока еще развита слабо. Кроме того, ограничены возможности в области стратегического планирования в сфере здравоохранения; в стране отсутствует единый национальный орган, занимающийся вопросами планирования, которое производится в основном по формулам или по статьям бюджета, а не на основе конкретных потребностей населения. В этой связи необходимо совершенствование информационных систем, с помощью которых можно было бы осуществлять процесс планирования и выработки политики в области здравоохранения.

## **Материальные и трудовые ресурсы**

Молдова унаследовала одну из самых экстенсивных систем здравоохранения в Европе, с избыточно развитым больничным сектором. В условиях финансовых трудностей переходного периода поддерживать систему такого масштаба было и невозможно, и нежелательно. Поэтому в период с 1998 по 2000 г. в стране было произведено существенное сокращение конечного фонда больниц неотложной помощи (острых состояний) и консолидация стационарных учреждений вторичной медицинской помощи. Однако консолидация в секторе третичной (высокоспециализированной) помощи, по техническим и политическим причинам, еще только предстоит; поэтому в столице

страны, г. Кишиневе, пока еще имеет место избыток таких учреждений. Предполагалось, что сокращение расходов на стационарную помощь позволит высвободить ресурсы для развития сектора первичной медицинской помощи и укрепить основные фонды, но пока это остается вопросом будущего.

Ранее в молдавской системе здравоохранения имел место также переизбыток врачебных кадров, но вследствие эмиграции, расширения альтернативных возможностей занятости и низких зарплат в системе здравоохранения в стране возникли проблемы дефицита медицинских кадров основных специальностей, особенно в сельской местности и в системе первичной медицинской помощи.

## **Предоставление медицинских услуг**

Сеть учреждений первичного звена является достаточно разветвленной, что обеспечивает населению хорошую географическую доступность первичной медицинской помощи. В стране существует четыре основных типа поставщиков услуг ПМСП: центры семейной медицины (организованные на базе бывших районных поликлиник), сельские центры здоровья, кабинеты семейных врачей (действующие на базе бывших сельских медпунктов) и фельдшерские пункты, обслуживающие места с населением менее 1000 человек. Большинство организаций первичной медицинской помощи входит в основную систему здравоохранения страны и полностью находится в собственности государства. Уровень вторичной медицинской помощи представлен районными больницами общего профиля в сельской местности и городскими больницами в Бельцах и Кишиневе. В этих больницах местному населению оказывают медицинскую помощь относительно широкого профиля, а специализированные услуги предоставляются в республиканских больницах, которые расположены в Кишиневе. Обычно эти больницы являются узкоспециализированными (туберкулезными, онкологическими и т. п.). Частных больниц в Молдове мало.

## **Основные реформы в области здравоохранения**

В связи с финансовыми трудностями 1990-х гг. реализация программы реформ здравоохранения в Молдове началась со значительным опозданием, и многие из законодательно введенных реформ

осуществить было невозможно. Однако благодаря этой задержке у Минздрава появилась возможность более тщательно проработать с международными организациями программу реформ до ее воплощения в жизнь, что позволило избежать некоторых ошибок, допущенных в странах, также унаследовавших модель здравоохранения Семашко. Основные направления реформ касались приватизации некоторых услуг (главным образом стоматологии и аптек), реструктуризации больниц, переориентации системы здравоохранения с переносом центра тяжести на сектор первичной медицинской помощи, а в последнее время – успешного введения системы ОМС. В перспективе основное внимание предполагается уделить повышению качества медицинского обслуживания и улучшению состояния здоровья населения в целом.

## **Оценка системы здравоохранения**

Целью молдавской системы здравоохранения является предоставление гражданам страны всеобщего и равного доступа к основному набору медицинских услуг. Оценивать влияние введения системы ОМС на состояние здоровья населения, экономическую эффективность и продуктивность системы здравоохранения пока еще слишком рано. Тем не менее ряд признаков позволяет предположить, что благодаря проведению программы реформ уровень качества медицинского обслуживания в стране повысился (особенно это касается сектора первичной медицинской помощи), улучшилась эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения и характер распределения затрат и выгод среди населения стал более справедливым.

# 1. Введение

## 1.1. География и социодемография

Республика Молдова расположена в Юго-Восточной Европе. Выхода к морю не имеет. Занимает площадь 33 843,5 кв. км; с запада граничит с Румынией, с востока – с Украиной. Благодаря плодородию почвенного покрова, примерно 80% территории страны занимают сельскохозяйственные угодья (Правительство Республики Молдова, 2007с). Плотность населения в Молдове выше, чем во всех остальных республиках бывшего СССР, и составляет 127 человек на кв. км. Численность населения – около 4,2 млн человек, 752 000 из которых проживают в столице страны г. Кишиневе. Примерно 54% населения живут в сельской местности (см. табл. 1.1); основными секторами экономики являются сельское хозяйство и пищевая промышленность.

Начиная с 1982 г. из страны идет постоянный отток населения, и только за счет эмиграции его численность ежегодно сокращается на 0,32% (WHO, 2005/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). С середины 1990-х гг. рост населения в Молдове отрицательный; население в возрасте до 14 лет уменьшается вследствие низкого уровня рождаемости; из-за эмиграции численность населения трудоспособного возраста также сокращается. На момент провозглашения независимости численность населения Молдовы составляла 4,36 млн человек, но к 2006 г. на территории к западу от реки Днестр проживали всего 3,6 млн человек, а в Приднестровье – около 0,6 млн (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). С 1997 г. основные демографические данные и данные о состоянии здоровья населения этого во многом автономного региона недоступны (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

**Таблица 1.1. Демографические показатели за 1970, 1980, 1990, 2000 и 2006 гг.**

	1970	1980	1990	2000	2006
Общая численность населения (млн человек)		3,98	4,36	4,27	3,59
% женского населения		53,2	52,3	52,2	52,0
% населения в возрасте 0–14 лет		26,6 <sup>a</sup>	27,9	23,3	18,2
% населения в возрасте 65 лет и старше		7,7 <sup>a</sup>	8,3	9,4	10,1
Плотность населения (кол-во человек на кв. км)			128,9	126,2	105,9
Общий коэффициент фертильности (среднее число детей, рожденных одной женщиной)	2,6	2,4	2,4	1,3	1,2
Общий коэффициент рождаемости (число живорожденных на 1000 населения)		20,0	17,7	10,2	10,5
Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)		10,2 <sup>a</sup>	9,7	11,3	12,0
Коэффициент демографической нагрузки (число лиц в возрасте 0–15 лет и в возрасте 65 лет и старше к числу лиц в возрасте 16–64 лет)		0,52 <sup>a</sup>	0,57	0,49	0,39
Распределение населения (% городского населения)	31,7	40,0	47,0 (1991)	41,6	46,5 (2004)
Уровень грамотности (%) среди населения в возрасте старше 15 лет	91,0	94,9	97,5	98,9	98,4

*Примечание:* <sup>a</sup> – данные за 1981 г.

*Источник:* WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.



Молдова получила независимость в августе 1991 г. в связи с распадом СССР. Начиная с 1359 г., когда было провозглашено первое молдавское государство, страна много раз теряла и вновь обретала независимость. Штефан чел Маре (Штефан Великий), правивший с 1457 по 1504 г., до сих пор считается народным героем; его образ символизирует дух народа и его борьбу за независимость. Расположенная в центре Восточной Европы, Молдова на протяжении столетий была окружена могущественными военными державами. В середине XVI в. Молдова стала протекторатом Османской империи. После русско-турецких войн, в 1812 г., часть территории страны (Бессарабия) отошла Австро-Венгрии и России; Северная Буковина отошла Австро-Венгрии в 1775 г. После революции 1917 г. в России Бессарабия ненадолго обрела независимость, но уже в 1918 г. была объединена с Румынией. До 1940 г. Бессарабия находилась под властью румынской монархии, после чего ее территория была аннексирована Советским Союзом в результате раздела Румынии согласно заключенному между СССР и нацистской Германией пакту Молотова – Риббентропа. Во время Второй мировой войны на территории нынешней Молдовы шли кровопролитные бои между германскими и румынскими войсками и Советской армией. После поражения нацистской Германии и Румынии в 1944 г. Бессарабия была присоединена к существовавшей в то время Молдавской Автономной Советской Социалистической Республике (Молдавской АССР), в результате чего была образована Молдавская Советская Социалистическая Республика. Молдавская АССР была образована в 1924 г. в составе Украинской ССР и располагалась на восточном берегу Днестра; в настоящее время эта территория называется Приднестровьем (King, 2000) (см. рис. 1.1).

Молдова является многонациональной страной. Преобладающую часть населения составляют молдаване (64,5%), украинцы (13,8%) и русские (13%); большинство русских и украинцев проживают в Приднестровье и на западном берегу Днестра. К национальным меньшинствам относятся гагаузы (тюркская народность, исповедующая христианство), проживающие в основном на юго-западе страны, а также евреи, болгары, цыгане и представители других национальностей (King, 2000). Большинство населения – православные христиане. Официальным языком является молдавский, который идентичен румынскому; на большей части территории страны с 1991 г. используется латиница, а в Приднестровье – кириллическая письменность.

Рис. 1.1. Карта Молдовы



Map No: 3759 Rev 3 UNITED NATIONS  
October 2006

Источник: UN cartographic section, October 2006.

## 1.2. Экономика

После обретения независимости Молдова столкнулась с серьезными экономическими трудностями, которые сказались и на объемах финансирования здравоохранения, и на состоянии социальной сферы в целом. Несмотря на широкомасштабную программу либерализации и стабилизации экономики, которая была начата в тот период, внешние и внутренние экономические проблемы привели к существенному падению уровня жизни населения. В период с 1993 по 1999 г. валовой внутренний продукт (ВВП) страны упал на 60% (World Bank, 2004). Снижение уровня жизни в результате экономического спада было обусловлено тремя основными факторами: эрозией ликвидных активов, резким падением реальных доходов населения и безработицей, а также практически полным крахом государственной системы социального обеспечения, в том числе пенсионного (Orlova and Ronnas, 1999). К 2000 г. 90% населения Молдовы жило менее чем на 1 доллар США в день (European Commission, 2001).

Экономический рост возобновился только в 2000 г., после десяти лет непрерывного спада ВВП: в Молдове восстановление экономики произошло намного позже, чем в остальных странах бывшего СССР и Центральной и Восточной Европы. При этом последовавший высокий экономический рост (за период с 2000 по 2005 г. ВВП вырос на 43%) пошел на пользу бедному населению: в 1999 г. 73% жителей Молдовы находились за абсолютной чертой бедности, а в 2004 г. этот показатель снизился до 26,5% (International Monetary Fund, 2006b). Наряду со снижением после 1999 г. уровня бедности уменьшается также и уровень неравенства, о чем свидетельствует динамика коэффициента Джини, который является показателем социального неравенства (характеризует распределение доходов среди населения: нулевое значение соответствует абсолютному равенству в распределении доходов, а единица – абсолютному неравенству): он снизился с 0,38 в 2000 г. до 0,36 в 2004 г. (см. табл. 1.2). Тем не менее бедность по-прежнему остается одной из главных проблем Молдовы. При поддержке Евросоюза и других международных организаций правительство Молдовы утвердило в 2004 г. Стратегию экономического роста и снижения уровня бедности (СЭРСУБ) и Национальную индикативную программу на 2007–2010 гг., которые стали основополагающими документами по сокращению бедности в стране. В Национальной индикативной программе определены три стратегических приоритета: (а) развитие демократии и совершенствование системы государственного управления, (б) реформа государственного регулирования и создание

административного потенциала и (в) сокращение бедности и обеспечение экономического роста. Ряд признаков позволяет заключить, что реализация СЭРСУБ положительно сказывается на уровне экономического роста страны. По сравнению с 2004 г., ВВП 2005 г. вырос на 7,1% (в сопоставимых ценах), достигнув 36,7 млрд леев, что превышает установленный в СЭРСУБ целевой показатель роста в размере 5%. Но, несмотря на это, Молдова все равно остается беднейшей страной Европы: по некоторым оценкам, уровень национального дохода на душу населения в Молдове в 2006 г. составлял всего 1100 долларов США (World Bank, 2007).

До 1991 г. экономика Молдовы была составной частью советской экономики, поэтому после распада СССР республика оказалась полностью зависимой от импорта энергоносителей. За исключением средств производства для сельского хозяйства, страна нуждается также в импорте всего сырья и средств производства для промышленности (Orlova and Ronnas, 1999). В результате краха централизованной системы планирования обрабатывающие отрасли промышленности, объекты которых находились в основном в Приднестровье, практически остановились. Основными секторами молдавской экономики являются сельское хозяйство, пищевая промышленность, виноградарство и переработка табака (см. табл. 1.2). Характерными чертами социально-экономической ситуации в стране являются также крупномасштабная трудовая эмиграция и связанные с ней переводы заработков эмигрантов. Не менее четверти экономически активного населения Молдовы уехало из страны, и объем денежных переводов от работающих за рубежом граждан Молдовы обеспечивает сейчас до 20–25% ВВП (International Monetary Fund, 2005) Приток средств от молдавских трудовых мигрантов способствовал экономическому росту страны, так как благодаря этому выросли уровень конечного потребления и объем инвестиций. В основном молдаване работают в странах СНГ (главным образом – в Российской Федерации), но многие уехали также в Румынию и Италию (Mansoor and Quillin, 2007; Orozco, 2007). Двойное гражданство с Румынией было официально введено только в 2003 г., но даже до этого, как показывают данные за 2001 г., целых 200 тыс. граждан Молдовы имели наряду с молдавскими также и румынские паспорта (Roper, 2005). Социальные последствия столь масштабной миграции населения, особенно для детей, родители которых уехали из страны, вызывают серьезную озабоченность (Mansoor and Quillin, 2007). К сожалению, еще одним аспектом крупномасштабной и нерегулируемой миграции населения является увеличение доли социально уязвимых мигрантов среди объектов торговли людьми в целях их сексуальной эксплуатации.

Таблица 1.2. Макроэкономические показатели, 1997–2006 гг.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ВВП (млн долл. США) <sup>1</sup>				1288,4	1480,7	1661,8	1980,9	2595,0	2906,2	3265,6
ВВП на душу населения <sup>2</sup>		449	255		346	382	463	615	...	...
ВВП на душу населения по ППС, долл. США <sup>2</sup>	1500	1947	2037	2109	2150	1470	1510	1729	...	...
Годовой рост ВВП (%) <sup>1</sup>				2	6	8	7	7	7	4
Коэффициент Джини <sup>3</sup>				0,38	0,39	0,37	0,36	0,36		
Добавленная стоимость в промышленности (% ВВП) <sup>1</sup>					24	23	25	24	24	21
Добавленная стоимость в сельском хозяйстве (% ВВП) <sup>1</sup>				29	26	24	22	21	21	17
Добавленная стоимость в сфере услуг (% ВВП) <sup>1</sup>					50	53	54	55	58	62
Рабочая сила (% от всего населения) <sup>2</sup>		45,4	46,1	45,5	44,5	44,6	40,8	39,6	...	...
Общий уровень безработицы (% рабочей силы) <sup>2</sup>	1,5	1,9	2,1	2,1	2	1,9	2	1,8	2	1,9
Средний обменный курс (молдавский лей к доллару США) <sup>4</sup>			10,52	12,43	12,87	13,57	13,94	12,33	12,60	
Уровень абсолютной бедности <sup>3,5</sup>		52,0	73,0	67,8	54,6	40,4	29,0	26,5	29	

Примечания: ВВП – валовой внутренний продукт; ППС – паритет покупательной способности.

Источники: <sup>1</sup> – World Bank, 2007; <sup>2</sup> – WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007; <sup>3</sup> – International Monetary Fund, 2006b; <sup>4</sup> – International Monetary Fund, 2006a; <sup>5</sup> – International Monetary Fund, 2007.

В переходный период экономика Молдовы испытывала постоянный бюджетный дефицит, поскольку налогооблагаемая база сократилась, а расходы на социальную сферу оставались высокими. Наряду с высоким уровнем расходов на социальную сферу значительная часть бюджетных расходов Молдовы приходится на обслуживание национального долга, в частности перед российскими компаниями (главным образом перед «Газпромом») за поставку энергоносителей, так как собственных природных энергоресурсов у Молдовы нет. Размер национального долга Молдовы один из самых высоких среди стран бывшего СССР. В конце 1990-х гг. обслуживание национального долга легло особенно тяжелым бременем на экономику страны, так как в это время рос внешнеторговый дефицит, который необходимо было покрывать за счет международных валютных резервов и коммерческих займов, которые выдавались на крайне невыгодных для страны условиях (Orlova and Ronnas, 1999). Сокращение государственных расходов проявилось в огромной задолженности по заработной плате в госсекторе, а также по выплатам пенсий. Внешнеторговый дефицит является одной из главных проблем страны, поскольку Молдова, будучи страной небольшой и обладающей скудными природными ресурсами, сильно зависит от торговли, а основными рынками сбыта – главным образом сельскохозяйственной продукции – являются для нее страны бывшего СССР. Крупнейшим торговым партнером Молдовы – а также поставщиком энергии в страну – является Российская Федерация. Эта зависимость от торговли с Россией привела к тому, что Молдова стала крайне уязвимой по отношению к экономическим потрясениям извне – например, к финансовому кризису, происшедшему в России в 1998 г. В 1998 г. произошел обвал российского рубля, и бремя обслуживания внешнего долга Молдовы выросло настолько, что страна не смогла выполнить своих обязательств перед сектором здравоохранения, в частности по выплатам зарплат. В результате ревальвации молдавской национальной валюты (лея) в 1998 г., бремя внешнего долга страны выросло до 108% ВВП, возникла необходимость серьезной реструктуризации долга (Orlova and Ronnas, 1999). В 1999 г. Молдова согласовала с МВФ программу структурной перестройки экономики, чтобы приостановить рост выплат по долгам, эта программа включала в себя строгие условия, касающиеся приватизации и сокращения социальных расходов (Gorton and White, 2003).

Темпы рыночных реформ в целом и реформы рынка труда в частности в Молдове были невысокими, а приватизация и реорганизация крупных предприятий шли крайне медленно. Это явилось одной из причин относительно низкого уровня зарегистрированной безработицы в Молдове (Blanchflower, 2001). Кроме того, у населения прак-

тически отсутствуют стимулы для того, чтобы регистрироваться на бирже труда, поскольку это сопряжено с колоссальной бюрократической волокитой, а пособие по безработице довольно маленькое. Поэтому, несмотря на то что, по оценкам МВФ, к концу 2005 г. в стране было 21 700 безработных, пособие по безработице получали всего 1400 человек (то есть 6,5%) (International Monetary Fund, 2006b). Еще 33 600 человек находились в неоплачиваемом отпуске, в связи с чем уровень явной и скрытой безработицы в конце 2005 г. составлял примерно 8,3%. Но есть и другие формы скрытой безработицы, когда предприятие не отражает в официальных документах сведений о занятости лиц и ни налогов, ни социальных отчислений ни предприятие, ни работник не платят (а доступ к пособиям по социальному страхованию оказывается ограничен) или когда декларируется только небольшая часть заработной платы работников как официальный доход, с которого производится выплата налогов и отчислений на социальное страхование, а основная часть заработка выплачивается наличными в неофициальном порядке (Gorton, Ignat, White, 2004).

### 1.3. Политика

Республика Молдова как независимое государство была образована в 1991 г. после распада СССР. Основным законом страны является Конституция 1994 г., которая заменила старую советскую конституцию 1979 г. В 2001 г. Молдова стала парламентской республикой. Главой государства является президент, избираемый парламентом на четырехлетний срок. Правительство возглавляет премьер-министр, которого назначает на этот пост президент и утверждает парламент. Парламент в Молдове однопалатный и состоит из 101 депутата. Депутатов парламента избирают всеобщим прямым голосованием, срок их полномочий составляет 4 года. После обретения независимости правящей партией страны была Аграрная партия во главе с Мирче Снегуром, который до 1996 г. был также президентом страны. С 1996 по 2001 г. у власти находился Альянс демократов-центристов; на парламентских выборах 2001 г. 70% голосов получила Партия коммунистов Республики Молдова, которой удалось на выборах 2005 г. удержать большинство голосов в 56% (Way, 2002; Way, 2005). В феврале 2001 г. президентом страны был избран лидер Партии коммунистов Владимир Воронин; в 2005 г. его переизбрали на второй срок. Поскольку Молдова является парламентской республикой, то полно-

мочия президента ограничены парламентом, а полномочия и президента, и парламента – независимым Конституционным судом.

До 1998 г. Молдова была административно поделена на 40 районов и 10 городов. В 1999 г. административно-территориальное деление страны было реорганизовано. Было создано 12 административных регионов (10 уездов (джудетов), столичная зона Кишинева и Автономное территориальное образование Гагаузия), каждый из которых имел собственную региональную администрацию и штат государственных служащих. В 1994 г. Гагаузскому региону был придан особый статус автономии, и теперь Автономное территориальное образование Гагаузия обладает полномочиями самостоятельно вести свои политические, экономические и культурные дела. Однако с выходом Закона № 123-XV от 18 марта 2003 г. «О местном публичном управлении» система административно-территориального деления Молдовы была вновь реорганизована – на этот раз страна была поделена на 32 района, 3 муниципия (города с особым статусом) и 2 автономных территориальных образования. Местные администрации имеют право собирать налоги, но финансирование медицинских услуг производится централизованно через Национальную медицинскую страховую компанию Республики Молдова (НМСК) (см. раздел 2.4 *Децентрализация и централизация*). Законы, касающиеся здравоохранения, принимаются как парламентом (то есть являются актами первичного законодательства), так и в виде указов и постановлений, но процесс их принятия происходит по согласованию между парламентом и Министерством здравоохранения (Минздравом). В процессе формирования политики здравоохранения в стране участвуют также различные международные партнеры, работающие в молдавском секторе здравоохранения (см. раздел 2.3 *Организационная структура*).

После того как Молдова обрела независимость, в Приднестровье началась гражданская война. Приднестровье стремилось поддержать связь с Россией и вскоре после отделения страны от Союза объявило независимость от Молдовы (King, 2000). В 1992 г. в Приднестровье разгорелся вооруженный конфликт между молдавской армией и базировавшимися там советскими войсками. Этот конфликт не разрешен до сих пор, и хотя независимость самопровозглашенной Приднестровской Молдавской Республики не признана ни внутри страны, ни за ее пределами, в настоящее время она имеет собственный парламент, президента, конституцию, экономику и валюту (Roper, 2005; Protsyk, 2006). Этот регион находится вне контроля центрального правительства Молдовы, и его статус все еще обсуждается, поэтому основные демографические данные и данные о состоянии здоровья населения Приднестровья недо-



ступны, но, по всей видимости, там по-прежнему практически в неизменном виде сохраняется модель здравоохранения Семашко. Население региона составляет примерно 0,6 млн человек (см. раздел 6.10 *Медицинское обслуживание особых групп населения*).

В 1991 г. Молдова вошла в состав СНГ, а с 1992 г. является членом ООН. Молдова одной из первых стран на постсоветском пространстве вошла в Совет Европы и Организацию по безопасности и сотрудничеству в Европе (ОБСЕ); кроме того, Молдова является членом Всемирной торговой организации (ВТО) и Пакта о стабильности в Юго-Восточной Европе. Молдавское правительство выразило заинтересованность в присоединении к НАТО и Евросоюзу, но официальные переговоры по этому вопросу пока не начались. Молдова провозгласила постоянный нейтралитет и не допускает размещения на своей территории вооруженных сил других государств. Молдова подписала ряд международных договоров, имеющих отношение к здоровью населения, в том числе Конвенцию ООН о правах ребенка (1993) и Европейскую конвенцию о защите прав человека (1995). С точки зрения законодательства, Конвенция ООН о правах ребенка соблюдается, но успешной реализации ее положений препятствуют такие факторы, как высокий уровень бедности и эмиграция трудоспособного населения, что серьезно сказывается на благополучии детей (United Nations, 2002).

В 2003 г. президент Воронин объявил о стремлении укрепить взаимоотношения между Молдовой и Евросоюзом. После опубликования концепции содействия интеграции Молдовы в Евросоюз был разработан План действий ЕС – Молдова, направленный на укрепление взаимоотношений страны с Евросоюзом в таких областях, как внешняя политика, безопасность, разрешение конфликта в Приднестровье, содействие экономическому росту и сокращение бедности. С того времени в каждом из отраслевых министерств страны было создано специальное подразделение, отвечающее за вопросы интеграции Молдовы в ЕС. Деятельность этих подразделений координирует Департамент европейской интеграции Министерства иностранных дел и европейской интеграции Республики Молдова. Ключевым документом в этой связи является План действий ЕС – Молдова, в соответствии с которым были начаты переговоры с ЕС по вопросам приведения в соответствие законодательства Молдовы с *Acquis Communautaire* (сводом законоположений Евросоюза, которые страна, желающая вступить в Евросоюз, обязана принять). В общеевропейском законодательстве, касающемся вопросов организации и управления, ставится акцент на децентрализации управления и принятия решений с передачей этих

функций органам районного уровня. В этой связи двумя важнейшими движущими факторами преобразований в области организации системы здравоохранения Молдовы являются планы реструктуризации госсектора и административная децентрализация, включающая деконцентрацию и делегирование полномочий (Atun, 2007).

В области защиты прав человека ситуация в Молдове относительно неплохая, хотя условия содержания заключенных в тюрьмах и полицейских изоляторах временного содержания вызывают озабоченность – в особенности потому, что они способствуют распространению инфекций, главным образом туберкулеза, который часто встречается в учреждениях пенитенциарной системы страны (см. раздел 1.4 *Состояние здоровья населения*) (United Nations, 2003). Основными вопросами прав человека, привлечшими внимание международной общественности, являются случаи жестокого обращения со стороны работников полиции, включая пытки и дискриминацию прав сексуальных меньшинств, касающихся их прав на свободу собраний и свободу выражения: мэр Кишинева в 2005 и 2006 гг. своим единоличным решением запретил в городе проведение гей-парадов. В 2006 г. по Индексу восприятия коррупции Молдове был присвоен рейтинг 3.2 (0 по этой шкале означает высшую степень коррупции, 10 – отсутствие коррупции). Среди стран СНГ этот рейтинг наименьший (Transparency International, 2006). Тем не менее доверие к органам власти как таковое в обществе отсутствует, а политиков и представителей судебной системы зачастую не уважают и считают коррумпированными (Badescu, Sum, Uslander, 2004).

## 1.4. Состояние здоровья населения

После провозглашения независимости показатели состояния здоровья населения Молдовы резко упали, а средняя ожидаемая продолжительность жизни снизилась с 69,0 лет в 1989 г. до 65,9 года в 1995 г. Но потом ситуация стала улучшаться, и в 2006 г. – по крайней мере, в регионах страны, расположенных к западу от Днестра (то есть по которым имеются соответствующие данные), – этот показатель достиг уже 68,5 года (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Показатели продолжительности жизни улучшились как среди мужчин, так и среди женщин, но в 2006 г. у мужчин средняя ожидаемая продолжительность жизни составляла 64,6 года, то есть не восстановилась до уровня 1989 г. (65,6 года), а у женщин – 72,4 года, то есть превысила уровень 1989 года (72,3 года) (WHO, 2007/ Европейское региональное

бюро ВОЗ, 2007). В результате образовался значительный и все более увеличивающийся гендерный разрыв в показателях средней ожидаемой продолжительности жизни (см. табл. 1.3). Этот разрыв отразился и в показателе ожидаемой продолжительности жизни с учетом инвалидности (DALE), который у женщин в 2002 г. составлял 62,4, а у мужчин – 57,2 года (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Тем не менее, несмотря на то что Молдова является беднейшей страной Европейского региона ВОЗ, оценки продолжительности жизни ее жителей на 2–5 лет превышают аналогичные показатели значительно более богатых стран СНГ (WHO, 2005/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). Для Молдовы характерна двойственность эпидемиологической картины: с одной стороны, после обретения независимости повысился уровень заболеваемости инфекционными болезнями, а с другой – возросло бремя неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистых и онкологических, которые являются причинами

**Таблица 1.3. Коэффициенты смертности и ожидаемая продолжительность жизни, 1981, 1990, 2000, 2005 и 2006 гг.**

	1981	1990	2000	2005	2006
<b>Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)</b>					
Женщины	69,5	72,0	71,4	71,7	72,4
Мужчины	62,7	65,0	64,0	63,8	64,6
Общий	66,2	68,6	67,8	67,8	68,5
<b>Коэффициент смертности (на 1000 человек)<sup>a</sup></b>					
Взрослые женщины	1192	1069	1167	1159	1083
Взрослые женщины в возрасте до 65 лет	481	396	403	399	386
Взрослые мужчины	1748	1595	1829	1886	1762
Взрослые мужчины в возрасте до 65 лет	820	741	811	862	806
<b>Младенцы (на 1000 живорожденных)</b>	34,4	19,2	18,4	12,4	11,8

*Примечание:* <sup>a</sup> – коэффициент смертности в каждой группе.

*Источник:* WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

преждевременной смертности. Важнейшими факторами патогенного риска являются бедность и потребление алкоголя и табака, и заболеваемость и смертность, связанные с этими факторами, создают ощутимое бремя для общества. Наиболее распространенными причинами смертности в Молдове являются болезни системы кровообращения. За ними следуют онкологические заболевания, болезни органов пищеварения, травмы и отравления (см. табл. 1.4).

По данным Национального центра менеджмента и общественного здравоохранения (2006), первичная заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями в период с 2000 по 2004 г. возросла почти на 80%, достигнув уровня 170 случаев на 100 000 населения, а стандартизованный коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний вырос более чем на 30%. В тот же период первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями также увеличилась на 20% (National Centre for Public Health and Management, 2006). Но, по некоторым оценкам, эти показатели должны быть гораздо выше, так как качество услуг, получаемых в системе здравоохранения, очень низкое (Atun, 2007). В этих цифрах также скрыты значительные гендерные различия. Так, среди женщин третьей по уровню распространенности причиной смерти являются болезни органов пищеварения (115,4 на 100 000 женского населения в 2006 г.), а не травмы и отравления (48,5 на 100 000 женского населения в 2006 г.). Весьма распространенной причиной смертности в Молдове являются хронические заболевания печени и цирроз (в 2005 г. – 116,0 на 100 000 мужского и 99,4 на 100 000 женского населения), что, безусловно, связано с очень высоким уровнем потребления алкоголя. В 2006 г. смертность от причин, связанных с табакокурением, составляла 838,7 на 100 000 населения, а от причин, связанных с потреблением алкоголя, – 227,2 на 100 000 населения; эти показатели являются одними из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

По результатам проведенного недавно в восьми странах СНГ обследования состояния здоровья и образа жизни выяснилось, что в Молдове распространенность курения среди женщин составляет всего 3,9%, а среди мужчин – 43,3%, что, по стандартам этого региона, является невысокими показателями (Gilmore et al., 2004). Данные того же обследования показали, что в Молдове самая высокая среди этих восьми стран средняя частота потребления алкоголя. Наиболее популярным напитком является вино; аналогичная картина наблюдается также во Франции и в Италии (Pomerleau et al., 2005).

**Таблица 1.4. Коэффициенты смертности по причинам смерти, на 100 000 населения, для всех возрастных групп**

Основные причины смерти (по МКБ-10)	Год				
	1990	1995	2000	2005	2006
<b>I. Инфекционные болезни</b>					
Инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)	11,1	16,0	22,0	23,0	21,1
Туберкулез (A17–A19)	5,6	11,0	18,0	18,9	17,7
<b>II. Неинфекционные болезни</b>					
Болезни системы кровообращения (I00–I99)	583,3	755,4	834,3	858,4	786,4
Злокачественные новообразования (C00–C97)	163,7	161,5	147,0	161,2	166,2
Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легких (C33–C34)	32,0	28,8	24,0	25,4	26,2
Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99)	12,6	10,6	13,7	17,5	16,2
Болезни органов дыхания (J00–J99)	79,1	93,7	87,1	92,6	79,1
Болезни органов пищеварения (K00–K93)	114,4	138,6	120,9	143,2	134,3
<b>III. Внешние причины (V01–Y89)</b>					
Транспортные несчастные случаи (V01–V99)	29,8	17,2	12,2	14,4	13,7
Все внешние причины, травмы и отравления	112,0	125,8	101,0	113,8	109,0

*Источник:* World Health Organization, 1994, 2007.

Коэффициент младенческой смертности в 1980-е гг. падал, но в начале 1990-х увеличился: с 18,3 на 1000 живорожденных в 1992 г. до 22,9 на 1000 живорожденных в 1994 г. Однако в целом этот показатель с того времени стал снижаться и в 2006 г. составил 11,8 на 1000 живорожденных. Этот показатель невысок по меркам СНГ (средний показатель по СНГ в 2005 г. составлял 14,0 на 1000 живорожденных) и ниже, чем в соседней Румынии (13,9 в 2006 г.), но более чем вдвое превышает средний по ЕС (5,0 на 1000 живорожденных в 2005 г.) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Несмотря на недавнее снижение общего показателя младенческой смертности, для разных регионов Молдовы характерны его значительные различия, вплоть до двукратных. По многим оценкам, фактиче-

ские показатели младенческой и материнской смертности в Молдове выше официальных. Например, по оценке Всемирного банка (2005), в 2004 г. младенческая смертность в Молдове составляла 16 на 1000 живорожденных, а материнская – 36 на 100 000 живорожденных. Официальные показатели материнской смертности в Молдове сильно колеблются, хотя в целом наблюдается тенденция к их снижению. После обретения независимости наибольший уровень материнской смертности был зарегистрирован в 1993 г. (52,9 на 100 000 живорожденных), а наименьший – 16,0 на 100 000 живорожденных – в 2006 г. (см. табл. 1.5). Однако, учитывая снижение рождаемости, уровень материнской смертности пока еще высок, и для того, чтобы Молдова смогла к 2015 г. достичь Цели развития тысячелетия, касающейся снижения уровня материнской смертности до 11 на 100 000 живорожденных, предстоит сделать еще очень много. Уровни материнской смертности от различных причин (выкидыши – 30%, кровотечения – 19%, послеродовой сепсис – 18%, эмболия – 17%, состояния, связанные с беременностью, – 9%) в Молдове пока еще гораздо выше, чем в среднем по Европе. Озабоченность вызывает также увеличение числа детей-инвалидов, в особенности потому, что услуги здравоохранения и социального обеспечения для таких детей развиты слабо (National Centre for Public Health and Management, 2006).

Уровень иммунизации детей против всех предотвращаемых вакцинацией инфекций в Молдове устойчиво высок, и в 2006 г. против кори было иммунизировано 96,4% всех детей (см. рис. 1.2). По оценкам, в 2004 г. правительством было профинансировано 86% рутинных вакцин, применяемых в рамках Расширенной программы ВОЗ и ЮНИСЕФ по иммунизации (UNICEF and WHO, 2006). Тем не менее фактический уровень заболеваемости различными инфекциями, предотвращаемыми вакцинацией, за годы после провозглашения независимости снова повысился. Бедность населения, свертывание программ профилактики и лечения в первые годы независимости, усиление международной миграции населения – вот три наиболее вероятные причины наступления инфекционных заболеваний. В Молдове, как и в ряде соседних стран, в период с 1994 по 1996 г. произошла вспышка дифтерии, пик которой пришелся на 1995 г.: более 9 зарегистрированных случаев на 100 000 населения. В 1994 и 1995 гг. было инфицировано более 700 человек. В 1995 г. также была зарегистрирована вспышка холеры (MacLehose, 2002).

За годы независимости также резко вырос уровень заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП); наиболее

**Таблица 1.5. Материнская и детская смертность и показатели состояния здоровья, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005 и 2006 гг.**

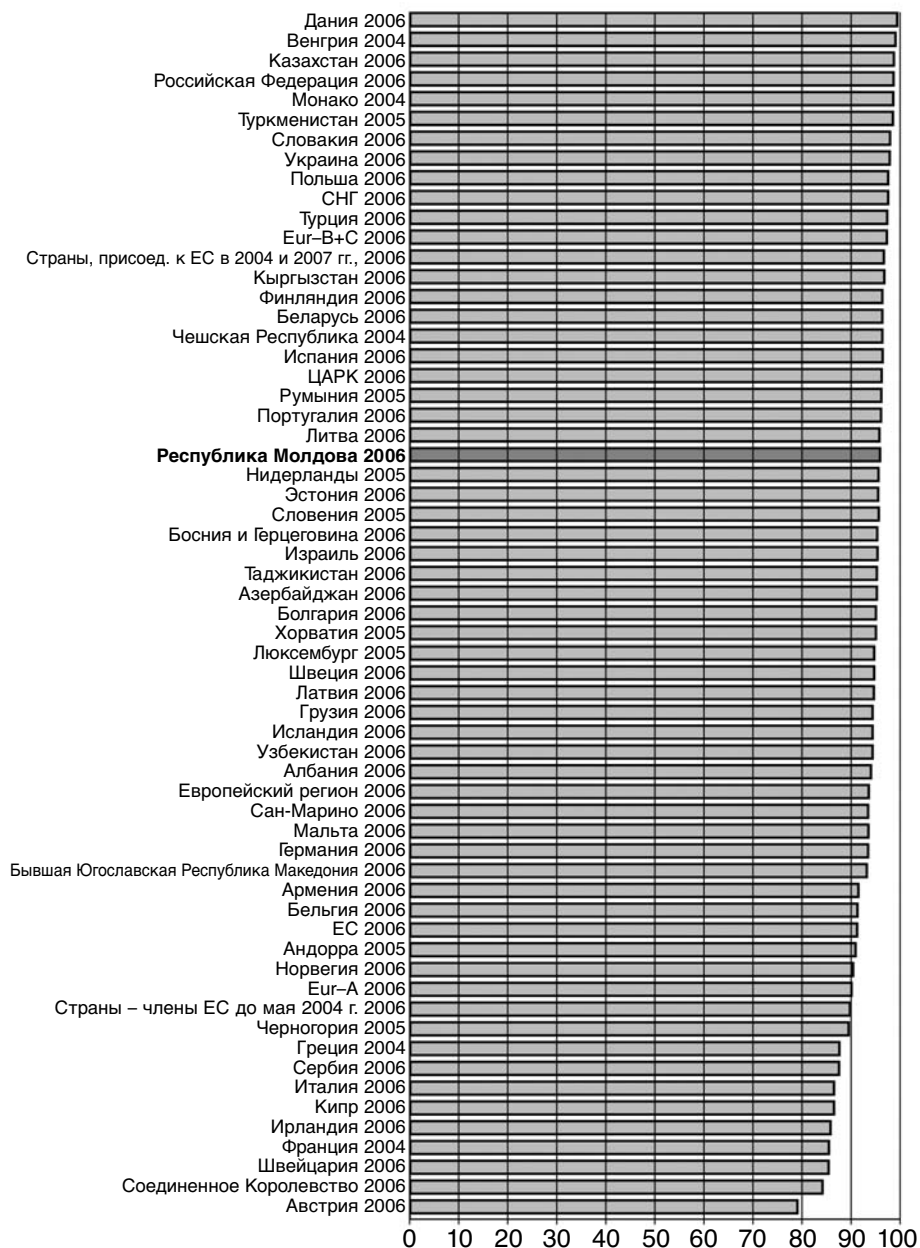
	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Число рождений (% всех живорожденных у матерей в возрасте до 20 лет)	8,2	12,8	19,8	17,0	13,6	13,0
Неонатальная смертность (на 1000 живорожденных)		9,3 <sup>a</sup>	11,6	10,7	6,9	7,0
Постнеонатальная смертность (на 1000 живорожденных)		10,0 <sup>a</sup>	9,9	7,7	5,2	4,8
Коэффициент материнской смертности (на 100 000 живорожденных)	49,8	44,1	40,7	27,0	21,2	16,0
Заболеваемость сифилисом (на 100 000)	17,2	15,8	175,0	97,8	69,6	

*Примечания:* <sup>a</sup> — данные 1991 г.

*Источник:* WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

заметно увеличилась заболеваемость сифилисом (см. табл. 1.5). По некоторым оценкам, уровень заболеваемости ИППП, которые повышают вероятность передачи половым путем вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), на самом деле в четыре-пять раз выше официальных показателей, судя по которым заболеваемость сифилисом падает, гонорей – устойчиво растет (National Centre for Public Health and Management, 2006). Однако главные проблемы в области контроля за инфекционными заболеваниями в Молдове вызывают туберкулез и ВИЧ/СПИД, и ситуация ухудшается. Несмотря на то что охват иммунизацией вакциной Кальметта и Гирена (БЦЖ) остается высоким, заболеваемость туберкулезом, после снижения в 1980-х гг., начиная с 1990 г. снова стала расти. В период с 1990 по 2005 г. (по официальной статистике новых случаев) уровень заболеваемости туберкулезом увеличился более чем вдвое, хотя, по оценкам специалистов, фактический уровень заболеваемости сейчас почти на 50% выше официального. Наиболее резкий рост заболеваемости туберкулезом зарегистрирован у детей. Так, в 2004 г. количество официально зарегистрированных случаев туберкулеза у детей по сравнению с 2003 г. удвоилось, хотя не исключено, что в какой-то степени увеличение

**Рис. 1.2 Уровень иммунизации против кори в странах Европейского региона ВОЗ (% иммунизированного детского населения)**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.



числа зарегистрированных случаев объясняется улучшением систем тестирования и надзора, а также доступного лечения. Коэффициент смертности от туберкулеза увеличился с 16,9 на 100 000 населения в 2000 г. до 17,7 на 100 000 населения в 2006 г. (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В тюрьмах уровень заболеваемости туберкулезом гораздо выше, чем среди гражданского населения. В 1999 г. коэффициент заболеваемости среди заключенных был зарегистрирован на уровне 2640 на 100 000 заключенных. В некоторых тюрьмах туберкулезом больны до 85% заключенных (MacLehose, 2002).

По оценкам ЮНЭЙДС, в 2006 г. в Молдове было 29 000 лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (диапазон оценки составляет 15 000–69 000 человек), то есть среди взрослого населения в возрасте от 15 до 49 лет коэффициент распространенности ВИЧ/СПИД составляет 1,1% (диапазон 0,6–2,6) (UNAIDS, 2007). Большинство ВИЧ-инфицированных проживает в районах г. Бельцы и Кишинева. После того как в 1997–1998 гг. был зарегистрирован первичный быстрый рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, число новых случаев в год в стране стабилизировалось. В 2000 г. 82% случаев заболеваний, в отношении которых был установлен путь передачи инфекции, было обусловлено потреблением инъекционных наркотиков (ПИН), а 17% – гетеросексуальными контактами. К 2003 г. доля ПИН среди новых случаев ВИЧ-инфекции снизилась менее чем до 55%, а к 2004 г. эпидемия перешла в генерализованную стадию, и доля новых случаев, обусловленных сексуальными контактами, увеличилась с 20% в 2001 г. до 59% в 2006 г. К 2005 г. уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией составил 8,5 на 100 000 жителей, а к 2006 г. количество новых случаев удвоилось, достигнув 621 на 100 000 (UNAIDS, 2006; UNAIDS, 2007). Таким образом, если не будут введены действенные программы контроля, то к 2011 г. распространенность ВИЧ/СПИД в стране может достигнуть 1,9% населения (World Bank, 2002a).

В настоящее время гетеросексуальными контактами обусловлено примерно столько же новых случаев ВИЧ-инфекции, сколько и потреблением инъекционных наркотиков (UNAIDS, 2007). Однако многочисленные свидетельства говорят о том, что ПИН распространено очень широко и это приводит к серьезным последствиям, связанным с возможным ростом эпидемии ВИЧ-инфекции в Молдове, особенно среди молодежи (Aseijas et al., 2006). В 2002 г. число потребителей инъекционных наркотиков оценивалось в 50 000 человек. По данным Национального центра менеджмента в здравоохранении (НЦМЗ), в 2004 г. число ПИН увеличилось по сравнению с 2003 г. на 12%, достигнув уровня 173,8 на 100 000 населения. Большинство потребителей инъекционных наркоти-

ков нигде не зарегистрированы, поэтому оценить истинный уровень заболеваемости и распространенности этого явления трудно. В рамках ответных мер против эпидемии ВИЧ/СПИД в стране развернуто примерно 19 программ снижения вреда – главным образом это программы обмена игл и раздачи презервативов. В сентябре 2004 г. была начата программа заместительной терапии метадонем, в ходе которой на полугодовой курс лечения было принято 14 человек (в том числе двое ВИЧ-инфицированных); позднее в программу было включено еще 6 пациентов из числа заключенных. В стране не проводится мониторинг числа потребителей инъекционных наркотиков, живущих с ВИЧ, которые продолжают принимать наркотики инъекционным путем (UNAIDS, 2006). С 2002 г. при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Всемирного банка в Молдове проводятся программы антиретровирусной терапии, направленные на предотвращение передачи инфекции от матери ребенку (UNAIDS, 2007), но у лиц, живущих в Приднестровье, есть проблемы с доступом к этим программам (см. раздел 6.10 *Медицинское обслуживание особых групп населения*). Более подробная информация о мерах по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД содержится в разделе 6.1 *Общественное здравоохранение*.

Несмотря на то что специальных комплексных исследований по влиянию социально-экономического статуса на состояние здоровья различных групп населения не проводилось, состояние здоровья лиц из числа определенных национальных меньшинств (а именно, цыган и гагаузов, в особенности проживающих в сельской местности) действительно существенно хуже по сравнению с большинством населения страны (King, 2000).

В 2002 г. водопровод был всего в 41% домов: 78% в городах и лишь 9% в сельской местности (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). И хотя, по данным Обследования демографических характеристик и состояния здоровья (DHS) 2005 г., удовлетворительный доступ к питьевой воде был более чем у 92% городских и 91% сельских домохозяйств (National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine and ORC Macro, 2006), в сельской местности чаще всего используется колодезная вода.

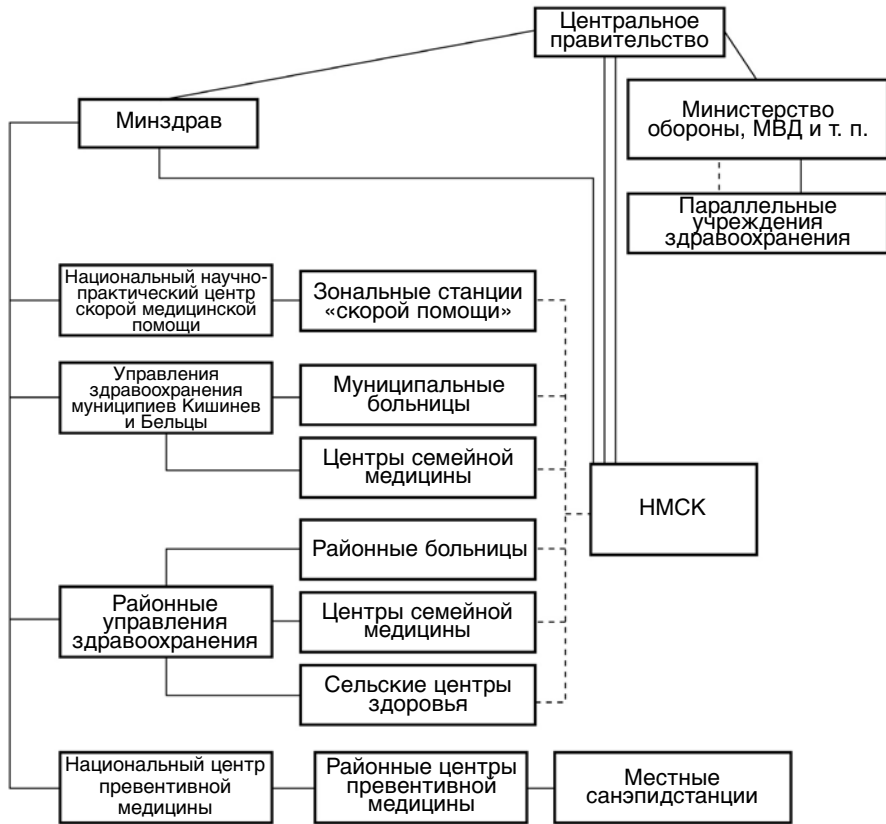
В 1999 г. 75% всей колодезной воды не удовлетворяло санитарным нормам и нормам бактериологической безопасности (MacLehose, 2002). Возможность удалять сточные воды имеется у 91% городского населения и лишь у 67% сельского (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). По данным репрезентативного опроса, проведенного в 2001 г., туалет в доме был всего у 31,8% сельских жителей (McKee et al., 2006).

## **2. Организационная структура системы здравоохранения**

### **2.1. Обзор системы здравоохранения**

**Н**а момент получения независимости у Молдовы было множество объектов здравоохранения и многочисленные медицинские кадры, но недостаточно средств для поддержания их деятельности. Несмотря на некоторые сокращения в системе здравоохранения, в 1997 г. сеть медицинских учреждений в Молдове была одной из самых разветвленных, а обеспеченность медицинскими кадрами – одной из самых высоких как среди западноевропейских стран, так и на постсоветском пространстве (World Bank, 2000). Несмотря на развал экономики в начале 1990-х гг., страна пыталась сохранить прежний высокий уровень медицинского обслуживания населения. Серьезный финансовый кризис, связанный с обвалом российского рубля в августе 1998 г., привел к масштабной консолидации системы здравоохранения Молдовы, которая сопровождалась сокращением коечного фонда больниц, уровня активности и численности персонала. Однако учреждения высокоспециализированной помощи процессом консолидации затронуты не были, вследствие чего в столице страны до сих пор имеет место их существенный переизбыток и дублирование функций: местное население обслуживают как городские больницы, так и крупные специализированные государственные научно-исследовательские институты. Кроме того, из-за финансового кризиса введение ОМС, закон о котором вышел в 1998 г., было отложено. Однако с тех пор были созданы и необходимая нормативно-правовая база, и управленческий потенциал, и после успешной реализации пилотного проекта по введению ОМС в 2003 г. эта система была развернута на всей территории страны и действует с 1 января 2004 г.

**Рис. 2.1. Организационная схема системы здравоохранения**



Условные обозначения: ----- договорные отношения;  
 ————— административные отношения.

Как показано на рис. 2.1, после введения ОМС в 2004 г. финансирование молдавской системы здравоохранения производится на базе договорных отношений с НМСК, а организация первичной и вторичной медицинской помощи передана в ведение управлений здравоохранения районного (а в Кишиневе и Бельцах – городского) уровня. В секторе ПМСП после 1996 г. произошли существенные преобразования, и сейчас оказание ПМСП производится на основе модели общей врачебной практики и семейной медицины. Вторичную помощь оказывают в городских и районных больницах общего профиля. С 1999 г. сектор вторичной медицинской помощи также был

реорганизован и консолидирован, но после введения системы ОМС главные врачи районных больниц стали отвечать за все услуги первичной и вторичной медицинской помощи в своих районах, пока 1 января 2008 г. центры семейной медицины не получили самостоятельность.

Специализированную и высокоспециализированную помощь оказывают в республиканских больницах и государственных научно-исследовательских институтах, которые в основном расположены в Кишиневе и подчиняются непосредственно Министерству здравоохранения. Службы скорой помощи в стране действуют под эгидой Национального научно-практического центра скорой медицинской помощи и также подчиняются Минздраву. Поставщики услуг скорой, первичной, вторичной и третичной медицинской помощи заключают договоры на финансирование своей деятельности напрямую с НМСК. Профилактические же учреждения (действующие на базе советских санэпидстанций), которые занимаются мониторингом состояния общественного здоровья, наоборот, подчиняются Минздраву и финансируются через него же. В стране есть также параллельные системы здравоохранения, которые действуют под эгидой отраслевых министерств и финансируются из средств государственного бюджета через соответствующие министерства, но при этом они также могут заключить договоры с НМСК.

## 2.2. Историческая справка

До XVIII в. на территории Молдовы медицинских учреждений как таковых не существовало, как не было и организованной системы здравоохранения. К началу XIX в. стало открываться все больше больниц, главным образом в Кишиневе и других крупных городах. Но в сельской местности доступ к медицинской помощи был по сравнению с городами недостаточным, такое положение до некоторой степени остается и по сей день. В XIX в. Молдова была окраинной губернией, и ее здравоохранение развивалось в рамках российской модели. В 1832 г. в России был принят специальный конституционный закон, учредивший санитарно-гигиенические службы, призванные вести профилактику оспы и других инфекционных заболеваний. Столь рано проявившаяся забота о профилактике нашла продолжение в развитии общественного здравоохранения. Медицинское обслуживание стало более организованным и распро-

странилось также и на сельские районы. Особенно это было заметно в Бессарабии, составляющей значительную часть территории нынешней Молдовы. В России в 1880-х гг. вопросами здравоохранения на местах ведало земство – выборные органы местного самоуправления того времени. Земство создало широкую сеть медицинских учреждений и стремилось охватить медицинским обслуживанием все сельские районы, уделяя основное внимание индивидуальной врачебной практике и медицинской помощи, ориентированной на отдельные группы населения. Передовые врачи изучали особенности сельской медицины и развивали новые формы медицинского обслуживания. Однако для устойчивого развития не было необходимых условий, и поэтому успехи были в лучшем случае отдельно взятыми. Но несмотря на эти недостатки, руководимое земством здравоохранение Бессарабии играло важную роль в увеличении числа медицинских учреждений и земских врачей и охвата населения медицинским обслуживанием на территории области (Goroshenko et al., 1996).

Первая мировая война уничтожила большинство достижений в области здравоохранения, которых удалось добиться в XIX и начале XX в. Многие из недавно открытых медицинских учреждений закрылись. Росла доля частной медицинской практики, поступательная динамика земского периода была потеряна. В послевоенный период (1918–1940 гг.) Бессарабия объединилась с Румынией. Этот союз оказал большое влияние как на культуру, так и на организацию здравоохранения. Медицинское обслуживание сильно зависело от официальной платы за услуги, и в то же время действовала зачаточная бисмарковская схема страхования, предусматривавшая трехъярусную систему медицинского обслуживания в зависимости от платежеспособности. Это было время экономического и культурного роста. В этот период участились случаи некоторых инфекционных заболеваний – в частности, бактериальной дизентерии, скарлатины и малярии, но при этом система здравоохранения продолжала развиваться. Выросло число медицинских учреждений и их обеспеченность медицинскими кадрами. К 1940 г. в стране было 446 медицинских учреждений, 1055 врачей и 2400 медсестер и акушерок. В этот период румынское правительство уделяло большое внимание общественному здравоохранению. Было открыто два современных туберкулезных санатория. Активно велась борьба с малярией и тифом. К сожалению, во время Второй мировой войны свыше 80% всех учреждений здравоохранения, расположенных на территории Молдовы, было разрушено (Goroshenko et al., 1996).

С момента возникновения Молдавской ССР в 1940 г. предпринимались меры по борьбе с инфекционными заболеваниями и предотвращению эпидемий. Однако главные реформы здравоохранения произошли уже после Второй мировой войны, в рамках советской системы здравоохранения, основанной на модели Семашко. Для этой модели характерны разветвленная инфраструктура, ориентированность на лечение, а не на профилактику заболеваний, и высокий уровень обеспеченности медицинскими кадрами. В советское время увеличивались и финансирование, и масштабы оказания медицинской помощи. С 1950 по 1960 г. число больничных коек выросло с 27 до 44 на 10 000 населения. Капитальные вложения в строительство объектов здравоохранения возросли с 3,5 млн рублей в 1955 г. до 40 млн рублей в 1978 г. (Goroshenko et al., 1996). Число больничных коек увеличивалось на протяжении всего советского периода: число коек на 10 000 населения в городских больницах возросло с 189 в 1970 г. до 415 в 1994 г., а в областных – с 110 до 457 коек за тот же период. Собственно говоря, за период с 1950 по 1994 г. выросли все показатели, характеризующие стационарную медицинскую помощь и обеспеченность кадрами (Goroshenko et al., 1996). Такие масштабы медицинского обслуживания были обусловлены нормами принятой в Советском Союзе схемы организации здравоохранения, ориентированной на увеличение численности врачей и койко-мест в больницах, а не на результаты лечебных мероприятий и производительность лечебных учреждений. Кроме того, централизованная система управления и финансирования не позволяла гибко распоряжаться средствами на местах.

После объявления независимости Республики Молдова в 1991 г. сложилась новая социально-экономическая ситуация, поставившая под угрозу как состояние здоровья населения, так и сохранение унаследованной разветвленной системы здравоохранения. Резко сократился бюджет здравоохранения – как в процентах от ВВП, так и в реальном выражении на душу населения. Из-за острой нехватки средств, выделяемых на здравоохранение, в сочетании с чрезмерным развитием высокоспециализированной помощи и продолжающимся применением нестандартных и дорогостоящих методик лечения некоторых состояний (например, при родовспоможении, лечении туберкулеза, психических заболеваниях) возникли сложности с оказанием населению Молдовы самых основных медицинских услуг. Так, нехватка средств привела почти к полному прекращению вакцинации в 1990–1993 г. Здания и оборудование многих медицинских

учреждений были сильно изношены, не хватало даже основных медикаментов (MacLehose, 2002). В существовавшей системе здравоохранения финансирование, здания и оборудование в первую очередь выделялись сектору высокоспециализированной медицинской помощи. С финансированием первичной медицинской помощи и профилактических служб дела обстояли хуже. По оценкам Всемирного банка, в 2000 г. на 17 высокоспециализированных больниц и 40 районных больниц пришлось почти 70% всех расходов здравоохранения (World Bank, 2000). При этом большая часть этих средств была истрачена на обустройство больничных зданий, а не на медицинскую технику и лекарства, лечение больных или зарплату сотрудникам (World Bank, 2000). Во многих больницах средняя занятость койки составляла всего 20%, и в то же время беднейшие слои населения не могли получить медицинской помощи из-за непомерно высокой платы за лечение – как официальной, так и неофициальной.

### **2.3. Организационная структура**

Министерство здравоохранения отвечает за здравоохранение в целом, но финансированием большинства медицинских услуг теперь занимается НМСК, а организация первичной и вторичной медицинской помощи передана в ведение районных и городских управлений здравоохранения. Третичная помощь, высокоспециализированные больницы и научно-исследовательские институты находятся в ведении Минздрава, но непосредственно из бюджета Минздрава финансируются только научно-исследовательские институты и службы переливания крови (см. рис. 2.1).

Ниже перечислены главные участники системы здравоохранения с указанием их роли и основных функций. Следует отметить, однако, что эта схема является в некотором смысле упрощенной и «рационализированной», поскольку в молдавской системе здравоохранения нет четкого распределения функций и не очень понятно, кто чем занимается, и в различных районах страны ситуация в этом смысле может быть различной. Например, не очень ясно, каковы обязанности Минздрава на общенациональном/республиканском уровне по отношению к управлениям здравоохранения районного уровня. Не совсем понятно также, каковы функции санитарно-эпидемиологической службы по отношению к Минздраву, а также взаимоотношения между районными управлениями здравоохранения и



районными поставщиками медицинских услуг. В этой связи, как указано в Национальной политике в области здоровья на 2007–2021 гг., одним из ключевых направлений дальнейших реформ здравоохранения является четкое определение взаимоотношений между различными участниками децентрализованной системы регулирования здравоохранения (Правительство Республики Молдова, 2007b).

## **Парламент**

Парламент ежегодно утверждает годовой бюджет Республики Молдова, куда входят бюджет Министерства здравоохранения и бюджетные ассигнования фондам медицинского страхования. Парламентский Комитет по здравоохранению и социальной защите контролирует деятельность Министерства здравоохранения и координирует межведомственное взаимодействие в сфере здравоохранения. Парламент также регулирует стратегическое направление деятельности системы здравоохранения посредством указов и постановлений, на основании которых разрабатываются соответствующие министерские постановления. Парламент совместно с Минздравом разрабатывает структуру политики в области здравоохранения, на базе которой впоследствии формируются обоснованные с финансовой точки зрения стратегия и планы действий, которые реализует Минздрав.

## **Министерство здравоохранения**

Официальное название Министерства здравоохранения несколько раз менялось. В 2005 г. оно стало называться Министерством здравоохранения и социальной защиты, но с 21 марта 2007 г., в соответствии с постановлением Правительства Республики Молдова № 326, было вновь восстановлено отдельное Министерство здравоохранения. В структуру аппарата Минздрава входят следующие управления:

- Административный аппарат
- Управление анализа, мониторинга и оценки политик
- Управление охраны здоровья и превентивной медицины
- Управление общественных медицинских услуг
- Управление здоровья женщины и ребенка

- Управление индивидуальных медицинских услуг
- Управление медицинских технологий
- Управление менеджмента качества и стандартов лечения
- Управление страхования здоровья
- Управление кадров
- Управление международных отношений и внешней помощи
- Юридическое управление
- Управление экономики, финансов, бухгалтерского учета и администрирования
  - Отдел планирования, экономики и финансов
  - Отдел бухгалтерского учета и отчетности
  - Отдел капитальных инвестиций и управления государственным имуществом
- Административное управление
  - Служба секретариата
  - Служба петиций и приема граждан
  - Служба отношений с общественностью и гражданским обществом.

К основным функциям Минздрава относятся разработка политики в области здравоохранения, обеспечение контроля качества медицинских услуг, общее руководство деятельностью системы здравоохранения и администрирование программы реформ здравоохранения. Сеть центров превентивной медицины, которая создана на базе бывшей системы санэпидстанций, подведомственна и финансируется Минздравом. Кроме того, Минздрав напрямую финансирует некоторые национальные программы, связанные с борьбой с социально значимыми заболеваниями, такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД. Минздраву подведомственны также специализированные медицинские институты, больницы и клиники, хотя договоры на финансирование они заключают напрямую с НМСК. То же касается и национальной сети станций скорой медицинской помощи.

## **Министерство финансов**

Министерство финансов совместно с Минздравом разрабатывает рекомендации парламенту, касающиеся необходимого уровня финанси-

рования медицинских услуг и составления годового государственного бюджета здравоохранения. Департаменты Министерства финансов несут ответственность также за аудит договорных отношений с НМСК.

## **Министерство образования**

Министерство образования отвечает за обеспечение преддипломной подготовки медицинских кадров. Минздрав осуществляет контроль за содержанием учебных планов.

## **Другие министерства, управляющие параллельными системами здравоохранения**

Некоторые министерства и ведомства имеют свои больницы и другие медицинские учреждения, действующие параллельно с основной системой здравоохранения, управляемой Минздравом. К таким организациям относятся Министерство транспорта и дорожного хозяйства, Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Пограничная служба, Департамент пенитенциарных учреждений, Комитет по безопасности, Конфедерация профсоюзов и Госканцелярия. Кроме того, продолжает работать Четвертое управление, обеспечивающее медицинское обслуживание сотрудников отдельных министерств, членов правительства и других высокопоставленных должностных лиц. Эти параллельные системы действуют в рамках общей политики здравоохранения, устанавливаемой Минздравом, но имеют собственные финансовые средства и систему управления, и Минздрав не может в одностороннем порядке принимать решения о рационализации их деятельности (см. раздел 3.3 *Сбор и источники финансовых средств*). Утверждают, что пациенты, пользующиеся услугами параллельных систем здравоохранения, должны обслуживаться в государственных больницах, но они привыкли пользоваться ведомственными: считается, что в последних качество лечения и ухода лучше.

## **Местные правительства и муниципалитеты**

Районы и муниципалитеты владеют и несут ответственность за управление медицинскими учреждениями, находящимися на подведомст-

венной территории. Кроме того, они отвечают также за реализацию на местах политики и программ в области здравоохранения, а также соблюдение соответствующих стандартов и протоколов.

## **Национальная медицинская страховая компания Республики Молдова**

НМСК была образована в сентябре 2001 г. как независимый орган, выступающий в качестве единого закупщика услуг здравоохранения на территории Республики Молдова. НМСК подотчетна правительству, а возглавляет ее представитель парламента. НМСК совместно с Минздравом разработала основные элементы нормативно-правовой базы для введения системы обязательного социального медицинского страхования (ОМС). После введения ОМС НМСК стала главным участником системы финансирования здравоохранения. По закону НМСК является государственной организацией, находящейся в подчинении правительства и имеющей Административный совет, Исполнительный комитет и Контрольную комиссию (Comisia de Cenzori). Высшим органом самоуправления НМСК является Административный совет, в состав которого входит 15 членов, в том числе один представитель от парламента, один представитель от аппарата президента, пять представителей от правительства (включая представителей от Минздрава, Министерства финансов и Министерства экономики), три представителя от Национальной конфедерации работодателей, три представителя от профсоюзов, один представитель медицинской профессии и один представитель от организаций пациентов. Заседания Административного совета проводятся не реже 4 раз в год; на этих заседаниях принимаются наиболее важные решения, касающиеся функционирования системы социального медицинского страхования, включая утверждение отчетов НМСК (Shishkin et al., 2006).

## **Национальный центр превентивной медицины**

В санитарно-эпидемиологических организациях сохраняется вертикальная иерархическая структура управления. Они подчиняются Минздраву через Национальный центр превентивной медицины, который был создан после реорганизации санэпидслужб в 1999 г. В стране действует 36 его отделений, расположенных в каждом рай-

оне и муниципии; они отвечают за соблюдение на местах стандартов и протоколов, касающихся охраны окружающей среды, борьбы с инфекционными болезнями и гигиены труда. Национальный центр превентивной медицины несет ответственность также за проведение программ иммунизации.

### **Национальный научно-практический центр скорой медицинской помощи**

В службах скорой и неотложной помощи также сохранилась вертикальная иерархия управления. Они подотчетны Минздраву через Национальный научно-практический центр скорой медицинской помощи, но при этом есть еще четыре зональные станции скорой помощи, обслуживающие соответствующие территории (Центр, Север, Юг и Гагаузию). Эти станции заключают договоры на финансирование с НМСК. Кроме того, действует 43 подстанции скорой помощи, расположенные в каждом районе, муниципии и автономных территориальных образованиях.

### **Профессиональные ассоциации**

Ассоциация медицинских сестер Молдовы была образована в 1994 г. как неправительственная профессиональная организация. До этого она называлась Ассоциацией помощников врачей. Это активно работающая организация, входящая в Европейский форум сестринских организаций. Есть несколько профессиональных объединений врачей – например, Ассоциация хирургов, Союз терапевтов и Ассоциация семейных врачей. Действует также профсоюз работников здравоохранения Sanatatea («Сэнэтатя»), который играет активную роль в переговорах по вопросам заработной платы медицинских работников (см. раздел 3.6 *Механизмы оплаты*).

### **Организации пациентов**

В Молдове существует несколько организаций, отстаивающих интересы пациентов, в том числе Группа защиты прав пациентов, Ассоциация диализных больных, Ассоциация больных диабетом, Ассоциация ин-

валидов и парализованных больных. Однако в том, что касается лоббирования интересов пациентов на национальном уровне, возможности таких организаций пока еще невелики.

## **Неправительственные организации**

В Молдове действует ряд международных и местных неправительственных организаций (НПО), занимающихся вопросами здравоохранения. Местные НПО становятся все более важными участниками системы оказания медицинских услуг. Так, например, в целях оказания помощи отказным детям одна из НПО организовала для них в детской больнице специальную палату, где есть учебные материалы и игрушки; эти дети окружены заботой, и с ними занимаются волонтеры (Duke et al., 2006).

## **Международные организации**

В деятельности сектора здравоохранения Молдовы активное участие принимают международные партнеры, которые оказывают техническую, методическую и материальную помощь. Особое внимание при этом уделяется таким вопросам, как развитие системы здравоохранения, охрана здоровья матери и ребенка, профилактика ВИЧ/СПИД, контроль за туберкулезом и иммунизация населения. К многосторонним организациям, работающим в стране, относятся Евросоюз и Группа Всемирного банка. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM) оказывает поддержку в проведении программ по ВИЧ/СПИД и туберкулезу, а Глобальная система по обеспечению лекарственными средствами для лечения туберкулеза (Global Drug Facility) предоставляет препараты первого ряда. В число партнеров входят правительства Японии, Нидерландов, Швейцарии и США. Организация Millennium Challenge Corporation («Вызовы тысячелетия») оказывает поддержку в области усиления прозрачности и подотчетности в секторе здравоохранения. Большой вклад вносят также такие международные НПО, как Международный комитет Красного Креста, «Фармацевты без границ» и Фонд Сороса. Организации системы ООН занимаются такими вопросами, как сокращение бедности, интегрированное ведение болезней детского возраста, контроль заболеваний, связанных с расстройством пищеварения, и ост-

рых респираторных инфекций, охрана репродуктивного здоровья, планирование семьи, а также профилактика ВИЧ/СПИД.

Теоретически Минздрав должен руководить процессом формирования политики в области здравоохранения – как ее разработкой, так и реализацией; однако на практике, в силу децентрализованного характера системы (см. ниже), важную роль в сфере реализации политических инициатив играют местные власти и управления здравоохранения. Значительная роль в утверждении политики здравоохранения принадлежит парламенту, кабинету министров и НМСК. Процесс формирования политики здравоохранения носит итеративный характер, и новые политики и стратегии являются результатом переговоров между парламентом и Минздравом. Поэтому основные вопросы повестки дня устанавливаются на общенациональном уровне, но в результате децентрализации, которая была обусловлена реформами в госсекторе 1999 г., реализация политики здравоохранения имеет фрагментированный характер. Кроме того, в настоящее время возможности по оценке результатов политики и ее реализации ограничены, поэтому оценка последствий пока что не является неотъемлемым элементом процесса разработки политики. Однако необходимость расширения возможностей в этой области является общепризнанной.

## **2.4. Децентрализация и централизация**

После обретения независимости в Молдове были предприняты масштабные инициативы по децентрализации системы здравоохранения. В период с 1991 по 1999 г. Молдова была административно поделена на 40 районов и 10 городов (муниципиев). В 1999 г. законом «О местном публичном управлении» было определено 11 административно-территориальных единиц, включая 10 уездов (джудетов), одну столичную зону (Кишинев) и автономное территориальное образование Гагаузию. Бюджеты здравоохранения выделялись напрямую учреждениям ПМСП, уездным больницам и станциям скорой помощи, которые имели право самостоятельно распоряжаться полученными средствами. Однако принятым в 2003 г. законом «О местном публичном управлении» эта схема была упразднена. Страна была поделена на 32 района, 3 муниципия и 2 автономных территориальных образования; это привело к реорганизации местных служб здравоохранения в единое юридическое лицо (в состав кото-

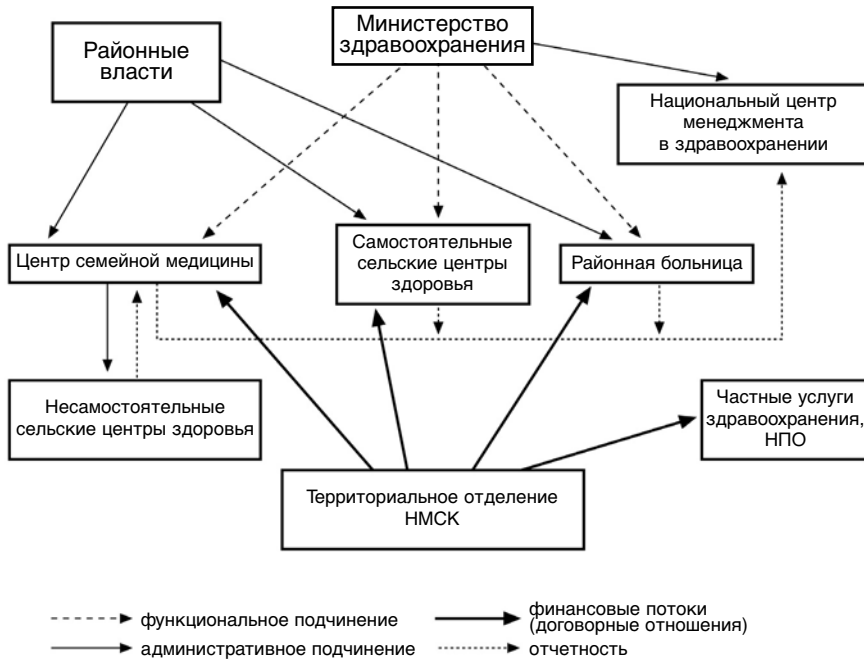
рого входили районная больница и службы первичной медицинской помощи и специализированной амбулаторной медицинской помощи), при этом бюджетами каждой службы распоряжался главный врач района (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Таким образом, в распоряжении этих 37 главных врачей оказался весь местный бюджет здравоохранения и доходы по договорам с НМСК. Главный врач района нес ответственность за бюджетное планирование и контроль бюджета, исполнение договоров с НМСК и ее 11 территориальными агентствами, составление планов медицинского обслуживания населения, закупки медицинского оборудования и материалов и найм персонала. Размер заработной платы медицинских работников определялся в соответствии с установленными законом национальными нормами (см. раздел 3.6 *Механизмы оплаты*).

В рамках новой схемы районирования здравоохранения учреждения первичной медицинской помощи перестали действовать как отдельные юридические лица и перешли в ведение главного врача района, который управлял и нес ответственность за их бюджеты. Средства от НМСК и местных органов власти перечислялись на счет районной администрации, после чего главный врач района распределял эти средства в соответствии со сметой Минздрава, которая предусматривала выделение средств на первичную медицинскую помощь, специализированную амбулаторную помощь и стационарную помощь. Несмотря на наличие отдельных бюджетов на различные услуги и даже отдельных субсчетов (см. раздел 3.4 *Объединение финансовых ресурсов*), на практике поставщики услуг первичной медицинской помощи не имели возможности распоряжаться своими собственными ресурсами, вследствие чего возникали предпосылки для явного и неявного субсидирования услуг стационарной помощи из средств, предназначенных для первичной медицинской помощи, поскольку по договору с НМСК допускалось, чтобы главный врач района перераспределял до 25% бюджета первичной медицинской помощи в пользу больничного сектора. И хотя это положение в 2005 г. было изменено, практика урезания средств на первичную медицинскую помощь пока еще достаточно распространена.

В целях устранения этих недостатков, повышения качества услуг первичной медицинской помощи и обеспечения прозрачности использования финансовых средств, выделенных на ее оказание, приказом Минздрава № 404 от 30 октября 2007 г. районная первичная медицинская помощь была юридически отделена от районной



**Рис. 2.2. Организация здравоохранения на районном уровне, действующая с 1 января 2008 г.**



*Источник:* Министерство здравоохранения (2007), приказ № 404 от 30 октября 2007 г. Кишинев, Министерство здравоохранения.

больницы. С 1 января 2008 г. в систему ПМСП районного уровня входят центры семейной медицины, расположенные в административном центре района, и сельские центры здоровья (см. рис. 2.2). В том случае, если все критерии, необходимые для юридического отделения от районной больницы, соблюдены (в частности, наличие в составе трех семейных врачей и не менее 4500 прикрепившихся пациентов), сельский центр здоровья может действовать как самостоятельная организация здравоохранения. С 1 января 2008 г. в соответствии с этими критериями 23 сельских центра здоровья начали работать как самостоятельные в финансовом отношении организации здравоохранения. Все районные центры семейной медицины и самостоятельные сельские центры здоровья финансируются НМСК.

## **2.5. Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения**

Участие пациентов в деятельности системы здравоохранения Молдовы минимально, и нет никаких действующих механизмов, которые позволяли бы широким слоям населения принимать участие в процессе выработки политики посредством определения приоритетов, организации финансирования и оказания медицинской помощи или в оценке результатов работы поставщиков услуг здравоохранения. В настоящее время практически все показатели касаются затрат на услуги здравоохранения и их производства, а данные о качестве услуг или удовлетворенности пациентов почти не собираются. При принятии решений по вопросам здравоохранения жалобы и потребности пациентов, как правило, не учитываются (World Bank, 2005).

Выбор пациента в официальной системе здравоохранения ограничивается возможностью выбора конкретного врача, а выбор медицинского учреждения на уровне первичной медицинской помощи определяется по участковому принципу, а на уровне специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи – в соответствии с выданным направлением. Поэтому данных о том, что пациенты активно стремятся прикрепиться, например, к какому-то конкретному центру семейной медицины, немного. В городской местности пациент имеет более реальную возможность выбора, но это не касается финансируемой государством системы здравоохранения: если у пациента есть средства, то он может просто обратиться за получением платных услуг. Получив от своего семейного врача направление на консультацию к специалисту, пациент может выбрать конкретного врача-специалиста, но только из числа тех, кто работает в том учреждении, куда ему было выдано направление. Пациенты, получающие от семейного врача или от врача-специалиста направление на плановую госпитализацию, должны пройти врачебно-консультационную комиссию, и если она сочтет выданное направление оправданным, то выбирает наиболее подходящее медицинское учреждение.

Пациент получает направление, но выбрать конкретное лечебное учреждение не может – ему приходится обращаться именно туда, куда ему было выдано направление. Однако существует перечень 80 диагнозов, с которыми пациенты имеют право обратиться за специализированной помощью напрямую; в число этих диагнозов входят диабет, астма, туберкулез, большинство видов онкологических

заболеваний, некоторые сердечно-сосудистые заболевания, а также кожно-венерические болезни, включая ИППП (Shishkin et al., 2006).

Опрос населения, проведенный в 2001 г., показал, что большинство населения не удовлетворено состоянием инфраструктуры медицинских учреждений. По данным этого опроса, всего 13% респондентов были «полностью удовлетворены» или «весьма удовлетворены» деятельностью системы здравоохранения, а 84% ответили, что ее необходимо реформировать. Доступность медицинского обслуживания респонденты сочли недостаточной, указав при этом, что, по их мнению, в процессе принятия решений относительно реформ здравоохранения их жалобы и потребности не учитываются. В среднем 55% тех, кто обращался к своему семейному врачу, и 46% пациентов, обращавшихся за консультацией к специалистам, платили за консультацию (Cercone and Ortiz, 2001). Атун пишет (Atun, 2007), что, как показали опросы общественного мнения, проведенные в 2002 и 2003 гг., респонденты считают наиболее серьезными проблемами молдавского общества бедность, безработицу, рост цен, тяжелые условия жизни, повышение уровня преступности и коррупцию. В 2002 г. о реформах здравоохранения были осведомлены около 44% опрошенных, но в 2003 г. этот показатель увеличился уже до 60%. В 2003 г. удовлетворены качеством медицинского обслуживания были всего 12% респондентов, при этом 46% были «удовлетворены в целом», 28% «более или менее удовлетворены» и 10% «вообще не удовлетворены». Особую озабоченность вызывал низкий уровень подготовки семейных врачей. В обоих опросах приоритетными направлениями развития сектора здравоохранения были названы укрепление первичного звена медицинской помощи, инвестиции в организацию санитарного просвещения (по вопросам здорового образа жизни) и организация программ профилактики. Большинство респондентов (55% в 2002 г. и 61% в 2003 г.) поддержали идею института семейных врачей, которые могли бы обеспечить пациенту и его семье более индивидуальный подход и постоянное наблюдение. По результатам обоих опросов выяснилось, что практика неофициальной оплаты в пользу врачей, медсестер и других медицинских работников со стороны пациентов является широко распространенной; более половины респондентов, участвовавших в опросе 2003 г., признали, что неофициально платили своим врачам и другим медработникам (см. раздел 3.3 *Сбор и источники финансовых средств*). Большинство опрошенных поддержали введение официальной оплаты услуг, которая заменила бы неофициальные платежи, но

48% отметили при этом, что в дополнение к этой официальной оплате им все равно придется платить врачам неофициально. Подавляющее большинство респондентов (77%), участвовавших в опросе 2003 г., указали, что «не имеют своего врача», к которому они могли бы обратиться за консультацией или бесплатно пройти курс лечения (World Bank, 2002b; Mocanu et al., 2003). Опросы, проведенные в рамках государственной информационной кампании правительства Молдовы, направленной на информирование населения о его правах в связи с введением ОМС, также выявили, что поставщики медицинских услуг не готовы удовлетворить растущий спрос населения на услуги здравоохранения (Rhodes, 2007).

### **Процедуры обжалования (внесудебный порядок рассмотрения и урегулирования претензий)**

В соответствии с Законом № 263-XVI от 27 октября 2005 г. «О правах и ответственности пациента» пациент или его законный представитель (близкий родственник) может обжаловать действия поставщиков медицинских услуг, приведшие к ущемлению индивидуальных прав пациента, а также действия и решения органов публичной власти и должностных лиц, приведшие к ущемлению его социальных прав, установленных законодательством. В этой связи предусмотрена возможность подачи жалобы во внесудебном и судебном порядке на действия работников здравоохранения, поставщиков медицинских услуг и должностных лиц, ответственных за обеспечение охраны здоровья. Однако организации гражданского общества к процессу принятия решений по вопросам здравоохранения и представлению интересов пациентов практически не привлекаются. В настоящее время одним из приоритетов является организация мероприятий по поддержке прав пациентов и вовлечению общества в этот процесс, и в стране назрела необходимость принятия новых правил согласно закону «О правах и ответственности пациента». Пациенты могут в установленном порядке подать официальную жалобу в администрацию медико-санитарных и фармацевтических учреждений, в территориальные управления здравоохранения, в Министерство здравоохранения, в организации страхования здоровья, в профессиональные организации врачей, ассоциации пациентов и общественные объединения по защите прав потребителей медицинских услуг. Кроме того, пациенты могут подать письменную жалобу в прави-

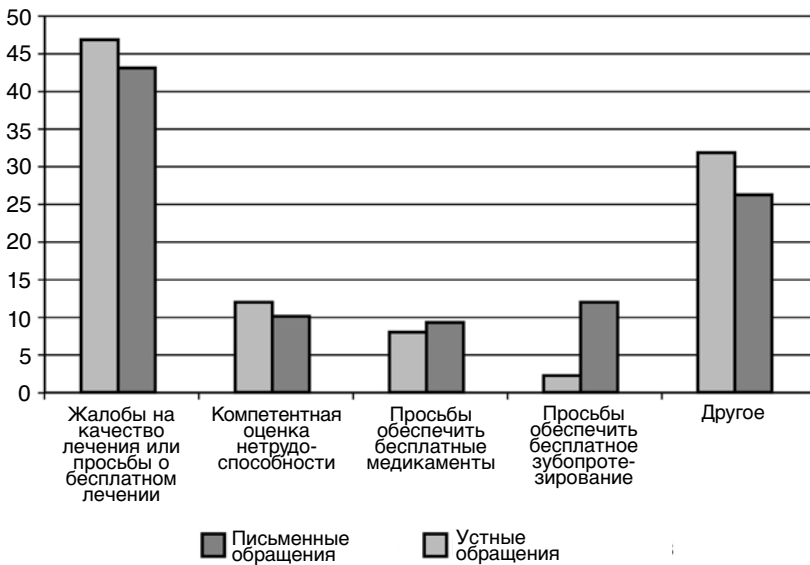
тельство или Парламентскую комиссию по социальной защите, здравоохранению и семье. Каждое медико-санитарное учреждение обязано вывешивать в доступном для общественности месте информацию о правах пациента, порядке и сроках подачи петиций и предложений. Управления здравоохранения обязаны также не реже одного раза в год публиковать отчеты, касающиеся соблюдения прав пациентов и мер, принятых в этой связи. Защиту прав пациентов, включая процедуру подачи жалоб, обеспечивают также следующие организации:

- организации страхования здоровья;
- комиссии (комитеты) по медицинской и биомедицинской этике;
- профессиональные организации врачей, ассоциации пациентов и другие НПО, созданные и аккредитованные в соответствии с законодательством.

Как правило, заявления и жалобы пациентов рассматриваются на основании Закона о подаче петиций № 190-XIII от 19 июля 1994 г. Согласно этому закону, петиции рассматриваются соответствующими органами в 30-дневный срок, а если они не требуют дополнительного изучения и рассмотрения – незамедлительно или в 15-дневный срок со дня регистрации. В исключительных случаях срок рассмотрения петиции может быть продлен руководителем соответствующей организации, но не более чем на один месяц, о чем извещается проситель. Если петиция относится к компетенции другого органа, то она направляется туда в течение трех рабочих дней со дня регистрации петиции, о чем извещается проситель. Направлять петиции органам или должностным лицам, действия или решения которых обжалуются, запрещается. Проситель имеет право: лично представить доводы должностному лицу, рассматривающему петицию; воспользоваться услугами адвоката; представить дополнительные материалы или предложить ему затребовать их; ознакомиться с материалами рассмотрения; получить в письменной или устной форме ответ о результатах рассмотрения; потребовать возмещения ущерба в установленном законодательством порядке. При рассмотрении петиции не допускается разглашение сведений о личной жизни просителя без его согласия. В случае признания изложенных в петиции требований законными орган или должностное лицо, принявшее решение об их удовлетворении, обязан принять меры по возмещению причиненного просителю материального ущерба и в

соответствии с законом установить ответственность виновных в его нарушении. Необоснованный отказ в рассмотрении петиции или затягивание ее рассмотрения, принятие решений, противоречащих законодательству, разглашение сведений о личной жизни просителя без его согласия влекут за собой административную ответственность. Просители, считающие, что их права нарушены, и не согласные с решением органа или должностного лица, рассмотревшего петицию, вправе в 30-дневный срок со дня сообщения им решения обратиться в независимую экспертную медицинскую комиссию, действующую на основании регламента Минздрава, или в суд.

**Рис. 2.3. Причины письменных и устных жалоб и обращений, рассмотренных Коллегией и Общественной приемной Министерства здравоохранения в 2006 г. (%)**



*Источник:* не публиковавшиеся ранее данные Министерства здравоохранения Республики Молдова.

Если пациент или его законный представитель не согласен с ответом или принятым по его петиции решением, то он вправе потребовать независимой экспертизы, однако до настоящего времени в

стране нет специального органа, который занимался бы внесудебным урегулированием претензий, связанных с вопросами здравоохранения, и потому гарантировать абсолютную независимость назначаемых экспертов можно не всегда. Время для приема обращений граждан (не реже одного раза в месяц) выделяют также высокопоставленные должностные лица государства (президент, глава парламента, премьер-министр). Коллегия Минздрава не реже двух раз в месяц организует прием обращений граждан, а местные администрации и администрации медико-санитарных учреждений – не реже одного раза в неделю. В Минздраве действует Общественная приемная, всегда открытая для посетителей, где заявители могут решить возникающие у них срочные вопросы. В 2006 г. в Минздрав было подано 1430 петиций, а сотрудниками администрации Минздрава и работниками Общественной приемной были проведены беседы с 2494 заявителями, обратившимися в устной форме (см. рис. 2.3). Примерно половина всех петиций представляла собой жалобы на качество лечения или просьбы о бесплатном лечении; затем шли заявления с просьбой провести экспертизу на предмет присвоения соответствующей группы инвалидности, обеспечения бесплатными медикаментами и бесплатными зубными протезами. При поддержке проекта Millennium Challenge Account («Вызовы тысячелетия») в молдавской системе здравоохранения разрабатывается схема внутреннего медицинского аудита. В настоящее время официальные агрегированные данные о том, насколько часто пациенты прибегают к процедурам и механизмам подачи жалоб, отсутствуют. Защита права врачей обеспечивается Законом № 264-XVI от 27 октября 2005 г. «О врачебной деятельности». Согласно этому закону, врач имеет право на защиту, в том числе по суду, от вмешательства отдельных лиц или органов публичного управления при осуществлении профессиональной деятельности, за исключением случаев некомпетентности и профессиональной ошибки. Врач имеет право отказаться от осуществления медицинского вмешательства, кроме случаев неотложной помощи, направив пациента к другому врачу, в следующих случаях: при отсутствии профессиональной компетенции в данной области; при наличии противопоказаний к медицинскому вмешательству; при возникновении противоречий между осуществлением медицинского вмешательства и морально-этическими принципами врача; при невозможности непосредственного контакта с пациентом.

## **Обеспечение безопасности пациентов и компенсации в случае причинения вреда**

Формально медицинские организации и работники здравоохранения несут ответственность за обеспечение безопасности всех этапов и элементов лечения, но механизмы постоянного мониторинга рисков, направленные на предотвращение ненадлежащего оказания медицинских услуг, неправильного лечения и врачебных ошибок, до настоящего времени не разработаны. По данным проведенного в 2006 г. опроса о безопасности пациентов, всего 52,1% руководителей медицинских организаций считают приоритетами своей профессиональной деятельности вопросы безопасности пациентов и качество медицинского обслуживания; остальные же 47,9% нет (Ciocanu et al., 2007). Кроме того, 61,7% респондентов считают, что у медицинских организаций отсутствует надлежащая нормативно-правовая база для обеспечения безопасности пациентов и повышения качества медицинского обслуживания. Большинство респондентов (83,3%) указали, что в их организациях отсутствует структура, отвечающая за качество медицинского обслуживания и безопасность пациентов.

В Молдове не имеется надлежащей системы отчетности о несчастных случаях в медицинской практике, а данные о врачебных ошибках не обнародуются. До настоящего времени в стране не разработано ни одного механизма, с помощью которого можно было бы вести постоянный учет всех случаев врачебных ошибок и накапливать всю соответствующую информацию в единой общегосударственной базе данных. Однако на уровне отдельных организаций необходимо вести учет и отчетность обо всех случаях доказанных врачебных ошибок; эту информацию, а также другие статистические данные необходимо направлять в Национальный центр менеджмента в здравоохранении (бывший Национальный научно-практический центр здравоохранения и санитарного менеджмента). Но несмотря на то что сообщать обо всем, что связано с безопасностью пациентов, обязательно, сведения о случаях причинения вреда здоровью пациентов включают в обязательную отчетность лишь в 5,4% случаев; о врачебных ошибках (то есть о неоказании своевременной медицинской помощи или о действиях, повлекших причинение вреда здоровью пациентов) – в 5,3% случаев; о несчастных случаях, не повлекших серьезных негативных последствий для здоровья пациента, – в 3,6% случаев и о рисках для здоровья пациентов (небезопасные методы лечения, неисправность медицинских приборов и т. п.) – в 1,8% случаев (Ciocanu et al., 2007). Лишь о



7,3% случаев было сообщено добровольно, а без применения санкций обошлось в 1,3% случаев; в 93,9% случаев санкции были применены. Такая картина свидетельствует о том, что медицинские работники умалчивают о несчастных случаях в медицинской практике. В 2008 г. при поддержке проекта «Вызовы тысячелетия» будет разработана Концепция управления качеством медицинской помощи в медицинских организациях, в которой должны быть предусмотрены необходимые меры по обеспечению безопасности пациентов, качества медицинской помощи и регистрации несчастных случаев. Кроме того, планируется создать специальный департамент Национального центра менеджмента в здравоохранении, который станет заниматься мониторингом и регистрацией всех врачебных ошибок. Этот департамент должен будет анализировать причины таких ошибок и публиковать отчеты по обеспечению безопасности пациентов, в том числе на веб-сайте Минздрава.

В настоящее время в стране нет специальных норм, регулирующих вопросы, связанные с причинением вреда здоровью пациентов, и на случай врачебной ошибки никаких компенсаций не предусмотрено. Согласно плану по разработке законодательной базы здравоохранения, Минздрав обязан подготовить проект закона о страховании гражданской ответственности врачей, который предусматривал бы гражданскую ответственность за причинение третьим лицам вреда по неосторожности. Пациенту может быть причинен вред из-за несоблюдения врачом надлежащих протоколов диагностики и лечения или невыполнения медицинским учреждением необходимых процедур по обеспечению необходимых норм гигиены или ухода за пациентом. Гражданская ответственность применяется как к врачам, так и к медицинским учреждениям и зачастую предусматривает параллельные судебные иски против врача и того учреждения, в котором он работает. Поскольку ресурсы сектора здравоохранения ограничены, а также в связи с тем, что большая часть системы здравоохранения является не частной, а государственной, необходимо, чтобы Минздрав разработал соответствующие руководства и нормы для определения размеров компенсации жертвам и установил предельные размеры компенсаций. И хотя пока непонятно, какой государственный орган будет за это отвечать, уже решено, что уровень компенсации должен быть сопоставим с тем, который принят в других программах по обеспечению компенсаций, – например, при назначении пенсии по инвалидности, которую выплачивают жертвам несчастных случаев на рабочем месте.

Несмотря на то что специализированные органы по обеспечению безопасности пациентов пока не созданы, эти функции частично выполняют Национальный совет по оценке и аккредитации в системе здравоохранения и Национальный центр превентивной медицины. Эти организации участвуют в проведении периодических оценок поставщиков услуг здравоохранения, которые направлены на снижение риска, повышение качества услуг и предотвращения повторения допущенных ошибок в будущем. Разработана и в первой половине 2008 г. официально утверждена новая национальная стратегия управления качеством медицинской помощи и повышения безопасности пациентов.

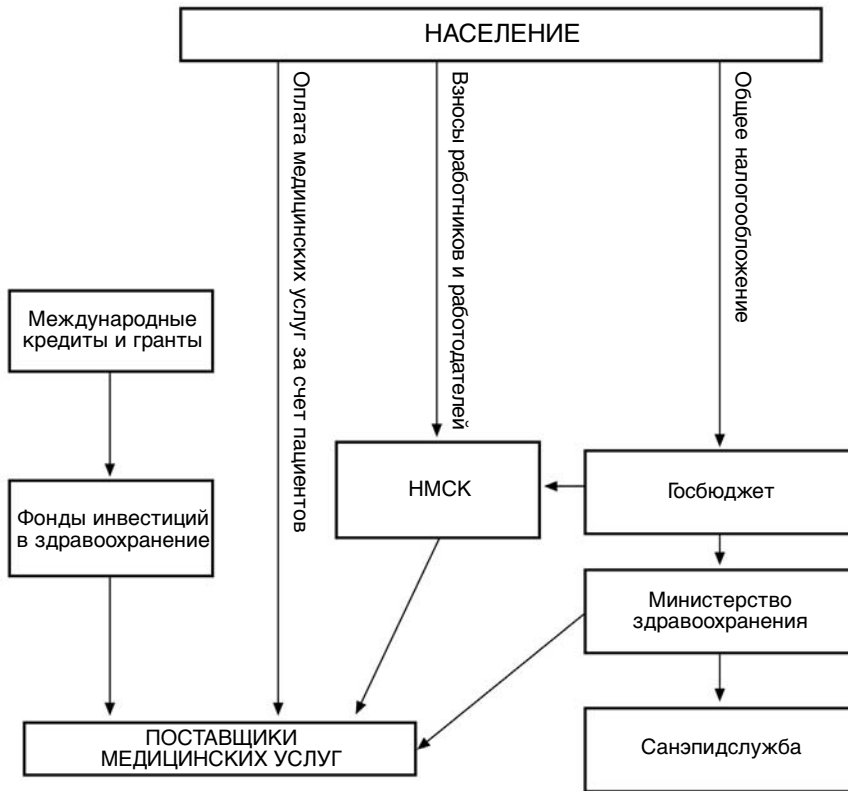
## 3. Финансирование

С 1 января 2004 г. правительством Молдовы было введено обязательное социальное медицинское страхование (ОМС), что кардинальным образом изменило принцип финансирования системы здравоохранения страны. В настоящее время медицинское обслуживание финансируется из следующих источников: отчисления на медицинское страхование со стороны работников и работодателей, взносы лиц из числа самозанятого населения, поступления от общего налогообложения, которые покрывают стоимость основных услуг для незастрахованного населения и взносов за социально уязвимые группы населения, а также оплата медицинских услуг за счет пациентов. Кроме того, Минздрав получает из центрального бюджета субсидии на организацию мер профилактики, услуги по переливанию крови, реализацию национальных программ, содержание организаций образования и административное управление (см. рис. 3.1).

### 3.1. Расходы на здравоохранение

Из-за снижения экономической активности и падения ВВП после обретения независимости в 1991 г. бюджетные ассигнования на развитие сектора здравоохранения в период с 1992 по 2003 г. резко сократились. В 1994–1997 гг. правительство Молдовы выделяло на финансирование здравоохранения примерно 6% ВВП, а общие расходы на здравоохранение составляли в тот период около 8,3% ВВП (World Bank, 2005). В 1999 г., после финансового кризиса в России, государствен-

**Рис. 3.1. Движение финансовых потоков в молдавской системе здравоохранения**



ные расходы на здравоохранение в Молдове упали с 4,3 до 2,9% ВВП, а общие расходы на здравоохранение – с 7,1 до 5,6% ВВП (см. табл. 3.1). Но впоследствии и доля государства в расходах на здравоохранение, и сами эти расходы начали увеличиваться (см. рис. 3.3 ниже), и, по оценкам ВОЗ за 2004 г., доля государства в общих расходах на здравоохранение в Молдове составляла 56,8%, что примерно соответствует среднему показателю по СНГ, который был равен 56,3% (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Следует отметить, однако, что до введения в 2004 г. системы ОМС значительная доля государственных расходов на здравоохранение приходилась на выплату задолженностей в системе здравоохранения. Так, в 1999 г. для закупок медицинских услуг можно было использовать всего 65% государственных средств, а 35% пошли на оплату задолженностей (World Bank, 2005). Большая

**Таблица 3.1. Динамика расходов на здравоохранение в Молдове в 1998–2004 гг., оценка ВОЗ**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Общие расходы на здравоохранение на душу населения по ППС; долл. США	130	102	115	125	146	166	138
Общие расходы на здравоохранение как % ВВП	7,1	5,6	6,1	6,1	6,4	6,7	7,4
Государственные расходы на здравоохранение как % общих (% ВВП)	60,8 (4,3)	51,4 (2,9)	48,5 (3,0)	48,7 (3,0)	51,8 (3,3)	51,7 (3,5)	56,8 (4,2)
Частные расходы на здравоохранение как % общих (% ВВП)	39,2 (2,8)	48,6 (2,7)	51,5 (3,1)	51,3 (3,1)	48,2 (3,1)	49,7 (3,3)	43,2 (3,2)

*Примечания:* ВВП – валовой внутренний продукт, ППС – паритет покупательной способности.

*Источник:* WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

часть задолженностей представляла собой долги по выплатам заработной платы и отчисления на социальное страхование. Это имело серьезные последствия для государственных доходов и привело к росту неофициальных платежей за медицинские услуги за счет пациентов, которые стали взиматься практически повсеместно (см. раздел 3.3. *Сбор и источники финансовых средств*, подраздел *Оплата медицинских услуг за счет пациентов*). Частные расходы на здравоохранение представляют собой оплату медицинских услуг за счет пациентов – как в официальной, так и неофициальной форме, – а также прямую оплату за предоставленные услуги. И хотя доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение постепенно снижается (по оценкам ВОЗ, в 2004 г. она составляла 43,2%), по сравнению со средним показателем по Европейскому региону ВОЗ за 2004 г. (25,5%) она все равно была достаточно высокой (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

По оценкам ВОЗ, в 2004 г. государственные расходы на здравоохранение составляли 4,2% ВВП (см. табл. 3.1), а общие расходы на здравоохранение – 7,4% ВВП, что примерно соответствует средним показателям по Европейскому региону ВОЗ (см. рис. 3.2).

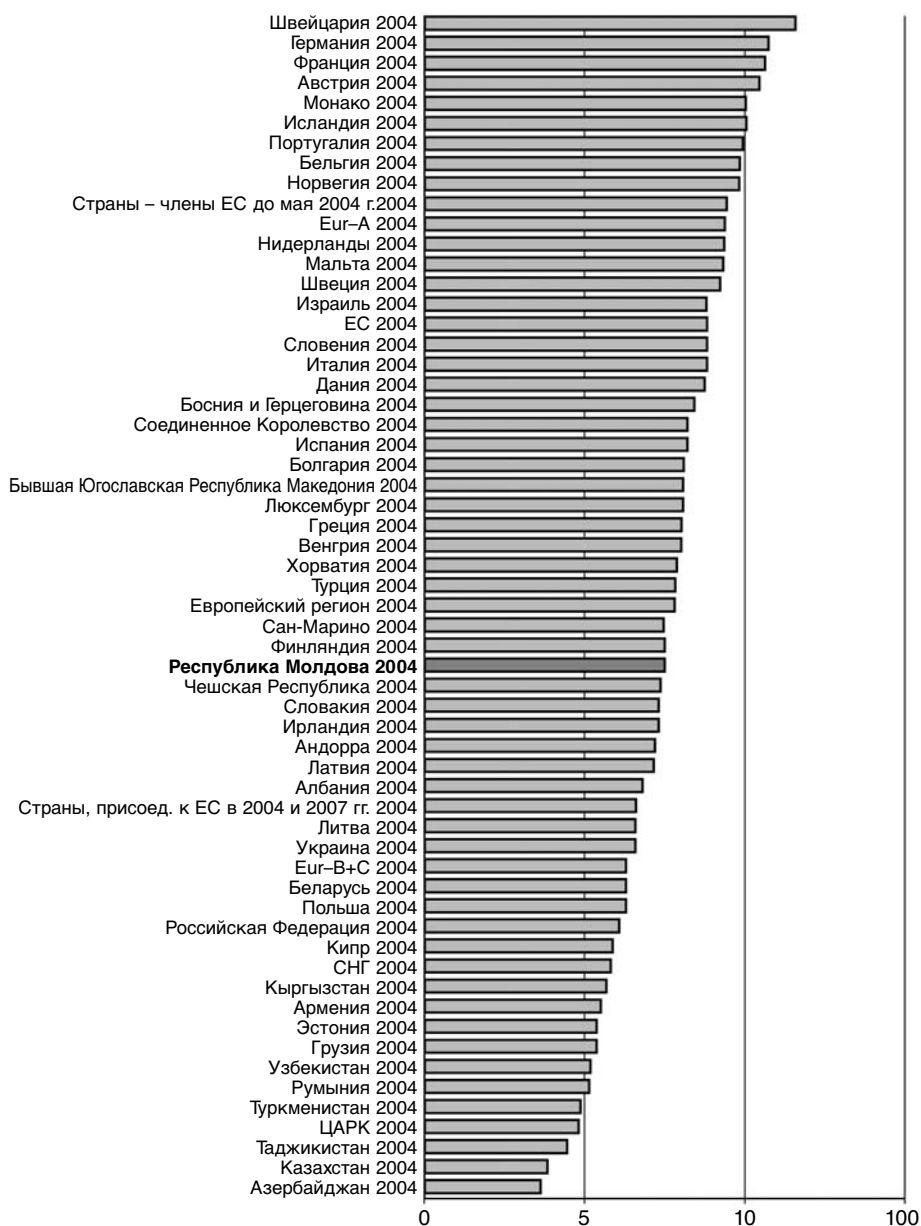
По сравнению со странами СНГ общие расходы на здравоохранение как доля ВВП в Молдове являются высокими и растут быстрее, чем где бы то ни было в регионе (см. рис. 3.3). Однако по паритету покупательной способности (ППС) расходы на здравоохранение в Молдове одни из самых низких в Европейском регионе ВОЗ и существенно ниже, чем в среднем по СНГ (см. рис. 3.4).

По официальным данным, в 2005 г. в Молдове было затрачено на здравоохранение 9% ВВП, из них на долю государственных расходов приходилось 4,3%, частных – 4,0%, а на долю международных грантов и кредитов – 0,7%. Однако эти цифры не включают неофициальных платежей, которые оцениваются на уровне 1,2% ВВП; если бы они были включены в эту оценку, то общие расходы на здравоохранение составили бы 10,2% официального ВВП. Но здесь не учитывается также значительный объем теневого сектора экономики Молдовы, который не включен в расчет ВВП (Shishkin et al., 2006).

В зависимости от региона страны расходы на здравоохранение в расчете на душу населения сильно разнятся. Так, например, в Кишиневе в 2000 г. расходы на здравоохранение составляли 109 долларов США на душу населения, а в окрестностях Кишинева – всего 56 долларов, хотя основные показатели здоровья населения – в частности, младенческая смертность – в окрестностях Кишинева существенно хуже, чем в самом городе (World Bank, 2003). Однако различия в уровне расходов на здравоохранение между регионами сейчас значительно меньше, чем до того, как был введен подушевой принцип финансирования, основанный на относительно простой формуле расчета. Согласно этой формуле средства из центрального бюджета выделялись местным бюджетам в соответствии с тем, каковы в данном регионе доли населения моложе 4 лет, в возрасте от 4 до 65 лет и старше 65 лет. При расчете объема средств, выделяемых из бюджета, каждой возрастной группе присваивался определенный коэффициент (World Bank, 2003). С введением ОМС объем этих бюджетных субсидий сократился, и теперь поставщики медицинских услуг в 32 районах страны получают от НМСК финансирование по подушевому нормативу и результатам деятельности, при этом предполагается, что незастрахованными являются 20% населения (см. раздел 3.4 *Объединение финансовых ресурсов*). Но за пределами регионов по-прежнему действует принцип постатейного бюджетного планирования.

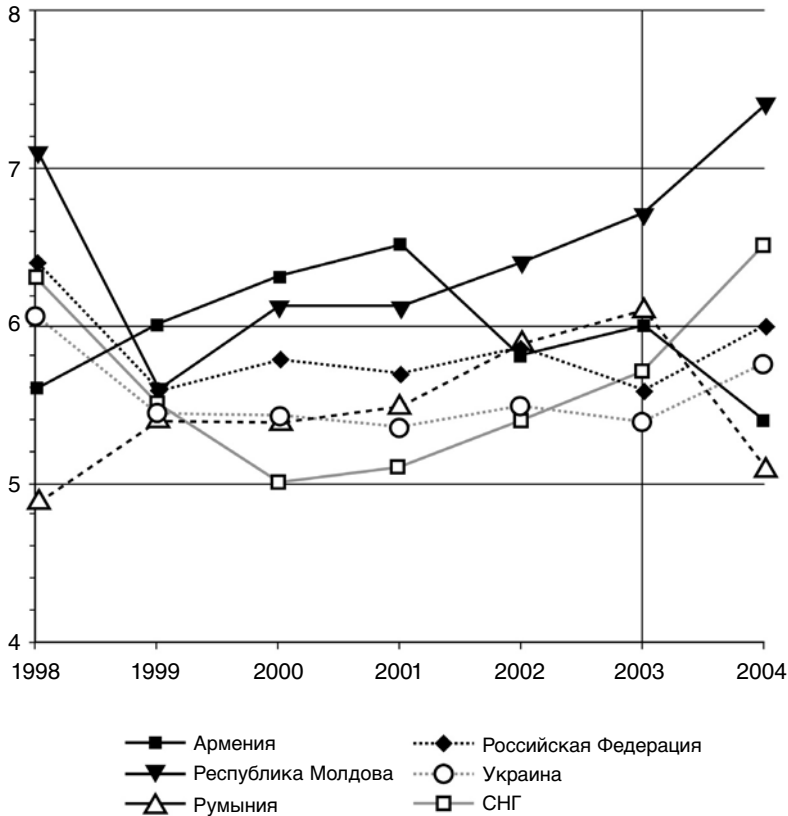
В стране предпринимаются согласованные меры по переносу акцента со стационарного на первичное звено здравоохранения, с со-

**Рис. 3.2. Расходы на здравоохранение, выраженные как доля ВВП (%), в странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

**Рис. 3.3. Динамика расходов на здравоохранение как доли ВВП (%) в Молдове и некоторых других странах, 1998–2004 гг., оценка ВОЗ**

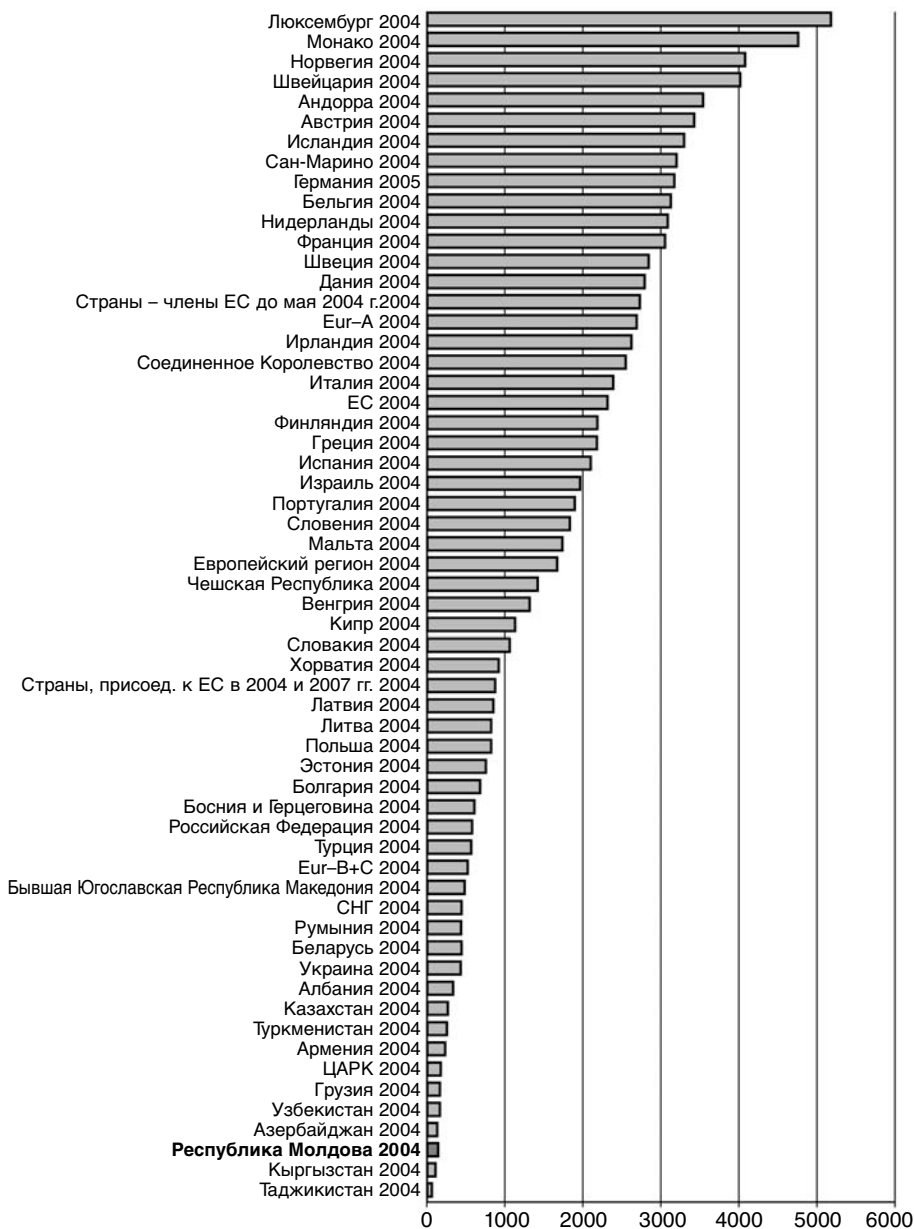


Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

ответствующим перераспределением финансирования, но насколько эти меры увенчались успехом, в количественном отношении оценить трудно. В период с 1998 по 2001 г. доля расходов на стационарную помощь снизилась с более чем 75 до 58%. Доля расходов на стационарную помощь, выделяемая республиканским учреждениям высокоспециализированной помощи, остается неизменной (World Bank, 2003). Ассигнования на первичную медицинскую помощь увеличивались пропорционально снижению расходов на стационарную помощь: с 10% общих государственных расходов на здравоохранение в 1999 г. до 26% в 2003 г.



**Рис. 3.4. Расходы на здравоохранение в расчете на душу населения по ППС, в долларах США, в Европейском регионе ВОЗ, по последним имеющимся данным, оценка ВОЗ**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

В рамках Стратегии развития сектора здравоохранения на 1997–2003 г. в целях переориентации системы на ее первичное звено было издано постановление, предусматривающее выделение 35% местных бюджетов здравоохранения (27% государственных расходов) на первичную помощь, 45% – на больничный сектор, 15% – на службы скорой помощи и 5% – на специализированную стационарную помощь (World Bank, 2005). Однако есть основания предполагать, что больничный сектор по-прежнему поглощает до 80% местных бюджетов здравоохранения (Atun, 2007).

### **3.2. Охват населения и право на медицинское обслуживание**

Начиная с 2004 г. охват населения медицинским обслуживанием обеспечивается с помощью комбинации ОМС, которое производится через единого страховщика – НМСК, и предоставления ряда услуг в рамках финансируемых государством и международными организациями национальных программ, направленных на решение конкретных вопросов в области здравоохранения (см. приложение 10.3). Экономически активная часть населения обязана перечислять на ОМС определенную часть своего заработка (налог на фонд заработной платы); лица из числа самозанятого населения должны оплачивать взносы на ОМС по фиксированной ставке (самозастрахованное население) (см. табл. 3.2). Если взносы на ОМС за работников не перечисляются в НМСК более двух месяцев подряд, то эти лица считаются незастрахованными. Взносы за остальное население выплачивает государство из средств госбюджета. Поначалу государство взяло на себя обязательство застраховать следующие категории населения, считающиеся социально уязвимыми: дети дошкольного возраста; дети, проходящие дневную форму обучения; студенты профессионально-технических и высших учебных заведений, проходящие дневную форму обучения; студенты, проходящие обязательный курс последиplomного обучения. В 2004 г. к указанным категориям были добавлены пенсионеры, беременные женщины и женщины, находящиеся в послеродовом декретном отпуске, а также официально зарегистрированные безработные; таким образом, государство оплачивает взносы на ОМС за все зарегистрированное неработающее население.

**Таблица 3.2. Охват населения медицинским страхованием по возрастным группам, 2004 г.**

Возраст	В том числе (%)		Из общего числа незастрахованных (%)		Из общего числа работающих незастрахованных (%)			
	Застраховано	Не застраховано	Неработающие	Работающие	Работающие по найму	Самозанятые лица, работающие не в с/х	Самозанятые лица, работающие в с/х	Прочие
0–14	100,0	–	–	–	–	–	–	–
15–24	78,2	21,8	39,6	60,4	55,5	7,5	10,6	26,5
25–34	49,2	50,8	32,0	68,0	51,3	9,1	26,3	13,3
35–44	49,3	50,7	25,9	74,1	44,4	10,9	40,0	4,7
45–54	60,5	39,5	23,3	76,7	35,8	3,0	54,4	6,8
55–64	79,0	21,0	33,0	67,0	26,5	7,4	61,7	4,4
65–74	100,0	–	–	–	–	–	–	–
75+	100,0	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всего</b>	<b>75,7</b>	<b>24,3</b>	<b>29,5</b>	<b>70,5</b>	<b>43,7</b>	<b>7,8</b>	<b>38,5</b>	<b>10,0</b>

*Источник:* Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006.

Но несмотря на то что одной из главных целей введенной недавно системы ОМС был охват медицинским страхованием всего населения страны, есть также ряд социально уязвимых групп, не охваченных системой ОМС ни за счет отчислений с фонда заработной платы, ни за счет средств государственного бюджета. Численность самозанятого населения (фермеры, индивидуальные предприниматели, работающие в сфере услуг и в малом бизнесе) в 2005 г. оценивалась в 400 тыс. человек, или 33% населения трудоспособного возраста, постоянно проживающего в стране, что составляет очень большую долю всего населения Молдовы.

В 2005 г. полисы ОМС приобрели только 30 000 человек, или 7,5% самозанятого населения (Shishkin et al., 2006). Поскольку в рамках экономических реформ в сельской местности произошла «деколлективизация» крупных колхозов и совхозов, то многие домохозяйства занялись натуральным хозяйством на личных приусадебных

участках; они считаются самозанятым населением (Gorton and White, 2003). По данным одного из опросов, более половины тех, кто не имел в 2005 г. полисов ОМС, указали, что причиной является их дороговизна, а треть опрошенных ответили, что эти полисы им не нужны (Shishkin et al., 2006). Отдельные примеры позволяют предположить, что среди незастрахованного населения преобладают лица с хроническими заболеваниями, поэтому можно утверждать также, что в данном случае имеет место неблагоприятный отбор. В официальных расчетах используется оценка, согласно которой системой ОМС не охвачено 20% населения, но здесь не учтены существенные межрегиональные различия. Например, НМСК было выявлено, что в 2004 г. максимальный уровень охвата ОМС был в муниципии Кишинев 85%, а в сельском Кагульском районе – всего 58% (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Общая доля незастрахованного населения составила 24,3% (см. табл. 3.2).

Из таблицы 3.2 видно, что в 2004 г. системой ОМС были охвачены все пенсионеры в возрасте старше 65 лет и все дети школьного возраста, но только половина лиц в возрасте от 25 до 44 лет, хотя большинство из них официально считались работающими. Из числа незастрахованных в этой возрастной группе 82% имели постоянную или временную работу или были фермерами; в более старших возрастных группах фермеры составляют все большую часть незастрахованных лиц из числа работающих (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Данные НМСК свидетельствуют также о том, что среди женщин охват ОМС выше, чем среди мужчин (78,5 и 72,4% соответственно). Среди мужчин важнейшими возрастными категориями были лица в возрасте от 25 до 44 лет, где более 55% не были застрахованы, при этом на положении неработающих женщин отсутствие полиса ОМС сказывается сильнее, чем на положении неработающих мужчин (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006; табл. 3.3). В общей сложности официальной работы в 2004 г. не имели более 33% незастрахованных женщин, а среди мужчин этот показатель составлял 23%. Это позволяет предположить, что у неработающих женщин барьеры для получения полиса ОМС выше, чем у мужчин. Несмотря на наличие работы, довольно большая часть мужчин была не застрахована: три четверти незастрахованных мужчин имели работу. Среди работающих мужчин и женщин доли незастрахованных лиц были примерно равными (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

**Таблица 3.3. Охват населения медицинским страхованием с разбивкой по возрасту и полу, 2004 г.**

Возраст и пол	В том числе (%)		Из общего числа незастрахованных (%)		Из общего числа работающих незастрахованных (%)			
	Застраховано	Не застраховано	Неработающие	Работающие	Работающие по найму	Индивидуальные предприниматели работающие не в с/х	Индивидуальные предприниматели работающие в с/х	Прочие
<b>Мужчины</b>								
0–14	100,0	–	–	–	–	–	–	–
15–24	74,2	25,8	27,2	72,8	57,1	8,9	7,1	27,0
25–34	45,0	55,0	20,1	79,9	54,7	7,8	28,0	9,5
35–44	42,1	57,9	24,8	75,2	48,9	10,0	40,2	0,9
45–54	58,2	41,8	19,0	81,0	40,7	4,8	52,3	2,3
55–64	73,8	26,2	30,8	69,2	34,4	2,7	62,9	–
65–74	100,0	–	–	–	–	–	–	–
75+	100,0	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всего</b>	<b>72,4</b>	<b>27,6</b>	<b>23,2</b>	<b>76,8</b>	<b>48,4</b>	<b>7,4</b>	<b>37,0</b>	<b>7,2</b>
<b>Женщины</b>								
0–14	100,0	–	–	–	–	–	–	–
15–24	82,0	18,0	56,3	43,7	51,8	4,5	18,3	25,3
25–34	53,0	47,0	44,7	55,3	46,0	11,0	23,8	19,1
35–44	55,4	44,6	27,1	72,9	39,3	11,8	39,9	9,0
45–54	62,8	37,2	27,9	72,1	29,9	1,0	56,9	12,3
55–64	83,0	17,0	35,6	64,4	16,3	13,5	60,2	10,1
65–74	100,0	–	–	–	–	–	–	–
75+	100,0	–	–	–	–	–	–	–
<b>Всего</b>	<b>78,5</b>	<b>21,5</b>	<b>36,6</b>	<b>63,4</b>	<b>37,4</b>	<b>8,4</b>	<b>40,5</b>	<b>13,8</b>

Источник: Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006.

Уровень охвата ОМС также сильно зависит от региона. В среднем охват ОМС в городской местности был почти на 8% выше, чем в сельской (80 и 72,6% соответственно). Кроме того, уровень охвата

достаточно сильно зависит от размеров населенного пункта городского типа. Например, в 2004 г. в крупных городах уровень охвата составлял 85%, а в мелких – всего 72% (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). В городской местности из числа официально работающих по найму не застрахованы были 76% общей численности рабочей силы, а в сельской местности на долю фермеров приходилось 50% незастрахованных работающих. Иными словами, на момент проведения НМСК своих оценок не застраховано было 20% сельского населения и 12% городского, несмотря на официальную занятость (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Среди сельских жителей разрывы в уровне охвата в большей степени касаются мужчин, чем женщин. Во-первых, между городскими и сельскими женщинами разрыв в уровнях охвата ОМС был меньше, чем между мужчинами (5,3 и 9,7% соответственно). Во-вторых, различия в уровнях охвата между женщинами и мужчинами был меньше в городах, чем в сельской местности (3,3 и 7,7% соответственно) (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

Согласно ст. 36 Конституции Республики Молдова (1994), населению страны гарантировано оказание определенного минимума бесплатной медицинской помощи (минимум бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством). Этот гарантированный минимум был определен в принятом в 1995 г. законе «Об охране здоровья» и включает следующие услуги (Atun, 2007):

- первичная медицинская помощь, оказываемая семейным врачом амбулаторно или на дому;
- консультации врачей-специалистов в поликлинике или больнице по направлению семейного врача;
- ограниченный набор диагностических тестов и основных обследований, проводящихся в лабораториях амбулаторного учреждения по назначению семейного врача;
- иммунопрофилактика (по государственной программе иммунизации);
- скорая медицинская помощь при острых и представляющих угрозу для жизни состояниях;
- лечение в стационаре при следующих заболеваниях: туберкулез, психические расстройства, онкологические заболевания, астма, диабет, ВИЧ/СПИД и ряд инфекционных заболеваний.

Минимум бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, обеспечивается всему населению страны, вне зависимости от того, застраховано оно или нет; переориентация системы здравоохранения преимущественно на первичное звено подразумевает, что обеспечение широкого доступа к услугам первичной медицинской помощи является вопросом первостепенной важности. Кроме того, в стране действует ряд национальных программ, доступ к которым обеспечен всему населению Молдовы, независимо от наличия или отсутствия полиса ОМС (см. приложение 10.3).

Льготы для застрахованного населения указаны в постановлении правительства Республики Молдова № 1591 от 29 декабря 2003 г., которым был установлен объем медицинской помощи, предоставляемый населению в рамках Единой программы обязательного медицинского страхования (ОМПОМС), а также в Уставе НМСК, утвержденном постановлением правительства № 156 от 11 февраля 2002 г. Эти льготы включают: (а) экстренную догоспитальную медицинскую помощь, (б) первичную медицинскую помощь, (в) специализированную амбулаторную медицинскую помощь, (г) стационарную медицинскую помощь и (д) прочие услуги медицинской помощи. Услуги, предусматриваемые ОМПОМС и договорами между НМСК (или ее территориальными агентствами) и поставщиками медицинских услуг, соответствуют утвержденному правительством минимуму бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, в который были включены также: (а) противоэпидемические меры профилактики и медицинские услуги в рамках национальных программ, предусмотренных государственным бюджетом; (б) догоспитальная медицинская помощь в случае неотложных медико-хирургических состояний, представляющих угрозу для жизни пациента; (в) первичная медицинская помощь, предоставляемая семейными врачами, которая включает клиническое обследование (субъективное и объективное) и рекомендации по проведению обследований и лечения; и (г) медицинская помощь, предусмотренная ОМПОМС. В 2005 г. гарантированный минимум бесплатной медицинской помощи был расширен, и в него были включены также услуги врачей-специалистов, стоматологов и субсидирование покупки лекарств для пациентов с гипертонической болезнью (World Bank, 2005). Согласно договору НМСК с районными управлениями первичного звена, услуги первичной медицинской помощи, оказываемые семейными врачами, включают: наблюдение за развитием детей в возрасте до 5 лет; проведение программ иммунизации; регулярные профилактические осмотры взрослых членов семьи; выявление, лечение и последующее

наблюдение пациентов с хроническими и социально значимыми заболеваниями (туберкулез, онкологические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, гепатит, цирроз и ВИЧ/СПИД).

Пакет льгот для застрахованного населения определен Минздравом совместно с НМСК. Эти органы принимают решение о том, какие услуги следует включить в данный пакет, исходя из финансовых возможностей (то есть достаточны ли доходы НМСК для покрытия стоимости этих услуг) и из соображений пользы для здоровья населения. По этой причине упор делается на развитие первичного звена медицинской помощи как краеугольного камня системы здравоохранения и обеспечения широкого доступа населения к услугам первичной медицинской помощи. Задачи национальной политики в области здоровья и сектора здравоохранения в целом касаются достижения Целей развития тысячелетия; кроме того, они тесно связаны с политикой «Здоровье для всех» и Планом действий ЕС – Молдова (Government of the Republic of Moldova and European Union, 2005; Правительство Республики Молдова, 2007b). Но относительно высокая численность незастрахованного населения, очень высокий уровень неофициальных платежей за медицинские услуги и дороговизна лекарств – все это создает основные барьеры, препятствующие доступу к медицинскому обслуживанию для широких слоев молдавского общества. Следует отметить также, что услуги, которые не включены ни в минимум бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, ни в ОМПМС, и ни в одну из национальных программ, являются для населения платными. К таким услугам относятся некоторые высокотехнологичные диагностические обследования (например, магниторезонансная томография) и некоторые виды лечения, но это сказывается и на доступности базовых услуг. Утверждают, например, что из-за финансовых трудностей у женщин ограничился доступ к акушерской помощи, так как некоторые услуги в области охраны репродуктивного здоровья, в том числе аборт, стали платными и не покрываются ОМС (Comendant, 2005). С 1955 по 1998 г. аборт номинально был бесплатным, хотя практически все женщины платили за них медицинским работникам в неофициальном порядке. В 1998 г. была введена официальная плата за услуги по прерыванию беременности (37–65 леев, что соответствует примерно 5 долларам США), а так как эта процедура не покрывается ОМС, то цена была повышена до 170–250 леев (20 долларов США). В частном секторе стоимость аборта составляет от 300 до 900 леев (25–70 долларов США) (Comendant, 2005). Особых категорий женщин, для которых услуги по прерыванию беременности официально являются бесплатными, не предусмотрено.



### 3.3. Сбор и источники финансовых средств

До 2004 г. финансирование системы здравоохранения производилось из двух основных источников: из общих доходов государства, выделяемых на нужды здравоохранения через центральный и местные бюджеты, и оплаты медицинских услуг за счет пациентов по месту их оказания. Но после того как в Хынчештском районе был успешно реализован пилотный проект по введению обязательного медицинского страхования, с января 2004 г. система ОМС была развернута на всей территории страны. Соответственно, в настоящее время появился дополнительный канал финансирования здравоохранения – за счет взносов на ОМС, поступающих в НМСК от работодателей и работников (рис. 3.1), а также за счет общих доходов государства, выделяемых на нужды здравоохранения через центральный и местные бюджеты, и от оплаты медицинских услуг за счет пациентов. Значительный объем средств поступает в молдавский сектор здравоохранения по линии международной донорской помощи (см. рис. 3.5 и табл. 3.4).

**Рис. 3.5. Распределение общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2005 г.**



*Источник:* данные Министерства здравоохранения и социальной защиты и Национального бюро статистики, приведенные в работе Shishkin, Kasevicius et al., 2006.

**Таблица 3.4. Распределение общих расходов на здравоохранение по источникам финансирования, 2000–2005 гг.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Государственные расходы на здравоохранение (% общих расходов на здравоохранение)	33,2	36,0	40,6	42,3	46,7	48,1
Официальная оплата медицинских услуг за счет пациентов (% общих расходов на здравоохранение)	64,7	60,8	53,2	51,5	45,8	42,3
Международные кредиты и гранты (% общих расходов на здравоохранение)	1,3	2,0	3,5	3,3	5,8	7,8
Взносы на ДМС (% общих расходов на здравоохранение)	0,7	1,2	2,6	2,9	1,8	1,7

*Источник:* данные Министерства здравоохранения и социальной защиты и Национального бюро статистики, приведенные в работе Shishkin, et al., 2006.

### **Обязательные платежи**

Основным источником финансирования молдавской системы здравоохранения по-прежнему остаются поступающие в государственный бюджет доходы от общего налогообложения: налога на добавленную стоимость (НДС), подоходного налога, акцизных сборов, налога на внешнеторговые операции и других налогов. В Молдове установлена нулевая ставка налога на прибыль, но 15%-ный налог на дивиденды. Ставка НДС составляет 20%; за счет этого налога обеспечивается две трети объема государственных доходов. Целевых налогов на здравоохранение – например, на табачную продукцию – в стране нет. Раньше одной из постоянных проблем молдавского правительства, касающихся обеспечения финансирования основных услуг в области здравоохранения и социальной защиты населения, было уклонение от налогов (Cashu, 2000). Система налогообложения была непоследовательной, в стране отсутствовал необходимый организационный потенциал для обеспечения собираемости налогов. Кроме того, повышение налогов в целях увеличения государственных доходов вынуждало людей работать неофициально, а увеличение размера

взносов на социальное страхование еще больше ослабляло финансовую дисциплину на молдавских предприятиях, которые просто начали искать новые схемы ухода от налогов (Cashu, 2000). Однако после 2005 г. уровень соблюдения налогового законодательства существенно повысился, и в настоящее время в этой сфере проводятся соответствующие реформы. С введением в 2004 г. системы ОМС финансирование здравоохранения в Молдове значительно улучшилось.

Когда в 1998 г. вопрос о введении ОМС еще только обсуждался, предполагалось, что это создаст дополнительный источник финансирования здравоохранения и, таким образом, увеличит доходы сектора. Однако в то время финансовые возможности не позволяли ввести обязательное социальное медицинское страхование. Правительство вернулось к этому вопросу в 2002 г., но на этот раз ОМС рассматривалось не как дополнительный источник финансирования, а как инструмент повышения качества и эффективности системы здравоохранения, поскольку он предусматривал реформирование системы заключения договоров и закупок медицинских услуг (см. раздел 7.1 *Анализ последних реформ*). С 2002 г. Минздрав совместно с образованной в 2001 г. НМСК начали разрабатывать базовый пакет услуг, который государство могло бы гарантировать всему населению страны (см. выше). В настоящее время НМСК заключает с медицинскими учреждениями договоры на оказание услуг, включенных в этот базовый пакет, при этом семейные врачи получают оплату по подушевым нормативам плюс премии по результатам труда за достижение определенных показателей в области общественного здравоохранения (например, соответствующих уровней иммунизации населения на своем участке работы), а финансирование больниц производится по принципу оплаты за пролеченный случай. Договорные отношения организаций здравоохранения с НМСК изменили их статус: если раньше они функционировали как бюджетные организации, то теперь стали самостоятельными государственными организациями.

В рамках проекта ЮНИСЕФ в период с июля по декабрь 2003 г. в Хынчештском районе проводился эксперимент по реализации схемы ОМС. В ходе этого эксперимента взносы на ОМС были установлены в размере 2%-ного налога с заработной платы для работников и работодателей. Взносы за пенсионеров, детей, студентов и официально зарегистрированных безработных были установлены в размере 169,68 лея за полгода, а общий объем государственного финансирования районной системы здравоохранения увеличился в 1,8 раза (World Bank, 2005). Все учреждения здравоохранения были объеди-

нены в одно юридическое лицо, а первичное звено было усилено путем привлечения врачей-ординаторов, которые стали работать в качестве семейных врачей. Этот пилотный проект оказался успешным, и с января 2004 г. система ОМС была развернута на всей территории страны, при этом в 2003 г. в Закон об ОМС 1998 г. были внесены соответствующие изменения и дополнения. Во всей стране правительством был установлен единый страховой тариф ежемесячных взносов на ОМС в размере 2% от фонда заработной платы для работодателей и 2% от своих доходов – для работников. Взносы за все категории неработающего населения (пенсионеров, зарегистрированных безработных, школьников, студентов, инвалидов и т. п.) производятся из средств республиканского бюджета. Для того чтобы возместить работникам часть этих обязательных отчислений с заработной платы, подоходный налог был снижен на 2%.

Молдове удалось избежать ошибок, допущенных в ряде стран с переходной экономикой, которые ввели у себя ОМС, схема которого предусматривала, что взносы за неработающее население должны поступать из местных бюджетов, а размер этих взносов не был четко прописан в законе. В Молдове с введением системы ОМС была произведена рецентрализация бюджета здравоохранения, и в 2005 г. доля расходов центрального правительства в общих расходах на здравоохранение составила 95%, а в 2006 г., по оценкам, почти 100%. В законе об ОМС был также установлен принцип эквивалентности платежей, предусматривающий одинаковый размер взносов за различные категории застрахованных; таким образом, размер отчислений в бюджет страховой компании за неработающее население был увязан с размером взносов работников и работодателей (Shishkin et al., 2006).

Важнейшим фактором успеха системы ОМС в Молдове стала четкая взаимосвязь между размером страховых взносов за различные категории застрахованного населения и средней стоимостью гарантированного минимума медицинских услуг на душу населения. В соответствии с поправками к Закону об ОМС 2003 г., ставка налога с заработной платы, выплачиваемого как взнос на ОМС за работающее население, и подушевой взнос за неработающее и самозанятое население должны быть равны между собой и соответствовать средней стоимости гарантированного ОМПОМС на душу населения. Этот механизм обеспечивает четкую финансовую ответственность правительства перед населением, застрахованным государством, и предусматривает ежегодное увеличение фондов НМСК, позволяющее покрыть рост стоимости ОМПОМС. Введение этого механизма сыграло

очень позитивную роль с точки зрения увязки гарантий бесплатного медицинского обслуживания с государственным финансированием здравоохранения и обеспечения стабильности последнего. Вместе с тем этот механизм автоматически подразумевает увеличение размера отчислений в бюджет в соответствии с ростом отчислений на ОМС из фонда заработной платы, притом что тариф страховых взносов на ОМС остается неизменным. В результате с 2007 г. сумма трансфертов из государственного бюджета в фонды ОМС для страхования неработающих лиц должна быть не менее 12,1% общего объема утвержденных основных расходов государственного бюджета, за исключением расходов, осуществляемых за счет доходов специального назначения, предусмотренных законодательством. С 2007 г. взносы работодателей и работников увеличились до 2,5%, а с 2008 г. – до 3%.

### **Оплата медицинских услуг за счет пациентов**

В Молдове оплата медицинских услуг за счет пациентов включает прямые платежи за товары и услуги, не покрываемые ОМС, участие пациентов в оплате медицинских услуг (соплатежи) или официальную оплату за товары и услуги, покрываемые ОМС, а также неофициальные платежи пациентов в пользу поставщиков медицинских услуг, которые официально являются бесплатными. В советское время характерной чертой системы здравоохранения были неофициальные платежи и подарки медицинским работникам, а после обретения Молдовой независимости эта практика распространилась очень широко, что было обусловлено необходимостью как-то справиться с недофинансированием здравоохранения в годы финансового кризиса (Allin et al., 2006). По данным проведенного ЮНИСЕФ опроса домохозяйств, к 2000 г. средний размер наличных расходов семьи на здравоохранение составил 15,2 лея (1,2 доллара США) на душу населения в месяц, что соответствует примерно 220 млн леев (17 млн долларов США) и 50% общих расходов на здравоохранение в 2000 г. Примерно 80% наличных расходов приходилось на покупку лекарств, 12% – на оплату обследований, 6% – на оплату консультаций и 3% – на транспортные расходы (World Bank, 2005). С сокращением государственного финансирования здравоохранения объем наличных платежей стал расти. В 1999 г. некоторые диагностические процедуры (например, лабораторные анализы, рентгеновские обследования и т. п.) официально стали платными; то же коснулось

и стационарной помощи (был введен тариф на койко-день). В целях повышения прозрачности платежей в пользу поставщиков медицинских услуг, сокращения неофициальных платежей и обеспечения дополнительного источника финансирования здравоохранения была введена официальная оплата за ряд услуг. Однако пациенты не всегда знали официальную стоимость платных услуг, и зачастую с них неофициально взимали более высокую плату. В этой связи большое внимание было уделено повышению прозрачности этой системы, что достигалось путем повышения осведомленности населения об официальной стоимости различных услуг и процедур и обеспечения распространения этой информации во всех организациях здравоохранения.

Несмотря на то что баланс платежей меняется, доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение в Молдове пока еще очень высока, и в 2005 г. объем официальных наличных платежей пациентов составил 1402 млн леев (109,7 млн долларов США), то есть 42,3% общих расходов на здравоохранение (см. табл. 3.4). Эта сумма включает 1224 млн леев (95,8 млн долларов США, или 36,9% общих расходов на здравоохранение) за лекарства и товары медицинского назначения для самолечения и амбулаторного лечения и 178 млн леев (13,9 млн долларов США, или 5,4% общих расходов на здравоохранение) официальных платежей за услуги медицинских учреждений, преимущественно за стоматологические услуги, которые в настоящее время практически полностью приватизированы. Однако эти официальные цифры, по-видимому, сильно занижены, поскольку, по оценкам Всемирного банка, основанных на данных национального опроса, общий объем неофициальных платежей в 2004 г. составлял 408 млн леев (33,3 млн долларов), а в 2005 г. – 444 млн леев (34,7 млн долларов) (Shishkin et al., 2006). Расходы пациентов на здравоохранение в городской местности значительно выше, чем в сельской, при этом самыми высокими они являются в Кишиневе и Бельцах (World Bank, 2003). Данные опросов общественного мнения, проведенных при финансовой поддержке Всемирного банка в 2002 и 2003 гг., показали, что неофициальные платежи в пользу врачей, медсестер и других медицинских работников практиковались повсеместно, при этом в 2003 г. о таких платежах сообщили более половины респондентов. Пациенты высказались за введение официальной оплаты медицинских услуг, которая заменила бы эти неофициальные платежи, однако 48% опрошенных были уверены, что в итоге, для того чтобы получить доступ к лечению, им при-

дется платить и официально, и неофициально (World Bank, 2005). Опрос, проведенный в 2006 г. организацией Transparency International, показал, что неофициально платить за медицинское обслуживание (иногда, часто или всегда) приходится 65,4% респондентов.

Для бедных домохозяйств дороговизна услуг является одним из серьезных барьеров, препятствующих доступу к медицинской помощи. Особенно дорогими являются лекарства, так как пациентам приходится оплачивать их полную стоимость при амбулаторном лечении, а иногда и приобретать за свой счет лекарства, необходимые при стационарном лечении, хотя официально лекарства, выписываемые в учреждениях специализированной и высокоспециализированной помощи, должны предоставляться пациенту бесплатно. При стационарном лечении застрахованным пациентам определенные затраты возмещаются, но это касается только лекарств, включенных в перечень лекарственных средств, затраты на которые возмещаются (см. раздел 6.5. *Фармацевтическая помощь*).

## **Внешние источники финансирования**

Важная роль в финансировании молдавского сектора здравоохранения принадлежит внешним источникам. Проектное финансирование и донорская помощь поступают от Евросоюза, Японского агентства международного сотрудничества (JICA), корпорации «Вызовы тысячелетия» (Millennium Challenge Corporation), ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА, Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и ВОЗ. В Молдове действует несколько неправительственных организаций, в том числе Международный Красный Крест и Институт «Открытое общество». Ряд займов на цели структурных преобразований выделил Всемирный банк (последний из них был предоставлен в 1999 г.). В период с 2001 по 2005 г. проводился проект по созданию «Фонда инвестиций в здравоохранение», направленный на переориентацию молдавской системы здравоохранения на ее первичное звено. Этот проект финансировался за счет кредита Всемирного банка в размере 10 млн долларов США, который был дополнен грантом на сумму 10 млн долларов США, предоставленным правительством Нидерландов; еще 1,6 млн долларов выделило правительство Молдовы. Благодаря этому проекту был создан «Фонд инвестиций в здравоохранение», деятельность которого была направлена на модернизацию центров скорой и первичной

медицинской помощи и сокращение избыточных мощностей больничного сектора (World Bank, 2005). В настоящее время проект Всемирного банка в области медицинской помощи и социальной защиты населения направлен на организацию поддержки молдавскому правительству в его усилиях по сокращению уровня заболеваемости и преждевременной смертности путем обеспечения доступа к высококачественной медицинской помощи и улучшению системы социальных платежей и услуг для бедных слоев населения (World Bank, 2008).

### **Добровольное медицинское страхование**

Роль добровольного медицинского страхования (ДМС) в финансировании здравоохранения Молдовы очень незначительна: в 2004 г. совокупный объем страховых премий составил всего около 0,7% фондов здравоохранения, а численность застрахованного населения была менее 57 тыс. человек, то есть 1,7% всего населения страны (Shishkin et al., 2006). Рынок ДМС развит слабо, и, вообще говоря, те, кто может себе позволить приобрести полис ДМС, имеют возможность также и оплатить необходимые им медицинские услуги в частном секторе. Наличие полиса ДМС не освобождает от необходимости оплаты налогов в республиканский и местный бюджеты.

### **Прочие источники финансирования**

В Молдове по-прежнему действуют параллельные учреждения здравоохранения, которые работают под управлением различных министерств и ведомств и финансируются из средств государственного бюджета. В 2006 г. сеть таких параллельных учреждений здравоохранения состояла из 10 больниц (с общим фондом 2044 койки) и 91 амбулаторного учреждения. В 2006 г. из государственного бюджета на содержание этих учреждений было выделено 42 млн леев (3,15 млн долларов США, или 3,3% общих государственных расходов). Наиболее разветвленные системы медицинских учреждений имеют следующие министерства: Министерство обороны – одна больница на 250 коек и 9 амбулаторных медицинских учреждений; Министерство внутренних дел – одна больница на 160 коек и 16 амбулаторных медицинских учреждений; Департамент пенитенциарных учреждений Министерства юстиции – 2 больницы (в общей сложности на



879 коек) и 7 амбулаторных учреждений; Министерство транспорта и дорожного хозяйства – 3 больницы (в общей сложности на 380 коек) и 6 амбулаторных учреждений; Департамент пограничных войск – одна больница на 110 коек и 11 амбулаторных медицинских учреждений. Все медицинские учреждения, за исключением тех, которые подведомственны Министерству транспорта и дорожного хозяйства, обслуживают пациентов, которые по закону охвачены системой ОМС (военнослужащие, сотрудники органов полиции, заключенные и т. п.). Больница Министерства транспорта частично (28%) финансируется за счет средств НМСК за обслуживание сотрудников предприятий, находящихся в подчинении этого министерства. Остальные 72% средств поступают из бюджета Министерства транспорта и за счет наличных платежей пациентов.

Эффективность использования коечного фонда в параллельных учреждениях здравоохранения очень низкая; исключение составляет больница Министерства внутренних дел, где спрос на койко-места превышает 100%, поскольку отставные сотрудники полиции привыкли обращаться не в обычные государственные больницы, а именно в эту больницу, которая обслуживает их за счет бюджета действующих сотрудников МВД (Shishkin et al., 2006). В параллельных системах здравоохранения действует 112 ведомственных амбулаторных медицинских учреждений, в 41 из которых работают только фельдшеры (помощники врачей). В 2005 г. в этих амбулаторных учреждениях было зарегистрировано 906 625 обращений пациентов, 30% из которых были связаны с профилактическими осмотрами. В общей сложности в ведомственных медицинских учреждениях работают 1168 врачей, 827 из которых клиницисты, а остальные выполняют административные и эпидемиологические функции (Shishkin et al., 2006). Наличие таких параллельных систем здравоохранения означает, что примерно 10% медицинских учреждений Молдовы не охвачены программой реформ.

### **3.4. Объединение финансовых ресурсов**

В советское время система здравоохранения находилась под централизованным контролем государства, которое финансировало медицинское обслуживание из общих государственных доходов в рамках национальных планов социально-экономического развития. Но после обретения независимости в 1991 г. правительство Молдовы про-

вело децентрализацию системы здравоохранения. Большинство медицинских учреждений перешло в собственность местных органов власти, которые должны были финансировать их из собственных бюджетов, складывавшихся из местных налогов и доходов. Объединение финансовых ресурсов стало одной из тех функций, которые были переданы органам районного уровня, и это частично перекликалось с системой объединения средств на республиканском уровне. В стране действовала система выравнивания доходов местных бюджетов; это выравнивание производилось по формуле, в которой учитывались нормативы подушевого бюджетного финансирования на просвещение в сфере здоровья и социальную сферу, но сектора здравоохранения это не касалось. Кроме того, выравнивающие трансферты, поступавшие в местные бюджеты из республиканского, были нецелевыми, поэтому муниципалитеты могли распоряжаться полученными средствами по своему усмотрению. В результате государственное финансирование здравоохранения распределялось между различными регионами страны очень неравномерно (см. раздел 3.1 *Расходы на здравоохранение*).

### **Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов и распределением средств**

НМСК начала действовать в январе 2004 г. как главный орган, занимающийся объединением финансовых ресурсов, поступающих от государства, работников и работодателей, и распределением полученных средств между своими территориальными агентствами, которые выступают в качестве закупщиков услуг здравоохранения. В этом смысле на уровне районов объединение финансовых средств не производится вообще, хотя у органов районного уровня сохранилось право распределения ресурсов на здравоохранение на местном уровне. Все бюджетные средства, предназначенные для закупок услуг здравоохранения, правительство передало в ведение НМСК.

Главным нормативно-правовым механизмом, регулирующим вопросы сбора страховых взносов в НМСК с застрахованного населения, является закон об обязательном медицинском страховании 1998 г. (с изменениями и дополнениями от 2003, 2004, 2005 и 2007 гг.). Согласно этому закону все страховые взносы должны перечисляться на банковский счет Центрального казначейства Министерства финансов в Национальном банке Молдовы. Взносы на ОМС, удерживаемые у работников и работодателей с фонда заработной платы,

выплачиваются через Государственную налоговую службу, а Министерство финансов перечисляет на счет НМСК трансферты, как взносы ОМС для социально уязвимых групп населения. Собранные средства автоматически делятся на четыре субсчета, с которых напрямую осуществляется оплата услуг поставщиков: 94% средств поступают на счет Фонда оплаты медицинских услуг, и по 2% поступают, соответственно, на счета Резервного фонда ОМС, Фонда профилактических мероприятий и Административного фонда. Фонд оплаты медицинских услуг предназначен для возмещения стоимости услуг, предоставленных в рамках ОМПОМС. В 2006 г. 52% средств Фонда оплаты медицинских услуг было выделено на оплату стационарной помощи, 31% – первичной медицинской помощи, 9% – скорой и неотложной помощи, 6,5% – специализированной амбулаторной помощи, 1,4% – высокоспециализированной помощи и 0,1% – помощи на дому. В 2005 г. общее соотношение этих выплат было примерно таким же, и прогноз на 2007 г. выглядит аналогично (Shishkin et al., 2006). Поскольку до и после введения социального медицинского страхования структура бюджета была разной, то провести сравнение здесь трудно; тем не менее есть основания полагать, что после введения ОМС произошли некоторые положительные сдвиги в направлении увеличения средств на первичную медицинскую помощь – по крайней мере, номинально.

Для незастрахованных лиц предусмотрено два основных источника финансирования медицинских услуг: Резервный фонд ОМС и прямое бюджетное финансирование лечения социально значимых заболеваний. Согласно «Критериям заключения договоров с поставщиками медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования» (2003), до 50% средств Резервного фонда ОМС может использоваться на возмещение стоимости неотложной догоспитальной помощи и первичной помощи незастрахованным лицам. Закупки этих услуг для незастрахованного населения являются обязанностью НМСК. Проблема здесь заключается в том, что из-за отсутствия надлежащей информационной системы здравоохранения в Молдове нет достоверных данных о численности незастрахованного населения в разных районах страны. По оценкам НМСК, охват системой ОМС составляет 80%; таким образом, НМСК исходит из того, что соотношение численности застрахованного населения к незастрахованному в каждом районе составляет, соответственно, 80 : 20. Это соотношение используется при распределении средств на возмещение услуг, оказываемых застрахованным и незастрахованным лицам.

Однако соотношения численности застрахованных и незастрахованных лиц в разных районах сильно разнятся (см. раздел 3.2 *Охват населения и право на медицинское обслуживание*) (Shishkin et al., 2006).

В 2005 г. была введена новая государственная вертикальная бюджетная программа, направленная на обеспечение стационарной помощи незастрахованным лицам, больным социально значимыми заболеваниями (психиатрическими расстройствами, онкологическими заболеваниями, туберкулезом и другими инфекционными болезнями). Объем средств, выделенных на реализацию этой программы, увеличился с 30 млн леев (2,35 млн долларов США) в 2005 г. до 36 млн леев (2,7 млн долларов США) в 2006 г. (Shishkin et al., 2006). В рамках этой программы Минздрав заключает договоры со специализированными медицинскими учреждениями республиканского уровня, которые в основном расположены в Кишиневе. Оплату всех случаев стационарного лечения по этой программе необходимо согласовывать с НЦМЗ, который подчиняется Минздраву.

Выделение некоторого объема средств на здравоохранение на местном уровне пока еще производится, но местные органы власти больше не обязаны выделять средства на оплату медицинских услуг. Расходы местных бюджетов на здравоохранение снижаются: если в 2003 г. их объем составлял 626 млн леев (44,3 млн долларов США), до в 2004 г. – уже 53 млн леев (4,3 млн долларов США), а в 2005 г. – 50 млн леев (3,9 млн долларов США). С 2004 г. большая часть средств расходуется на ремонт зданий и закупки медицинского оборудования (Shishkin et al., 2006). Однако с 2006 г. некоторые местные органы власти (в основном в Гагаузии) стали закупать полисы социального медицинского страхования для некоторых незастрахованных лиц, проживающих на подведомственной территории. В настоящее время рассматривается вопрос о том, чтобы обязать местные власти оплачивать медицинское обслуживание незастрахованных лиц.

### **3.5. Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками**

До 2001 г. в Молдове сохранялась советская модель финансирования здравоохранения, основанная на затратном подходе к бюджетному планированию. В соответствии с этим подходом объем средств, выделяемых поставщикам медицинских услуг, напрямую зависел от

размера коечного фонда и численности персонала. Однако с 2001 г. произошел переход от прежней системы бюджетного планирования к составлению бюджетов на основе подушевых нормативов. Это было сделано в целях обеспечения межрегионального выравнивания бюджетных ассигнований на здравоохранение, и в этом направлении были достигнуты определенные успехи; однако с 2004 г., с введением договоров на оказание услуг медицинской помощи в рамках ОМС, подушевая оплата прекратилась. Введение договорных отношений кардинально изменило экономические стимулы для поставщиков медицинских услуг. Особенно это коснулось стационарной и неотложной медицинской помощи, поскольку услуги стационарной помощи стали оплачиваться по методу «за каждый пролеченный случай», а за услуги амбулаторной помощи – за каждое посещение, что существенно повысило производительность труда медицинских работников. Другим важным фактором, способствовавшим повышению производительности, стала стабилизация финансирования, в том числе введение авансовых платежей и упрощение процедур перечисления средств. Договоры заключаются между НМСК (и ее 11 территориальными агентствами) и организациями здравоохранения (или аптеками, если речь идет о возмещении стоимости лекарств).

Договоры с республиканскими больницами должны быть подписаны также со стороны Минздрава, а договоры с медицинскими организациями муниципального и районного уровней – со стороны местных органов власти как «учредителей» этих организаций. Для того чтобы заключить договор, медицинские учреждения обязаны представить бизнес-план на наступающий год, и единственным параметром в этом бизнес-плане, который фиксируется в договоре, является размер оплаты труда медицинского персонала соответствующего учреждения. На 2006 г. был установлен лимит в 60% для учреждений первичной медицинской помощи и 50% для стационарной помощи. Этот лимит был обусловлен необходимостью резервирования определенного объема средств для оплаты обследований, медикаментов и других необходимых статей расходов.

Форма договора-контракта относительно проста. Договор состоит из общей части и приложений на оказание каждого вида услуг; такой договор можно отнести к разряду «договоров на объем и стоимость услуг». В соответствии с этими договорами НМСК имеет право проводить проверки деятельности медицинских учреждений и отказывать в возмещении стоимости услуг, если эти услуги были оказаны без должных оснований. Критерии заключения договоров

разрабатываются в соответствии с ОМПОМС, который утверждается правительством на каждый последующий год. Они разрабатываются и утверждаются Минздравом совместно с НМСК, и их положения нацелены на регулирование процесса заключения договоров на оказание медико-санитарных услуг, включенных в ОМПОМС, а также прозрачности этого процесса для всех субъектов системы ОМС.

Таким образом, критерии заключения договоров устанавливают: (а) основные принципы заключения договоров на оказание медицинских услуг; (б) систему распределения средств для оплаты различных видов медицинских услуг; (в) типовые формы договоров на различные виды медицинского обслуживания и основные показатели, используемые в ходе обсуждения критериев заключения договоров; (г) методы оплаты медицинских услуг и (д) процедуру урегулирования споров.

### **3.6. Механизмы оплаты**

В Молдове тарифы на медицинские услуги регулируются специальным Постановлением правительства № 1128 от 28.08.2002 г. (с изменениями и дополнениями от 2003 и 2007 гг.). В этом постановлении указаны методика установления тарифов на оказание медицинских услуг, порядок утверждения и пересмотра тарифов и органы, ответственные за установление тарифов; таким образом, большинство медицинских услуг оплачивается проспективно, авансом. Метод расчета тарифов, установленный в этом постановлении, основывался на уровне цен 2001 г., и с тех пор он остался без изменений. Это является одной из причин резкой критики со стороны поставщиков медицинских услуг. В соответствии с данным постановлением медицинские учреждения рассчитывают тарифы на услуги и представляют их Министерству здравоохранения для утверждения, затем – специальному комитету, назначаемому правительством. После утверждения Минздрав устанавливает эти тарифы и публикует их в специальном Каталоге единых тарифов на медицинские услуги. Эти тарифы определяют максимальный уровень стоимости соответствующих услуг, поэтому НМСК в процессе обсуждения условий договоров с поставщиками медицинских услуг имеет право договориться о более низких тарифах. Однако на практике НМСК делает это очень редко – только если подушевое финансирование явно не соответствует реальным

потребностям. Поскольку эта система была введена совсем недавно, оценить, как работают различные механизмы на практике, пока еще трудно.

## **Оплата за медицинские услуги**

В модели Семашко уровень финансирования больниц зачастую мало зависел от показателей их работы и реальных потребностей, поскольку эта модель создавала свою систему экономических стимулов: чем больше были коечный фонд и численность персонала и чем выше была продолжительность госпитализации, тем больше средств получала больница. До введения системы ОМС и договорных отношений с поставщиками отнести метод оплаты услуг больниц в Молдове к какой-то определенной категории было довольно трудно, потому что средства больницам выделялись в зависимости от финансовых возможностей. Районные органы власти фактически не могли распоряжаться бюджетами местного уровня, у руководства больниц рычагов контроля было еще меньше. На практике в стране по-прежнему использовалась старая советская модель постатейного бюджетирования, а все изменения отражали лишь численность персонала, приоритеты или потребности в инвестициях, и в некоторых случаях в расходах бюджетов не учитывалась проводившаяся в то время крупномасштабная консолидация медицинских услуг. Имело место хроническое недофинансирование по таким статьям, как медикаменты, а также ремонт и эксплуатация оборудования, особенно в секторе неотложной помощи. Финансисты в органах местного уровня редко занимались планированием расходов и распоряжались накопленными расходами ежемесячно или обращались с просьбой о возможности перенесения затрат на другие статьи; Минздрав и Министерство финансов расходы местных бюджетов практически не контролировали (World Bank, 2003).

Благодаря введению ОМС и договорных отношений поставщиков услуг с НМСК система оплаты и бюджеты стали несколько более ориентированы на результаты работы. В настоящее время поставщики услуг первичной и неотложной помощи получают оплату в основном по подушевому принципу, больницы – за каждый пролеченный случай (World Bank, 2005). Услуги, предусмотренные ОМПОМС и договорами между НМСК (или ее территориальными агентствами) и поставщиками, соответствуют гарантированному го-

сударством минимуму бесплатной медицинской помощи (World Bank, 2005). С 2004 г. НМСК заключает с районными больницами договоры сроком на один год, в которых указаны установленные тарифы и объем услуг, которые больницы должны предоставить. Территориальные агентства НМСК заключают договор с главными врачами больниц, и больницы получают оплату в соответствии с общим объемом оказанных услуг из расчета количества пролеченных случаев и показателей работы, касающихся качества услуг, удовлетворенности пациентов и организационных изменений. Больницы имеют право взимать дополнительные официальные платежи за услуги, не вошедшие в гарантированной государством минимум бесплатной медицинской помощи и ОМПМС (см. раздел 3.2 *Охват населения и право на медицинское обслуживание*), по принципу оплаты за предоставленные услуги по ценам, устанавливаемым Минздравом.

НМСК и ее территориальные агентства выделяют 30% имеющихся средств на оплату базовой медицинской помощи первичному сектору медицинской помощи. Эта сумма делится на общую численность застрахованного населения (включая тех лиц, взносы за которых выплачиваются из средств центрального и местных бюджетов); в результате получается сумма, которую можно выделить на оказание услуг первичной помощи одному лицу, имеющему право на ее получение. Эта сумма является основой для вычисления подушевого норматива на услуги первичной медицинской помощи. В настоящее время никаких поправок на риск в этих расчетах не производится; объем подушевого финансирования поставщика услуг первичной помощи вычисляется из расчета численности застрахованных лиц, прикрепленных к данному семейному врачу, умноженной на подушевой норматив; платежи осуществляются ежемесячно, а оплата за текущий месяц производится в конце месяца (World Bank, 2005). В договорах с поставщиками услуг первичной медицинской помощи оговорено достижение определенных целевых показателей, которые касаются наблюдения за развитием детей в возрасте до 5 лет, проведения программ иммунизации, регулярных профилактических осмотров определенных категорий взрослого населения, а также выявления, лечения и наблюдения пациентов с хроническими и социально значимыми заболеваниями (туберкулез, рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, гепатит, цирроз, ВИЧ/СПИД). Через три месяца после прикрепления застрахованные лица имеют право сменить семейного врача, но это можно делать не чаще одного раза в год.



### **Оплата за услуги скорой и неотложной помощи**

В 2004 и 2005 г. в целях повышения производительности труда поставщиков и обеспечения гарантий достаточного уровня доступности услуг скорой и неотложной помощи эти услуги оплачивались по системе «за каждый пролеченный случай». Этот метод оказался успешным: каждый год количество случаев увеличивалось примерно на 25%; в этой связи было решено перейти на систему подушевого финансирования. В 2006 г. методы оплаты услуг скорой и неотложной помощи, предоставляемой застрахованному населению, были следующими:

- подушевая оплата в размере 42,44 лея (3 доллара США): 88,4% общего объема средств, выделенных на оплату услуг скорой и неотложной помощи;
- премии по итогам работы за год за достижение установленных показателей качества в размере 5 леев за каждого застрахованного (0,4 доллара США): 10,45% общего объема средств, выделенных на оплату услуг скорой и неотложной помощи;
- глобальный бюджет на оплату услуг Государственной санитарной авиации (Авиасан) (1,15% средств).

За оказание услуг незастрахованным лицам предусмотрена дополнительная подушевая оплата в размере 6,8 лея (0,5 доллара США) (в общей сложности 6,1 млн леев, или 0,46 млн долларов США), которая производится из средств Резервного фонда ОМС. Размер подушевого норматива вычисляется из расчета численности населения на соответствующей территории (от 170 000 человек в Гагаузии до 800 000 человек в Кишиневе) и на основе допущения, что соотношение численности застрахованного населения к незастрахованному составляет 80 : 20 (см. раздел 3.4 *Объединение финансовых ресурсов, подраздел Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов и распределением средств*). Премии за достижение установленных показателей качества работы были введены в начале 2005 г. Эти показатели касались снижения количества необоснованных отказов в оказании медицинской помощи и числа обоснованных жалоб, а также улучшения диагностики и взаимодействия с поставщиками услуг первичной медицинской помощи. Когда механизм оплаты изменился и было введено подушевое финансирование, показатели качества были скорректированы в целях обеспечения надлежащих стимулов для повышения производительности работы поставщиков. В настоящее время размер ежеквартальных премий

составляет 100% суммы, выделяемой из бюджета участкам, где местная станция скорой помощи обслуживает в среднем 250 и более человек на 1000 застрахованных. Если количество случаев составляет в среднем от 225 до 250, то размер ежеквартальной премии равен 50%. Перечень показателей качества, их значения и критерии достижения устанавливаются правилами, утверждаемыми Минздравом и НМСК. Отчетность предоставляется ежеквартально. Поэтому сумма годового договора с территориальной станцией скорой помощи складывается из суммы подушевого финансирования (которая вычисляется путем умножения годового подушевого норматива для застрахованных и незастрахованных лиц на соответствующую численность населения обслуживаемой территории и корректируется с учетом квоты 80:20) и премии за достижение установленных показателей качества. См. также раздел 6.4 *Скорая и неотложная помощь*.

### **Оплата за услуги первичной медицинской помощи**

До 2000 г. службы первичной медицинской помощи входили в структуру больниц и финансировались в соответствии с численностью персонала в данном учреждении согласно статьям бюджета. С 2000 по 2003 г. центры первичной помощи имели статус самостоятельных юридических лиц и финансировались по системе глобальных бюджетов по подушевому принципу. В 2003 г. поставщики услуг первичной медицинской помощи снова были объединены с районными больницами, и вопросы оплаты их услуг регулировались приложением к договору между НМСК и районной больницей. Но с тех пор, как они были объединены с районными больницами, средства, выделяемые на оплату услуг первичной медицинской помощи, зачастую стали использоваться для субсидирования других услуг больниц (см. раздел 6.2 *Первичная/амбулаторная медицинская помощь*). Поэтому с 1 января 2008 г. организации первичной помощи были отделены от районных больниц и получили статус самостоятельных юридических лиц; теперь они заключают договоры с НМСК напрямую.

В 2006 г. методы оплаты услуг первичной медицинской помощи были следующими:

- подушевое финансирование в размере 84,6 лея (6,3 доллара США) за оказание семейными врачами услуг первичной помощи застрахованным лицам; 25 леев (1,9 доллара США) за параклини-

ческие услуги, оказываемые лицам по направлению семейного врача; и 13,5 лея (1,0 доллар США) за отпускаемые по рецептам медикаменты из перечня основных лекарственных средств (78% общего объема средств, выделенных на оплату услуг первичной медицинской помощи);

- премии по итогам работы за год в размере 18 леев (1,3 доллара США) за каждого застрахованного в случае достижения установленных показателей качества (13% средств);
- оплата за пролеченный случай в размере 250 леев (18,7 доллара США) за пациентов, получивших лечение в дневных стационарах и на дому. Максимальный размер этих платежей установлен на уровне 23,5 лея (1,8 доллара США) за каждого застрахованного (10%).

Объем подушевого финансирования вычисляется на основании численности застрахованных лиц, прикрепленных к данному поставщику услуг первичной медицинской помощи, и никаких поправок на риск при этом не применяется; предполагается, что 80% населения застраховано, а 20% – нет. Оплата услуг, предоставленных незастрахованным лицам, осуществляется по подушевому принципу из расчета 6,8 лея (0,5 доллара США) за ограниченный пакет услуг (который, по существу, представляет собой предварительный осмотр и рекомендации семейного врача). Совокупный объем этих платежей составляет 6,1 млн леев (0,5 млн долларов США); они поступают из средств Резервного фонда ОМС. Предусматривается, что в будущем систему оплаты будет определять численность обслуживаемого населения и потребности в медицинском обслуживании, по подушевому принципу с учетом поправки на риск. Параклинические услуги представляют собой один из видов частичного фондодержания, так как они оплачиваются из тех средств, которые выделены на первичную медицинскую помощь. Из-за противоречивости системы экономического стимулирования пациентам выдают направления на параклинические услуги реже, чем следовало бы, и это является одной из серьезных проблем сектора первичной помощи. Необходимо было обеспечить, чтобы в структуру оплаты услуг первичной медицинской помощи были заложены и другие стимулы, способствующие тому, чтобы врачи были заинтересованы в проведении мероприятий по укреплению здоровья населения и ведению многих хронических заболеваний на уровне первичного звена, то есть чтобы врачи в секторе первичной медицинской помощи выполняли роль контролирующего механизма, регулирующего доступ пациентов к услугам специализированной и стационарной помощи и, соответствен-

но, количество направлений на госпитализацию и консультацию к врачам-специалистам. В этой связи в 2005 г. были введены премии для врачей первичной медицинской помощи. В целях содействия развитию профилактических мероприятий были введены три составных показателя: показатель иммунизации, показатель уровня наблюдения за состоянием здоровья беременных и показатель профилактических мероприятий. Но в 2006 г. эти показатели были уточнены как по содержанию, так и по механизму экономического стимулирования их достижения (см. вставку 3.1).

Изменился и уровень стимулирования поставщиков услуг первичной медицинской помощи в соответствии с показателями качества. В 2005 г. поставщики услуг получали различную оплату за качество услуг в зависимости от показателей всего медицинского учреждения в целом. Если учреждение первичной медицинской помощи не достигало установленного уровня качества услуг, то те средства, которые должны были быть выделены ему в качестве премий, удерживала НМСК. Поэтому в 2006 г. Минздрав был вынужден внести в эту систему изменения, и теперь все поставщики получают премии в равном размере, который установлен в их договорах с НМСК. В настоящее время руководитель учреждения первичной помощи распределяет эти средства между семейными врачами в соответствии с их личными результатами труда.

### **Вставка 3.1. Показатели качества услуг первичной медицинской помощи в Молдове, 2006 г.**

- Показатель 1: наблюдение за состоянием здоровья беременных на сроке до 12-й недели беременности (350 леев (26,2 доллара США) за каждый случай).
- Показатель 2: доказанное наблюдение семейным врачом за состоянием здоровья и развитием детей в возрасте до 1 года (400 леев (29,9 доллара США) за каждого ребенка).
- Показатели 3 и 4: выявление случаев туберкулеза и последующее лечение по стандартам Программы лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением (краткий курс) (ДОТС) (1500 леев (112,1 доллара США) за каждый случай для обоих показателей).
- Показатель 5: первичное выявление случаев онкологических заболеваний (1500 леев (112,1 доллара США) за каждый случай раннего выявления/подозрения на наличие онкологических заболеваний семейным врачом, подтвержденные впоследствии врачом-специалистом).
- Показатель 6: лечение пациентов с ограниченной подвижностью в амбулаторных условиях (250 леев (18,7 доллара США) за каждого пациента).

*Источник: Shishkin et al., 2006.*

### **Оплата за услуги стационарной помощи**

До 2000 г. оплата услуг больниц производилась в соответствии с затратным подходом к бюджетному планированию, то есть объем финансирования зависел от размера коечного фонда и численности персонала. С 2001 по 2004 г. в целях выравнивания уровня бюджетных ассигнований в районных больницах от этой системы перешли к подушевому финансированию. В определенном смысле выравнивание было достигнуто, но схема финансирования больниц городского и республиканского уровня до 2004 г. оставалась прежней. С введением реформ 2004 г. финансирование больниц стало производиться по результатам деятельности, и в настоящее время методы оплаты услуг стационарной помощи выглядят следующим образом:

- оплата за пролеченный случай: то есть за весь объем больничных услуг, оказанных во время одной госпитализации (в пределах ОМПОМС);
- глобальные бюджеты: за объем медицинской помощи, оказанной в приемном отделении больницы без последующей госпитализации и в отделении гемодиализа (включая транспортные расходы для пациентов на гемодиализе); договоры на эти услуги заключаются отдельно, в пределах 1% годовой суммы договора на оказание услуг стационарной помощи.

Таким образом, в Молдове основным методом возмещения затрат больниц является оплата за пролеченный случай. Все госпитализированные классифицируются по 90 клиничко-объединенным (case-mix) группам с учетом профиля отделения больницы, в котором они лежат. При этом учитывается также предельный размер ассигнований, выделяемых этой больнице, который устанавливается ежегодно в ее договоре с НМСК. Договоры с больницами республиканского и муниципального уровня заключаются в соответствии с утвержденным профилем их услуг. Договоры с районными больницами заключаются на пять основных профильных услуг: терапевтические, инфекционные заболевания, хирургия, акушерство и гинекология и педиатрия. Кроме того, три районные больницы имеют туберкулезные отделения. В Молдове схема финансирования больниц по принципу оплаты за пролеченный случай постоянно совершенствуется, и количество клиничко-объединенных групп постепенно растет.

Для того чтобы обеспечить соответствие оплаты фактическим затратам больниц, каждый из основных видов услуг подразделяется на

несколько более узких клинико-объединенных групп: хирургия I (хирургический случай, без операции), хирургия II (хирургический случай, операция) и ортопедия. Акушерство и гинекологию также можно подразделить на три группы: родовспоможение, патологии беременности и гинекология. Наряду с постепенным развитием схемы финансирования услуг стационарной помощи растут также управленческий потенциал и возможности в области информационных технологий. Чтобы снизить заинтересованность поставщиков в избыточной госпитализации по сравнению с оговоренным в договоре уровнем, а также в целях сдерживания затрат в соответствии с финансовыми возможностями НМСК, применяется система годовых выплат по регрессивной шкале. Иными словами, введена обратная зависимость между тем, насколько превышена сумма договора, и применяемой стоимостью тарифа за пролеченный случай. Формула расчета оплаты услуг больниц по регрессивной шкале представлена в таблице 3.5.

**Таблица 3.5. Оплата услуг стационарной помощи по регрессивной шкале**

<b>Превышение объема услуг для определенных КЗГ (%)</b>	<b>Ставка тарифа, вычитаемая из стандартного тарифа для данной КЗГ (%)</b>
до 5	40
5–10	20
10–20	10
20–40	5
Более 40	Не возмещается

*Источник:* Shishkin et al., 2006.

Цены на услуги стационарной помощи рассчитываются исходя из всех фактических и приведенных затрат, исключая затраты на капитальные вложения и закупки медицинского оборудования. Тарифы на услуги больниц основаны на стоимости койко-дней, которая отражает затраты на лечение пациента, относящегося к данной клинико-объединенной группе, или «пролеченные случаи» (*caz tratat*). Сначала вычисляются затраты каждого из отделений больницы: при этом учитываются основные затраты (такие как зарплата персонала, коммунальные услуги, административные накладные расходы) и до-

полнительные (ремонт и эксплуатация оборудования, услуги прачечной и т. п.). Затем затраты данного отделения больницы делятся на количество койко-дней, которое оно предоставляет; таким образом рассчитывается стоимость одного койко-дня. Полученную стоимость койко-дня умножают на стандартную продолжительность госпитализации (в днях) для каждой диагностической категории. Затем оцениваются затраты на лечение и питание – для этого используется специальная нормативная формула для каждой диагностической категории. Стоимость обследований рассчитывается исходя из принятой «стоимости одной минуты обследований». Формула для расчета «стоимости одного пролеченного случая» выглядит следующим образом:

$$\begin{array}{r} \text{(Стоимость} \times \text{Кол-во дней)} + \text{Стоимость} + \text{Стоимость} \\ \text{одного койко-дня} \qquad \qquad \qquad \text{лечения} \qquad \qquad \qquad \text{обследований} \end{array}$$

Тарифы по клинко-объединенным группам зависят от уровня больницы (районная, муниципальная или республиканская).

### **Оплата за услуги специализированной помощи**

В 2004 г. специализированная амбулаторная помощь была отделена от стационарной. После введения системы ОМС финансирование услуг специализированной амбулаторной помощи по-прежнему производилось по старой системе бюджетного планирования, то есть объем возмещения затрат не был связан с фактически оказанными услугами и выделяемых средств хватало только на покрытие расходов по зарплате персонала. Соответственно, имеющиеся мощности недофинансировались, и их приходилось субсидировать из средств, выделяемых на другие виды медицинской помощи, или путем введения оплаты услуг за счет пациентов. Но в 2006 г. были введены следующие методы оплаты услуг специализированной амбулаторной помощи:

- прежняя система глобального бюджетирования – для специализированных учреждений и организаций республиканского уровня;
- подушное финансирование и премии за качество работы – для участковых медицинских организаций, при предполагаемом соотношении численности застрахованного населения к незастрахованному 80 : 20;

- на услуги специализированной амбулаторной стоматологической помощи было выделено 12,1 млн леев (0,9 млн долларов США), а на все остальные виды специализированной амбулаторной помощи (подушевое финансирование и глобальное бюджетирование) – 20,1 млн леев (1,5 млн долларов США).

До 2004 г. республиканские больницы финансировались непосредственно Минздравом, а предоставляемые ими высокотехнологичные услуги в области диагностики и лечения в основном были платными и оплачивались пациентами за наличный расчет; к льготным категориям пациентов, которые имели право на бесплатное обслуживание, относились только пенсионеры, дети и инвалиды. После введения системы ОМС высокотехнологичные услуги по-прежнему в основном являются платными. НМСК заключает договоры на высокотехнологичные услуги по утвержденному правительством перечню услуг, включенных в ОМПМС.

## **Оплата труда медицинских работников**

Несмотря то что заработная плата медицинских работников недавно была повышена, по международным стандартам она все равно является очень низкой. Так, в 2000 г. среднемесячная зарплата врачей составляла примерно 30 долларов США, а остальных медицинских работников – в среднем 24 доллара; кроме того, заработная плата работников различных категорий практически не отличается, в результате чего уровень квалификации специалиста не отражается на его зарплате (World Bank, 2004). Из-за низкого уровня оплаты труда медицинских работников в стране процветает практика неофициальных платежей, которые позволяют до некоторой степени сократить разрыв доходов в государственном и частном секторах. Но росту неофициальных платежей, безусловно, способствовали также колоссальные задолженности по зарплате в секторе здравоохранения в 1990-х гг. В 2006 г. уровень зарплаты медицинских работников достиг 100–150 долларов в месяц, но для содержания семьи этих денег недостаточно. В переходный период из-за огромного разрыва уровня доходов в государственном и частном секторах многие работники госсектора вынуждены были оставить работу и перейти в частный сектор (Grant, 2001). И хотя в стране предпринимались усилия по сокращению задолженности по выплатам зарплат и увеличению



доходов медицинских работников, базовая шкала заработной платы осталась неизменной. Медицинский персонал получает фиксированную зарплату, которую им выплачивают муниципальные или районные управления здравоохранения.

Зарплаты работников здравоохранения по-прежнему определяются в соответствии с Законом об оплате труда (1994), и уровень зарплаты зависит от стажа работы, квалификации и должности (см. ниже). Размер зарплаты никак не связан с личными или коллективными показателями работы, и зарплата не используется как стимул для повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов. Однако для семейных врачей предусмотрены личные премии по итогам работы в случае достижения ими определенных показателей качества (см. вставку 3.1). Эта система премий подразумевает, что врачи, работающие в секторе скорой и неотложной помощи, зарабатывают теперь гораздо больше, чем во всех остальных секторах, хотя система скорой и неотложной помощи испытывает серьезный дефицит кадров, особенно в сельской местности (Shishkin et al., 2006). Постановлением правительства, вступившим в силу с 1 января 2004 г., предусмотрено изменение порядка расчета размера заработной платы работников государственных организаций здравоохранения. В этом постановлении определены максимальные уровни оплаты труда работников государственных организаций здравоохранения по согласованию с Минздравом, НМСК и профсоюзом работников здравоохранения Sanataatea («Сэнэтатя») и предложено, чтобы руководители государственных организаций здравоохранения выделяли 50% доходов, получаемых за оказание платных медицинских услуг, на оплату труда медицинских работников, путем повышения уровня их зарплаты и установления надбавок к зарплате в виде премий и денежной помощи, с учетом показателей сложности и уровня качества их работы (World Bank, 2005). Некоторые врачи, работающие в высокоспециализированных медицинских учреждениях, получают дополнительные доходы, преподавая в медицинских вузах.

С марта 2007 г. начальный оклад семейного врача составлял 515 леев в месяц. В начале каждого года Специальная тарифная комиссия (в состав которой входят руководитель учреждения первичной медицинской помощи, начальник отделения семейной медицины, представитель профессиональной ассоциации, начальник отдела кадров, экономисты и бухгалтер) согласовывает и утверждает поправочные коэффициенты к зарплате каждого врача с учетом показателей его работы (состояние здоровья прикрепленного контингента,

отношение к работе, конфликты и т. п.), которые действуют в течение всего года. Размер коэффициента зависит от стажа работы врача, а также то, в какой местности он работает (для работающих в сельской местности коэффициенты существенно выше). Затем начальный оклад умножается на полученный коэффициент, в результате чего получается так называемый базовый оклад врача, который является отправной точкой при расчете поправок с учетом стажа работы врача и премии по итогам работы за год. Премия выплачивается всему коллективу (семейным врачам и медсестрам) с учетом вклада каждого работника. НМСК проверяет, обоснована ли выплата премии, но решает, как она распределяется членами коллектива. Окончательный размер зарплаты семейных врачей также корректируется в соответствии с уровнем их квалификации (к базовому окладу прибавляется 30, 40 или 50%). Семейные врачи не имеют права взимать плату за консультации, даже с незастрахованных. Платными могут быть только обследования и консультации специалистов, и 50% средств, полученных от оплаты этих услуг, передаются центром первичной медицинской помощи в фонд оплаты труда врачей (Atun, 2007). Зарплаты медсестер также низкие. Базовый оклад медсестры составляет примерно 300–350 леев. Принцип оплаты труда медсестер, работающих в секторе первичной помощи, такой же, как и у семейных врачей, но коэффициенты используются другие и стаж работы не учитывается (Atun, 2007).

## 4. Планирование и регулирование

### 4.1. Регулирование

**В**опросы регулирования и управления системой здравоохранения находятся в ведении Министерства здравоохранения и, в частности, Национального центра превентивной медицины и сети его отделений на местах (см. раздел 2.3 *Организационная структура*). Но после того как были введены договорные отношения с поставщиками медицинских услуг, важную роль в области регулирования получила также НМСК.

#### **Регулирование и управление плательщиками третьей стороны**

С тех пор как в 2004 г. был введен ОМПОМС, в основе организационных отношений между покупателями и поставщиками медицинских услуг лежат договоры между ними. В молдавской системе здравоохранения единым централизованным закупщиком финансируемых государством медицинских услуг является НМСК, полностью принадлежащая государству, но обладающая значительной степенью самостоятельности; она подотчетна правительству, а главой ее административного совета является представитель парламента. НМСК была образована в 2001 г. как первый шаг в направлении реализации системы ОМС в стране. Пакет услуг, покрываемый ОМС, был определен и разработан НМСК совместно с Минздравом. Поэтому планы закупок медицинских услуг и система экономических стимулов являются реалистичными с финансовой точки зрения и при этом отражают как

приоритеты в области общественного здравоохранения, так и общенациональные приоритеты – в частности, Цели развития тысячелетия. Роль частных коммерческих компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием, в действующей системе здравоохранения Молдовы настолько незначительна, что их отдельного описания мы здесь не приводим (см. раздел 3.3 *Сбор и источники финансовых средств*, подраздел *Добровольное медицинское страхование*).

В рамках процесса регулирования деятельности системы здравоохранения НМСК обязана предоставлять в вышестоящие органы следующие виды отчетности:

- ежемесячный финансовый отчет (доходы и расходы) для Министерства финансов;
- еженедельный краткий финансовый отчет для Министерства финансов;
- ежемесячный финансовый отчет для правительства и к слушаниям;
- ежемесячный отчет для аппарата президента;
- ежемесячный отчет для Государственной налоговой службы и Национального бюро статистики;
- слушания в Парламентской комиссии по здравоохранению (один раз в два года);
- годовая финансовая отчетность для Управления финансового контроля Минздрава;
- ежегодные слушания на пленарном заседании парламента.

Несмотря на то что принятие решений находится под строгим контролем со стороны главных государственных финансовых учреждений и органов государственной власти, свою оперативную финансовую деятельность НМСК ведет самостоятельно и как закупщик медицинских услуг с юридической точки зрения является достаточно независимой. В соответствии с Законом о бюджетной системе и бюджетном процессе (1996 г., с изменениями и дополнениями от 2003 и 2005 гг.) и с Законом об обязательном медицинском страховании (1998 г., с изменениями и дополнениями от 2003, 2004, 2005 и 2007 гг.) общим управлением политикой в области здравоохранения занимаются Минздрав и Министерство финансов, а НМСК является исполнительным органом. Однако закупочной политикой НМСК в большей степени управляют Минздрав и отдельные группы заинтересованных лиц, такие как руководители республиканских больниц и главные

врачи. Критерии заключения договоров с поставщиками медицинских услуг, которые согласовываются НМСК и Минздравом, предусматривают порядок распределения ресурсов социального медицинского страхования на различные виды медицинских услуг, процедуры заключения договоров, а также методы и порядок оплаты. Бюджетные средства НМСК перечисляются непосредственно с единого централизованного счета Центрального казначейства Министерства финансов в Национальном банке Молдовы, средства на который поступают из различных источников (от правительства, от работодателей и работников и т. п.), после чего перечисляет полученные средства своим территориальным агентствам (см. раздел 3.4 *Объединение финансовых ресурсов*», подраздел *Ведомства, занимающиеся объединением финансовых ресурсов и распределением средств*).

## **Регулирование и управление поставщиками медицинских услуг**

Медицинские услуги оказывают государственные больницы и центры здоровья, а в более отдаленных сельских регионах – кабинеты врача, где есть также аптека, и центры здоровья. Объем частного медицинского обслуживания относительно ограничен. Специализированные учреждения третичного звена подчиняются непосредственно Минздраву; во главе таких учреждений стоит главный врач. Главных врачей местных больниц назначают на эту должность местные органы власти, которым они и подчиняются. Центры семейной медицины сейчас стали независимыми участниками системы здравоохранения, так как с 1 января 2008 г. им была предоставлена большая степень самостоятельности, и теперь они имеют возможность сами распоряжаться своими бюджетами. Действовавшая ранее схема допускала явное и неявное перераспределение средств, выделенных на первичную помощь, в пользу сектора стационарной помощи (см. раздел 2.4 *Децентрализация и централизация*).

Система аккредитации и управления деятельностью поставщиков медицинских услуг в настоящее время носит фрагментированный и недостаточно строгий характер, поэтому в планируемых реформах этот вопрос является одним из ключевых. В целях совершенствования системы регулирования деятельности поставщиков медицинских услуг по эгидой НЦМЗ создается специальный орган по оценке качества. В настоящее время за установление гигиениче-

ских норм и проведение санитарных инспекций отвечает Национальный центр превентивной медицины, имеющий разветвленную сеть отделений на местах, которые созданы на базе бывших советских санэпидстанций; то есть эта система осталась практически такой же, какой она была и в советское время. Аккредитация поставщиков медицинских услуг производится в соответствии с прежними нормативами и главным образом основывается на организационных критериях, установленных санэпидслужбой. Однако в нынешних условиях эти организационные критерии недостаточны для того, чтобы на их основе можно было определить, насколько тот или иной поставщик в состоянии оказать высококачественные медицинские услуги, услуги в рамках гарантированного государством минимума бесплатной медицинской помощи или ОМПОМС, покрываемый НМСК (Atun, 2007).

В Молдове пока не существует системы аккредитации и медицинского аудита медицинских и фармацевтических учреждений, позволяющей отслеживать соблюдение ими установленных стандартов качества. Каких-либо процедур лицензирования немедицинской, медицинской и фармацевтической деятельности в настоящее время не предусмотрено. Однако при Минздраве создано Агентство по лекарствам, которое занимается вопросами допуска на рынок и лицензированием новых лекарственных средств. Система лицензирования врачей в настоящее время развита слабо и не может использоваться как инструмент для улучшения качества медицинской помощи. Единственным инструментом регулирования является так называемая аттестация медицинских работников (см. раздел 5.2 *Трудовые ресурсы*, подраздел *Медицинские кадры: основные тенденции*), то есть по сравнению с советской моделью Семашко этот аспект также остался практически без изменений.

## **Регулирование и управление процессом закупок медицинских услуг**

Для молдавской системы здравоохранения договорные отношения между покупателями и поставщиками медицинских услуг являются относительно новшеством, так как они были введены только в 2004 г. в рамках системы ОМС. Введение договорных отношений кардинально изменило систему экономического стимулирования поставщиков медицинских услуг, особенно это касается секторов стационарной и неотложной медицинской помощи, поскольку для поставщиков услуг

стационарной помощи был введен метод оплаты за пролеченный случай, а для скорой и неотложной – за каждый выезд бригады скорой помощи. Благодаря этому производительность данных служб существенно повысилась. Полная информация о порядке заключения договоров содержится в разделе 3.5 *Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками*.

## **4.2. Планирование и управление медицинской информацией**

Одним из важных достижений 2007 г. была разработка новой Национальной политики в области здоровья Республики Молдова на 2007–2021 гг. (Правительство Республики Молдова, 2007b). В этом документе подчеркивается важность межсекторного взаимодействия в области улучшения здоровья населения и первостепенность вопроса о здоровье населения для социально-экономического развития страны. Создание такого документа явилось важным шагом на пути реформ, так как в молдавской системе здравоохранения возможности стратегического планирования очень ограничены и единого органа, который занимался бы вопросами планирования, в стране нет. В частности, планирование материально-технической базы и трудовых ресурсов по-прежнему производится по формулам, а не на основе реальных потребностей. Недавно Минздравом была также составлена «Стратегия развития сектора здравоохранения на среднесрочную перспективу», но никаких стратегических планов ни для одного из оперативных уровней – районов, больниц, вертикальных программ, учреждений первичной медицинской помощи, Института фармации – при этом не разрабатывается. Если же подобные планы и существуют, то в них не отражены надлежащим образом стратегии и методы достижения целей системы здравоохранения и соответствующих целевых показателей. В стратегические планы районного уровня, разработанные главными врачами районов, включено очень мало показателей и параметров, касающихся качества, действенности и эффективности медицинской помощи. Большая часть планирования и основные параметры касаются постатейного бюджетирования. Поэтому уровень согласованности работы в центре и на местах довольно низок. Это сильно мешает Минздраву осуществлять свои руководящие функции и не позволяет системе функционировать как единое целое (Atun, 2007).

Отсутствие единого стратегического плана работы на оперативном уровне привело к тому, что у Минздрава, НМСК, республиканских организаций, больниц, учреждений первичного звена, служб скорой и неотложной помощи и смежных организаций, вертикальных программ и Института фармации нет единых согласованных ориентиров и целевых показателей. Каждое звено здравоохранения и каждая организация действуют изолированно от остальных, вместо того чтобы работать как элементы единого согласованного механизма. Тем не менее в стране есть большое желание улучшить систему планирования, хотя возможностей для этого очень не хватает. Например, НЦМЗ собирает огромный объем информации по каждому из аспектов системы здравоохранения, но не располагает при этом ни временем, ни возможностями для того, чтобы надлежащим образом проанализировать полученные данные и создать, таким образом, необходимую доказательную базу для обеспечения информированного принятия решений в процессе разработки политики (см. ниже). В процессе планирования используются агрегированные данные, которые не позволяют учитывать региональные особенности. Кроме того, использование ретроспективных статистических данных о заболеваемости и смертности поддерживает скорее прежнюю систему бюджетного планирования и не обеспечивает в процессе планирования и принятия решений оперативное реагирование на создавшуюся ситуацию. Нет возможностей и для проведения исследований, касающихся результатов и последствий политических инициатив.

Основную ответственность за проведение мониторинга состояния здоровья населения несет НЦМЗ, который собирает огромные объемы информации и выпускает большое количество всевозможных отчетов (см. ниже). Однако большинство этих отчетов содержит только описательную статистику. В НЦМЗ нет аналитического отдела, который мог бы провести подробный анализ тенденций и динамики соответствующих показателей, чтобы эту описательную статистику можно было использовать в качестве основы планирования и разработки политики. Это объясняется тем, что в НЦМЗ не хватает квалифицированных кадров, обладающих необходимыми техническими навыками. Задержки с отчетностью, ограничение возможностей в области анализа данных и отсутствие органа, который бы на регулярной основе занимался анализом политических и оперативных вопросов, – все это приводит к тому, что данных для информированного принятия решений не хватает. И хотя НЦМЗ представляет в Минздрав подробную статистику демографических показателей,



данные о заболеваемости, смертности, деятельности в области здравоохранения и финансирования, в Минздраве тоже нет аналитического отдела, который мог бы надлежащим образом обработать полученные данные и обеспечить использование поступающей оперативной информации в процессе стратегического планирования. Поэтому решения зачастую принимаются без должной доказательной базы. Спрос на информацию и ее анализ также довольно ограничен и не идет дальше базовых показателей. Несмотря на то что поставщики услуг здравоохранения формируют громадные объемы отчетности для представления ее в НЦМЗ, непохоже, чтобы они были заинтересованы в том, чтобы провести анализ этих данных и как-то использовать их в процессе принятия собственных управленческих решений. Однако аппарату президента очень нужна своевременная и актуальная информация о системе здравоохранения, в частности данные о младенческой и материнской смертности, о показателях смертности и ожидаемой продолжительности жизни, а также о возникающих эпидемиях – например, ВИЧ-инфекции и туберкулеза. Эти данные по запросу предоставляет НЦМЗ (Atun, 2004).

Аппарат премьер-министра получает от НЦМЗ и Минздрава годовую статистику, а также другие необходимые данные по запросу; в этом отношении аппарат премьер-министра удовлетворен деятельностью НЦМЗ. Аппарату премьер-министра необходима регулярная и достоверная информация по ряду приоритетных вопросов, чтобы отслеживать, насколько успешно идет работа в области достижения задач, указанных в Стратегии снижения уровня бедности, Среднесрочном прогнозе расходов и Целях развития тысячелетия, а также общих показателей системы здравоохранения. Поэтому аппарат премьер-министра поддерживает инициативы по созданию интегрированной национальной информационной системы здравоохранения, однако аналитические возможности НЦМЗ в этом смысле вызывают сомнения, так как по состоянию на сегодняшний момент этот орган едва ли будет в состоянии надлежащим образом обработать данные такой информационной системы, если она заработает. В этой связи аппаратом премьер-министра были определены четыре главные проблемы, касающиеся информационного обеспечения (Atun, 2004):

- *Время, которое проходит между сбором данных и предоставлением отчетности.* К тому времени, когда собранные данные попадают в аппарат премьер-министра, проходит 18 месяцев, то есть эти данные уже успевают устареть и потому их нет смыс-

ла использовать для целей анализа ситуации и перспективного планирования.

- *Объем данных.* В аппарат премьер-министра поступает большой объем данных (а времени для освоения этих данных у сотрудников аппарата очень мало), при этом не хватает синтезированных (обобщенных) параметров, чтобы представить премьер-министру краткую и актуальную информацию, необходимую для принятия политических решений.
- *Наличие правильно подобранных и удобных параметров.* Для отслеживания ситуации, касающейся Целей развития тысячелетия и Среднесрочного прогноза расходов, есть достаточно удобные параметры, а в отношении Стратегии снижения уровня бедности и системы здравоохранения такого сказать нельзя, поэтому необходима дальнейшая работа в этом направлении.
- *Потребность в совокупности ключевых данных и показателей.* В Молдове отсутствует единая согласованная база ключевых данных и показателей, по которым можно было бы составлять регулярную отчетность, отражающую результаты деятельности системы здравоохранения.

Сбор данных проводится централизованно, процедура эта довольно масштабная, но руководители местного уровня редко используют показатели, собранные на центральном уровне, в качестве основы для своих управленческих решений. Отсутствие надежных систем надзора и устойчивых процессов сбора данных приводит также к тому, что данные о некоторых заболеваниях – в частности, о ВИЧ/СПИД – могут оказаться заниженными. Из-за недостатков действующей информационной системы здравоохранения методы расчета объема подушевого финансирования являются неточными, так как все они основаны на предположении, что соотношение численности застрахованного населения к незастрахованному во всех регионах одинакова и составляет 80 : 20, а на практике это, разумеется, далеко не всегда так (см. раздел 3.6 *Механизмы оплаты*). В частности, в ряде регионов страны концентрированно проживают определенные группы населения, среди которых преобладают незастрахованные лица (например, бедные сельские жители, которые официально относятся к самозанятому населению, так как ведут крестьянское (фермерское) хозяйство); поэтому такая неточность может привести к тому, что некоторые учреждения здравоохранения, обслуживающие участки, где фактическое соотношение численности застрахованного населения к незастрахованному не

80:20, а гораздо меньше, оказываются недофинансированными, а это может быть как раз там, где потребность в финансировании намного выше.

## **Оценка медицинских технологий**

В настоящее время специального органа, который занимался бы оценкой медицинских технологий, в Молдове нет; правда, эта функция входит в обязанность одного из управлений реорганизованного недавно Минздрава. В широком смысле к медицинским технологиям можно отнести не только использование медицинского оборудования и лекарственных средств, но также и все виды протоколов лечения. Оценка медицинских технологий является краеугольным камнем доказательной медицины, которой в молдавской системе здравоохранения, как и в других странах СНГ, остро не хватает (Duke et al., 2006). Технологии, используемые даже в республиканских учреждениях третичного звена, устарели, и это вкупе с отсутствием надлежащих протоколов лечения вызывает серьезную обеспокоенность с точки зрения качества медицинской помощи в стране. Так, проведенное в Молдове (а также в Казахстане и России) обследование, касающееся педиатрической помощи, выявило в этих странах проблему гипердиагностики некоторых состояний и избыточность медикаментозной терапии при их лечении, причем зачастую для этого использовались дорогостоящие и потенциально опасные сочетания лекарственных средств (Duke et al., 2006). В ходе этого обследования было выявлено также, что в отношении многих состояний используются единые общенациональные критерии диагностики, однако единых стандартов их лечения при этом не предусмотрено. Кроме того, имеющиеся национальные клинические руководства, как правило, не соответствовали международным стандартам и предусматривали использование препаратов, которые отсутствовали в больничных аптеках (Duke et al., 2006). Однако в новой национальной политике в области здоровья предусмотрено применение оценок медицинских технологий в целях обеспечения информированности политических решений (Правительство Республики Молдова, 2007b).

## **Информационные системы**

В молдавской системе здравоохранения используются механизмы сбора данных, применявшиеся еще в советское время, и есть не-

сколько организаций, занимающихся сбором данных на регулярной основе, но действующие в настоящее время системы мониторинга и оценки в основном ориентированы на отслеживание затрат, видов деятельности и административного контроля. Для систем мониторинга и оценки характерны: (а) большое количество данных, формируемых на оперативном уровне, (б) сбор данных на бумажных носителях, (в) фрагментированность систем сбора данных, при этом вопрос о том, как связаны между собой различные системы, однозначного ответа не имеет, (г) сбором и анализом данных занимаются несколько организаций, при этом наблюдается явное дублирование функций, и (д) ограниченность возможностей в области анализа данных (Atun, 2007).

В Молдове сбором данных, имеющих отношение к системе здравоохранения, занимается несколько отраслевых министерств и целый ряд организаций. К ним относятся в том числе Национальный центр превентивной медицины (который связан с санэпидслужбой), Национальный институт статистики, НЦМЗ и НМСК. Кроме этого, сбором данных занимается на регулярной основе несколько международных организаций (например, ЮНЭЙДС собирает данные по показателям, установленным Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИД, а ЮНИСЕФ – данные о здоровье матери и ребенка).

Головной организацией, занимающейся сбором и анализом данных, является НЦМЗ, но ее работа сильно затруднена избыточностью данных, действующими требованиями, предъявляемыми к отчетности, и ограниченностью ресурсов. НЦМЗ регулярно собирает и публикует информацию о демографической ситуации, об уровнях заболеваемости и смертности (от инфекционных и неинфекционных заболеваний, в результате несчастных случаев и непреднамеренных травм), о финансировании здравоохранения (включая тарифы на оплату медицинских услуг), о деятельности системы здравоохранения и о лекарствах. Эти данные публикуются с разбивкой по возрасту, полу и месту проживания населения (в городской или сельской местности), но без разбивки по социально-экономическим характеристикам (Atun, 2007). НЦМЗ составляет для Минздрава и Национального бюро статистики 48 видов отчетов (охватывающих 6000 показателей) по инфекционным болезням (ежемесячно, ежеквартально и ежегодно) и неинфекционным заболеваниям (ежегодно). Доклады о демографических характеристиках и смертности ежемесячно представляются президенту, в парламент и в аппарат премьер-министра, а также в Минздрав. На-

циональное бюро статистики публикует Статистический ежегодник (правда, с опозданием: между сбором данных и их публикацией проходит 18 месяцев). НЦМЗ также собирает данные о некоторых показателях состояния здоровья населения, необходимых для проекта Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение», и ежеквартально предоставляет их в этот фонд.

Огромные объемы данных формируются на районном уровне. В каждом районе есть свое бюро статистики, в котором работают три-четыре человека (статистики, экономист и специалист по информационным технологиям), при этом один из них отвечает за сбор данных, касающихся первичного звена медицинской помощи. Главный врач района, который одновременно является главным врачом районной больницы, отслеживает выдачу направлений на госпитализацию, а также поступления и выписку пациентов из районной и республиканских больниц, уровень использования средств и платежи от НМСК и расходы; экономические данные и информация об использовании договорных средств отслеживаются еженедельно. Данные из районов поступают в НЦМЗ. В свою очередь, один раз в год главный врач района получает итоговые данные о медицинской статистике.

Установленных эталонных показателей для сравнения данных между различными районами нет, так как в стране не используются целевые показатели и параметры надлежащей медицинской практики. Показателей для измерения эффективности медицинского обслуживания и удовлетворенности пациентов также нет. Поэтому, несмотря на обилие собираемой информации, объем сведений о качестве и результатах медицинских мероприятий ограничен. Для обеспечения такого уровня мониторинга в больницах и учреждениях ПМСП необходимо ежегодно заполнять как минимум 435 различных форм. Кроме того, врачам первичного звена приходится заполнять еще 35 форм. Большинство врачей жалуются на огромное количество бумажной работы и бюрократизированность своей деятельности, так как это отнимает у них колоссальное количество времени и мешает выполнять непосредственные врачебные обязанности. В свою очередь это снижает мотивацию врачей и их поддержку реформ здравоохранения (Atun, 2007).

Минздравом создана специальная комиссия, которая проводит для НЦМЗ мониторинг качества данных, собираемых поставщиками медицинских услуг. С этой целью, путем сравнения данных от источника с данными (отчетами), представляемыми в НЦМЗ, проводятся выборочные проверки целостности, согласованности и достоверно-

сти данных. Обеспечение качества данных лучше организовано в больницах, где диагнозам присваиваются коды по МКБ-10. Данные о рождаемости и смертности проверяются в трех местах: в НЦМЗ, Национальном бюро статистики и Информационном управлении Минздрава. НЦМЗ собирает и регулярно предоставляет информацию для Базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех», однако эти данные и используемые в них показатели не согласуются с принятыми в других странах, поэтому провести адекватное сравнение на их основе невозможно. В компьютерных информационных системах, используемых в секторе здравоохранения Молдовы, также не применяются рекомендуемые международные технологические платформы, архитектура и стандарты (Atun, 2007).

Важная роль в сборе и анализе данных, касающихся финансирования, расходов и деятельности поставщиков медицинских услуг, принадлежит НМСК, которая создала также собственную систему мониторинга и оценки и каждый месяц собирает данные о деятельности поставщиков (на базе представленных счетов за услуги), которые используются для отслеживания объемов предоставляемых услуг и принятия решений об оплате. С помощью этих данных НМСК имеет возможность ежедневно отслеживать использование средств в каждой организации здравоохранения (Atun, 2007).

Данные, имеющие отношение к системе здравоохранения, собирает и ряд других организаций, в том числе Национальный институт статистики, международные организации и отраслевые министерства. Так, например, Министерство внутренних дел собирает социально-демографические данные, а Министерство финансов – социально-экономические. Министерство финансов собирает данные для мониторинга достижения Целей развития тысячелетия, но большую часть сведений в области здравоохранения ему предоставляют НЦМЗ и Национальное бюро статистики, которые собирают данные о детерминантах здоровья и проводят исследования уровня бедности. Национальное бюро статистики проводит также ежегодное обследование расходов домохозяйств, результаты которого разбиты по квинтилям. Национальный центр превентивной медицины занимается санитарно-эпидемиологическим контролем. Как и в советской системе санэпиднадзора, Национальный центр превентивной медицины имеет сеть своих отделений по всей стране и собирает детализированные данные о санитарно-эпидемиологической обстановке в республике. Национальный институт фармации, в котором есть собственный отдел, занимающийся мониторингом и оценкой,

собирает данные о выписке рецептов на лекарства и ситуации на фармацевтическом рынке страны (Atun, 2004).

В опубликованной в октябре 2004 г. концепции было рекомендовано создать «Интегрированную национальную медицинскую информационную систему», в которой были бы связаны информационные системы, используемые НМСК, Центром превентивной медицины, службами иммунизации, станциями скорой помощи, первичным звеном здравоохранения, противотуберкулезной службой, программами по ВИЧ/СПИД и лекарствам, и которая позволила бы с помощью услуг телемедицины обеспечить связь между поставщиками медицинских услуг, учебными организациями, агентствами по аккредитации и НЦМЗ. Правительственному Управлению информационных технологий было поручено реализовать эту новую систему, в которой каждому гражданину при рождении присваивался бы индивидуальный идентификационный номер, позволяющий связать данные из различных источников (Atun, 2007). Однако в молдавской системе здравоохранения информационные технологии развиты очень слабо, и, для того чтобы реализовать такой проект, необходим значительный объем ресурсов для создания соответствующего кадрового потенциала и разработки базы данных для поставщиков медицинских услуг и других организаций, чтобы обеспечить значительное сокращение объема собираемой информации, особенно на уровне первичного звена.

Национальная стратегия создания информационного общества в Молдове направлена на внедрение информационно-коммуникационных технологий в медицинских организациях, расширение доступа к Интернету и рост потенциала работников здравоохранения в области компьютерной грамотности. В период с 1995 по 2003 г. было проведено несколько пилотных проектов, направленных на создание баз данных по эпидемиологии (в целях обеспечения более качественных оценок причин смертности и заболеваемости туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и ИППП) и совершенствование управленческих информационных систем в больницах, аптеках и других медицинских организациях. Но несмотря на то что вопросам создания интегрированных информационных систем посвящен целый ряд различных политических документов («Концепция и модель медицинской информационной системы», «Концепция интегрированной медицинской информационной системы», «Концепция и техническое задание единой информационной системы обязательного медицинского страхования»), практическая реализация этой программы упирается в нехватку необходимых ресурсов (Atun, 2007).

Действующие в настоящее время системы сбора данных организованы таким образом, что на их основе невозможно обеспечить связь между основными детерминантами здоровья и моделями поведения (например, использованием услуг первичной и стационарной помощи) с их результатами и последствиями (такими, как качество услуг, уровень заболеваемости и смертности). Поэтому такая система не позволяет сделать обоснованный вывод о причинно-следственных связях и определить характер воздействия различных политических вмешательств. Это вызывает особое сожаление, поскольку каждому гражданину Молдовы уже присвоен уникальный идентификационный номер, и в этом смысле республика находится в более выгодном положении, так как благодаря этому появилась возможность отследить путь пациентов в системе здравоохранения и проанализировать, в какой мере изменения моделей поведения влияют на результаты (Atun, 2007).

## **Научно-исследовательская деятельность**

Минздрав выделяет часть своего бюджета на научно-исследовательскую деятельность, и в 2005 г. она составила 1,7% общих расходов на здравоохранение (см. табл. 3.5). Но в настоящее время объем научно-исследовательской деятельности в области здравоохранения довольно незначителен.



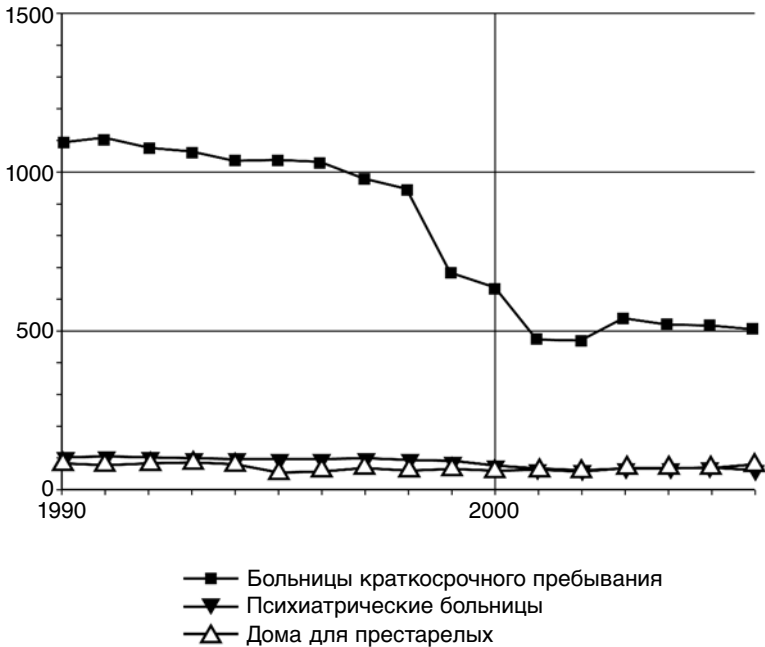
## 5. Материальные и трудовые ресурсы

### 5.1. Материальные ресурсы

#### Инфраструктура

На рис. 5.1 показана динамика изменения обеспеченности больничными койками на 100 000 населения в больницах краткосрочного пребывания, психиатрических больницах и больницах долговременного ухода. В психиатрических больницах и больницах долговременного ухода уровень обеспеченности койками оставался относительно стабильным, хотя и сравнительно невысоким; однако в больницах краткосрочного пребывания для лечения острых и неотложных состояний после провозглашения независимости коечный фонд резко сократился, особенно в период с 1998 по 2000 г. В условиях серьезных экономических трудностей после финансового кризиса в России в 1998 г. правительство Молдовы вынуждено было в целях экономии средств сократить затраты в секторе здравоохранения. В период между 1998 и 2000 гг. было издано несколько правительственных постановлений, касающихся реорганизации больничного сектора, а в проекте постановления 2006 г. содержится предложение о еще большей консолидации и рационализации работы больничного сектора. Согласно этим постановлениям Минздрав и тогдашние уездные управления здравоохранения обязаны были приступить к рационализации и реорганизации работы больничного сектора страны в целях сокращения расходов на содержание больниц и высвобождения остро необходимых ресурсов для использования их в секторе первичной медицинской помощи. Согласованный Минздравом и уездными управлениями здравоохранения

**Рис. 5.1. Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в медицинских учреждениях различного профиля, с 1990 г. по настоящее время**



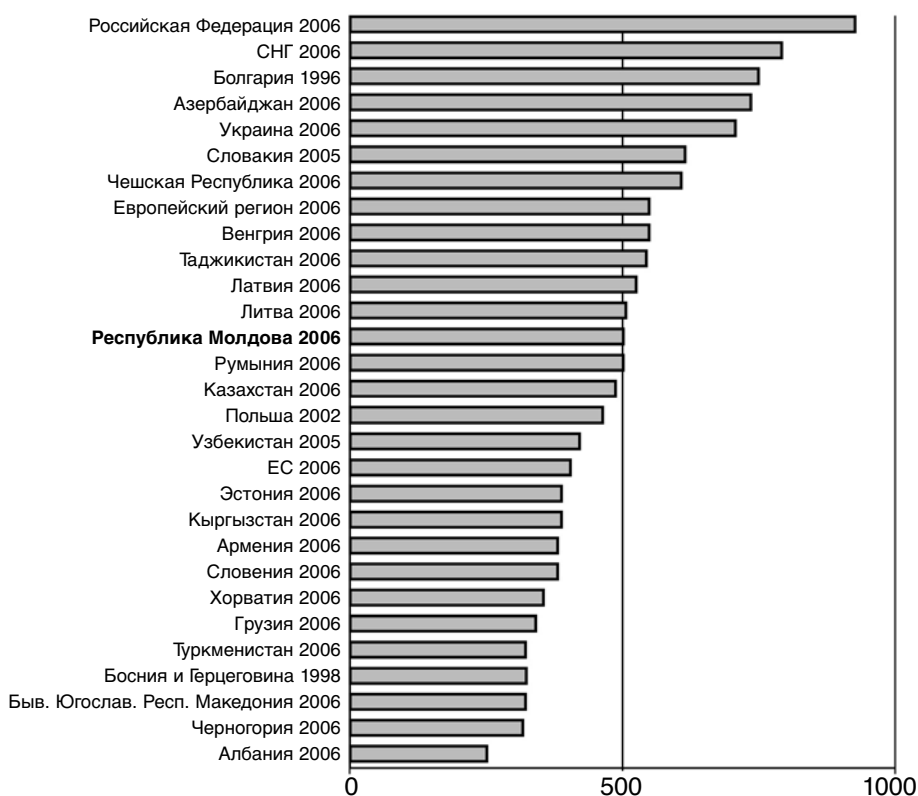
Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

среднесрочный план реструктуризации предусматривал сокращение числа больниц в уездах и вдвое коечного фонда на подведомственных территориях. Правительством был также разработан и утвержден десятилетний план реорганизации больничного сектора в муниципии Кишинев и республиканских больниц в столице страны. Реализация этого плана стала одним из условий выплаты третьего транша кредита МВФ на структурную перестройку экономики (World Bank, 2005).

В 1991 г. в Молдове было 335 больниц с общим фондом в 57 000 коек (то есть обеспеченность больничными койками составляла 131 на 100 000 населения). В период с 1995 по 2002 г. численность больниц (включая республиканские больницы) уменьшилась с 335 до 110. За тот же период число коек было сокращено с 53 000 до 24 000. К 2006 г. общее число больниц уменьшилось до 84, а общее число

коек примерно до 22 000 (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). В 2006 г. обеспеченность койками в больницах краткосрочного пребывания составляла 506 на 100 000 населения, что превышает средний показатель по ЕС (410 на 100 000), но значительно меньше среднего по СНГ в том же году (707 на 100 000) (см. рис. 5.2 и 5.3). Ежегодная экономия в результате сокращения избыточного коечного фонда оценивается примерно в 10 млн долларов США, что составляет около 25% общих расходов на здравоохранение в стране; сэкономленные таким образом средства пошли на сокращение задолженностей, увеличение ассигнований на первичную

**Рис. 5.2. Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в больницах краткосрочного пребывания в странах Центральной и Восточной Европы и новых независимых государствах, по последним имеющимся данным**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

медицинскую помощь, повышение зарплат работникам и модернизацию парка медицинского оборудования (World Bank, 2005).

В период с 1990 по 2004 г. наряду с сокращением коечного фонда больниц уровень госпитализаций снизился с 23,5 до 16,3 на 100 человек, и, хотя в 2006 г. этот показатель снова вырос до 16,7, он все равно остался ниже среднего по ЕС (18 на 100 человек в 2005 г.) и СНГ (20,5 на 100 человек в 2006 г.). Снижение уровня госпитализаций в Молдове сопровождалось уменьшением средней продолжительности госпитализации в больницах краткосрочного пребывания, которая была максимальной в 1996 г. (16 дней), но к 2006 г. уменьшилась почти вдвое, до 8,2 дня (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Таким образом, продолжительность госпитализации в больницах краткосрочного пребывания в Молдове по-прежнему больше, чем в среднем по ЕС (в 2005 г. этот показатель составлял 6,7 дня), но значительно меньше, чем в среднем по СНГ (11 дней в 2006 г.). После сокращения числа больниц и коечного фонда коэффициент использования коечного фонда (который измеряется как коэффициент средней занятости койки в больницах краткосрочного пребывания) в 2004 г. составлял 62,9%, что предполагало возможность дальнейшего сокращения мощностей, и в 2006 г. коэффициент средней занятости койки в больницах краткосрочного пребывания составлял уже 72,9% (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

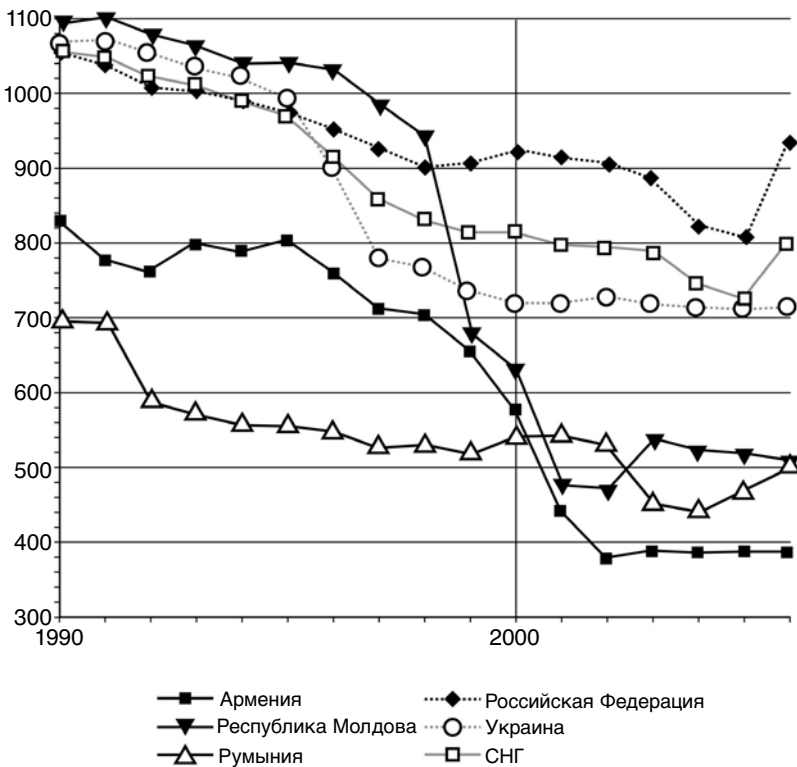
## **Основные фонды и капитальные вложения**

До конца 1990-х гг. сеть медицинских учреждений Молдовы была одной из самых экстенсивных в мире, несмотря на то что меры по сокращению избыточных мощностей предпринимались постоянно (World Bank, 2003). Во всех городах и пунктах с населением более 3000 человек были поликлиники, а в населенных пунктах менее 3000 человек – центры здоровья, медпункты и фельдшерские пункты. В общей сложности сеть учреждений по оказанию медицинской помощи населению включала как минимум 305 больниц, 1011 медпунктов и 189 центров здоровья. Но при этом почти 30% расходов на стационарную помощь поглощали около 20 республиканских институтов, расположенных в Кишиневе, которые оказывали высокоспециализированную помощь. Рационализация больничного сектора проводилась в основном на уровне районов, а сокращение числа больниц происходило во многом за счет закрытия сельских

медицинских учреждений; поэтому в масштабах всей страны реорганизация больничного сектора была неравномерной, и многие больницы до сих пор загружены менее чем наполовину. Пока что основной целью реструктуризации было снижение затрат путем сокращения избыточных мощностей, но это не всегда носило стратегический характер и не имело своей задачей повышение эффективности больничного сектора.

И хотя на периферии в области консолидации оказания услуг были достигнуты большие успехи, обусловленные сокращением избыточной инфраструктуры, в столице рационализация третичного звена и оказание медицинских услуг были не столь очевидны, что

**Рис. 5.3. Обеспеченность больничными койками на 100 000 населения в больницах краткосрочного пребывания в Молдове и некоторых других странах, с 1990 г. по настоящее время**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

объясняется как политическими, так и техническими причинами. На сегодняшний день не была закрыта ни одна из республиканских больниц, несмотря на их избыточность в Кишиневе, где оказание аналогичных услуг дублируется в республиканских и муниципальных больницах. В 2002 г. была утверждена комплексная программа реструктуризации больниц в муниципии Кишинев, но пока она реализована не была (World Bank, 2003). Поэтому в Кишиневе до сих пор имеет место избыток мощностей больничных учреждений и дублирование больничных услуг, особенно в области гинекологии, травматологии и педиатрии.

Инфраструктура больничного сектора и первичного сектора развита плохо, за исключением учреждений, которые были переоборудованы в рамках проекта Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение» или при поддержке других международных организаций (Doganov and Acaju, 2003). Большинство инвестиций в основные фонды было произведено в целях создания центров первичной медицинской помощи на всей территории страны, и с середины 1990-х гг. текущий ремонт и обслуживание основных фондов не были национальным приоритетом. Местные правительства и районные управления здравоохранения предоставляют помещения для работы семейных врачей и отвечают за ремонт центров семейной медицины, но в материально-техническую базу и оборудование этих учреждений они вкладывают мало. В период с 2003 по 2005 г. районные власти выделили на ремонт и закупки медицинского оборудования менее 1% своего бюджета (Atun, 2007).

## **Информационные технологии**

Информационные технологии играют важнейшую роль в развитии систем анализа и обработки информации, способствующих переходу к системе здравоохранения, ориентированной на результаты работы; однако в Молдове очень мало поставщиков медицинских услуг использует компьютеры для сбора данных и управления информацией. В этой связи одним из ключевых аспектов дальнейших реформ является развитие соответствующих информационно-коммуникационных технологий (см. раздел 4.2 *Планирование и управление медицинской информацией*, подраздел *Информационные системы*).

## Медицинское оборудование, приборы и аппараты

В 1990-х гг. инвестиции в приобретение и техническое обслуживание медицинского оборудования не производились, а оборудование, впоследствии закупленное или полученное по линии международной помощи, не всегда отвечало национальным приоритетам. Кроме того, в стране отсутствуют четкие критерии оценки медицинских технологий, на которые можно было бы ориентироваться в целях повышения эффективности затрат (см. раздел 4.2 *Планирование и управление медицинской информацией*, подраздел *Оценка медицинских технологий*). Значительная часть медицинских учреждений страны оснащена устаревшим оборудованием. Одним из важнейших вопросов, связанных с технологиями в системе здравоохранения, также является их устаревание. Как и материально-техническая база, большая часть оборудования медицинских институтов была установлена еще в советское время и нуждается в замене. Так, например, в результате одной из проверок в 2005 г. было выявлено, что около 60% оборудования республиканских больниц в научно-исследовательских центрах являлось устаревшим, а еще 10% находилось в нерабочем состоянии; в районных же медицинских учреждениях эти показатели достигали соответственно 80 и 20% (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

## Лекарственные средства

В целях преодоления нехватки лекарственных препаратов, которая достигла уже критической отметки, в 1993 г. в Молдове была проведена приватизация аптек. Поставки лекарственных средств являются единственным элементом молдавской системы здравоохранения, где доля частного сектора достаточно велика. С 2005 г. во всех учреждениях здравоохранения вывешиваются перечни лекарственных средств, вошедших в пакет услуг, оплачиваемых в рамках ОМС. В настоящее время большинство аптек являются частными и расположены в основном в городах; при этом в некоторых сельских населенных пунктах аптек нет вообще.

Минздрав намерен улучшить систему регулирования фармацевтического рынка страны путем создания центрального агентства по лекарствам, внесения изменений в действующий порядок закупки лекарственных средств и расширения сети государственных аптек в

сельской местности в целях улучшения доступа населения к фармацевтической помощи. В задачи агентства по лекарствам входит также создание механизмов аккредитации, лицензирования и регулирования вопросов, связанных с медикаментами, медицинским оборудованием и технологиями.

## 5.2. Трудовые ресурсы

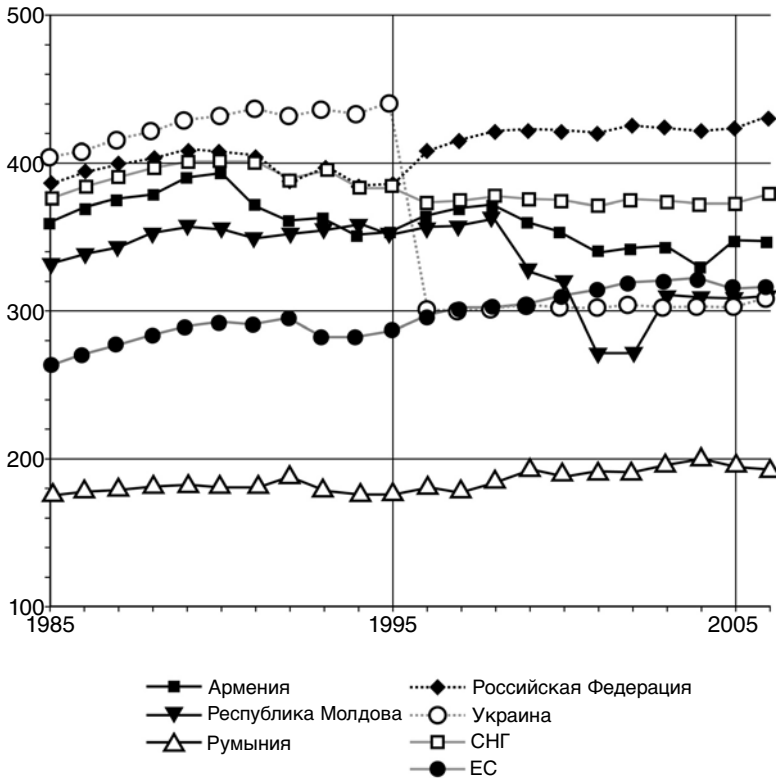
### Медицинские кадры: основные тенденции

По официальным данным, в 1990 г. в Молдове было примерно 15 500 врачей (355 на 100 000 населения) и 42 700 медсестер (978 на 100 000 населения). К 2006 г. число врачей уменьшилось до 11 100 человек (311 на 100 000 населения) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007), а общее число медсестер, согласно данным Ассоциации медицинских сестер Молдовы, уменьшилось с 48 000 в 1995 г. до 22 000 в конце 2006 г., хотя, по данным официальной статистики, это показатель несколько выше и составляет 25 200 человек (703 на 100 000 населения) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007) (см. рис. 5.4 и 5.5).

После структурных реформ 1998 г. число врачей, работающих в системе здравоохранения, неуклонно падало, и в 2006 г. обеспеченность врачами в Молдове была сопоставима со средним показателем по ЕС (315 на 100 000 населения), но существенно ниже, чем в среднем по СНГ (377 на 100 000 населения) (см. рис. 5.4). Численность медсестер, работающих в системе здравоохранения, начала падать еще раньше, в 1993 г. достигнув своего минимума – 629 медсестер на 100 000 населения в 2002 г. (см. рис. 5.5). Аналогичные тенденции наблюдались во всех странах СНГ, где численность медсестер сильно упала, в то время как в странах Евросоюза она стала расти (см. рис. 5.5). В Молдове диспропорция численности медсестер по отношению к численности врачей, работающих в системе здравоохранения, на 100 000 населения является не столь значительной, как в других странах Центральной и Восточной Европы и СНГ, но их соотношение все еще далеко от идеального (см. рис. 5.6). Несмотря на значительное уменьшение числа медицинских работников вследствие миграции и других причин, в системе здравоохранения Молдовы имеет место переизбыток медицинских кадров, в особенности это касается работников некоторых специальностей, обеспеченность которыми на душу населения пока еще гораздо выше средних пока-



**Рис. 5.4. Число врачей на 100 000 населения в Молдове и некоторых других странах, с 1985 г. по настоящее время**

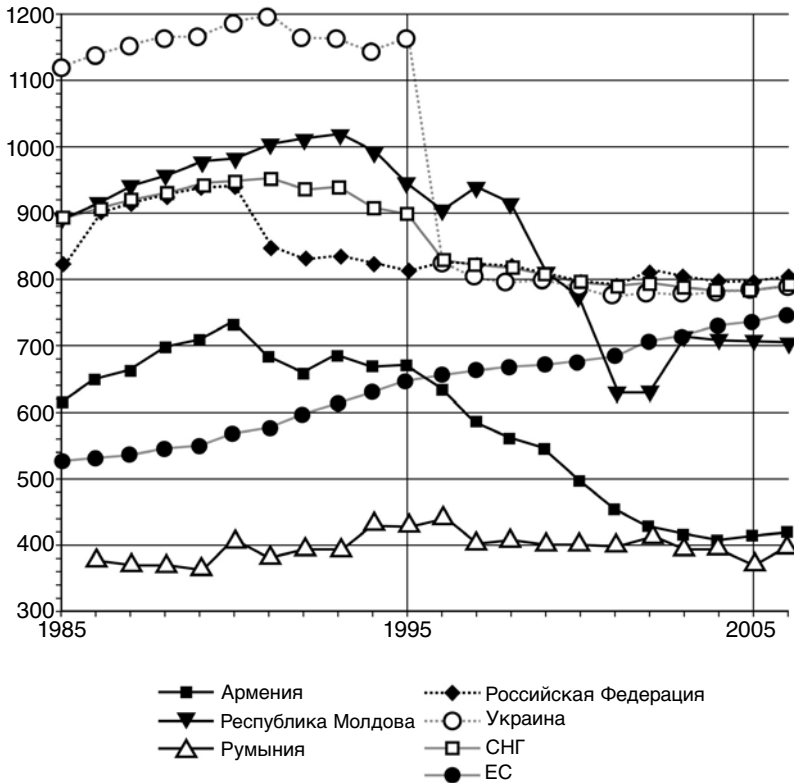


Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

зателей по ЕС, в то время как численность врачей, работающих в секторе оказания первичной медицинской помощи, пока еще очень невелика (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Очень трудно оказалось привлечь и удержать медицинские кадры в сельской местности. У сельских медицинских работников зарплаты выше (за счет надбавок, которые они получают за стаж работы в сельской местности); они имеют и некоторые другие льготы – например, бесплатное жилье. Однако совершенно очевидно, что для удержания медицинских кадров на селе этого недостаточно. Наиболее острый дефицит медицинских кадров наблюдается на станциях скорой помощи и в районных больницах; соответственно, самые высокие зарплаты в настоящее время получают работники служб скорой

**Рис. 5.5. Число медсестер на 100 000 населения в Молдове и некоторых других странах, с 1985 г. по настоящее время**

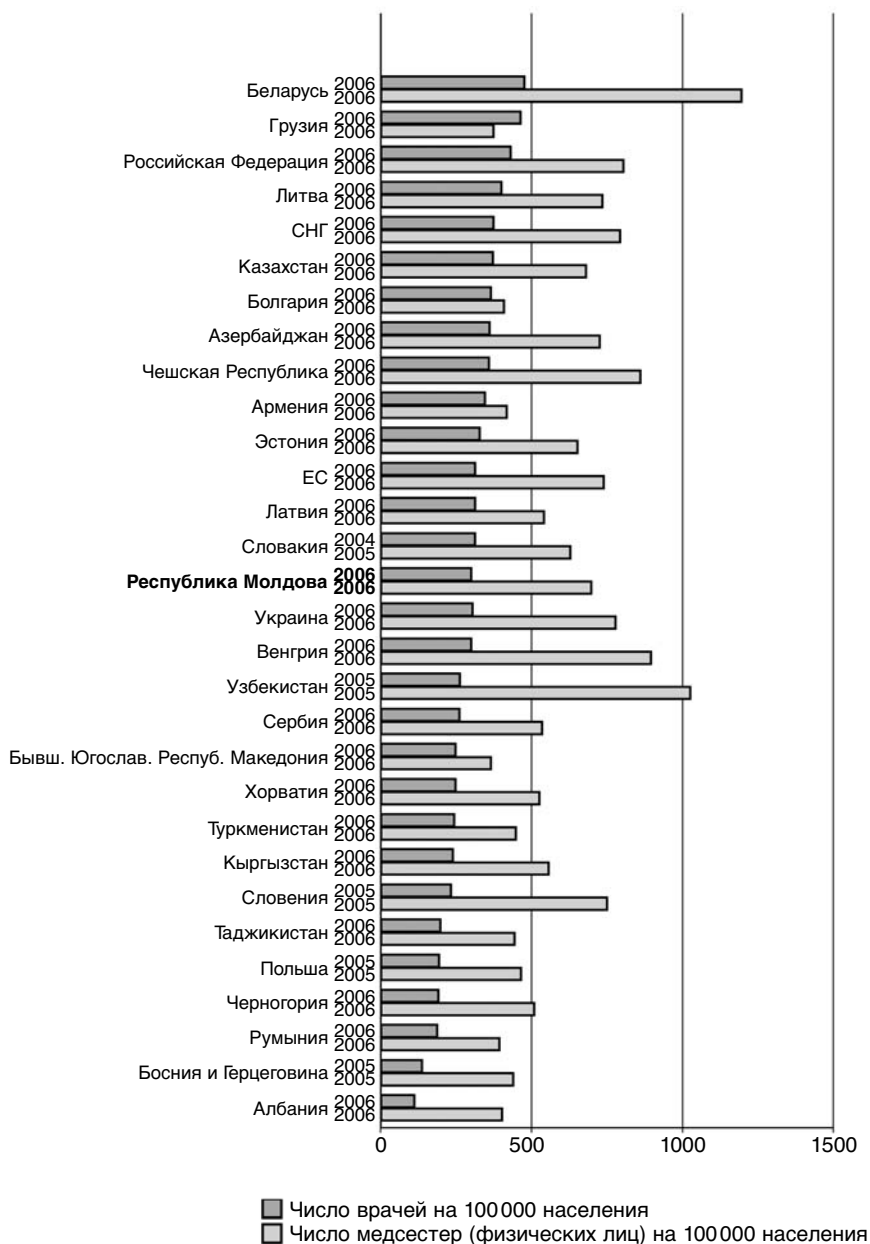


Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

помощи, а самые низкие – врачи, консультирующие амбулаторно в районных больницах и муниципальных медицинских учреждениях (см. рис. 5.7).

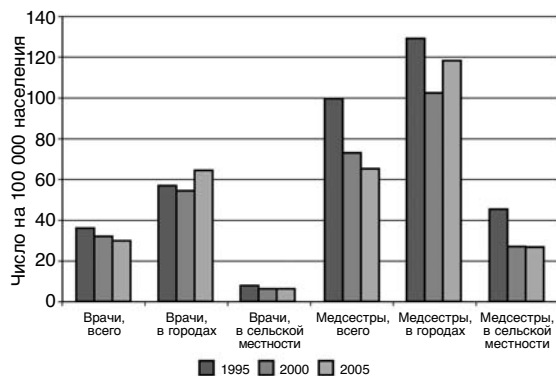
Несмотря на то что после экономического кризиса 1998 г. число стоматологов в Молдове уменьшилось, в 2006 г. их было 42 на 100 000 населения, что примерно соответствует уровню до 1991 г. (в 1991 г. этот показатель составлял 44 на 100 000 населения) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Это значительно ниже среднего показателя по ЕС, который в 2006 г. был на уровне 62 на 100 000 населения, но гораздо выше, чем в соседней Румынии (см. рис. 5.8). Следует отметить, однако, что практически все стоматологи в Молдове ведут частную практику, а число стоматологов в эквивален-

**Рис. 5.6. Число врачей и медсестер на 100 000 населения в Молдове и некоторых других странах, по последним имеющимся данным**



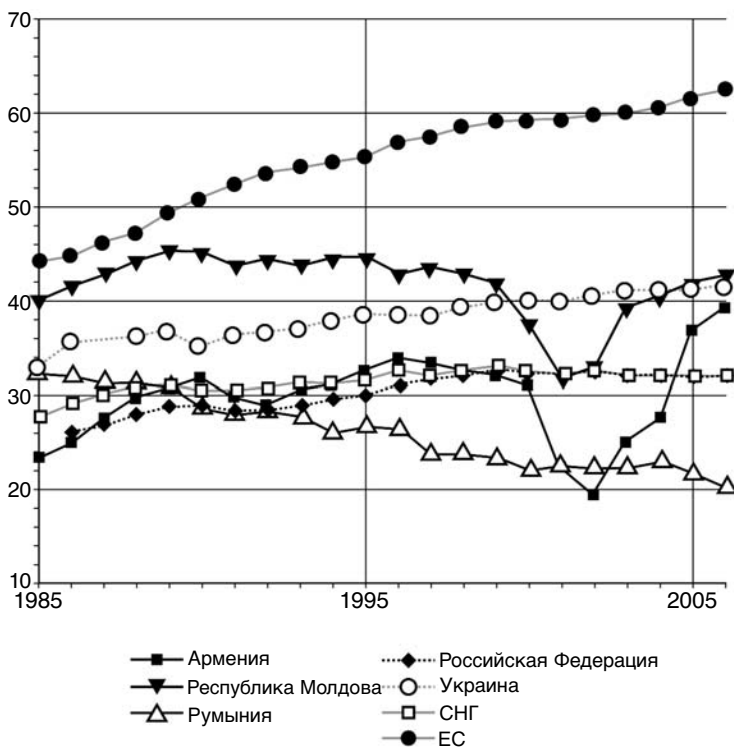
Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

**Рис. 5.7. Число врачей и медсестер на 10 000 населения в городской и сельской местности**



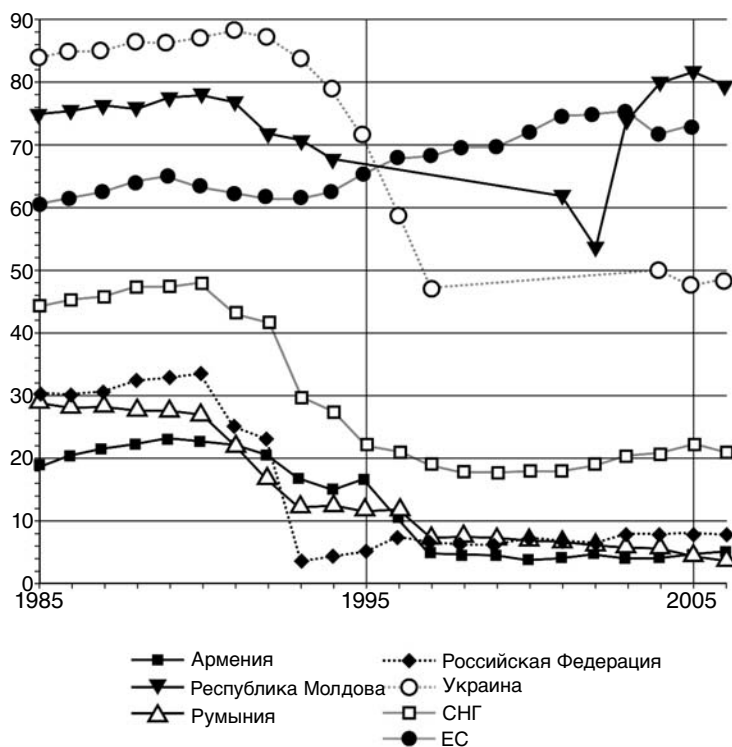
Источник: National Centre for Public Health and Management, 2006.

**Рис. 5.8. Число стоматологов на 100 000 населения в Молдове и некоторых других странах, с 1985 г. по настоящее время**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

**Рис. 5.9. Число фармацевтов на 100 000 населения в Молдове и некоторых других странах, с 1985 г. по настоящее время**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

те полной занятости составляло в 2006 г. всего 25 на 100 000 населения (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Как и стоматологи, большинство фармацевтов работают в частном секторе, и в отличие от остальных стран СНГ в Молдове после обретения независимости число фармацевтов увеличилось до 81 на 100 000 человек (см. рис. 5.9). Таким образом, обеспеченность фармацевтами в Молдове сопоставима с показателями стран Западной Европы. Однако, как и другие медицинские кадры, фармацевты распределены по территории страны неравномерно, и в сельской местности их не хватает (как и аптек), что серьезно сказывается на доступности медикаментов для населения, проживающего за пределами крупных и мелких городов (см. раздел 6.5 *Фармацевтическая помощь* и раздел 5.1 *Материальные ресурсы*, подраздел *Лекарственные средства*).

## Планирование медицинских кадров

Определение потребностей системы здравоохранения в кадрах является функцией Управления кадров Минздрава, которое использует для этого методы централизованного планирования. Однако планирование трудовых ресурсов не отвечает реальным потребностям, и потому работников одних специальностей в городах оказывается больше, чем нужно, а семейных врачей в сельской местности не хватает. Географическое распределение медицинских кадров является крайне неэффективным и несправедливым, что создает серьезные проблемы. Для надлежащего функционирования молдавской системы здравоохранения необходим действующий механизм привлечения и удержания персонала, особенно это касается первичного звена медицинской помощи, которое традиционно испытывает дефицит ресурсов по сравнению с больничным сектором (Atun, 2007).

Несмотря на избыток квалифицированных кадров, удержать их в системе здравоохранения оказалось нелегко, так как вознаграждение, которое они получают за свой труд, крайне мало. Низкий уровень заработной платы медицинских работников способствовал также распространению неофициальных платежей, которые взимаются с пациентов. Поэтому в целях повышения материальной заинтересованности кадров в Молдове были предприняты меры по изменению порядка расчета заработной платы. Так, медицинские работники на селе теперь получают больше, чем в городах. В 2005 г. в медицинских учреждениях республиканского уровня среднемесячная зарплата врачей увеличилась на 17,6%, а в районных больницах – на 30,7%; при этом среднемесячная зарплата медсестер возросла на 12,5% в муниципальных учреждениях и на 23,2% – в районных (более подробно см. раздел 3.6 *Механизмы оплаты*, подраздел *Оплата труда медицинских работников*). Тем не менее заработки семейных врачей по-прежнему остаются относительно низкими.

## Подготовка медицинских кадров

Врачей в Молдове готовят в пяти медицинских колледжах, имеющих государственную аккредитацию, и в Государственном университете медицины и фармации. Подготовка и аккредитация врачей в Государственном медицинском университете строго регулируется. Кроме того, раз в пять лет врачи обязаны проходить курсы повышения ква-

лификации. Перед поступлением в ординатуру и прохождением дальнейшего курса обучения необходимо сдать государственные экзамены по медицине. В последние годы требования к базовой медицинской подготовке и порядку сдачи экзаменов несколько снизились, что вызывает определенную озабоченность. Вместе с тем были внесены и некоторые положительные изменения в программу последипломной подготовки специалистов в области семейной медицины и менеджмента в здравоохранении. Подготовка медсестер производится в пяти медицинских колледжах, дающих среднее специальное медицинское образование. В 1999 г. число медицинских колледжей было уменьшено с 8 до 5 в целях сокращения предполагаемого избытка сестринских кадров. Ежегодно на сестринские специальности поступает от 600 до 700 человек, но достаточна ли нынешняя численность будущих медсестер, в данный момент непонятно, так как каждый год большое количество медсестер уходит из профессии. Чтобы улучшить подготовку среднего медицинского персонала, в октябре 2000 г. в Государственном университете медицины и фармации был открыт факультет сестринского дела. Здесь готовят высококвалифицированных медицинских сестер по следующим направлениям: менеджмент, научные исследования, преподавание и администрирование. Срок обучения составляет 4 года. Но несмотря на то что система последипломного образования медсестер совершенствуется, содержание и качество базовой подготовки вызывает беспокойство (MacLehose, 2002).

К основным проблемам в области улучшения подготовки медицинских кадров относятся следующие:

- нехватка учебных материалов по доказательной медицине для подготовки врачей;
- отсутствие высококвалифицированных преподавателей в медицинских учебных заведениях;
- отсутствие отвечающих современным требованиям учебных планов, в которых основное внимание уделялось бы профилактическим вопросам и ведению больных, а не лечебным аспектам здравоохранения;
- необходимость создания системы непрерывного медицинского образования в целях повышения квалификации врачей, уже работающих в системе здравоохранения;
- нехватка передовых учебных центров, преподавателей и программ, позволяющих получить доступ к современным медицинским технологиям и медицинским протоколам.

В свете последних реформ особое внимание стало уделяться подготовке семейных врачей и менеджеров здравоохранения; были значительно усовершенствованы учебные программы. Подготовка семейных врачей в Молдове началась в 1993 г., когда на факультете семейной медицины Государственного университета медицины и фармации была начата программа подготовки интернов. Факультет семейной медицины был создан в Государственном университете медицины и фармации в 1998 г., после чего в 2000 г. была открыта первая кафедра управления и общественного здравоохранения. В рамках программы развития семейной медицины в Кишиневе начали работать две типовые семейные практики, которые с тех пор стали использоваться в процессе обучения как учебные центры. Один из них, университетский учебный центр семейной медицины, был переоборудован и оснащен при поддержке проекта Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение», который также обеспечил финансирование для создания региональных учебных центров семейной медицины в Оргееве, Бельцах, Лапушне, Унгенах и Кагуле. На факультете семейной медицины, который пользуется большой поддержкой со стороны Государственного университета медицины и фармации, работают 15 преподавателей, в том числе 4 доцента и 8 старших преподавателей (Atun, 2007).

Подготовка специалистов по семейной медицине ведется по трем различным программам, а также по краткосрочной программе переподготовки. Окончившим курс обучения в интернатуре (эта программа была начата в 1993 г. и завершилась в 2002 г.) были выданы дипломы семейных врачей. Выпускники этой программы получили такой же статус и выполняли те же функции, что и врачи, прошедшие курс обучения по семейной медицине. По окончании обучения семейные врачи работали в секторе первичной медицинской помощи. Программу подготовки интернов прошли в общей сложности около 1600 врачей, из них примерно 40% до сих пор работают в молдавской системе здравоохранения в качестве семейных врачей. С 1998 по 2006 г. проводились также четырехмесячные курсы переподготовки специалистов (в частности, гинекологов и педиатров), работающих в первичном звене здравоохранения (Atun, 2007). Целью переподготовки было создание необходимого количества семейных врачей, которое позволило бы приступить к реформам сектора первичной помощи в Молдове, и курсы переподготовки по семейной медицине прошли около 2000 специалистов (World Bank, 2005). В период с 2000 по 2006 г. около 500 врачей окончили трехгодичную про-



грамму ординатуры по семейной медицине. Однако привлечь молодых специалистов к прохождению этой программы было трудно, поскольку ее выпускники получали точно такой же диплом, как и те, кто окончил одногодичный курс обучения в интернатуре или четырехмесячные курсы переподготовки; поэтому особых стимулов учиться три года выпускники не имели (Rhodes, 2007).

В целом ведущую роль в системе здравоохранения Молдовы по-прежнему играют врачи-специалисты, а профессия семейного врача считается непрестижной. Наряду с низкими зарплатами это отнюдь не способствует энтузиазму со стороны врачей поступать в ординатуру или проходить программу переподготовки по семейной медицине, несмотря на то что спрос на эту специальность очень высок. В период с 1993 по 2005 г. было подготовлено 4219 семейных врачей. Но к 2005 г. в системе здравоохранения работали только 2066 из них – это меньше ожидаемого целевого показателя в 2438 человек (Rhodes, 2007). Одной из ключевых проблем, с которыми связаны трудности привлечения врачей в семейную медицину и переподготовку по этой специальности, является то, что у семейных врачей нагрузка больше, чем у врачей-специалистов, а кроме того, им приходится еще и выполнять большой объем административной работы, но при этом ни адекватной оплаты своего труда, ни профессионального признания со стороны коллег и пациентов они не получают. Другим фактором, препятствующим привлечению кадров в семейную медицину, является унаследованная от советских времен система санкций, связанных с отчетностью: семейный врач должен выполнять столько бумажной работы, что ему кажется, что он работает не для того, чтобы улучшить качество обслуживания пациентов, а для того, чтобы выполнить требования всех бюрократических инстанций (Atun, 2007). В период между 2003 и 2005 гг. в Молдове было 245 новых выпускников по специальности «семейная медицина» (17% от общего числа выпускников медицинских вузов), то есть по 2 новых выпускника на 100 000 населения, что, по текущим прогнозам, абсолютно недостаточно для того, чтобы удовлетворить потребность страны в таких кадрах (Rhodes, 2007). Но поскольку в Молдове нет национального реестра семейных врачей, а данные, поступающие из различных источников, разнятся между собой, то дать достоверную оценку численности подготовленных кадров и уровня утечки кадров трудно. По состоянию на январь 2006 г. в секторе первичной медицинской помощи работали 5075 медсестер, притом что потребность в сестринских кадрах оценивалась в 5930 человек (Rhodes, 2007).

В 2005 г. средний возраст семейных врачей составлял 47 лет, при этом в 30% районов он превышал 48 лет. Поскольку на специальность «семейная медицина» поступает очень мало молодых ординаторов, а также с учетом текучести кадров и грядущего выхода на пенсию действующих кадров, высока вероятность того, что в скором будущем в Молдове возникнет острый дефицит семейных врачей. Проведенный в рамках проекта Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение» анализ показал, что ежегодный отток кадров среди семейных врачей составляет 5,5% и если нынешний уровень притока врачей в семейную медицину сохранится на прежнем уровне, то потребность молдавской системы здравоохранения в этих кадрах будет удовлетворена только к 2050 г. (Atun, 2007).

Потребность в специалистах в области менеджмента и администрирования в здравоохранении также очень велика; в настоящее время их не хватает. У нынешних управленцев нет необходимого опыта работы, позволяющего им справиться с теми проблемами, которые возникают в связи с реформой системы здравоохранения; большинство из них имеет только медицинское образование и не проходило специальных программ подготовки в области менеджмента в здравоохранении. Улучшение качества медицинской помощи зависит от повышения профессионального уровня медицинских кадров и менеджеров здравоохранения. Серьезная подготовка менеджеров здравоохранения началась только в 2003 г. в Школе общественного здравоохранения на базе Государственного университета медицины и фармации; эта программа софинансируется Институтом «Открытое общество» и Фондом Сороса – Молдова. Кроме того, в период с 2002 по 2004 г. при поддержке проекта Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение» была разработана и проведена программа «Учись учить» в области менеджмента в здравоохранении, в рамках которой было подготовлено 26 инструкторов и 300 менеджеров. Повышение уровня подготовки менеджеров в секторе здравоохранения было очень важным для введения системы ОМС в стране, так как это в корне изменило принцип работы системы здравоохранения (World Bank, 2005).

В Молдове есть также программы повышения квалификации для врачей и менеджеров, которые проводятся на базе факультета общественного здравоохранения и менеджмента Государственного университета медицины и фармации. Теперь все управленцы в сфере здравоохранения (в каком бы секторе они ни работали) обязаны каждые три – пять лет проходить обязательную программу повышения

квалификации продолжительностью 400 часов. Уровень квалификации, присваиваемый медицинскому работнику по окончании обучения (1-я, высшая, категория, 2-я или 3-я), определяет размер его зарплаты. В рамках требований об обязательном непрерывном образовании менеджеры каждые два года проходят двухмесячные курсы повышения квалификации. Каждую из таких двухмесячных программ повышения квалификации, которая проводится факультетом общественного здравоохранения и менеджмента, проходят 120–150 менеджеров. Кроме того, с 2005 г. в Школе общественного здравоохранения проводится магистерская программа обучения и краткосрочные курсы для медицинских работников Молдовы. В настоящее время финансируемый Евросоюзом проект реформы общественного здравоохранения обеспечивает подготовку в области менеджмента для работников первичного звена в Кишиневе и Оргееве, но в 2007 г. этот проект должен был закончиться (Atun 2007).

## **Регистрация и лицензирование**

Системы официального лицензирования и регистрации медицинских работников в Молдове нет, но все они, как в советское время, обязаны регулярно проходить переаттестацию и повышение квалификации. Организованы соответствующие курсы повышения квалификации, и раз в пять лет проводится переаттестация медицинских кадров. Вопросы непрерывного медицинского образования регулируются правилами об аттестации медицинских работников и Законом об охране здоровья (1995). В течение пяти лет каждый врач обязан набрать в общей сложности 400 часов подготовки. Медсестры также посещают курсы повышения квалификации (обычно их продолжительность составляет 4 недели), которые ранее проводились на базе Центра повышения квалификации медсестер (недавно он был ликвидирован и присоединен к Государственному университету медицины и фармации). Эта программа носит теоретический характер и в основном посвящена государственным стандартам. Если медсестра набирает 250 часов подготовки на курсах повышения квалификации, то она получает право на присвоение более высокой квалификации.

## 6. Предоставление медицинских услуг

### 6.1. Общественное здравоохранение

Оказание услуг общественного здравоохранения находится в ведении Минздрава. После обретения независимости службы общественного здравоохранения были поделены на несколько специализированных центров, находящихся в собственности государства. Вопросы укрепления здоровья населения, эпидемиологическая служба и мониторинг гигиены окружающей среды находятся в ведении Национального центра превентивной медицины. Он был образован в 1997 г. и занимается сбором и анализом национальных данных в области здравоохранения для их использования в стратегическом планировании в здравоохранении и в разработке руководств и норм по проведению исследований в областях, имеющих отношение к здравоохранению. Но основные учреждения общественного здравоохранения в Молдове сохраняют принадлежность к вертикальной организационной структуре и через Национальный центр превентивной медицины подчиняются непосредственно Минздраву. Они представляют собой сеть из 40 территориальных агентств, расположенных по всей территории страны, которые созданы на базе советских санэпидстанций; полностью находятся в собственности государства и финансируются из средств госбюджета через Минздрав. Эта сеть учреждений отвечает за выполнение санитарных норм во всех государственных учреждениях (включая медицинские), мониторинг гигиены окружающей среды, а также за уведомление и надзор за вспышками инфекционных заболеваний.

В Национальном центре превентивной медицины есть специальный отдел, который занимается вопросами укрепления здоровья на-

селения. Программы в области укрепления здоровья направлены на профилактику ВИЧ-инфекции, борьбу с курением и охрану психического здоровья. Кроме того, Молдова принимает участие в программе Европейской сети школ, содействующих укреплению здоровья (European Health Promoting Schools). Однако отдел, занимающийся вопросами укрепления здоровья, испытывает хроническое недофинансирование, что сильно ограничивает его влияние и возможности (MacLehose, 2002). В результате, несмотря на такие эпидемиологические тенденции, как рост неинфекционных заболеваний и увеличение бремени болезней, связанных с потреблением табака и алкоголя, службы общественного здравоохранения по-прежнему в основном занимаются контролем за инфекционными заболеваниями, мониторингом гигиены окружающей среды и состояния здоровья населения. В целях обеспечения планирования надлежащих ответных мер по борьбе с неинфекционными и хроническими заболеваниями национальная политика в области здоровья предусматривает более активную работу в области общественного здравоохранения, но на данном этапе эти реформы носят скорее декларативный характер. Реформы структуры и организации служб общественного здравоохранения нацелены на укрепление их потенциала при поддержке международных донорских организаций.

Полностью интегрирована в систему оказания медицинской помощи и деятельность районных управлений здравоохранения только программа иммунизации. Национальная программа иммунизации была разработана в 1994 г. и включает борьбу с 8 заболеваниями (полиомиелит, дифтерия, столбняк, корь, коклюш, туберкулез, гепатит В и свинка). Иммунопрофилактика детей производится бесплатно. В Молдове достигнут высокий уровень иммунизации детей (см. раздел 1.4 *Состояние здоровья населения* и рис. 1.2), и, по официальным данным, охват иммунизацией всеми видами вакцин составляет 90%; правда, здесь имеют место значительные межрегиональные различия. Так, в 2000 г. охват иммунизацией детей в возрасте 15–26 месяцев составлял 94% в сельской местности и 86% в городской (Berdaga and Stefanet, 2001). К 2003 г. комбинированной вакциной против кори и краснухи было иммунизировано 99% детей и подростков в возрасте 8–19 лет и 96% студентов вузов в возрасте 20–23 лет, а 78% женщин детородного возраста (20–29 лет) получили иммунопрофилактику моновалентной вакциной против краснухи (UNICEF, 2003).

Минздрав координирует проведение ряда приоритетных национальных программ в области здравоохранения, в том числе по про-

филактиве и лечению туберкулеза. Так, в соответствии с Национальной программой по контролю за туберкулезом в 2001 г. была начата реализация стратегии ДОТС, которая в настоящее время развернута на всей территории страны. Все большую озабоченность вызывает рост эпидемии ВИЧ/СПИД. Правительство Молдовы в сотрудничестве с международными партнерами координирует усилия по реализации Национальной программы по борьбе со СПИДом, которая предусматривает достижение в ближайшие пять лет ряда целевых показателей. В настоящее время ресурсы, поступающие по линии донорской помощи в рамках борьбы с ВИЧ/СПИД, направляются на организацию мер профилактики, лечения и ухода. Проводятся также программы по профилактике вирусного гепатита, диарейных заболеваний и холеры, программы антирабической вакцинации и профилактики йододефицитных состояний. Из опасений контаминации, связанной с практиковавшимся ранее широкомасштабным использованием пестицидов и сельскохозяйственных удобрений, большое значение придается вопросам охраны окружающей среды.

## **6.2. Первичная/амбулаторная медицинская помощь**

Постановлением правительства Республики Молдова № 1134 от 9 декабря 1997 г. «О развитии первичной медицинской помощи» Министерству здравоохранения было поручено «принять конкретные меры по структурному и организационному изменению звена первичной медицинской помощи путем учреждения должности врача общего профиля (семейного), внедрения принципа свободного выбора врача населением»; кроме того, этим постановлением был узаконен переход от постатейного бюджетного планирования к подушевому финансированию первичного звена здравоохранения (Atun, 2007). Управление первичным звеном здравоохранения, больницами и службами скорой и неотложной помощи было вменено в обязанность местных органов власти. В настоящее время в сеть учреждений первичного звена входят четыре вида поставщиков медицинских услуг: (а) центры семейной медицины, созданные на базе бывших районных поликлиник, которые зачастую обслуживают население численностью более 50 000 человек; (б) центры здоровья, созданные на базе бывших сельских медпунктов; (в) кабинеты семейного врача, созданные на базе бывших сельских медпунктов; в таких кабинетах

работает всего один врач, который обслуживает более 1000 человек; и (г) фельдшерские пункты, обслуживающие население деревень и населенных пунктов с населением менее 1000 человек (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Кроме того, есть также ведомственные поликлиники и частные медицинские учреждения, относящиеся к параллельным системам здравоохранения; однако большинство учреждений первичного звена относятся к основной системе здравоохранения и полностью находятся в собственности государства, а их сотрудники являются наемными служащими Минздрава. В Кишиневе есть и территориальные медицинские ассоциации, в которых работают семейные врачи, но они оказывают также и некоторые виды специализированной помощи. Они напрямую подчиняются Муниципальному управлению здравоохранения Кишинева, в ведении которого находятся также расположенные в столице центры семейной медицины. Находящимися за пределами Кишинева центрами семейной медицины, центрами здоровья и кабинетами семейных врачей управляют местные управления здравоохранения, и все они подчиняются Минздраву. В общей сложности в стране действует порядка 50 центров семейной медицины, 392 центра здоровья и 551 кабинет семейного врача (Shishkin et al., 2006).

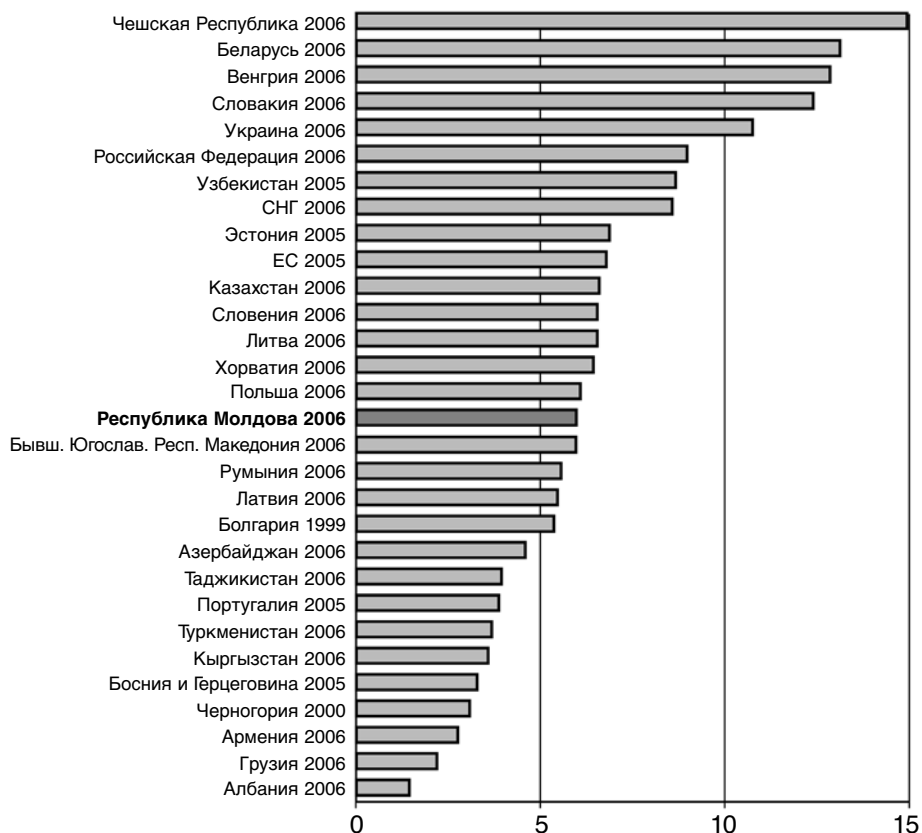
Объем и содержание услуг первичной медицинской помощи – как в отношении минимума бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, так и в отношении ОМПМС – определяются законом. В городах и сельской местности основные услуги, предоставляемые учреждениями первичной медицинской помощи, отличаются мало. Они включают консультации терапевта и педиатра, выдачу направлений к специалистам, наблюдение за развитием детей и иммунопрофилактику, дородовой и послеродовой уход, услуги молочных кухонь, ведение хронических заболеваний (например, диабета, астмы, сердечных болезней), психиатрическую помощь, услуги в области планирования семьи, лечение гепатита и туберкулеза, лечение острых респираторных заболеваний и диареи, визиты на дом, сестринский уход, услуги скорой помощи, а также укрепление здоровья и профилактику заболеваний (Atun, 2007). Малая хирургия в учреждениях первичного звена доступна не всегда, а опрос молдавских семейных врачей, касающийся профиля их работы, выявил, что те из них, кто работает в городах или в клиниках, получающих международную донорскую помощь, чаще используют в своей работе диагностическое и терапевтическое оборудова-

ние, особенно в случае детских заболеваний (World Bank, 2005). Тот же опрос показал, что психосоциальными проблемами пациентов семейные врачи занимаются редко, а ведением хронических заболеваний – часто, при этом особой разницы в характере работы врачей, работающих в городской и сельской местности, выявлено не было. Большая часть опрошенных семейных врачей (70–95%) регулярно измеряли у своих пациентов кровяное давление, брали мазок из шейки матки, проводили ручное пальпирование молочных желез на предмет выявления опухолей и занимались просвещением пациентов в проблемах здоровья. Уровень холестерина (в случае необходимости) чаще измеряли врачи, работающие в городских центрах семейной медицины, а те, кто работает в сельской местности, чаще оказывали услуги по родовому уходу и родовспоможению. В целом следует отметить, что семейные врачи, работающие в регионах, идущих в авангарде реформ (то есть там, куда направляется донорская помощь), оказывают такие услуги чаще (World Bank, 2005).

Число амбулаторных контактов в расчете на одного человека в год (включая посещения учреждений первичной помощи и амбулаторные консультации в больницах) в период после обретения независимости стало постепенно уменьшаться, и сейчас показатели использования амбулаторно-поликлинических учреждений в Молдове значительно ниже, чем в других странах СНГ (см. рис. 6.1). По данным Всемирного банка, в 2004 г. в Молдове было зафиксировано немногим более 9 млн визитов к семейным врачам, в то время как в 2002 г. этот показатель был на уровне более 11 млн (World Bank, 2005). В 2005 г. число визитов к семейным врачам было 2,7 в расчете на одного человека в год, что составляет всего 52% всех амбулаторных посещений, а среднее число посещений семейных врачей в 2005 г. составляло 3,3 для застрахованного населения и всего 0,9 для незастрахованного (Shishkin et al., 2006). Среди застрахованного населения почти 40% ни разу не обращались к своему семейному врачу; среди незастрахованных лиц, обслуживаемых семейными врачами, этот показатель был примерно таким же; следовательно, можно утверждать, что 40% населения Молдовы не пользуются услугами семейных врачей (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Однако после введения ОМС число обращений к семейным врачам в расчете на одного человека в год (то есть общее количество посещений, деленное на численность населения) увеличилось как среди застрахованного, так и среди незастрахованного населения. В тот же период число амбулаторных



**Рис. 6.1. Число амбулаторных контактов в расчете на одного человека в некоторых странах Европейского региона ВОЗ, по последним имеющимся данным**



Источник: WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007.

посещений (в районные медицинские учреждения, исключая республиканские) также увеличилось. Число визитов к семейным врачам, которое в 2003 г. составляло 63% всех амбулаторных посещений, в 2005 г. возросло до 66%, что говорит о росте использования услуг первичной медицинской помощи в республике (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

В настоящее время пациенты имеют право на свободный выбор семейного врача, но который ограничен географически, так как выбирать можно только из тех семейных врачей, которые работают в зоне обслуживания той местности, где проживает пациент, а в сель-

ских регионах зачастую действует всего один пункт первичной медицинской помощи. Теоретически семейные врачи должны выполнять роль контролирующего механизма, регулирующего (путем выдачи соответствующих направлений) доступ пациентов к специализированной и стационарной медицинской помощи, а также к дорогостоящим диагностическим обследованиям, однако на практике эта их роль недостаточно эффективна. Опять же, получив у своего семейного врача направление на консультацию к врачу-специалисту, пациент теоретически имеет право свободного выбора – но только из числа тех, кто работает в том медицинском учреждении, куда ему было выдано направление. Направления на плановую госпитализацию, выданные семейным врачом или врачом-специалистом, подлежат экспертизе врачебно-консультационной комиссии; если эта комиссия сочтет направление обоснованным, то она выберет для пациента соответствующее лечебное учреждение. Таким образом, пациент получает направление на госпитализацию, но самостоятельно выбрать лечебное учреждение не может; он имеет право обратиться только туда, куда ему выдано направление. Однако есть утвержденный перечень из 80 диагнозов, с которыми пациент может обратиться за специализированной помощью напрямую, без направления; к таким диагнозам относятся диабет, астма, туберкулез, большинство видов онкологических заболеваний, некоторые сердечно-сосудистые и кожно-венерические заболевания, включая ИППП (Shishkin et al., 2006). Число направлений, выдаваемых семейными врачами, растет и в 2002 г. составило 553 000, но из-за отсутствия четких критериев выдачи и отказа в выдаче направлений ко многим специалистам можно обратиться напрямую в больницах (World Bank, 2005). Соответственно, роль первичного звена здравоохранения как контролирующего механизма, регулирующего доступ пациентов к специализированной медицинской помощи, пока что организована нелучшим образом.

Сеть учреждений первичного звена является достаточно разветвленной, что обеспечивает хорошую географическую доступность первичной медицинской помощи для населения; проведенный в 2000 г. опрос показал, что 87% домохозяйств (93% городских и 82% сельских) находятся в радиусе не более 5 км от ближайшего пункта ПМСП, при этом 79% пациентов из сельских районов и 93% из городских имеют возможность добраться до ближайшего пункта оказания первичной помощи менее чем за час (Berdaga and Stefanet, 2001). Однако тот же опрос выявил наличие серьезных

финансовых барьеров для доступа к медицинской помощи и существенное неравенство в этом отношении: 33,5% всего населения (47,9% из малоимущих слоев и 41,3% сельских жителей) не имели защиты от финансовых рисков, связанных с проблемами со здоровьем. Из-за финансовых барьеров для 15,3% домохозяйств медицинское обслуживание является «абсолютно недоступным», а еще для 40,1% уровень такой доступности является «низким». Из тех, у кого доступ к медицинской помощи есть, 18,5% не могли получить необходимое им лечение из-за отсутствия необходимых финансовых средств (Berdaga and Stefanet, 2001). Однако проведенное впоследствии обследование состояния здоровья населения показало, что с введением системы ОМС эти барьеры были или устранены совсем, или существенно сокращены и у застрахованного населения доступ к медицинской помощи улучшился (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). В результате не только улучшился охват застрахованного населения услугами семейных врачей, но оно также стало более активно пользоваться услугами медицинской помощи в целом (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Тем не менее для незастрахованных лиц финансовые барьеры по-прежнему остаются серьезным препятствием для доступа к медицинской помощи; особенно это касается наиболее уязвимых групп (см. раздел 3.2 *Охват населения и право на медицинское обслуживание*).

Существенное географическое неравенство по-прежнему имеет место и в распределении медицинских кадров, поскольку привлечь и удержать их в сельской местности очень трудно. Если исходить из норматива 1500 человек на одного семейного врача, то в 2005 г. услугами семейных врачей было охвачено 88,9% населения, а услугами медсестер первичного звена – 92%, но в зависимости от региона уровни охвата сильно разнились. Так, например, в муниципии Кишинев услугами семейных врачей было охвачено 98,6% населения, а в Кантемирском, Резинском, Чимишлинском и Фалештском районах – менее 65% (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Проведенное в 2004 г. обследование деятельности учреждений первичной медицинской помощи, в котором рассматривались оказываемые ими услуги, наличие оборудования и основных лекарственных средств и использование клинических руководств, показало, что услуги по иммунопрофилактике чаще оказывали в сельских учреждениях первичной помощи, но в городских учреждениях чаще имели на складах вакцины против кори, столбняка и БЦЖ

(World Bank, 2005). Наличие необходимого оборудования и основных лекарственных средств также наблюдалось скорее в городах, чем в сельской местности, – за исключением тех учреждений, которые были включены в проект Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение» (World Bank, 2005).

Ряд центров здоровья и других учреждений первичной медицинской помощи был переоборудован в рамках финансируемого Всемирным банком проекта «Фонд инвестиций в здравоохранение», который был направлен также на повышение качества скорой и неотложной медицинской помощи (см. ниже). В ходе проведения этого проекта должны были быть переоборудованы 280 учреждений первичного звена; 55 учреждений было переоборудовано в 2003 г., и по первым отзывам удовлетворенность и пациентов, и медицинских работников от этого возросла (Министерство здравоохранения 2003; World Bank, 2005). Несмотря на серьезную ограниченность ресурсов, удалось добиться также некоторого улучшения качества первичной помощи – как с точки зрения спектра оказываемых услуг, так и с точки зрения условий, в которых они были оказаны. Значительные успехи были достигнуты в части переориентации системы здравоохранения на первичное звено. Однако систематический мониторинг качества предоставляемых услуг в секторе первичной медицинской помощи отсутствует (World Bank, 2005). Еще многое предстоит сделать для того, чтобы обеспечить всеобщий доступ населения к первичной медицинской помощи и целевое использование средств, выделяемых на этот сектор (см. раздел 3.6 *Механизмы оплаты*, подраздел *Оплата за медицинские услуги*); кроме того, необходимо расширить возможности поставщиков услуг первичной помощи в области ведения пациентов, выдачи направлений и управления (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Для того чтобы обеспечить необходимую численность семейных врачей, нужно также повысить роль и место первичного звена в системе здравоохранения.

### **6.3. Специализированная амбулаторная и стационарная медицинская помощь**

Специализированную медицинскую помощь населению оказывают районные больницы общего профиля в сельской местности и муниципальные больницы общего профиля в Бельцах и Кишиневе. Эти

больницы предоставляют достаточно широкий спектр медицинских услуг, а высокоспециализированную помощь оказывают республиканские учреждения третичного уровня, которые в основном находятся в Кишиневе и, как правило, являются узкоспециализированными (туберкулезными, онкологическими и т. п.). Есть также ряд ведомственных больниц общего профиля, относящихся к параллельным системам здравоохранения (см. раздел 2.3 *Организационная структура*). Частных больниц в Молдове мало, хотя в государственных больницах можно получить ряд дополнительных платных услуг – например, отдельную палату. Примерно 85% стационарных учреждений в Кишиневе работает по договорам с НМСК, а остальные оказывают свои услуги за наличный расчет. После введения ОМС организационно-правовой статус больниц изменился, и они получили гораздо большую самостоятельность: все больницы Минздрава были реорганизованы в государственные предприятия, получающие финансирование от НМСК, а не из госбюджета (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Районные больницы не имеют права увеличивать свой коечный фонд без согласования с Минздравом. Больницы, обслуживающие население численностью менее 90 000 человек, оказывают услуги только пяти основных профилей, а больницы, расположенные в более густонаселенных районах, предоставляют более широкий набор услуг населению как своего района, так и соседних. Специализированную амбулаторную помощь оказывают в 254 клиниках (включая примерно 50 центров семейной медицины), 142 из которых представляют собой амбулаторные учреждения, подведомственные Минздраву, а 112 относятся к параллельным системам здравоохранения.

В рамках совместных усилий по консолидации медицинских услуг в период с 1995 по 2002 г. число больниц в Молдове было сокращено с 265 до 65 (World Bank, 2005). За тот же период размер общего коечного фонда сократился с почти 42 000 до 20 500 коек (то есть на 51%; Shishkin et al., 2006). В рамках административных реформ 1998–2000 гг. (см. раздел 2.4 *Децентрализация и централизация*) Минздрав утвердил среднесрочный план реструктуризации, который обязывал 11 уездных управлений здравоохранения сократить число больниц и больничных коек, которые ранее финансировались из средств местных бюджетов. В результате все мелкие сельские больницы были закрыты, а в столице число больниц осталось практически неизменным. В 2005 г. в Молдове было 64 больницы: 35 районных, 10 муниципальных (9 в Кишиневе и 1 в Бельцах)

и 19 республиканских (из них 16 – в Кишиневе). Таким образом, в столице расположено в общей сложности 25 больниц (то есть почти 40% всех стационарных учреждений в стране). Большая часть коечного фонда также сконцентрирована в Кишиневе; 40% его приходится на учреждения республиканского уровня, 17% – на муниципальные больницы и 43% – на районные. В период с 2002 по 2005 г. оборачиваемость больничной койки постепенно возрастала, а средняя занятость койки – снижалась; соответственно, снижалась и средняя продолжительность госпитализации (Shishkin et al., 2006).

Уровень госпитализации резко упал: с 23,5 госпитализированных на 100 человек в 1990 г. до 12,5 в 2001 г. Потом этот показатель стал повышаться, а после введения ОМС снова упал – с 16,9 на 100 человек в 2003 г. до 16,3 в 2004 г., но потом опять немного вырос и в 2006 г. установился на отметке 16,7 (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). При этом в сельской местности уровень госпитализации значительно ниже, чем в городах (в 2005 г. в сельских регионах он составлял 13, а в городах – 16,6 госпитализированных на 100 человек), и гораздо выше среди застрахованного, чем среди незастрахованного населения (Shishkin et al., 2006). У незастрахованных – в основном это лица из малоимущих сельских слоев населения – доступ к вторичной и третичной медицинской помощи по финансовым причинам существенно затруднен. В географическом отношении рационализация и реструктуризация больничного сектора также проводилась очень неравномерно. Так, в 2005 г. в муниципии Бельцы число больничных коек на душу населения было в 2,4 раза больше, чем в муниципии Кишинев, а в Яловеньском районе – всего 13,8 койки на душу населения по сравнению с 50,5 в районе Единцы (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Правительством разработан и утвержден 10-летний план реструктуризации больниц, предусматривающий консолидацию республиканских и муниципальных больниц в Кишиневе, но пока что этот план не реализован. В настоящее время обсуждается вопрос районирования организации стационарной помощи: предлагается, в частности, ограничить спектр услуг районных больниц терапией, педиатрией, хирургией, акушерством и гинекологией и лечением инфекционных заболеваний, а мощности трех специализированных больниц (в Бельцах на севере страны, в Кагуле – на юге и в Кишиневе – в центральной части) расширить, чтобы обеспечить населению равный доступ к более сложным специализированным услугам стационарной помощи.

При действовавшей ранее системе организации медицинского обслуживания на местах главный врач районной больницы обладал огромными полномочиями в части распределения ресурсов между учреждениями различного уровня. С одной стороны, это действительно обеспечивало более тесное сотрудничество между поставщиками первичного и вторичного звена медицинской помощи, с другой – позволяло также перебрасывать средства, выделенные на первичную помощь, для перекрестного субсидирования стационарных учреждений. Это было возможным потому, что эти средства не резервировались специально для сектора первичной медицинской помощи, хотя в стране и была продекларирована цель перехода от модели Семашко, ориентированной прежде всего на стационарное звено медицинской помощи, к системе здравоохранения, где ключевая роль принадлежит сектору первичной медицинской помощи. По-видимому, то же самое происходило и во многих других областях. Поэтому роль главных врачей районных больниц по отношению к поставщикам услуг первичной помощи необходимо было пересмотреть. И хотя сами главные врачи, представляющие довольно сильное лобби, противились переменам, которые ослабляли их власть на местах, с 1 января 2008 г. центры семейной медицины были законодательно отделены от районных больниц и получили юридическую и финансовую самостоятельность. Если говорить о приоритетных направлениях реформ сектора специализированной медицинской помощи, то необходимо разработать эффективную модель оказания долговременной помощи (см. раздел 6.6 *Долговременная помощь*) и такие новые для Молдовы подходы, как организация ухода на дому и хирургия дневного стационара (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Отсутствие обзоров качества обслуживания, подобных тем, которые проводятся в отношении развития первичного звена, говорит о влиянии международных организаций, но это тот вопрос, который стоит продумать, особенно если возможность свободного выбора пациентами врача и лечебного учреждения станет реальностью.

## **6.4. Скорая и неотложная помощь**

В настоящее время сеть учреждений скорой и неотложной помощи в Молдове является консолидированной. Незадолго до введения ОМС услуги скорой помощи были централизованы; теперь их оказывают

пять поставщиков, обслуживающих пять различных по величине административных зон. Четыре зональные станции скорой помощи (Север, Юг, Центр и Гагаузия) обслуживают соответствующие части территории страны, а Национальный научно-практический центр скорой медицинской помощи – Кишинев. Национальный научно-практический центр скорой медицинской помощи был образован в 2005 г. на базе Кишиневской муниципальной клинической больницы скорой помощи и ее амбулаторной службы. Все эти организации являются самостоятельными юридическими лицами, но остаются в собственности государства, и управление службами скорой помощи производится централизованно, из Кишинева (Shishkin et al., 2006).

В Молдове 239,5 бригад скорой помощи (по 0,66 на 10 000 населения), которые базируются в крупных населенных пунктах во всех районах страны. В этой службе работают 497 врачей и 907 работников парамедицинских специальностей. Парк санитарных машин насчитывает 303 единицы, что покрывает 67,9% реальных потребностей (Shishkin et al., 2006). В 2003 г. вся система скорой помощи была модернизирована, были вложены дополнительные средства в покупку санитарных машин и оборудования для оказания неотложной помощи, в том числе 45 новых автомобилей было приобретено в 2004 г. и еще 30 – в 2005 г. (World Bank, 2005).

В период с 2001 по 2003 г. число вызовов скорой помощи постепенно возросло, но после введения ОМС и новой системы оплаты услуг скорой помощи уровень активности этих служб резко вырос. В 2005 г. число вызовов скорой помощи в среднем составляло 252,8 на 1000 населения (по сравнению с 204,2 в 2004 г.). Средний показатель в сельских районах был ниже, чем в среднем по стране, – 212,2 (по сравнению с 158,7 в 2004 г.), но увеличение числа вызовов все равно свидетельствует об улучшении доступа сельского населения к услугам скорой помощи (Shishkin et al., 2006). До 2004 г. в стране были большие проблемы с доступом к услугам скорой помощи, особенно в сельской местности. Поэтому в целях создания непосредственной экономической заинтересованности поставщиков в увеличении производительности своей работы и обеспечения достаточного доступа населения к услугам скорой помощи, метод финансирования служб скорой помощи был изменен – теперь они стали получать оплату за каждый выезд. Когда поставленная цель была достигнута, метод оплаты снова изменили – на этот раз на финансирование по подушевому принципу, но на доступности услуг скорой помощи это не сказалось (см. раздел 3.6 *Механизмы оплаты*).



После введения ОМС число госпитализаций по скорой помощи также существенно возросло. Это значительно улучшило ситуацию с лечением неотложных хирургических состояний, а уровень послеоперационных осложнений и негативных побочных эффектов снизился.

В 2005 г. 95,1% выездов бригад скорой помощи было произведено к пациентам, охваченным системой ОМС: 72,5% были застрахованы за счет средств бюджета (пенсионеры, дети, зарегистрированные безработные и т. п.), 20,6% были застрахованы работодателями и 2,0% были самозастрахованными лицами. К незастрахованным лицам было произведено всего 4,9% вызовов, и это говорит о том, что у незастрахованного населения доступ к услугам скорой и неотложной помощи в пять раз ниже, чем у застрахованного (если допустить, что незастрахованные лица составляют 25% всего населения страны) (Shishkin et al., 2006).

## **6.5. Фармацевтическая помощь**

В 1993 г. практически все аптеки в Молдове были приватизированы, за исключением аптек при крупных больницах, которые пока еще находятся в собственности государства. Однако государство остается акционером ряда приватизированных предприятий, так что в Молдове действует смешанная сеть государственных и частных аптек. В условиях развала экономики и неспособности государства в период сразу после обретения независимости управлять централизованной системой поставок и распространения лекарственных средств была проведена масштабная приватизация фармацевтического сектора. Нежизнеспособность государственной системы поставок и регулирования фармацевтического рынка, которая стала очевидной вскоре после провозглашения независимости, привела к образованию обширного и нерегулируемого черного рынка лекарств, что сопровождалось распадом государственной системы отпуска лекарств по рецептам. В настоящее время доля незаконных поставок медикаментов считается незначительной, а регулирование продаж лекарств в приватизированных аптеках помогает обеспечить качество поставок. За исключением нескольких препаратов, запрещенных для свободной продажи, лекарства по-прежнему отпускаются во всех аптеках без рецепта, хотя формально это незаконно. Благодаря приватизации надежность поставок медикаментов в городах резко повысилась, но при этом лекарства стали гораздо дороже, что снижа-

ет их доступность для населения. В одном из обзоров услуг педиатрической помощи было выявлено, что наличие в одной из больниц нескольких частных аптек, проводивших политику фиксирования цен, привело не к ценовой конкуренции, а лишь к повышению цен. В сельской местности лекарства были гораздо дороже, чем в городах, и в больницах, где были свои неприватизированные аптеки, наблюдалось меньше проблем с доступом к основным лекарственным средствам (Duke et al., 2006).

В Молдове есть одна крупная компания – Фармако, которая занимается производством нескольких дженериков (непатентованных лекарственных препаратов), а также около 12 более мелких фармацевтических компаний. Однако почти 95% всех используемых в стране лекарственных средств является импортными (WHO, 2006). В советское время в Молдове действовала всесоюзная централизованная система распределения лекарств, но после обретения независимости такие централизованные закупки стали невозможны. В рамках реформы здравоохранения больницы стали сами заниматься закупкой лекарств. Исключения составляли лишь некоторые препараты, такие как инсулин и лекарства для больных гемофилией, которые должны были по государственной системе поставок поступать непосредственно в больницы. Однако зачастую государство было неспособно обеспечить больницы этими препаратами, и их дефицит приходилось восполнять по линии помощи, поступающей от международных неправительственных организаций – например, от НПО «Фармацевты без границ». По схеме местных закупок предполагается, что больницы получают деньги на конкретные лекарства и готовят заявки на конкурсной основе, однако выделяемых из госбюджета средств, как правило, не хватает (MacLehose, 2002).

С введением ОМС появились различные механизмы оплаты лекарственных средств. Чтобы рационализировать систему выписки рецептов и обеспечить заинтересованность врачей в выписывании эффективных, но недорогих препаратов, в 1998 г. на основе рекомендаций ВОЗ был составлен и утвержден перечень основных лекарственных средств. Этот перечень регулярно пересматривается и обновляется. Возмещение затрат на отпускаемые по рецепту врача медикаменты, включенные в этот перечень, зависит от уровня звена медицинской помощи и от географических факторов. Врачи первичного звена могут выписывать лекарства из перечня тех, затраты на которые подлежат возмещению, а НМСК заключает с аптеками дого-

воры, в соответствии с которыми напрямую возмещает им стоимость лекарств, отпускаемых пациентам. Таким образом, несмотря на то что поставщики услуг первичной медицинской помощи финансирования на лекарства напрямую не получают, у них есть ориентировочный бюджет, в рамках которого они могут выписывать рецепты. Но есть и механизм оплаты, используемый в районных больницах, так как у них есть собственные аптеки. Из-за отсутствия альтернативной сети поставок медикаментов в сельские коммуны аптекам при районных больницах разрешено также выдавать лекарства по рецептам, выписанным семейными врачами. Это входит в условия договора между районными больницами и НМСК. С 2005 г., когда была введена такая система, этот механизм работает достаточно хорошо, и в отличие от других стран, где имеет место проблема избыточного потребления лекарственных средств, в Молдове все наоборот: ресурсов, выделенных на эти цели, хватает с избытком, и они используются не до конца (Shishkin et al., 2006).

Официально лекарства, выписываемые в рамках стационарного лечения, для определенных социально уязвимых категорий населения (пенсионеры, дети, инвалиды и т. п.) являются бесплатными, однако лекарства для амбулаторного лечения пациентам, как правило, нужно покупать за полную стоимость, что создает серьезный барьер для доступа малоимущих слоев населения к медицинской помощи. Большая часть наличных платежей за медицинскую помощь приходится именно на оплату медикаментов (Shishkin et al., 2006). Для пациентов с хроническими заболеваниями (например, диабетиков) такая ситуация сопряжена с риском для жизни. И хотя в рамках гарантированного государством минимума бесплатной медицинской помощи большинство лекарств для детей в возрасте до 5 лет должны быть бесплатными, четкого механизма, который бы это обеспечивал, нет, и то, что такая схема действительно выгодна большому числу детей, маловероятно. Кроме того, несмотря на то что в условиях стационара медикаментозное лечение для определенных категорий пациентов официально является бесплатным, на практике родственникам больных приходится покупать дорогостоящие лекарства за собственный счет (Duke et al., 2006). Из-за использования громоздких и неэффективных протоколов лечения (многие из которых были составлены еще в советское время), предусматривающих терапию несколькими препаратами одновременно, расходы семей становятся еще выше (Duke et al., 2006). Одновременное (избыточное) назначение сразу нескольких лекарственных средств является также резуль-

татом финансовой заинтересованности врача или ожиданий родителей или самого пациента – ведь некоторые клинические руководства на самом деле являются брошюрами, выпущенными при поддержке фармацевтических компаний, заинтересованных в сбыте своих препаратов (Duke et al., 2006). С 2004 г. препараты, включенные в перечень основных лекарственных средств, стали отпускаться по рецепту бесплатно и для амбулаторного лечения; однако этот перечень очень ограничен – в 2005 г. в него входило всего 32 наименования. Учитывая высокий уровень наличных платежей за лекарства, очень важно внимательно подойти к вопросу о расширении льготного лекарственного обеспечения, покрываемого НМСК (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

Основные вопросы, касающиеся фармацевтической деятельности в Молдове, регулируются Законом о фармацевтической деятельности (1993 г., с изменениями и дополнениями 1998 г.), в котором указано, кто и каким образом имеет право заниматься фармацевтической деятельностью, а также импортом, производством и регистрацией лекарственных средств, и принятым в декабре 1997 г. Законом о лекарствах, в котором оговорены вопросы контроля качества лекарственных средств, их производства и клинических испытаний. Регулирование деятельности фармацевтического сектора страны является обязанностью Минздрава. Им же были установлены предельные ограничения на прибыль аптек (в размере 40% от оптовой цены на лекарства); кроме того, Минздрав устанавливает, какие препараты могут быть допущены на рынок (MacLehose, 2002). В последние годы был достигнут значительный прогресс в области аккредитации и медицинского аудита аптек, проводимого в целях установления и обеспечения соблюдения стандартов качества. В 2002 г. вышел Закон об оценке и аккредитации в системе здравоохранения (№ 552-ХІІІ), и в период с 2002 по 2003 г. Национальным советом по оценке и аккредитации в системе здравоохранения было аккредитовано 67 фармацевтических учреждений (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Но информации о процессе аккредитации довольно мало, и очень немногие из тех препаратов, которые продаются в аптеках, проходят процедуру контроля качества. В настоящее время в республике не предусмотрен порядок лицензирования немедицинской, медицинской и фармацевтической деятельности. Тем не менее при Минздраве создано Агентство по лекарствам, которое занимается вопросами допуска на рынок и лицензирования новых лекарственных средств. В рамках реализации

Плана действий Молдова – ЕС предпринимаются активные меры по соблюдению Соглашения ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТРИПС), что является обязательным условием членства страны в ВТО (Government of the Republic of Moldova and European Union, 2005).

Число аптек в Молдове быстро растет; в 2005 г. их было 1111, то есть 33 на 100 000 населения (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). После 2002 г., когда обеспеченность фармацевтами в стране была 53,4 на 100 000 населения, число фармацевтов, работающих в системе здравоохранения, также стало быстро расти, достигнув в 2006 г. 79,0 на 100 000 населения (см. раздел 5.2 *Трудовые ресурсы*) (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Может показаться, что сеть аптек в Молдове избыточна, но распределение аптек и фармацевтов по территории страны является очень неравномерным. Например, в сельских районах – Чимишлинском, Ниспоренском и Каушенском – на 100 000 населения приходится всего по 16 аптек, а в Бессарабском районе и в муниципиях Кишинев и Бельцы – более 45; таким образом, 68% всех аптек расположено в Бельцах и Кишиневе (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

Общие расходы на лекарства в Молдове составляли в 2005 г. 1223,7 лея (95,8 млн долларов США), а в период с 2000 по 2005 г. темпы их роста были на уровне 8% в год (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Столь высокие темпы роста расходов на лекарства частично объясняются введением механизма возмещения затрат на медикаменты со стороны НМСК в соответствии с государственной лекарственной политикой, которая была одобрена парламентом 3 октября 2002 г. Однако, учитывая использование частных аптек для распространения льготных лекарств в рамках схемы ОМС, очень важно, чтобы НМСК был разработан адекватный механизм защиты от недобросовестного завышения сумм на возмещение затрат (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Это особенно важно потому, что в рамках программы приватизации многие врачи приобрели аптеки, которые зачастую находятся при той клинике или больнице, в которой они работают. Поэтому недобросовестные работники здравоохранения ради повышения прибыли собственных аптек могут быть заинтересованы в выписывании пациентам дорогостоящих и даже ненужных препаратов (MacLehose, 2002).

## 6.6. Долговременная помощь

Организация долговременной помощи уязвимым группам населения – престарелым, детям, оставшимся без попечения родителей, и инвалидам – является обязанностью Министерства социальной защиты, семьи и ребенка, поэтому эта деятельность осуществляется параллельно работе системы здравоохранения. Финансирование производится из бюджетов как национального, так и местного уровня; так, например, в 2005 г. 2110 из 2442 коек в учреждениях долговременной помощи для больных и престарелых финансировалось из средств национального бюджета, а 332 – из местных бюджетов. В 2007 г. объем финансирования долговременной помощи планировалось существенно увеличить, при этом большая часть дополнительных средств должна была поступить из местных бюджетов (HelpAge International and Second Breath, 2007). Оказание долговременной помощи в частном порядке, если не считать помощи со стороны членов семьи, для молдавской системы здравоохранения не характерно, и эти услуги развиты слабо. На практике система здравоохранения действительно предоставляла услуги долговременной помощи престарелым и социально уязвимым детям, а резервный коечный фонд больниц использовался для обеспечения потребностей этих групп населения при отсутствии альтернативной социальной помощи (MacLehose, 2002; Duke et al., 2006).

В стране проводится ряд проектов по организации ухода на дому и амбулаторной реабилитации больных и инвалидов, но чаще всего долговременный уход обеспечивается на базе соответствующих учреждений. Исторически сложилось так, что уход за инвалидами – как детьми, так и взрослыми, – а также за детьми-сиротами осуществлялся именно в условиях специализированных учреждений. В советское время родителям предлагалось помещать детей с умственными и физическими недостатками в государственные детские дома-интернаты, и сейчас также сохраняются некоторые финансовые и медицинские стимулы, побуждающие родителей отдавать таких детей в специализированные государственные учреждения, а не оставлять их в семье (MacLehose, 2002). Качество ухода в государственных учреждениях невысокое, и политика в отношении детей-инвалидов и детей-сирот существенно изменилась: сейчас проводятся программы по передаче детей на воспитание в семьи. Эти изменения нашли активную поддержку со стороны международных неправительственных организаций. Особую озабоченность

вызывает вопрос предоставления долговременной помощи престарелым, так как население Молдовы стареет, а распространенность хронических заболеваний (ведение которых зачастую осуществляется не на должном уровне) растет (Chawla et al., 2007). Стратегия развития системы здравоохранения на период 2007–2016 гг. включает мероприятия, направленные на увеличение числа учреждений долговременной помощи и размеров коечного фонда, предназначенного для организации долговременного ухода. В этом документе поставлена задача достичь к 2016 г. обеспеченности населения койками долговременного ухода в 200 коек на 100 000 населения. В 2006 г. этот показатель составил 70 на 100 000 населения (Правительство Республики Молдова, 2007а).

## 6.7. Паллиативная помощь

По состоянию на август 2006 г. в Молдове действовало всего 13 работающих на дому бригад паллиативной помощи и один дневной стационар; все они оказывали услуги взрослым пациентам. Ни в одной из медицинских организаций коек для оказания стационарного паллиативного ухода не было. Не было также и официальных услуг паллиативной помощи для детей с терминальными стадиями заболеваний, но есть несколько неправительственных организаций, оказывающих паллиативную помощь небольшому количеству таких детей (ЕАРС, 2006). Географически эти услуги распределены достаточно равномерно: четыре бригады работают в Кишиневе, одна – в Бельцах, три – в Зубрештах и окрестных деревнях и три – в Гагаузии, что обеспечивает полный охват региона (ЕАРС, 2006). Одна из серьезных проблем в области доступа к паллиативной помощи в Молдове – получение опиатов для обезболивания. Большинство нуждающихся в таких препаратах (главным образом это раковые больные) вынуждены приобретать их в аптеках по специальным рецептам за полную стоимость. В бюджетах регионального уровня предусмотрена статья на закупки препаратов для паллиативной помощи, но этих средств катастрофически не хватает (EOLC-Observatory, 2002). Кроме того, система выписки рецептов на сильные обезболивающие чрезмерно бюрократизирована.

Большую часть услуг паллиативной помощи оказывают благотворительные НПО, которые формально не входят в государственную систему здравоохранения, а действуют в дополнение к ней.

Финансирование услуг паллиативной помощи производится в основном за счет средств международного хосписного движения и благодаря помощи международных донорских организаций – в частности, Института «Открытое общество». Государство полностью финансирует только две службы: одна из них находится в Автономном территориальном образовании Гагаузия, где паллиативную помощь оказывают специально обученные профессионалы, а вторая – это Республиканский онкологический институт, в котором работают пять врачей – специалистов по оказанию паллиативной помощи. Один из центров действует на основе софинансирования: средства на зарплату персоналу и оплату аренды помещения обеспечивает государство, а сами услуги паллиативной помощи финансируются за счет грантов Фонда Сороса – Молдова (ЕАРС, 2006).

В Молдове паллиативную помощь оказывают специализированные бригады, в состав которых в основном входят врачи. Кроме того, в эти бригады входят также медсестры, психологи, социальные работники и волонтеры. В стране действует шесть групп поддержки, оказывающих помощь людям (взрослым), пережившим смерть близких; хотя, как правило, такую поддержку оказывают психологи или, в соответствующих случаях, священники (ЕАРС, 2006). Важная роль в хосписном движении в Молдове принадлежит волонтерам; в одном из хосписов («Angelus» в Кишиневе) первоначально работали только волонтеры, и все службы паллиативной помощи тесно сотрудничают с хосписами во всем мире, которые помогают и организуют обучение работников соответствующих служб в Молдове. Институт «Открытое общество» оказывает помощь в переводе документации и разрабатывает национальные программы обучения в области оказания этих услуг (EOLC-Observatory, 2002).

Несмотря на то что концепция и инфраструктура паллиативной помощи в Молдове были разработаны еще в 1994 г., эта программа так и не получила государственного финансирования и существует только на бумаге; до настоящего времени в стране нет ни единой национальной политики, ни руководств по паллиативной помощи. Однако Институт «Открытое общество» активно поддерживает программу развития национальной сети служб паллиативной помощи и стандартов лечения и ухода за пациентами с различными видами заболеваний. Сейчас в стране есть Национальное общество специалистов паллиативной и хосписной помощи; правда, в проведенных недавно обсуждениях в Совете Европы, касающихся оказания паллиативной помощи, это общество участия не принимало.



Основными проблемами в области развития паллиативной помощи в Молдове являются отсутствие законодательства и информации о паллиативной помощи, нехватка специалистов по ее оказанию и отсутствие интеграции паллиативной помощи в общую систему здравоохранения, а также недостаточность данных о категориях пациентов, нуждающихся в услугах паллиативной помощи (ЕАРС, 2006). Серьезной проблемой является также доступ к специализированной помощи.

## **6.8. Охрана психического здоровья**

Национальная политика Молдовы в области охраны психического здоровья населения была сформулирована в 2000 г. Она включает адвокатию, укрепление психического здоровья, а также профилактику, лечение и реабилитацию. Политика в области охраны психического здоровья пока что воплощена не в полной мере, но предполагается, что это будет сделано в рамках реализации новой Стратегии развития системы здравоохранения на период 2007–2016 гг. (Правительство Республики Молдова, 2007а). В 1998 г. была принята программа по совершенствованию услуг психиатрической помощи, в которой большое внимание уделялось защите прав и интересов лиц с нарушениями психики. Затем был принят Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (1998). С 1999 г. Минздрав также реализует программу развития более гуманных методов оказания психиатрической помощи в Молдове путем организации профессиональной подготовки врачей и медсестер многопрофильных бригад психиатрической помощи; эта подготовка проводится при поддержке Женевского института психиатрии (WHO, 2005).

Лица с нарушениями психики сталкиваются с системой здравоохранения чаще всего через семейных врачей в организациях первичного звена, и те учреждения первичной медицинской помощи, которые активно вовлечены в процесс реформ, как правило, в состоянии вести пациентов с обычными психическими расстройствами своими силами, без направления их в специализированные учреждения. В более сложных случаях пациентов направляют на амбулаторную консультацию к психиатру или психоневрологу, которые ведут прием пациентов либо в амбулаторной психоневрологической клинике, либо в психиатрической больнице. Таким образом, большая часть услуг в области охраны психического здоровья оказывается в

рамках соответствующей вертикальной программы, а не интегрирована в первичное звено медицинской помощи (Atun, 2007). Для лиц с нарушениями психики не существует учреждений для амбулаторной реабилитации, правда, при больницах растет число дневных стационаров для таких пациентов. И амбулаторная, и стационарная психиатрическая помощь населению должна предоставляться бесплатно; эти услуги финансируются из центрального и местных бюджетов, при этом бюджет на услуги по охране психического здоровья выделяет НМСК. Лица с серьезными нарушениями психики имеют право на получение инвалидности и связанных с этим льгот. Однако одним из серьезных барьеров при доступе к медицинской помощи для лиц с нарушениями психики является высокая стоимость медикаментов, что особенно важно в связи с необходимостью долговременной медикаментозной терапии для таких пациентов (Interminds, 2004).

В Молдове функционируют три психиатрические больницы. Все они находятся в ведении Минздрава, и хотя число коек психиатрического профиля начало снижаться уже с 1991 г., наиболее резкое его уменьшение произошло после 1998 г.: с 93,6 на 100 000 населения до 58,4 на 100 000 населения в 2006 г. (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Большинство этих коек находится в психиатрических больницах, а не в больницах общего профиля. Были ли использованы ресурсы, высвободившиеся благодаря сокращению числа психиатрических коек в стационарах, для организации альтернативных амбулаторных служб психиатрической помощи и реабилитации, неизвестно (Interminds, 2004). В 2004 г. на 100 000 населения Молдовы приходилось по 9 врачей-психиатров, 30,5 медсестер психиатрического профиля, 1 нейрохирург, 9 неврологов, 0,7 психологов и 0,5 социальных работников, работающих в службах психиатрической помощи (WHO, 2005/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005). Привлечение и удержание кадров в этих службах является серьезной проблемой, поскольку эта работа считается непрестижной, а зарплаты у таких специалистов значительно ниже, чем в других отраслях медицины (Interminds, 2004).

## **6.9. Стоматологическая помощь**

До начала реформ системы здравоохранения стоматологические услуги в основном оказывали в поликлиниках, то есть на уровне первичного звена медицинской помощи (Goroshenko et al., 1996). Однако в

настоящее время такие услуги предоставляются лишь в немногих пунктах первичной медицинской помощи (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Практически все стоматологические клиники являются частными предприятиями; процесс их приватизации начался в 1999 г., когда правительство ввело законы «О минимальных бесплатных медицинских услугах, гарантируемых государством» и «О порядке оплаты медицинских услуг», которыми была легализована оплата за некоторые медицинские услуги и разрешена приватизация в стоматологическом и фармацевтическом секторах. В 2005 г. пакет услуг для лиц, охваченных системой социального медицинского страхования, был расширен, и в него был включен ограниченный набор стоматологических услуг (World Bank, 2005); до этого все стоматологические услуги пациенты оплачивали за наличный расчет.

Обеспеченность населения стоматологами постепенно увеличивается: с 31,2 на 100 000 населения в 2001 г. до 42,4 в 2006 г., но число новых выпускников-стоматологов в год очень невелико. Так, в 2006 г. их было всего 66 человек (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Как и врачи других специальностей, стоматологи по большей части сконцентрированы в городах, особенно в Кишиневе, поэтому у сельского населения доступ к стоматологической помощи ограничен (см. раздел 5.2 *Трудовые ресурсы*). Однако главным фактором, которым обусловлена ограниченность доступа к стоматологической помощи, является дороговизна этих услуг. По некоторым свидетельствам, пациенты весьма удовлетворены качеством услуг частных стоматологов, но необходимо проведение независимой оценки качества работы частных стоматологов и введение единой системы сертификации услуг (Rancenco, 2007). В настоящее время обеспечение гигиены полости рта и оказание стоматологической помощи населению не является приоритетным вопросом для правительства Молдовы, Минздрава и международных донорских организаций. Поэтому национальных стратегий обеспечения стоматологического здоровья населения пока нет.

## **6.10. Медицинское обслуживание особых групп населения**

Как уже говорилось в главе 1, примерно 0,6 млн человек проживают в Приднестровье; номинально эта территория является частью Молдовы, но вскоре после отделения Молдовы от СССР этот регион

провозгласил свою независимость. Сейчас Приднестровье фактически находится вне контроля центрального правительства, его статус до сих пор находится в стадии обсуждения. Приднестровье не было признано независимым государством ни внутри страны, ни за ее пределами, но там действуют собственные парламент, президент, конституция, экономическая система и валюта (Roper, 2005; Protsyk, 2006). К структурам государственного характера относится так называемое Министерство здравоохранения и социальной защиты, которое фактически отвечает за финансирование учреждений здравоохранения в этом регионе и управление ими. В связи с отделением Приднестровья от Молдовы этот регион не был включен в программу реформ молдавской системы здравоохранения и, соответственно, не был охвачен введенной недавно системой ОМС, хотя в 2006 г. там был проявлен некоторый интерес к введению аналогичной системы социального страхования. Каким образом финансируется лечение населения Приднестровья за пределами этого региона, охвачено ли оно схемой медицинского страхования и имеет ли доступ к медицинскому обслуживанию в Молдове, неясно. С 1997 г. данные демографической статистики, основные данные о состоянии здоровья населения и данные санитарно-эпидемиологического надзора (в частности, по ВИЧ/СПИД) по этому региону недоступны, так как с того времени органы здравоохранения Приднестровья прекратили предоставлять отчетность в Минздрав Молдовы.

По-видимому, в этом регионе сохраняется практически нереструктурированная полностью государственная система здравоохранения, организованная на основе модели Семашко, с районными поликлиниками и большим больничным сектором; однако о финансировании и показателях работы служб здравоохранения в Приднестровье информации очень мало. Объективных данных об этом практически нет, но на официальном сайте Приднестровья указано, что в регионе достигнуты большие успехи в области модернизации системы здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи (Pridnestrovie.net, 2005). Кроме того, в Приднестровье открылся новый медицинский институт, но его статус пока неясен, а качество подготовки учащихся вызывает сомнения.

Поскольку независимость Приднестровья не признана, но регион стремится отделиться от Республики Молдова, то ему не предоставлен доступ к государственным средствам Молдовы и к финансированию, поступающему по линии международной донорской помощи, от организаций, работающих с Кишиневом. В этой связи такие иници-

циативы, как ДОТС, в данном регионе не реализуются, и доступ к медикаментам (в частности, к антиретровирусным препаратам) в Приднестровье ограничен, хотя, по некоторым оценкам, в них нуждается от 1000 до 1500 лиц, живущих с ВИЧ/СПИД (которые в основном проживают в Тирасполе) (Médécins sans Frontières, 2007).

## 7. Основные реформы в области здравоохранения

После распада Союза в Молдове произошли серьезные социально-экономические сдвиги, а показатели состояния здоровья населения ухудшились. Это был период, когда уровень бедности рос, а система здравоохранения оказалась не в состоянии обеспечить необходимую, последовательную и доступную по цене медицинскую помощь и поддерживать унаследованную от советских времен модель Семашко. В начале 1990-х гг. ряд программ профилактики – в частности, национальная программа иммунизации населения – оказался на грани краха. Рост неофициальных поборов в системе здравоохранения привел к тому, что многие вообще перестали обращаться в медицинские учреждения. Унаследованная от советского периода система здравоохранения была в высшей степени централизованной, и финансовое планирование производилось затратным методом, то есть на основании размеров коечного фонда в специализированных учреждениях, при этом обеспечить эффективное планирование на местном уровне было практически невозможно (MacLehose, 2002). Несмотря на опасения, связанные с социальными и политическими последствиями сокращения мощностей, вопрос реформы здравоохранения вполне назрел; в особенности это стало ясно после обвала российского рубля в 1998 г., что крайне негативно сказалось на состоянии молдавской экономики. В связи с финансовыми трудностями многие идеи реформ, которые нашли свое отражение в законах начала 1990-х гг., до наступления нового тысячелетия так и не были полностью воплощены в жизнь (см. табл. 7.1). Несмотря на все усилия сотрудников Минздрава, процессу реформ мешали также частые кадровые перестановки в

**Таблица 7.1. Законодательные акты в поддержку основных реформ и политических инициатив в области здравоохранения**

<b>Год</b>	<b>Законодательный акт</b>
1993, с изменениями и дополнениями от 1998 г.	Закон о фармацевтической деятельности
1994	Конституция Республики Молдова
1995	Закон об охране здоровья
1995	Закон о здравоохранении
1996, с изменениями и дополнениями от 2003 и 2005 гг.	Закон о бюджетной системе и бюджетном процессе
1997	Закон о лекарствах
1997	Постановление правительства Республики Молдова № 1134 от 9 декабря 1997 г. «О развитии первичной медицинской помощи»
1998, с изменениями и дополнениями от 2003, 2004, 2005 и 2007 гг.	Закон об обязательном медицинском страховании
1998, с изменениями и дополнениями от 2007 г.	Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании
1999, который был аннулирован с выходом Закона о местном публичном управлении (2003)	Закон о местном публичном управлении
1999	Порядок оплаты за медицинские услуги
2001	Закон об оценке и аккредитации в системе здравоохранения № 552-XV
2002	Устав Национальной медицинской страховой компании, утвержденный постановлением правительства № 156
2003	Объем медицинской помощи, предоставляемый населению в рамках Единой программы обязательного медицинского страхования, утвержденный постановлением правительства № 1591
2007	Решение правительства о принятии Стратегии развития системы здравоохранения на период 2007–2016 гг.
2007	Национальная политика в области здоровья 2007–2021 гг., утвержденная постановлением правительства № 886

руководстве министерства. Но благодаря этим задержкам по времени у Минздрава появилась возможность вплотную поработать с международными организациями и более тщательно спланировать реформы до начала их реализации, что позволило избежать многих из тех ошибок, которые были допущены в других странах, также проводивших реформы унаследованных от прошлого систем здравоохранения, построенных на основе модели Семашко. Основные направления реформ коснулись приватизации некоторых секторов (главным образом стоматологического и фармацевтического), реструктуризации больниц, переориентации системы здравоохранения с упором на ее первичное звено и, в последнее время, введения системы обязательного социального медицинского страхования.

## **7.1. Анализ последних реформ**

Молдова приступила к процессу реформ здравоохранения с большой осторожностью. Приватизация многих стоматологических клиник и фармацевтических услуг была проведена относительно рано, но темпы реформ начали расти, только когда страна приступила к процессам рационализации и консолидации медицинских кадров и коечного фонда в 1998 г., децентрализации некоторых механизмов планирования и финансирования в 1999 г. и введению новых механизмов финансирования здравоохранения в 2001 г. (по подушевому принципу, а не на основе размеров коечного фонда). С тех пор были достигнуты значительные успехи в реорганизации системы здравоохранения в целях удовлетворения потребностей населения страны. Другим важным элементом реформ стала разработка в 1998 г. минимального пакета медицинских услуг. Их хотя на практике из-за финансовых трудностей этот пакет не был доступным для всего населения, он так или иначе сослужил свою службу, поскольку на его основе удалось разработать систему планирования здравоохранения, позволяющую обеспечить минимальный уровень медицинской помощи с учетом имеющихся финансовых ресурсов. Переход от планирования бюджета здравоохранения на основе размеров коечного фонда к финансированию по подушевому принципу также стал большим шагом вперед, позволяющим сделать систему планирования бюджета здравоохранения более реалистичной и приближенной к потребностям населения. С 2004 г. в стране произошли коренные преобразования системы здравоохранения, было введено ОМС (хотя законодательно социальное медицинское страхование было



введено еще в 1998 г.) и договорная модель отношений между поставщиками и покупателями медицинских услуг.

Несмотря на то что в стране вышел целый ряд законодательных актов по различным аспектам социального страхования и другим вопросам финансирования здравоохранения, фактически реформы начались только после опубликования «Стратегии развития сектора здравоохранения на период с 1997 по 2003 г.», нацеленной на преодоление структурных недостатков, сокращение избыточного кадрового потенциала и усовершенствование механизмов финансирования сектора здравоохранения. В этой стратегии были определены четыре основных направления развития (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006):

1. Организационные и структурные преобразования в целях развития первичного звена здравоохранения, в основе которого лежит семейная медицина (а семейный врач отвечает за здоровье граждан), организация эффективных взаимосвязей между первичным и вторичным звеном, создание стимулов для расширения мероприятий по профилактике и укреплению здоровья населения, улучшение системы управления кадровыми ресурсами, введение клинических руководств, децентрализация управления местными службами здравоохранения, реструктуризация больничной сети и передача управления параллельными системами здравоохранения в компетенцию Минздрава.
2. Преобразование системы финансирования и оплаты услуг поставщиков путем введения обязательного медицинского страхования и договорных отношений с поставщиками, изменение принципа оплаты услуг поставщиков (переход от постатейного бюджетирования к механизмам подушевой оплаты или оплаты за предоставленные услуги) и выделения НМСК государственных средств на покрытие расходов на медицинское страхование уязвимых групп населения и реализацию приоритетных национальных программ.
3. Проведение реформы системы образования и подготовки медицинских кадров путем приведения учебных планов в соответствие с наиболее передовыми современными тенденциями, укрепления системы непрерывного медицинского образования и реформирования медицинских специальностей.
4. Реформа лекарственной политики, введение системы рационального назначения медикаментов, разработка и введение руководств по лекарственной терапии.

В рамках «Стратегии развития сектора здравоохранения на 1997–2003 гг.» и в целях преобразования системы здравоохранения, ориентированной преимущественно на лечение заболеваний, в систему, где центральное место должен занимать сектор первичной медицинской помощи, было издано постановление, в соответствии с которым 35% местных бюджетов здравоохранения (27% государственных расходов) должно выделяться на оказание первичной помощи, 45% – больничному сектору, 15% – сектору скорой и неотложной помощи и 5% – на специализированные больничные услуги (World Bank, 2005). Укрепление сектора первичной помощи началось в 1997 г. с выходом постановления Правительства Республики Молдова № 1134 от 9 декабря 1997 г. «О развитии первичной медицинской помощи». Этим постановлением были созданы специальность и должность семейного врача и медсестры первичного звена, введен принцип выбора пациентом своего семейного врача, а постатейный метод бюджетного планирования в секторе первичной помощи был заменен на систему подушевого финансирования. Ответственность по управлению первичной медицинской помощью, больницами вторичного звена и службами скорой и неотложной помощи была передана местным органам власти. В 1998 г. правительство Молдовы совместно с Всемирным банком разработало проект «Фонд инвестиций в здравоохранение», реализация которого продолжалась вплоть до 2005 г. Этот проект был призван поддержать Стратегию развития сектора здравоохранения. Его цели состояли в следующем: (а) реструктуризация сети медицинских учреждений, в частности перераспределение ресурсов из третичного в первичное звено здравоохранения; (б) укрепление сети учреждений первичной медицинской помощи путем создания действенного института семейных врачей; (в) легализация неофициальных платежей и устранение платежей за ненужные или избыточные медицинские услуги (особенно за те, которые являются бременем для беднейших слоев населения); (г) создание пакета медицинских услуг, соответствующего возможностям бюджета, с упором на первичное звено; и (д) централизация финансирования системы здравоохранения в целях совершенствования механизма распределения фондов между различными ее уровнями (World Bank, 2000).

В период с 1995 по 2004 г. число семейных врачей, работающих в Молдове, увеличилось с 57 до 2096 человек, и это стало одним из важнейших достижений реформ за последние годы (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Озабоченность, однако, вызывает тот факт, что многие центры первичного звена недо-

укомплектованы персоналом и в них отсутствует стандартное медицинское оборудование и материалы (см. раздел 6.2 *Первичная/ амбулаторная медицинская помощь*). В результате серьезной реструктуризации вторичного и третичного звена медицинской помощи коечный фонд учреждений этих уровней и их персонал были сокращены более чем наполовину. Предполагалось, что это позволит высвободить дополнительные ресурсы для укрепления сектора первичной медицинской помощи. Однако были ли в действительности направлены указанные средства на развитие первичного звена (и остались ли они вообще в секторе здравоохранения), неизвестно, поскольку учреждения первичного звена до сих пор испытывают сильнейшее недофинансирование и недооснащены, а переоборудование учреждений первичной помощи по большей части произведено за счет средств проекта Всемирного банка «Фонд инвестиций в здравоохранение». Тем не менее в части перераспределения ресурсов из сектора стационарной помощи в сектор амбулаторной и первичной медицинской помощи реформы в секторе здравоохранения прошли относительно успешно, несмотря на то, что этот процесс был сопряжен с реальными политическими и техническими трудностями при сокращении избыточных мощностей в кишиневских учреждениях вторичного и третичного звена. Однако в том, что касается доли местных расходов на здравоохранение, выделяемых на стационарную и амбулаторную медицинскую помощь, имеются существенные региональные различия, свидетельствующие о том, что местные органы власти пользовались высокой степенью самостоятельности при определении темпов и направления реформ (World Bank, 2003). В результате наделения главных врачей районных больниц правом принимать решения, касающиеся бюджетов всех медицинских учреждений на подведомственных им территориях, возникла ситуация, при которой ресурсы, которые следовало направлять в учреждения первичного звена, фактически использовались для перекрестного субсидирования стационаров и учреждений специализированной медицинской помощи (Shishkin et al., 2006). Вот почему центры семейной медицины с 1 января 2008 г. были отделены от районных больниц и тем самым получили большую самостоятельность.

Ключевым аспектом реформы финансирования здравоохранения стало введение системы ОМС, закон о котором вышел еще в 1998 г., но практическая реализация началась только с 1 января 2004 г. Первоначально цель состояла в том, чтобы создать дополнительный приток средств в систему здравоохранения в условиях резкого паде-

ния доходов бюджета. Однако впоследствии введение ОМС стало рассматриваться скорее как катализатор реформ, а новые договорные отношения с поставщиками и механизмы оплаты – как инструменты, которые можно было использовать в целях повышения эффективности и качества в секторе здравоохранения. Вопрос о введении ОМС вновь встал на повестке дня только в 2001 г., с учреждением НМСК. В соответствии с постановлениями правительства было создано 11 территориальных агентств НМСК и определена основа для заключения договоров между НМСК и поставщиками медицинских услуг на соответствующие объемы услуг в рамках ОМПOMS по ценам, основанным на установленных Минздравом тарифах (см. раздел 2.3 *Организационная структура*).

Введение ОМС на всей территории страны было произведено только после успешного завершения в Хынчештском районе пилотного проекта по финансированию местного здравоохранения за счет добровольных пожертвований местного населения, который проводился в рамках совместного проекта ЮНИСЕФ и Минздрава по укреплению здоровья матери и ребенка и улучшению доступа к основным услугам здравоохранения для наиболее уязвимых групп. Этот проект был начат в 1999 г., после того как проведенное исследование доступности медицинских услуг и возможностей населения по их оплате показало, что доступность необходимо повысить. Проект был нацелен на обеспечение основного набора медицинских услуг и неотложной помощи. ЮНИСЕФ предоставил медицинским учреждениям основное оборудование, провел подготовку кадров и их обучение новым методам организации здравоохранения, а также обеспечил запас жизненно необходимых лекарств на первое время. В конце 2000 г. для финансирования этой программы был создан местный фонд добровольных пожертвований (MacLehose, 2002). Этот эксперимент был проведен в целях сбора информации для более широкого развертывания системы ОМС. Инициатором реформы финансирования здравоохранения выступил Минздрав Молдовы. Отличительными чертами процесса реформ в Молдове стали сильная политическая поддержка введения социального медицинского страхования со стороны высших органов власти и высокий уровень профессиональной поддержки (см. ниже). Очень важную роль в разработке и реализации реформ сыграл также Национальный экспертный совет по финансированию здравоохранения. Благодаря высокому уровню согласия и единодушию по вопросам реформ введение социального медицинского страхования можно считать огромным успе-

хом по многим направлениям, и политические лидеры страны называют это одним из трех главных достижений правительства за истекший срок его полномочий (Shishkin et al., 2006).

Благодаря введению социального медицинского страхования была создана такая система финансирования здравоохранения, для которой характерны централизованный сбор государственных средств на здравоохранение, и наибольшую долю финансирования ОМС в Молдове составляют отчисления из бюджета центрального правительства (см. раздел 3.3 *Сбор и источники финансовых средств*). Различные формы ОМС были введены во многих странах СНГ в рамках реформ здравоохранения. Особенностью механизма сбора финансовых средств в Молдове является принцип равенства взносов на социальное медицинское страхование для различных категорий застрахованных и равенство стоимости социального медицинского страхования на душу населения (Shishkin et al., 2006). Другими словами, отчисления из бюджета на покрытие стоимости услуг медицинского страхования для особо уязвимых групп эквивалентны взносам работающего населения. Поэтому введение ОМС не обеспечивает дополнительного притока средств на здравоохранение; наоборот, расходы государственного бюджета на здравоохранение оказываются, таким образом, гораздо выше. Однако лица из числа самозанятого населения системой социального медицинского страхования не охвачены – для них она играет роль добровольного медицинского страхования, и самозанятые лица могут присоединиться к ней, если приобретут полис ОМС. В результате 30% работающих жителей страны не охвачены системой ОМС (см. раздел 3.2 *Охват населения и право на медицинское обслуживание*).

Введение системы социального медицинского страхования привело к следующим результатам (Shishkin et al., 2006):

Для системы здравоохранения:

- преобразование системы финансирования здравоохранения произошло гладко, и оказание медицинских услуг при этом не прерывалось;
- объем государственного финансирования здравоохранения увеличился в 2004 г. на 19% в реальном выражении, а в 2005 г. – на 16%;
- благодаря реформам повысилась стабильность государственного финансирования здравоохранения;
- был достигнут реальный баланс между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания и их финансовым обеспечением.

Для медицинских учреждений:

- повышение доходов;
- стабильность государственного финансирования;
- ускорение процесса перечисления средств из бюджетов на счета медицинских учреждений;
- повышение самостоятельности в вопросах принятия решений о расходовании средств;
- создание реальных стимулов для повышения эффективности работы.

Для работников здравоохранения:

- повышение зарплат;
- возможность получать оплату за свой труд в зависимости от его объема и качества.

Для населения:

- улучшение доступности услуг неотложной догоспитальной и стационарной помощи для застрахованного населения (в отношении амбулаторной помощи данные недостаточно надежны, чтобы делать на их основании какие-либо выводы);
- уменьшение масштабов неофициальных платежей.

В целом следует отметить, что финансовый кризис 1998 г., хотя и был тяжелым потрясением для населения, оказался важнейшим катализатором реформы финансирования здравоохранения, и в известной степени успехи реформ в секторе здравоохранения можно оценивать, соизмеряя их с трудностями в других областях. Например, международные кредитные организации очень настаивали на проведении реформы пенсионной системы; однако до финансового кризиса 1998 г. в этом направлении так ничего и не было сделано, и только после кризиса в стране был достигнут широкий политический консенсус относительно необходимости этой реформы. Однако по вопросу о том, как именно это лучше всего сделать, консенсуса достичь не удалось. Были две основные причины, по которым реформа пенсионной системы застопорилась: отсутствие со стороны органов государственного управления политической воли к реформированию унаследованной от СССР пенсионной системы и сильнейшее сопротивление со стороны противников реформ (Cashu, 2000). Пессимистические оценки трудностей, с которыми столкнулось молдавское правительство в своем стремлении углубить экономические

реформы и реструктурировать экономику страны (Way, 2002), также свидетельствуют о том, насколько значимым был успех введения системы ОМС.

В своей работе Cergone and Godinho (2001) указывают три фактора, способствовавших проведению реформ сектора здравоохранения Молдовы. Во-первых, реформы были в интересах всех ключевых политических фигур, в то время как сопряженный с этими реформами политический риск распределялся между всеми уровнями правительства. Во-вторых, между центром (Минздравом) и районными органами управления здравоохранением было достигнуто согласие относительно среднесрочного плана реструктуризации в процессе реформ. В-третьих, между международными донорскими и кредитными организациями был достигнут консенсус по вопросам наиболее приемлемого направления и темпов проведения реформ. Были также определены дополнительные важнейшие факторы успеха реформ сектора первичной медицинской помощи, в том числе (World Bank, 2005):

- необходимость стратегического подхода в целях укрепления внутрирегионального сотрудничества и обучения кадров;
- инвестирование не только в материально-техническую базу, но и в управление изменениями на долгосрочную перспективу;
- работа на политическом, стратегическом и оперативном уровнях наряду с обеспечением реализации принятых решений на практике;
- обеспечение надлежащих структур управления;
- важно не просто воплощать в жизнь решения, принятые изначально, но и чутко реагировать на ситуацию в стране;
- работа над имиджем специалистов по семейной медицине, повышение престижа и статуса этой профессии по сравнению с другими медицинскими специальностями – как для работников здравоохранения, так и для населения в целом;
- совершенствование стимулов для постоянного улучшения качества работы;
- улучшение системы коммуникаций между различными уровнями системы здравоохранения и внутри них, а также с населением, поскольку неэффективные коммуникации создают почву для сопротивления реформам;
- разработка целостного подхода к реформам с учетом всех компонентов системы здравоохранения;

- наличие согласованной стратегии выхода из проекта международных партнеров, обеспечивающей устойчивость реформ в долгосрочной перспективе.

## 7.2. Перспективы развития

С 2002 г. Молдова достигла значительных успехов в области реформирования сектора здравоохранения. Толчком для первого этапа реформ послужил финансовый кризис в этом секторе, заставивший местные органы государственного управления закрыть мелкие районные больницы и сократить численность медицинского персонала. Движущей силой второго этапа реформ стало главным образом введение системы ОМС и соответствующее увеличение объемов финансирования здравоохранения. Сейчас, когда расходы на здравоохранение составляют почти 10% ВВП, очень важно перейти к следующему этапу реформ, который позволил бы повысить эффективность и качество медицинской помощи (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). В этой связи Минздрав занимается исследованием возможностей создания в секторе здравоохранения такого полезного инструмента, как государственно-частные партнерства. Для того чтобы продвинуться вперед в развитии моделей договорных отношений, необходимо для начала создать четкую нормативно-правовую базу (в соответствии с положениями молдавского законодательства и законодательства Евросоюза) для заключения прямых договоров между НМСК и поставщиками услуг первичной медицинской помощи – как государственными, так и частными. В законе должны быть определены организационно-правовые формы участников договора (например, индивидуальный предприниматель, компания с ограниченной ответственностью, товарищество с ограниченной ответственностью, акционерное общество). Следует также разработать (или усовершенствовать) законы, касающиеся договоров между поставщиками медицинских услуг и НМСК: в особенности это касается таких аспектов, как функции управления, честность и добросовестность в финансовых вопросах, обязанности сторон, разрыв договорных отношений, урегулирование споров, действия в случае неисполнения сторонами своих обязательств, форс-мажорные обстоятельства (Atun, 2007). Это становится особенно актуальным сейчас, когда поставщики услуг первичной медицинской помощи получили самостоятельность.



В Стратегии развития системы здравоохранения на период 2007–2016 гг. также уделяется большое внимание вопросам эффективности и качества как ключевым направлениям развития на предстоящем этапе реформ, что должно быть обеспечено наряду с доступностью медицинской помощи для населения Молдовы и его защитой от финансовых рисков, связанных с услугами в области здравоохранения (Правительство Республики Молдова, 2007а). Для того чтобы добиться успеха в этом направлении, данная стратегия предусматривает необходимость твердых политических обязательств со стороны государства, эффективного и прозрачного руководства, обеспечения достаточных ресурсов, грамотного управления и планирования, а также действенной системы мониторинга и оценки на всех уровнях и наличие компетентных кадров (Правительство Республики Молдова, 2007а). В новой Стратегии развития системы здравоохранения поставлены следующие основные задачи, которые предполагается решить на базе достигнутых успехов в проведении реформ здравоохранения, избежав при этом тех проблем, с которыми сталкиваются другие страны в ходе реализации реформ (Правительство Республики Молдова, 2007а):

- *Улучшение управления системой здравоохранения.* Решение этой задачи будет способствовать реализации всех остальных аспектов стратегии. Для этого предполагается реализовать следующие меры: улучшение способностей Министерства здравоохранения по разработке и внедрению политики в области здравоохранения и стратегического планирования; укрепление способности структур из сферы здравоохранения по мониторингу и оценке системы здравоохранения; совершенствование механизмов общения; консолидация межсекторного партнерства; эффективное привлечение населения, гражданского и профессионального сообщества к участию в процессе принятия решений в области здравоохранения.
- *Улучшение финансирования системы здравоохранения и механизмов оплаты за медицинские услуги.* Эта задача включает совершенствование механизмов оплаты и заключения договоров с поставщиками услуг и повышение справедливости и прозрачности в процессе выделения ресурсов и обеспечения финансовой защищенности граждан.
- *Организация и оказание услуг в области здравоохранения, отвечающих требованиям и приведенным в соответствие с потребностями населения.* Решение этой задачи будет достигнуто

путем продвижения принципов интегрированной медицинской помощи и обеспечения последовательности медицинских услуг для решения проблем, связанных со здоровьем населения; развития приоритетных областей системы здравоохранения, влияющих на общественное здоровье и имеющих стратегическую важность; и повышения качества медицинских услуг и роста уровня удовлетворенности ими со стороны пациентов.

- *Создание и обеспечение необходимых для системы здравоохранения ресурсов.* Для этого необходимо обеспечить эффективный менеджмент человеческих ресурсов путем рационального использования имеющихся в наличии кадров и адекватной, разнообразной и эффективной подготовки высокопрофессиональных кадров для системы здравоохранения; укрепление материально-технической базы учреждений системы здравоохранения; рациональный менеджмент лекарственных средств.

К главным потенциальным проблемам, которые могут воспрепятствовать достижению целей реформ, авторы стратегии относят недостаточную мотивацию медицинских работников и отток рабочей силы из системы здравоохранения; другими факторами являются сохранение преимуществ для городской системы здравоохранения перед сельской и недостаток управленческих навыков на уровне системы здравоохранения (Правительство Республики Молдова, 2007а).

Предполагается, что в основе всех дальнейших реформ будет лежать новая национальная политика в области здоровья на 2007–2021 гг., приоритетными задачами которой являются сокращение неравенства в здоровье граждан, принадлежащих к различным социально-экономическим группам и проживающих в различных регионах страны. Основными целями новой национальной политики в области здоровья являются (Правительство Республики Молдова, 2007b):

- профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения путем расширения полномочий и возможностей общественности и отдельных граждан;
- охрана здоровья матери и ребенка путем обеспечения доступа к соответствующему обслуживанию и уходу;
- укрепление здоровья молодежи путем организации санитарного просвещения, доступа к медицинской помощи и психологической поддержки;

- помощь в обеспечении здоровой и активной старости путем организации самостоятельного проживания пожилых людей и помощи со стороны общественности;
- контроль за неинфекционными хроническими заболеваниями путем организации профилактических мероприятий и пропаганды здорового образа жизни;
- улучшение гигиены окружающей среды и ее защита путем реализации ряда международных договоров в области охраны окружающей среды и поддержки устойчивого развития транспорта;
- рациональное питание и повышение физической активности путем обеспечения доступа к высококачественным продуктам питания и информации о пользе рационального питания и занятий физическими упражнениями;
- профилактика и контроль за потреблением табака и алкоголя, а также запрещенных наркотиков, путем сокращения поставок и спроса на табачные изделия, алкоголь и запрещенные наркотики;
- профилактика насилия и травматизма, в рамках реализации социальной политики и политики в области образования;
- повышение качества услуг по охране психического здоровья путем переориентации соответствующих служб на амбулаторную помощь;
- контроль за инфекционными заболеваниями, в особенности за ВИЧ/СПИД и туберкулезом, путем улучшения мер профилактики, выявления и лечения;
- улучшение показателей работы системы здравоохранения путем укрепления четырех ее основных функций: управления, финансирования, создания ресурсов и предоставления услуг.

## **8. Оценка системы здравоохранения**

### **8.1. Задачи системы здравоохранения**

**Ц**елью молдавской системы здравоохранения является предоставление гражданам всеобщего и равного доступа к основному набору медицинских услуг. В экономических условиях постсоветской Молдовы прежние гарантии государства по обеспечению населению всеобщего и равного доступа к полному спектру медицинских услуг, бесплатных по месту их оказания, можно считать несостоятельными. Декларации о всеобщем бесплатном медицинском обслуживании на практике не обеспечивались, а доступность медицинской помощи была ограничена в связи с возникновением неофициальных наличных платежей за услуги. В этой связи обязательства государства были пересмотрены и заменены на более ограниченный набор услуг, четко оговоренных схемой ОМС. В первый год после введения социального медицинского страхования этот прагматичный подход показал свою состоятельность, так как у населения расширился доступ к медицинской помощи, бесплатной по месту ее оказания, хотя пока что этот доступ не является всеобщим (см. ниже). В настоящее время увеличивается политическое давление, вынуждающее государство расширить свои гарантии по оказанию медицинской помощи населению, но будут ли они экономически устойчивыми с учетом нынешней ситуации в стране, пока неясно.

### **8.2. Распределение затрат и услуг системы здравоохранения среди населения**

Одним из ключевых показателей деятельности системы здравоохранения является соблюдение принципа справедливости. Оплата за

медицинское обслуживание должна быть прогрессивной, то есть более обеспеченные семьи должны вносить больший вклад в финансирование здравоохранения, чем малообеспеченные; кроме того, необходимо обеспечить также горизонтальную справедливость, то есть семьи с равными финансовыми возможностями должны вносить равные взносы на здравоохранение. Поскольку в Молдове уровень наличных платежей пациентов за медицинские услуги был устойчиво высоким, то у беднейших семей доступ к медицинскому обслуживанию был более ограниченным, а платить за него им приходилось гораздо большую в процентном отношении часть своего дохода. В среднем наличные расходы на госпитализацию более чем втрое превышали средний уровень расходов домохозяйств; таким образом, беднейшие домохозяйства подвергались катастрофическому финансовому риску в случае требующей госпитализации болезни кого-либо из членов семьи (World Bank, 2003). Как показало обследование, проведенное в 1997 г. ЮНИСЕФ, почти 50% лиц, нуждавшихся в госпитализации, оплачивали ее за счет продажи какого-либо имущества или за счет заемных средств (World Bank, 2003). Поскольку неофициальные платежи и необходимость приобретать лекарства за полную стоимость были явлением повсеместным, то из-за отсутствия средств бедное население вынуждено было просто отказываться от услуг здравоохранения (World Bank, 2003). К концу 1990-х гг., когда кризис финансирования здравоохранения достиг своего пика, беднейшие домохозяйства в Молдове платили за доступ к медицинскому обслуживанию значительно большую часть своего бюджета, что свидетельствовало о колоссальном неравенстве в системе здравоохранения (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). На этом фоне необходимость разработки механизмов объединения финансовых рисков в целях их снижения для беднейших слоев населения стала очевидной.

Введение системы ОМС помогло защитить население от финансовых рисков в случае болезни. Например, в 2004 г. средние прямые затраты домохозяйств на здравоохранение для беднейших 20% населения Молдовы упали в реальном выражении на 21% по сравнению с 2003 г. (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Кроме того, доля наличных (официальных и неофициальных) платежей пациентов за медицинские услуги снизилась с 51,5% в 2003 г. до 42,3% в 2005 г. (Shishkin et al., 2006). Этого удалось достичь благодаря тому, что правительство взяло на себя оплату взносов на здравоохранение за определенные группы населения и размер этих взносов достаточно высок, поскольку они соответствуют реальной стоимости медицинских

услуг и сопоставимы с размером взносов работающего населения. Но несмотря на то что благодаря последним реформам масштаб наличных платежей пациентов за медицинское обслуживание уменьшился, для Европейского региона он все равно остается достаточно высоким (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Исследование, касающееся стоимости госпитализации, также выявило, что для застрахованных семей медицинское страхование обеспечивает действительную защиту от финансовых рисков; для незастрахованных расходы на госпитализацию выше в среднем на 83% (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Но несмотря на то что беднейшие домохозяйства тратят теперь на медицинское обслуживание меньше, чем раньше, уровень использования ими медицинских услуг также снизился (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006; Shishkin et al., 2006). Кроме того, для бедных слоев населения дороговизна лекарств сводит на нет защищенность от финансовых рисков (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

После рецентрализации механизма объединения ресурсов межрегиональные различия в уровнях подушевого финансирования здравоохранения уменьшились, а сеть медицинских учреждений стала весьма разветвленной; тем не менее обслуживание жителей отдаленных регионов все еще не отвечает установленным требованиям, и у бедного сельского населения возможность доступа к медицинскому обслуживанию меньше. Кроме того, среди бедных сельских домохозяйств процент незастрахованных выше, поэтому им с большей вероятностью приходится платить за лечение и консультации врачей. Наиболее острый дефицит кадров также имеет место именно в сельском здравоохранении (World Bank, 2005). В этой связи можно отметить, что, хотя последние реформы действительно очень положительно сказались на соблюдении принципа справедливости в распределении затрат и выгод системы здравоохранения в целом, действующая в настоящее время система финансирования не обеспечивает эффективной защиты всего населения страны от финансовых рисков. Наличные платежи за медицинские услуги по-прежнему высоки, и достаточно большая часть населения (20–25%) не охвачена системой социального медицинского страхования; многие из этих людей принадлежат к беднейшим слоям. Поэтому выгоды системы здравоохранения для более обеспеченных семей оказываются большими, чем для малообеспеченных. Однако молдавское правительство взяло на себя обязательство по решению этих проблем, а национальная политика в области здоровья поддерживает принцип социальной солидарности (Правительство Республики Молдова, 2007b).

### **8.3. Эффективность распределения ресурсов в системе здравоохранения**

В советское время объем финансирования, который получали медицинские учреждения, зависел от официального размера коечного фонда и численности персонала. Такие факторы, как показатели работы учреждения (производительность, качество работы и удовлетворенность пациентов), в процессе финансового выравнивания не учитывались. Это приводило к созданию неверных стимулов: к раздуванию коечного фонда, госпитализации тех, кто в ней не нуждался, и к ненужному увеличению продолжительности госпитализаций, а в улучшение качества работы и эффективность оказания медицинской помощи ресурсы практически не вкладывались. Кроме того, поскольку бюджетное планирование производилось затратным методом, а не на основе реальных потребностей в медицинской помощи, то основной объем государственных ресурсов выделялся городам, где располагалось больше всего медицинских учреждений. Наследие советского прошлого определило характер структурной неэффективности постсоветской системы здравоохранения в Молдове. Добиться эффективности распределения ресурсов мешали избыточность и неэффективность инфраструктуры здравоохранения, ограниченность использования надлежащих клинических протоколов и недостаток мощностей в секторе первичной медицинской помощи (World Bank, 2005).

После финансового кризиса была произведена широкомасштабная реструктуризация больничного сектора страны, и большая часть избыточных мощностей системы здравоохранения была сокращена. Всего за год, с 1998 по 1999 г., число больниц уменьшилось с 276 до 150, а в период между 1991 и 2006 г.г. коечный фонд был сокращен на 75%: в 2006 г. в Молдове было 84 больницы (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Однако такая консолидация привела в основном к закрытию небольших сельских больниц, а больниц вторичного звена, расположенных в Кишиневе, и специализированных больниц республиканского уровня это практически не коснулось. Поэтому больничный сектор по-прежнему поглощает значительную часть финансирования, выделяемого на первичную помощь, несмотря на предпринимаемые в рамках реформ согласованные усилия по преобразованию механизмов распределения ресурсов. Однако сейчас, когда центры семейной медицины децентрализованы и выведены из-под контроля главных врачей районных больниц, эта ситуация вполне может измениться. Другим серьезным фактором, снижающим эффективность,

является наличие параллельных систем здравоохранения, управляемых отраслевыми министерствами, и в настоящее время в стране не выработана стратегия консолидации или реструктуризации этих учреждений, которые так и остаются не охваченными программой реформ.

Акцент на развитие первичного звена здравоохранения и значительные инвестиции в подготовку и переподготовку кадров, а также перераспределение ресурсов из сектора стационарной помощи способствовали наращиванию потенциала в секторе первичной медицинской помощи, который традиционно был чрезвычайно низким. Однако проблемы с привлечением и удержанием кадров в первичном звене все еще остаются, особенно в сельской местности. Основными задачами реформирования молдавской системы здравоохранения – с точки зрения как обеспечения эффективности использования ресурсов, так и улучшения качества медицинской помощи – по-прежнему остаются разработка системы оценки медицинских технологий и введение принципов доказательной медицины (см. ниже).

#### **8.4. Экономическая эффективность системы здравоохранения**

Оценить экономическую эффективность оказания услуг здравоохранения в Молдове довольно трудно, поскольку схема, в основе которой лежит оценка результатов, а не затрат, используется в стране относительно недавно. На уровне первичного звена в качестве средства повышения эффективности стали использоваться договорные отношения с поставщиками услуг, и похоже, что этот подход оказался действенным с точки зрения повышения производительности услуг службы неотложной помощи. Однако этих данных недостаточно для того, чтобы заключить, что медицинские учреждения используют свое право распоряжаться полученными средствами более эффективно. Так, например, известно, что в 2004 г. расходы на водоснабжение, отопление и электричество уменьшились в реальном выражении на 6,8%, но явилось ли это результатом более эффективного использования ресурсов или непосредственного сокращения объема стационарной помощи – неизвестно (Shishkin et al., 2006). В 2006 г. была начата разработка показателей эффективности, стимулирующих использование избирательного заключения договоров; предполагается, что эти показатели будут все больше увязываться с объемами финансирования.



## 8.5. Качество медицинской помощи

Пока что в системе здравоохранения Молдовы предусмотрено мало стимулов для повышения качества медицинской помощи и роста потребительской удовлетворенности. Система не подотчетна населению и не восприимчива к его потребностям; управление по-прежнему производится централизованно, с использованием командно-административных методов, а пациент, как конечный пользователь, участия в управлении практически не принимает. Кроме того, у медицинских кадров отсутствует достаточная мотивация для повышения качества своей работы, в особенности потому, что уровень их заработной платы по-прежнему чрезвычайно низок. Несмотря на некоторые улучшения в секторе оказания первичной медицинской помощи, большая часть оборудования в учреждениях первичного звена давно устарела (World Bank, 2003). В течение нескольких лет капитальных вложений не производилось вообще, что еще более усугубило проблемы в области качества медицинской помощи, которое можно было бы повысить с помощью нового оборудования или модернизации медицинских учреждений. Это означает, что еще в течение какого-то времени существующий разрыв между городскими и сельскими регионами в том, что касается оказания услуг, оборудования медицинских учреждений и наличия лекарств, вероятно, сохранится (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

Оценка качества пока что не стала показательной чертой системы здравоохранения, и зачастую для объектов инфраструктуры здравоохранения отсутствуют условия оценки качества. В настоящее время на уровне первичного звена здравоохранения не применяются никакие руководства по доказательной медицине: ни организации, ни отдельные практикующие врачи не проводят клинического аудита, а мониторинг качества оказываемых услуг основывается на затратах, а не на результатах. Поэтому установить уровень качества услуг оказалось невозможным. Действующие оценки качества представляют собой ежеквартальные обзоры, которые проводятся внешними экспертами, привлекаемыми НМСК в целях анализа уровня медицинского обслуживания. Эти обзоры основаны на разовых проверках и направлены скорее на контроль качества, чем на его обеспечение и постоянное повышение (Atun, 2007).

Тем не менее по некоторым признакам можно заключить, что последние реформы оказали положительное влияние на воспринимаемое качество услуг здравоохранения, особенно в первичном звене

(Shishkin et al., 2006). Проведенное качественное обследование (опрос более 300 заинтересованных лиц) позволяет предположить, что новая модель первичной медицинской помощи, в основе которой лежит семейная медицина, была с одобрением воспринята как пациентами, так и работниками здравоохранения (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Опрошенные (пациенты, врачи, медсестры, политики и управленцы) отметили немало положительных черт новой модели, в том числе: ориентированный на потребителя характер услуг, которые предполагают более комплексный, чем раньше, подход к уходу и лечению; наличие своего семейного врача; улучшение потребительского выбора; улучшения, связанные с большей последовательностью и непрерывностью медицинской помощи. Опрошенные в целом сошлись во мнении, что у пациентов вырос уровень информированности о своих правах и теперь их ожидания связаны с повышением качества услуг врачей; пациенты начинают требовать оказания тех услуг, на которые имеют право по закону. Но несмотря на то что большинство опрошенных врачей, управленцев и политиков считают, что функции первичного звена, которому отведена роль контролирующего механизма в отношении доступа к специализированной помощи, укрепились, стимулов для сокращения числа избыточных направлений пока недостаточно, и это по-прежнему является серьезной проблемой, поскольку пациенты могут напрямую обращаться за специализированной помощью без направления от врача первичного звена (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006).

## **8.6. Вклад системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения**

Оценивать вклад действующей системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения во многих отношениях еще слишком рано, поскольку последний раунд реформ, в рамках которого было введено социальное медицинское страхование и усилена роль первичного звена и сектора неотложной помощи, вступил в силу только в 2004 г. Кроме того, очень трудно определить, что больше повлияло на здоровье населения: социально-экономическая ситуация в переходный период или почти полный крах системы здравоохранения в начале 1990-х. Однако падение уровня младенческой и материнской смертности – ранней, поздней и постнеонатальной – говорит о том, что программы по улучшению услуг в области охраны

материнства были действенными, поскольку упомянутые улучшения были достигнуты именно в то время, когда уровень социально-экономического неравенства и расслоения общества только увеличивался. В 2004 г. 99,4% родов было принято квалифицированными медицинскими работниками, а в 2006 г. показатели материнской смертности (16,0 на 100 000 живорожденных) и младенческой смертности (11,8 на 1000 живорожденных) достигли своего исторического минимума (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Однако по другим показателям смертности, которые можно было бы снизить путем медицинских вмешательств, но которые не стали предметом согласованных усилий (например, преждевременная смертность от диабета), таких улучшений достигнуто не было (WHO, 2007/ Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Молдова несет двойное бремя болезней: в стране наблюдается рост как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний, и это подчеркивает как достоинства, так и недостатки действующей системы общественного здравоохранения, в основе которой лежит унаследованная от советских времен сеть санитарно-эпидемиологических учреждений. Несмотря на возобновившийся рост предотвращаемых вакцинацией болезней сразу после обретения независимости, уровень иммунизации детей оставался устойчиво высоким, что является одним из ключевых показателей хорошей работы органов общественного здравоохранения. Однако эпидемиологическая картина в стране (см. раздел 1.4. *Состояние здоровья населения*) свидетельствует о том, что ключевыми детерминантами здоровья молдаван являются бедность и потребление алкоголя и табака, а заболеваемость и смертность, связанные с этими факторами, создают ощутимое бремя для общества. Смертность от причин, связанных с потреблением алкоголя и табака, в Молдове гораздо выше, чем в остальных странах Европейского региона ВОЗ, что свидетельствует о серьезных недостатках работы системы общественного здравоохранения, а именно об отсутствии эффективных мер в области просвещения населения в сфере охраны здоровья и реализации эффективной политики в области общественного здравоохранения. Нарастивание потенциала в этой сфере является ключевым фактором для улучшения состояния здоровья населения Молдовы в целом и сокращения тяжелого бремени преждевременной смертности.

## 9. Заключение

**К**ак и в других странах СНГ, в Молдове необходимо повысить качество медицинской помощи путем введения принципов доказательной медицины, а также повысить заинтересованность поставщиков услуг в соблюдении ими наиболее передовых стандартов, так называемых стандартов хорошей практики (Duke et al., 2006). Для того чтобы улучшить качество медицинских услуг, необходимо усилить руководящую роль Минздрава в том, что касается разработки политики здравоохранения, а также оценки, регулирования и мониторинга деятельности системы здравоохранения. Очень важно также продолжать работу по укреплению первичного звена. Это требует постоянных усилий по перераспределению ресурсов из больничного сектора в сектор первичной медицинской помощи, так чтобы амбулаторные центры здоровья были достаточно оснащены необходимыми ресурсами и имели возможность удовлетворить большую часть потребностей населения в услугах здравоохранения, поскольку это действительно можно сделать на уровне первичного звена. Необходимо также повысить эффективность системы и обеспечить, чтобы схема финансирования здравоохранения обеспечивала достаточную материальную заинтересованность поставщиков медицинских услуг. Например, действующая сейчас система оплаты услуг больниц создает больницам республиканского уровня стимулы для лечения пациентов с несложными диагнозами, поскольку они получают за лечение больше, чем районные больницы, в которых таких пациентов можно было бы вылечить ничуть не хуже. Поэтому размер прибыли (маржа прибыли – разница между объемом возмещения и

средней стоимостью пролеченного случая) у республиканских больниц выше, чем у районных; таким образом, им невыгодно братья за более «дорогостоящие» случаи, то есть как раз за те, которыми они по идее и должны заниматься (Shishkin et al., 2006).

Однако главный урок, который следует извлечь из опыта Молдовы по введению системы ОМС, состоит в том, что, даже если ОМС и не обеспечивает всеобщего доступа и охвата населения медицинским обслуживанием, оно все равно может быть чрезвычайно эффективным средством коренного реформирования системы здравоохранения путем использования договорных отношений с поставщиками как механизма повышения подотчетности, прозрачности и качества. С введением ОМС в Молдове прозрачность системы здравоохранения повысилась, а масштаб неофициальных платежей за медицинские услуги уменьшился. В проведенном в 2005 г. опросе домохозяйств примерно 30% респондентов отметили, что с введением социального медицинского страхования практика неофициальных платежей частично или полностью исчезла; правда, 52,9% опрошенных указали, что совсем изжить ее пока не удалось (Shishkin et al., 2006). При этом, как показывают результаты того же исследования, уровень информированности широких слоев населения о медицинском страховании, понимание того, что собой представляет пакет основных льгот, уровень одобрения реформ и удовлетворенность ими со стороны населения оказались чрезвычайно низкими. Неравенство в доступе, льготах и результатах – вот те основные проблемы, которые должны быть решены в результате дальнейших реформ здравоохранения, а главными задачами, связанными с этим, являются повышение информированности населения о системе социального медицинского страхования и обеспечение доверия к ней (Shishkin et al., 2006). Население следует более активно информировать о характере реформ и о причинах их необходимости; люди должны лучше знать свои права и понимать, в чем состоят предполагаемые выгоды реформ.

Все большую озабоченность вызывает растущая дистанция между теми, кто принимает решения, и практикующими врачами, которые находятся на переднем крае реформ, но не всегда имеют возможность участвовать в их планировании, так как их даже не всегда информируют о причинах готовящихся перемен (Atun, 2007). Опыт многих стран подтверждает важность применения системного подхода к реформам и сочетания принципов «снизу вверх» и «сверху вниз» при их разработке: необходимо обеспечить, чтобы работа велась одновременно и на политическом, и на оперативном уровне,–

это позволит создать у всех сторон ощущение сопричастности общему делу, уменьшить сопротивление реформам и организовать обмен опытом на различных уровнях системы здравоохранения. Но для того чтобы этого добиться, необходимо располагать достаточным управленческим потенциалом на всех уровнях. В Молдове управленческий потенциал на уровне Минздрава, НМСК и поставщиков медицинских услуг нуждается в существенном укреплении; без этого реализовать намеченный курс реформ и укрепить функции планирования и менеджмента в системе здравоохранения будет невозможно (Atun, 2007).

В правительстве Молдовы хорошо понимают, насколько остра в стране необходимость достижения более широкого охвата населения системой социального медицинского страхования. Неравенство в охвате медицинским страхованием имеет как социально-экономическое, так и географическое измерение: в сельских районах охват меньше, чем в городских, а незастрахованных больше всего среди бедных и беднейших домохозяйств. Наиболее уязвимыми в этом отношении являются бедные сельские жители и беднейшие домохозяйства, поскольку эти группы населения являются единственными, для кого последствия введения ОМС оказались негативными, а уровень использования услуг здравоохранения в 2004 г. упал (Government of the Republic of Moldova and World Bank, 2006). Одним из главных факторов отсутствия защиты от финансовых рисков в системе здравоохранения является дороговизна лекарств. В этой связи необходимо тщательно продумать вопрос о расширении льготного лекарственного обеспечения, но подойти к этому следует очень осмотрительно, чтобы не поддаваться популистскому желанию необдуманно расширить государственные гарантии, которые потом нельзя будет обеспечить. На практике это может способствовать только росту коррупции в системе здравоохранения, что поставит под угрозу соблюдение принципа справедливости и может подорвать доверие населения к новой системе в целом (Shishkin et al., 2006).

## 10. Приложения

### 10.1. Библиография

Aceijas C et al. (2006). Estimates of injecting drug users at the national and local level in developing and transitional countries, and gender and age distribution. *Sexually Transmitted Infections*, 82 (Suppl 3):10–17.

Allin S, Davaki K, Mossialos E (2006). Paying for ‘free’ health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. In: *Global corruption report 2006: corruption and health*. Berlin, Transparency International.

Atun RA (2004). *Functional analysis of the stewardship function in Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.

Atun RA (2007). *PHC development strategy for Moldova*. London, Primary Care and Social Assistance Project [Grant 55808].

Badescu G, Sum P, Uslaner EM (2004). Civil society development and democratic values in Romania and Moldova. *East European Politics and Societies*, 18(2):316–341.

Berdaga V, Stefanet S (2001). *Access of the population of the Republic of Moldova to health services*. Chisinau, United Nations Children’s Fund.

Blanchflower DG (2001). Unemployment, well-being, and wage curves in eastern and central Europe. *Journal of the Japanese and International Economies*, 15(4):364–402.

Cashu I (2000). The politics and policy trade-offs of reforming the public pension system in post-communist Moldova. *Europe-Asia Studies*, 52(4):741–757.

Cercone J, Godinho J (2001). The elements of health care system reform in Moldova. *Eurohealth*, 7(3 [Special Issue]):40–41.

Cercone JA, Ortiz C (2001). *Design and baseline data for a monitoring and evaluation system*. Chisinau, Moldova Health Reform Program, Sanigest Internacional.

Chawla M, Betcherman G, Banerji A (2007). *From red to grey: the 'third transition' of aging populations in eastern Europe and the Former Soviet Union*. Washington DC, World Bank.

Ciocanu M et al. (2007). Rezultatele sondajului de opinie privind calitatea serviciilor medicale, raportate la riscuri [Результаты опроса общественного мнения о качестве медицинского обслуживания пациентов]. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 1(16):4–8.

Comendant R (2005). A project to improve the quality of abortion services in Moldova. *Reproductive Health Matters*, 13(26):93–100.

Doganov B, Araujo E (2003). *Health Investment Fund Project: mid-term project evaluation report*. Chisinau, Ministry of Health of the Republic of Moldova, Project Coordination Implementation and Monitoring Unit.

Duke T et al. (2006). Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet*, 367:919–925.

EAPC (2006). *Republic of Moldova*. Milan, European Association for Palliative Care (<http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/RepublicOfMoldova.pdf>, accessed 21 May, 2007).

EOLC-Observatory (2002). *Republic of Moldova*. Lancaster, International Observatory on End of Life Care (<http://www.eolc-observatory.net>, accessed 21 May, 2007).

European Commission (2001). *Moldovan economic trends, April–June 2001*. Brussels, European Commission, DGIA MS/Tacis Services.

Gilmore A et al. (2004). Prevalence of smoking in 8 countries of the former Soviet Union: results from the living conditions, lifestyles and health study. *American Journal of Public Health*, 94(12):2177–2187.

Goroshenko B, Volovei V, Mochniaga A (1996). *Health care systems in transition: Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization.



Gorton M, White J (2003). The politics of agrarian collapse: the case of Moldova. *East European Politics and Societies*, 17(3):305–331.

Gorton M, Ignat G, White J (2004). The evolution of post-Soviet labour processes: a case study of the hollowing out of paternalism in Moldova. *International Journal of Human Resource Management*, 15(7):1249–1261.

Правительство Республики Молдова (2007а). *Стратегия развития системы здравоохранения на период 2007–2016 гг. [проект]*. Кишинев, Правительство Республики Молдова.

Правительство Республики Молдова (2007б). *Politica națională de sănătate 2007–2021 [Национальная политика в области здоровья 2007–2021]*. Кишинев, Правительство Республики Молдова и ЮНИСЕФ.

Правительство Республики Молдова (2007с) [веб-сайт]. Официальный сайт Республики Молдова. Кишинев, Правительство Республики Молдова (<http://www.moldova.md/>, по состоянию на 28 декабря 2007 г.).

Government of the Republic of Moldova and European Union (2005). *EU/Moldova Action Plan 2005*. Chisinau, Government of the Republic of Moldova ([http://ced.pca.md/files/Action\\_Plan\\_EU-Moldova.pdf](http://ced.pca.md/files/Action_Plan_EU-Moldova.pdf), accessed 24 April 2007).

Government of the Republic of Moldova and World Bank (2006). *Health policy note [draft]*. Chisinau.

Grant H (2001). *Moldova salary survey report. Consultant report for the State Chancellery of Moldova*. Chisinau, Government of the Republic of Moldova and International Monetary Fund.

HelpAge International and Second Breath (2007). *Age demands action in Moldova: progress on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Aging (MIPAA)*. London, HelpAge International.

IMF (2005). *Republic of Moldova: selected issues*. Washington DC, International Monetary Fund.

IMF (2006a). *Republic of Moldova: poverty reduction strategy annual evaluation report 2005*. Washington DC, International Monetary Fund.

IMF (2006b). *Republic of Moldova: statistical appendix*. Washington DC, International Monetary Fund.

IMF (2007). *Republic of Moldova: first review under the three-year arrangement under the poverty reduction and growth facility and requests for waiver of performance criterion and augmentation of access*. Washington DC, International Monetary Fund.

Interminds (2004). *A long road: a country report, mental health services in the Republic of Moldova*. Edinburgh, Interminds ([http://www.interminds.org/contents/countryreports/cr\\_moldova.doc](http://www.interminds.org/contents/countryreports/cr_moldova.doc), accessed 26 November, 2007).

King C (2000). *The Moldovans: Romania, Russia, and the politics of culture*. Stanford, CA, Hoover Institution Press.

MacLehose L (2002). *Health care systems in transition: Republic of Moldova*. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

Mansoor AM, Quillin B, eds (2007). *Migration and remittances: Eastern Europe and the former Soviet Union*. Washington DC, International Bank for Reconstruction and Development and World Bank.

McKee M et al. (2006). Access to water in the countries of the former Soviet Union. *Public Health*, 120(4):364–372.

Médecins sans Frontières (2007). *MSF opens first HIV/AIDS clinic in breakaway region of Transnistria [MSF Press Release]*. Geneva, Médecins sans Frontières ([http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=499E9128-15C5-F00A-25F02FDB85DB4CA9&component=toolkit.pressrelease&method=full\\_html](http://www.msf.org/msfinternational/invoke.cfm?objectid=499E9128-15C5-F00A-25F02FDB85DB4CA9&component=toolkit.pressrelease&method=full_html), accessed 11 December, 2007).

Mocanu VI, Dmitrenco SM, Mocanu AA (2003). *Reform in the public health care system: social conduct and public opinion*. Chisinau, Academy of Sciences of Moldova, Institute of Philosophy, Sociology and Law and Health Investment Fund.

MOH (2003). *Health Investment Fund Project: progress report*. Chisinau, Ministry of Health of the Republic of Moldova, Project Coordination Implementation and Monitoring Unit.

National Centre for Public Health and Management (2006). *Annual statistics for Moldova Health System 2005*. Chisinau, National Centre for Public Health and Management.

National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine and ORC Macro (2006). *Moldova demographic and health survey 2005*. Calverton,

MD, National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health and Social Protection and ORC Macro.

Orlova N, Ronnas P (1999). The crippling cost of an incomplete transformation: the case of Moldova. *Post-Communist Economies*, 11(3):373–397.

Orozco M (2007). *Looking forward and including migration in development: remittance leveraging opportunities for Moldova*. Chisinau, International Migration Organization.

Pancenco A (2007). *Serviciile stomatologice prestate populației în condițiile structurilor medicale private urbane Stomatologie [Stomatological services rendered to the population in conditions of urban private medical structures]* [MD thesis]. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” Chisinau, 2007: 175.

Pomerleau J et al. (2005). Drinking in the Commonwealth of Independent States: evidence from eight countries. *Addiction*, 100(11):1647–1668.

Pridnestrovie.net (2005) [web site]. Free quality health care. Tiraspol, (<http://pridnestrovie.net/healthcare.html>, accessed 11 December, 2007).

Protsyk O (2006). Moldova’s dilemmas in democratizing and reintegrating Transnistria. *Problems of Post-Communism*, 53(4):29–41.

Rhodes G (2007). *End of project evaluation: Health Investment Fund Project, Moldova*. Chisinau, World Bank.

Roper SD (2005). The politicization of education: identity formation in Moldova and Transnistria. *Communist and Post-Communist Studies*, 38(4):501–514.

Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M (2006). *Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Transparency International (2006). *Transparency International Corruption Perceptions Index*. Berlin, Transparency International, 2006.

UNAIDS (2006). *Moldova*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS ([www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/moldova.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/moldova.asp), accessed 3 May 2007).

UNAIDS (2007). *AIDS epidemic update*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.

UNICEF (2003). *Evaluation of 2002–2003 mass measles and rubella national immunization campaign in Moldova*. Chisinau, Government of the Republic of Moldova and UNICEF.

UNICEF and WHO (2006). *Immunization summary 2006*. New York, United Nations Children's Fund.

United Nations (2003). *Conclusions and recommendations of the Committee against Torture: Republic of Moldova*. New York, United Nations Committee against Torture.

United Nations (2006). *Concluding observations: Moldova*. New York, United Nations Committee on the Rights of the Child.

Way LA (2002). Pluralism by default in Moldova. *Journal of Democracy*, 13(4):127–141.

Way LA (2005). Authoritarian state building and the sources of regime competitiveness in the fourth wave: the cases of Belarus, Moldova, Russia, and Ukraine. *World Politics*, 57(2):231–261.

World Bank (2000). *World Bank project appraisal document*. Chisinau, Ministry of Health of the Republic of Moldova.

World Bank (2002a). *Moldova TB/AIDS Project. Project appraisal document*. Washington DC, World Bank, Europe and Central Asia Region.

World Bank (2002b). *Social behavior and public opinion. Report following the survey conducted in January 2002*. Chisinau, World Bank Unit of Implementation of the Health System Reform and Center for Public Opinion Research Moldova Modernă.

World Bank (2003). *Moldova health policy note: the health sector in transition*. Washington DC, World Bank.

World Bank (2004). *Moldova country assistance evaluation*. New York, World Bank, Operations Evaluation Department.

World Bank (2005). *Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia*. Washington DC, World Bank, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region.

World Bank (2007). *World Development Indicators*. New York, World Bank.

World Bank (2008). *Moldova: projects and programs*. Washington DC, World Bank.

WHO (2005). *Mental Health Atlas*. Geneva, World Health Organization Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse.

WHO (2006). *Country cooperation strategy at a glance: Republic of Moldova*. Geneva, World Health Organization ([http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_mda\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mda_en.pdf), accessed 12 September, 2007).

WHO, 2005/Европейское региональное бюро ВОЗ (2005). *Highlights on health in the Republic of Moldova*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ (2007). Европейская база данных «Здоровье для всех» [база данных вне Интернета]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/hfadб>), ноябрь.

## 10.2. Полезные интернет-ссылки

Официальный сайт Республики Молдова (на молдавском, русском и английском языках) <http://www.moldova.md/>

Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Молдова (на молдавском, русском и английском языках) <http://www.ms.gov.md/>

Национальный центр превентивной медицины (только на молдавском языке) <http://sanepid.md/>

## 10.3. Государственные программы в области здравоохранения, 2006 г.

Программа «МолдДиаб» (лечение диабета)

Профилактика онкологических заболеваний

Профилактика туберкулеза и бронхиальной астмы

Эндогенные психические заболевания

Профилактика и лечение наследственных патологий

Дорогостоящее лечение, обследования и материалы

Дорогостоящие операции на сердце

Гемодиализ и трансплантация почки

Профилактика ВИЧ/СПИД и ИППП

Безопасность переливания крови

Иммунизация

Медицинская помощь незастрахованным лицам (с 2005 г.)

Консолидация материально-технических ресурсов медицинских организаций

[Источник: по изданию Shishkin et al., 2006]

#### **10.4. Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»**

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Эти обзоры разрабатываются в едином формате, который периодически пересматривается. Он содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Формат обзора включает полный набор вопросов, но использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: [http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1)

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится 1200 показателей по 30 странам – членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикато-

ры мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стандартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из европейской базы данных «Здоровье для всех» (НФА). В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро ВОЗ в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартная база «Здоровье для всех» официально одобрена национальными правительствами. С января 2007 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются сведения по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входило 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 10 глав:

1. **Введение.** Содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура.** Эта глава дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений. Кроме того, в данной главе приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов, касающиеся получения информации, прав, выбора, процедур обжалования, безопасности и вовлеченности в деятельность системы здравоохранения.
3. **Финансирование.** Эта глава содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохране-

- ния, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; описывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.
  5. **Материальные и трудовые ресурсы.** В этой главе рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов, описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
  6. **Предоставление медицинских услуг.** В этой главе основное внимание уделяется потокам пациентов, организации и оказанию услуг, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативному уходу, психиатрической помощи, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию особых групп населения.
  7. **Основные реформы в области здравоохранения.** Обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
  8. **Оценка системы здравоохранения.** В этой главе дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшение состояния здоровья населения.
  9. **Заключение.** Содержит описание того опыта, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
  10. **Приложения.** Библиография, полезные ссылки и ссылки на законодательство.



Подготовка обзора «Системы здравоохранения: время перемен» представляет собой довольно сложный процесс. Он включает следующие этапы:

- составление и редактирование обзора. Зачастую для этого требуется несколько «итераций»;
- передача обзора на рассмотрение международных (национальных) экспертов и в Министерство здравоохранения страны. Авторы обзора должны принять к сведению замечания Министерства здравоохранения, но не обязаны включать их в окончательную редакцию обзора;
- передача обзора на рассмотрение редакторов и международной многопрофильной редакционной коллегии;
- подготовка окончательной редакции обзора, включая этапы технического редактирования и набора текста;
- распространение (распечатка, публикация в электронном формате, переводы и издание).

Редактор обзора оказывает его авторам всяческую поддержку на протяжении всего процесса подготовки и, находясь с ними в постоянном контакте, обеспечивает, чтобы все этапы этого процесса проходили максимально гладко и эффективно.

## 10.5. Сведения об авторах

**Рифат Атун** – профессор и директор Центра по управлению здравоохранением Лондонского королевского колледжа. Является консультантом и участником научно-исследовательских программ Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения и Министерства международного развития Великобритании. Возглавляет рабочую группу ВОЗ по системам здравоохранения и контролю за туберкулезом.

**Эрика Ричардсон** – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Специализируется по вопросам мониторинга систем здравоохранения стран бывшего СССР. Почетный научный сотрудник Лондонской школы гигиены и тропической медицины и Центра российских и восточноевропейских исследований при Университете Бирмингема.

**Сергей Шишкин** – директор научных программ Независимого института социальной политики (Россия). Является консультантом и

участником научно-исследовательских программ и проектов Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка и Правительства Российской Федерации по вопросам экономики здравоохранения.

**Гинтарас Кацявичус** – независимый консультант. Специализируется по вопросам финансирования систем здравоохранения, в частности обязательного медицинского страхования (имеет девятилетний опыт практической работы в данной области). Консультирует у себя на родине, в Литве, а также участвует в международных проектах, которые проводятся в странах Центральной и Восточной Европы. Сотрудничает с Всемирной организацией здравоохранения, организациями Европейского союза и Всемирным банком.

**Михай Чокану** – директор Национального центра менеджмента в здравоохранении, который входит в систему Министерства здравоохранения Республики Молдова. Является экспертом по вопросам политики и законодательства в области здравоохранения, управления здравоохранением, медицинского страхования и финансирования здравоохранения. Доцент Школы общественного здравоохранения Республики Молдова.

**Валериу Сава** возглавляет Управление медицинского страхования Министерства здравоохранения Республики Молдова. Является специалистом по вопросам политики и законодательства в области здравоохранения и одним из ведущих авторов Закона об обязательном медицинском страховании и Закона о правах и обязанностях пациента. Член коллектива авторов национальной политики в области здоровья и Стратегии развития системы здравоохранения. Приглашенный профессор Школы общественного здравоохранения Республики Молдова.

## Обзоры серии

### «Системы здравоохранения: время перемен»


#### Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

## Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory), где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету *EuroObserver* и журнал *Eurohealth*. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)



Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения помещены на сайте [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)

## Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

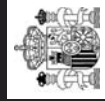
Австралия (2002, 2006)  
Австрия (2001e, 2006e)  
Азербайджан (2004g)  
Албания (1999, 2002a,g)  
Андорра (2004)  
Армения (2001g, 2006)  
Бельгия (2000, 2007)  
Болгария (1999, 2003b, 2007)  
Босния и Герцеговина (2002g)  
Бывшая Югославская Республика Македония (2000)  
Венгрия (1999, 2004)  
Германия (2000e, 2004e,g)  
Грузия (2002d,g)  
Дания (2001, 2007)  
Израиль (2003)

Исландия (2003)  
Испания (2000h)  
Италия (2001)  
Казахстан (1999g)  
Канада (2005)  
Кипр (2004)  
Кыргызстан (2000g, 2005g)  
Латвия (2001)  
Литва (2000)  
Люксембург (1999)  
Мальта (1999)  
Монголия (2007)  
Нидерланды (2004g)  
Новая Зеландия (2001)  
Норвегия (2000, 2006)  
Польша (1999, 2005)  
Португалия (1999, 2004, 2007)  
Республика Молдова (2002g)  
Российская Федерация (2003g)  
Румыния (2000f)  
Словакия (2000, 2004)  
Словения (2002)  
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999g)  
Таджикистан (2000)  
Туркменистан (2000)  
Турция (2002g,i)  
Узбекистан (2001g, 2007)  
Украина (2004g)  
Финляндия (2002)  
Франция (2004c,g)  
Хорватия (1999, 2007)  
Чешская Республика (2000, 2005g)  
Швейцария (2000)  
Швеция (2001, 2005)  
Эстония (2000, 2004g,j)

### Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны на английском языке. В тех случаях, когда это указано, они доступны также на других языках:

*a* албанский  
*b* болгарский  
*c* французский  
*d* грузинский  
*e* немецкий  
*f* румынский  
*g* русский  
*h* испанский  
*i* турецкий  
*j* эстонский



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.