

Системы здравоохранения: время перемен

Автор: Л.Маклхоз

Редактор: М.Мак-Ки

Республика
Молдова

2002



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

Ключевые слова

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ
ИССЛЕДОВАНИЯ
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СТРУКТУРА И УПРАВЛЕНИЕ
РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

© Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2002 г.

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

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

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

Л. Маклхоз. Система здравоохранения: время перемен. Республика Молдова. Копенгаген, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 4(5) (2002).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Греции

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Институт «Открытое общество»

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Содержание

Предисловие	v
Благодарности	vii
Введение и историческая справка	9
Общие сведения	9
История здравоохранения	16
Структура и управление	21
Структура здравоохранения.....	21
Планирование, нормирование и управление	24
Децентрализация здравоохранения	26
Источники финансирования и затраты	29
Основная система финансирования	29
Набор медицинских услуг	31
Дополнительные источники финансирования.....	33
Расходы системы здравоохранения	34
Медицинское обслуживание	39
Первичное медицинское обслуживание и общественное здоровоохранение	40
Специализированное медицинское обслуживание	44
Социальная помощь	52
Медицинские кадры и обучение медицинских работников ..	53
Лекарственные средства	58
Распределение средств	61
Бюджет здравоохранения и распределение средств	61
Финансирование больниц	61
Заработная плата работников здравоохранения	64
Реформы здравоохранения	65
Цели и задачи	65
Содержание реформ.....	65
Проведение реформ	66
Заключение	69

Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения — время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения в определенной стране и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения

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

- подробно узнать о различных методах организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- описать процесс подготовки реформ здравоохранения, их содержание и результаты;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям разных стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны и регулярно обновляются стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Это руководство не является жестким и позволяет авторам учитывать особенности своей страны.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк. Иногда составители обзоров используют разные методы сбора данных и определения, но в каждой серии обзоров они обычно одинаковы.

Обзоры служат источником описательных данных о системах здравоохранения и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа разных систем здравоохранения. Выпуск обзоров продолжается, и все сведения будут регулярно обновляться. Мы будем благодарны за замечания и предложения по совершенствованию работы над обзорами; направить их можно по адресу: observatory@who.dk. Обзоры и выдержки из обзоров можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам здравоохранения: <http://www.observatory.dk>. Словарь терминов, используемых в обзорах, можно найти на сайте Европейского бюро ВОЗ: www.euro.who.int/observatory/Glossary/Toppage.

Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Республике Молдова писан и отредактирован Лаурой Мак-Лехоз (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). Научный руководитель — Мартин Мак-Ки. Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит Виорела Солтана (Фонд Сороса — Молдова), Сарбани Чакроборти (Всемирный банк) и Андрея Мочнягу (Бюро ВОЗ по координации и связям) за редактирование текста.

Мы благодарим Валерия Сава (Научно-практический центр управления здравоохранением), Павла Урсу (Бюро ВОЗ по координации и связям), Министерство здравоохранения Республики Молдова и Институт матери и ребенка.

Настоящий обзор заменяет обзор 1996 г., написанный Борисом Горошенко, Виктором Воловей и Андреем Мочнягой (редактор — Сузи Лессоф).

Данная обзорная серия «Системы здравоохранения: время перемен» подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — организация, в рамках которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Лондонская школа экономических и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Группа сотрудников Обсерватории, готовящих обзоры систем здравоохранения, работает под руководством генерального секретаря Джозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Моссиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта — Сузи Лессоф.

Административными вопросами подготовки обзора по Молдове занималась группа под руководством Мириам Андерсен, включавшая Уту Лоренц, Анну Марессо, Кэролайн Уайт и Венди Висбаум. Оформление, изготовление и подготовку к печати осуществлял Джеффри Лазарус. Ему помогли Ширли и Йоханнес Фредериксен и Томас Петрусо. Особая благодарность выражается Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставленную базу данных по здравоохранению, Организации экономического сотрудничества и развития за сведения о здравоохранении в Западной Европе, а также Всемирному банку — за предоставленные данные по затратам на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Следует поблагодарить и национальные статистические управления, предоставившие информацию по своим странам.

Введение и историческая справка

Общие сведения

Республика Молдова — страна, расположенная на юго-востоке Европы. Молдова не имеет выхода к морю, на востоке она граничит с Украиной, на западе — с Румынией. Площадь — 33 843 км², около 80% занимают сельскохозяйственные угодья (1). Страна густо заселена: в 2000 г. здесь проживало 4,2 млн человек (2), плотность населения составляла, соответственно, примерно 124 человека на квадратный километр. Около 54% населения — сельские жители (3), наиболее развитые отрасли экономики — сельское хозяйство и пищевая промышленность.

Большая часть населения — молдаване (64,5%), на втором месте — украинцы и русские (13,8% и 13% соответственно). Остальное население — это гагаузы, евреи, болгары и представители других национальностей (1). Преобладающая религия — православие. Государственный язык — молдавский (то есть в сущности румынский).

С 1365 г., когда было провозглашено первое молдавское государство, страна много раз теряла и вновь обретала независимость. В августе 1991 г. Республика Молдова получила независимость в результате распада Советского Союза. По сей день молдаване чтят как героя господаря Штефана чел Маре (Стефана Великого), правившего в 1457—1504 гг., чей образ символизирует дух народа и нелегкую борьбу за независимость. Расположенная на окраине Европы, Молдавия веками была окружена могущественными воинственными державами. В середине XVI в. страна попадает под власть Турции. Позднее отдельные области отошли к Австрии, а в 1812 г. (4, 5), после русско-турецкой войны, Бессарабия была присоединена к Российской Империи. Бессарабия вновь ненадолго обрела независимость после падения Российской Империи в 1917 г. Воспользовавшись провозглашенным большевиками правом наций на самоопределение, Молдавия провозгласила независимость, было сформировано правительство. В 1918 г. большинство населения проголосовало за присоединение к Румынии, в результате чего Бессарабия была частью Румынской Монархии до 1940 г., когда на ее территорию вошли советские войска. В 1924 г. небольшая часть Бессарабии и некоторые области Украины образовали Молдавскую Автономную Советскую Социалистическую Республику (Молдавскую АССР) со столицей в Балте.

Рисунок 1. Республика Молдова¹

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

Во время второй мировой войны территория Молдавии стала театром боевых действий германских и румынских войск против советской армии. После поражения немецко-румынских сил в 1944 г. Бессарабия была снова присоединена к Молдавской АССР — образовалась Молдавская ССР, входившая в состав бывшего СССР вплоть до недавнего обретения Молдовой независимости в 1991 г. После того как Молдова стала независимой, начались конфликты в Приднестровье, находившемся под сильным влиянием России с 1812 по 1991 г. В 1991 г. Приднестровье объявило свою независимость, которая не была признана ни внутри страны, ни за ее пределами, в 1992 г. началась война за автономию. Приднестровье до сих пор слабо контролируется правительством, его статус все еще обсуждается, поэтому некоторые статистические данные, приводимые в этом обзоре, даны без учета этой области. В 1994 г. статус особой автономии был придан Гагаузии (территориально-административная единица Гагаузия). В 1991 г. Молдова вступила в Содружество Независимых Государств, с 1992 г. она является членом Организации Объединенных Наций. В 1993 г. вместо рубля была введена национальная валюта — молдавский лей.

На момент получения независимости у Молдовы было множество объектов здравоохранения и многочисленные медицинские кадры, но мало средств для поддержания их работы. Несмотря на некоторые сокращения в системе здравоохранения, в 1997 г. сеть медицинских учреждений в Молдове была одной из самых разветвленных, а обеспеченность персоналом — одной из самых высоких как среди западноевропейских стран, так и среди бывших советских республик (6). Молдова пыталась сохранить такой высокий уровень медицинского обслуживания, несмотря на развал народного хозяйства в начале 1990-х гг. Тяжелое состояние экономики, преобладание высокоспециализированной медицинской помощи и низкая осведомленность как работников здравоохранения, так и населения в целом о мерах профилактики заболеваний влекут за собой многие проблемы в области здравоохранения, которые Республике Молдова необходимо решать.

Демографические показатели и здоровье населения

В 1995 г., через четыре года после объявления независимости Молдовы, здравоохранение республики оказалось на грани кризиса. Снижалась продолжительность жизни, резко возросла частота инфекционных заболеваний, таких, как сифилис. Однако эту ситуацию удалось переломить, и сейчас некоторые показатели здоровья, например, продолжительность жизни, выше, чем в 1991 г., хотя и не достигли уровня конца 1980-х гг.

На момент объявления независимости в Республике Молдова проживало 4 361 727 человек (7). К 2000 г. население сократилось до 4 281 200 человек. В 1999 г. население уменьшилось на 0,7% (2). Этому способствовало снижение рождаемости, повышение смертности и эмиграция. В 1997 г. общий коэффициент рождаемости составил 1,8, что ниже пороговой величины, равной 2,1, необходимой для простого воспроизводства населения (8). Высока эмиграция, включая нелегальное переселение в Италию и другие страны

Европейского союза. Приток денег в Республику Молдова от работающих за рубежом граждан весьма существенен: по некоторым оценкам, в 2000 г. он составил около 170 млн долларов США. По официальным данным Международной организации миграции (International Organisation of Migration), в 1989 г. страну покинули около 56 000 человек, но к 1996 г. эмиграция упала до 13 000 (10). Однако эти цифры, скорее всего, не в полной мере отражают масштаб выезда людей из страны. Считается, что с тех пор, как Молдова стала независимой, свыше 14% населения, в основном молодежь, покинули страну в поисках работы. Согласно ряду сообщений, на 20% сократилось трудоспособное население в деревнях (9), заметно уменьшилась численность среднего медицинского персонала в больницах. К сожалению, одним из аспектов этой широкой и неуправляемой незаконной эмиграции является все большее участие незащищенных эмигрантов в международной сексуальной торговле. Следствием этого стал резкий рост заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ЗППП), происшедший за последние десять лет (7). К примеру, заболеваемость сифилисом (возможно, по неполным данным) в 1996 г. в тринадцать раз превысила уровень 1990 г., после чего в 1999 г. снизилась примерно до семикратного уровня 1990 г. (7).

В период 1985—1989 гг. средняя продолжительность жизни увеличилась с 66,14 до 69,09. Затем произошло серьезное снижение этого показателя до 65,88 в 1995 г., что внесло свой вклад в сокращение населения Молдовы. В 1995 г. средняя продолжительность жизни снова стала расти и в 2000 г. составила 67,75 года (7). Младенческая смертность, непрерывно уменьшавшаяся в 1980-х гг., в 1990-х гг. тоже выросла: с 18,25 в 1992 г. до 22,89 в 1994 г. Затем она начала снижаться и в 1999 г. составила 18,54, что в три раза больше среднего значения по Европейскому союзу, равного 6,07 года (7). Показатель материнской смертности с начала 1980-х гг. снижался в течение десятка лет, но затем стал расти и в 1993 г. достиг наивысшего значения, равного 52,89. Начиная с 1998 г. удалось добиться значительного снижения материнской смертности: в 2000 г. этот показатель равнялся 27,07 (7).

Основными причинами смерти в Республике Молдова являются сердечно-сосудистые заболевания. За ними следуют онкологические заболевания, болезни органов пищеварения, несчастные случаи и отравления (2). Широко распространено курение, вносящее свою лепту в развитие сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний: курят около 46% мужчин и 18% женщин (11). Не редкость и злоупотребление алкоголем. По данным официального обследования, более чем у 8% населения имеются различные заболевания, вызванные чрезмерным потреблением алкоголя (12). Главная причина младенческой смертности — перинатальная патология. За ней идут заболевания органов дыхания и врожденные пороки развития (13). Высокая материнская смертность отчасти объясняется недостатком медицинского оборудования и лекарственных средств, осложнениями после аборт. В последнее время к этому добавилось снижение доступности медицинского обслуживания по финансовым причинам. Тем не менее проведенное в 1997 г. обследование состояния репродуктивного здоровья показало, что, несмотря на эти обстоятельства, почти все беременные женщины (99%) находились

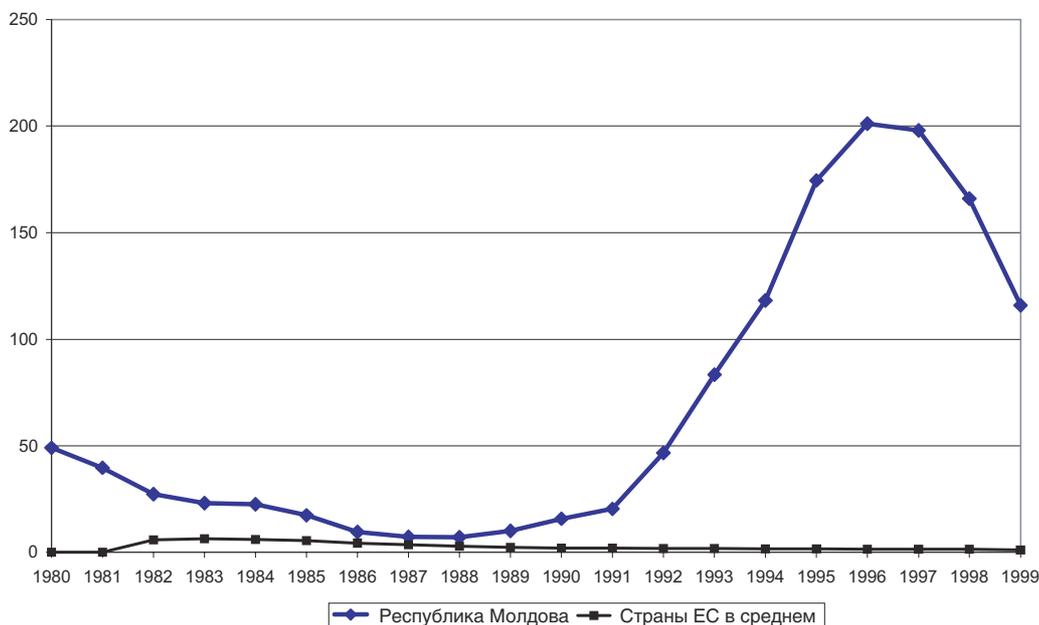
под медицинским наблюдением, причем в 77% случаев помощь оказывалась на удовлетворительном или хорошем уровне (8). Частота абортв высокая, общий показатель частоты искусственных абортв в 1997 г. составил 1,3 абортв на одного новорожденного. Абортв являются распространенной причиной материнской смертности: в 1998 г. треть всех материнских смертей (12,1 на 100 000 родов) была связана с абортвми (7). Несмотря на повышение потребности в контрацептивах, многим семьям трудно найти деньги для этих целей.

За годы независимости позиции, завоеванные в течение десятилетий в борьбе с инфекционными заболеваниями, оказались утраченными по ряду заболеваний. Правда, по некоторым из них сейчас снова идет снижение заболеваемости. Бедность населения, свертывание программ профилактики и лечения в первые годы независимости, усиление международной миграции населения — вот три наиболее вероятные причины наступления инфекционных заболеваний. В 1994—1996 гг. Молдова, как и ее соседи, пострадала от серьезной вспышки дифтерии, пик которой пришелся на 1995 г., когда заболеваемость достигла 9 зарегистрированных случаев на 100 000 населения (14). В 1994 и 1995 гг. число инфицированных превысило 700 человек (15). Вдобавок в 1995 г. произошла вспышка холеры. В период независимости наблюдается резкий рост заболеваемости венерическими болезнями, в первую очередь сифилисом. За десять лет заболеваемость ЗППП выросла почти в тридцать раз: с 7,1 больного на 100 000 в 1989 г. до 200,1 больного на 100 000 в 1999 г. (16). В Молдове официально зарегистрировано относительно мало случаев ВИЧ-инфицирования, главным образом, среди инъекционных наркоманов (17, 18). Однако по другим оценкам, распространенность ВИЧ-инфекции в стране гораздо выше. Такой чрезвычайный рост заболеваемости ЗППП свидетельствует о том, что призывы к соблюдению мер профилактики не услышаны. Между тем, если изменения привычного поведения не произойдет, населению Молдовы будет угрожать дальнейшее распространение ВИЧ-инфекции. Раньше в Молдове была очень высокая заболеваемость вирусным гепатитом, однако сейчас она снижается. Тем не менее заболеваемость гепатитом В в Молдове все еще в семь раз выше средней по Европейскому союзу (22,1 против 3,68 в 1998 г.) (7). Причиной этого считают несоблюдение мер предосторожности при проведении инъекций (19).

Еще одно серьезным инфекционным заболеванием, распространенным в Республике Молдова, является туберкулез, особенно среди заключенных. Несмотря на высокий охват населения прививками БЦЖ, заболеваемость туберкулезом, снижавшаяся в начале 1980-х гг., с 1990 г. стала расти (7). В 1998 г. было зарегистрировано 65,6 больного всеми формами туберкулеза на 100 000 населения. В тюрьмах, однако, заболеваемость гораздо выше: в 1999 г. было зарегистрировано 2 640 больных на 100 000 заключенных (20). В некоторых тюрьмах туберкулез обнаружен у 85% заключенных (21).

Угрозу здоровью представляет также ряд вредных воздействий окружающей среды. Как полагают, в результате аварии на Чернобыльской АЭС, происшедшей в 1986 г. в соседней Украине, часть населения Молдовы получила опасные дозы облучения. Около 3500 молдавских рабочих участвовали в со-

Рисунок 2. Заболеваемость сифилисом на 1000 населения в Республике Молдова и странах Европейского союза



оружии цементного саркофага для изоляции зараженной площадки ядерного реактора, 80 из них уже умерли, а около 700 человек утратили трудоспособность. Говоря об экологической ситуации в целом, следует отметить ухудшение качества питьевой воды, вызывающее тревогу содержание пестицидов в продуктах питания. В 1999 г. 75% всей колодезной и артезианской воды (которую используют почти 90% населения) не соответствовало санитарным и бактериологическим нормам. Содержание пестицидов и нитратов в продуктах питания также увеличилось в 1998—1999 гг. (2). В плане регулирования безопасности продуктов питания в последнее время были приняты законодательные меры и ужесточен контроль с целью обеспечения достаточного содержания йода в поваренной соли.

Социально-экономические показатели

В годы независимости Республика Молдова столкнулась с серьезными экономическими трудностями, вызвавшими снижение доходов и ухудшение финансирования здравоохранения и социальных программ. Несмотря на масштабную экономическую реформу, начатую после объявления независимости и предусматривавшую введение национальной валюты, широкую приватизацию, отмену контроля над экспортом и регулирования процентных ставок, тяжелая экономическая ситуация внутри страны и в соседних странах нанесла ощутимый удар по благосостоянию (1). В соответствии с Индексом гуманитарного развития (Human Development Index), место Республики Молдова в списке из 174 стран менялось следующим образом: в

1994 г. — 75-е, в 1995 г. — 81-е, в 1996 г. — 98-е, в 1997 г. — 110-е, в 1998 г. — 113-е, в 1999 г. — 104-е и в 2000 г. — 102-е (22). С распадом Советского Союза разрушились традиционные торговые связи с партнерами из СССР. Тяжелая экономическая ситуация в соседних Румынии и Украине, неразбериха в экономике России в 1997 г. еще больше усугубили положение. Экономика Молдовы, традиционно ориентированная на сельское хозяйство, пострадала от сокращения экспорта (в 1995 г. общий объем экспорта составлял 745,5 млн долларов США, в 2000 г. — 477,4 млн долларов США) (23), и кроме того, испытывала трудности в импортировании энергии. Засуха 2000 г. отрицательно сказалась на некоторых отраслях сельскохозяйственного производства (24). На фоне экономического спада пришлось затратить значительные средства на урегулирование конфликта в Приднестровье и на нужды 100 000—130 000 перемещенных лиц (10,25).

За период 1993—1999 гг. (23) ВВП сократился приблизительно на 60%. В 2000 г. ВВП на душу населения составил 353,50 доллара США (23). Выплата зарплаты часто надолго задерживается. По оценкам, свыше 90% населения тратили менее 1 доллара США в день на человека, а реальные доходы не достигли и 80% уровня 1997 г. (23). Согласно результатам «Исследования семейного бюджета» в 2000 г., около 40,5% всех семей живут за чертой бедности (23). Порог бедности оценивался в 30% официального прожиточного минимума. Распределение национального дохода становится все более неравномерным. Эту тенденцию отражает коэффициент Джини (характеризует распределение доходов среди населения: нулевое значение соответствует абсолютному равенству в распределении доходов, а единица — абсолютному неравенству). В первом квартале 2001 г. коэффициент Джини равнялся 0,43. С 1998 г. его значение почти не менялось, колеблясь в пределах от 0,41 до 0,43 (23). Помощь бедным стала неотложной задачей в сельских районах: свыше 80% «новых нищих» — жители деревни (22).

Уровень безработицы в 1999 г. оценивался примерно в 11%, но эта цифра, скорее всего, сильно занижена (22). Вместе с тем в Республике Молдова широко развита неофициальная экономика. По данным Центра стратегических исследований и реформ, 65% всей экономики страны находится в тени (22). Хотя теневая экономика позволяет заработать на жизнь людям, которые в противном случае могли бы остаться без средств к существованию, она в то же время обуславливает низкий уровень сбора налогов, что, в свою очередь, затрудняет предоставление ряда услуг, включая медицинское обслуживание. Кроме того, теневая экономика тесно связана с ростом организованной преступности, например нелегальной торговли наркотиками. Насколько можно судить, внутри теневой экономики доходы распределяются очень неравномерно.

Государственное управление

Республика Молдова была образована в 1991 г. Ее нынешняя конституция была принята в 1994 г. взамен старой советской конституции 1979 г. В 2000 г. Молдова стала парламентской республикой. Глава государства — прези-

дент, которого парламент избирает сроком на четыре года. Главой правительства является премьер-министр, назначаемый президентом и утверждаемый парламентом. Парламент однопалатный, в нем 101 депутат. Члены парламента избираются всеобщим голосованием сроком на четыре года. После установления независимости правящей партией была Аграрная партия, а президентом 1996 г. — Мирча Снегур. С 1996 г. по 2001 г. у власти был Альянс центристских демократов (не нашла). В феврале 2001 г. президентом был избран Владимир Воронин, руководитель Коммунистической партии Молдовы. До 1998 г. Молдова была поделена на 40 районов. В 1999 г. административное деление было изменено: образовалось двенадцать административных районов (10 уездов и муниципии Кишинэу и Гагаузия), каждый имеет свои районные органы управления и своих чиновников. По мере того как районные администрации налаживают свою работу, их обязанности расширяются.

История здравоохранения

До XVIII в. медицинских учреждений как таковых не существовало, как не было и организованной системы здравоохранения. Особенно плохо обстояли дела в сельской местности, что до некоторой степени справедливо и сегодня. В начале XX в. в селах близ Кишинева на одного врача приходилось свыше 80 000 человек, около двух третей детей умирали в младенчестве (26). К началу XIX в. стало открываться все больше больниц, главным образом, в Кишиневе и других крупных городах. Такое преимущественное развитие специализированной и стационарной медицинской помощи сохранялось в молдавской системе здравоохранения до начала последних реформ.

XIX век и начало XX века

В XIX веке Молдова была окраинной российской губернией, и ее здравоохранение развивалось в рамках российской системы. 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, распространилось и на сельские районы. Особенно это было заметно в Бессарабии, составляющей значительную часть сегодняшней республики.

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 главное внимание индивидуальной врачебной практике и медицинской помощи, ориентированной на отдельные группы населения. Передовые врачи изучали особенности сельской медицины и развивали новые формы медицинского обслу-

живания. Однако для устойчивого развития не было необходимых условий, и поэтому успехи, в лучшем случае, были неравномерны. 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.

Первая мировая война и послевоенный период

Первая мировая война уничтожила большинство достижений, сделанных в развитии здравоохранения в начале XX в. Закрылись многие недавно открытые медицинские учреждения. Росла доля частной медицинской практики, был утрачен поступательный импульс земского периода. Борьба с инфекционными заболеваниями, продиктованная заботой об общественном здоровье, продолжалась, но лишь благодаря усилиям нескольких замечательных специалистов, работавших в этой области.

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 был период экономического и культурного роста. В этот период участились некоторые инфекционные заболевания, такие, как бактериальная дизентерия, скарлатина и малярия. Вместе с тем 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 (4). К сожалению, во время Второй мировой войны свыше 80% всех учреждений здравоохранения были разрушены.

Молдавская Советская Социалистическая Республика

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. Эти реформы были направлены на преодоление последствий войны и обеспечение медицинского обслуживания всего населения.

В основе советской системы здравоохранения лежали следующие принципы:

- государственная собственность и управление,
- бесплатное медицинское обслуживание,
- взаимосвязь науки и практики,
- упор на профилактику.

В 1951—1957 гг. больницы были объединены с поликлиниками. Такие объединения осуществляли амбулаторное обслуживание населения своего района, развитию больничного сектора уделялось большее внимание, чем первичной медицинской помощи. В 1956—1957 гг. произошла частичная реорганизация сельского здравоохранения: увеличилось число коек в местных больницах, было организовано оказание таких вспомогательных услуг, как обеспечение детским питанием. Были предприняты некоторые шаги для развития выездного медико-санитарного обслуживания и для обеспечения согласованной работы центральных, муниципальных и сельских медицинских учреждений.

С 1960 г. забота о здоровье населения играла все большую роль в планировании и определении целей здравоохранения. Изучались потребности сельского населения в медицинской помощи. В результате были четко сформулированы принципы медицинского обслуживания в сельской местности и было признано необходимым повышать его доступность и качество. Для достижения этих целей организовывались поликлиники и медицинские пункты четырех специальных категорий.

Во время существования Молдавской ССР 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. Число больничных коек увеличивалось на протяжении всего советского периода: число коек на 10 000 населения в городских больницах увеличилось со 189 в 1970 г. до 415 в 1994 г., а в областных — со 110 до 457 коек за тот же период. На самом деле за период с 1950 по 1994 г. (Табл. 1) (27) выросли все показатели, характеризующие стационарную медицинскую помощь и обеспеченность кадрами. Такие масштабы медицинского обслуживания были обусловлены нормами принятой в Советском Союзе схемы организации здравоохранения, так называемой модели Семашко, ориентированной на численность врачей и мест в больницах, а не на результаты работы и производительность лечебных учреждений. Кроме того, централизованное управление и финансирование мешало гибко распоряжаться средствами на местах, и иногда с больных брали неофициальную плату, несмотря на бесплатность медицинского обслуживания.

Здравоохранение в Молдове после распада Советского Союза

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 исчислении 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 ле-

Таблица 1. Развитие здравоохранения в Республике Молдова в 1950—1994 гг.

Основные показатели	1950	1960	1970	1978	1994
Государственные расходы на здравоохранение и физическую культуру, млн (рубли/леи)	21,2	50,9	114,2	172,0	315,0
Удельные расходы на душу населения (рубли/леи)	9,1	16,9	31,8	43,8	70,0
Число амбулаторных медицинских учреждений	376,0	405,0	428,0	515,0	559,0
Число больниц	236,0	343,0	364,0	339,0	305,0
Число больничных коек на 10 000 населения	45,1	72,3	99,1	116,6	116,0
Число врачей на 10 000 населения	10,3	14,3	20,5	29,3	37,9
Число медицинских сестер и акушерок на 10 000 населения	32,6	54,0	77,3	89,5	104,0

Источник: Системы здравоохранения: время перемен. Республика Молдова 1996 г. Европейская обсерватория по системам здравоохранения.

чения некоторых состояний (например, при родовспоможении, лечении туберкулеза, психических заболеваний) возникли сложности с оказанием населению Молдовы самых основных медицинских услуг, включая вакцинацию. Нехватка средств привела почти к полному прекращению вакцинации в 1990—1993 гг. Износ зданий и оборудования, недостаток основных медикаментов и механических противозачаточных средств — эти проблемы знакомы многим медицинским учреждениям. В сложившейся системе здравоохранения финансирование, здания и оборудование в первую очередь выделялись высокоспециализированной медицинской помощи. С финансированием первичного медицинского обслуживания и профилактических служб дела обстояли хуже, и такая ситуация сохраняется по сей день. К примеру, около 85% средств на закупку вакцин и проведение вакцинации дают международные организации (28). По подсчетам Всемирного банка, в 2000 г. на 17 больниц узкого профиля и 40 районных больниц пришлось почти 70% всех затрат здравоохранения (6). Львиная доля этих денег была истрачена на обустройство больничных зданий, а не на медицинскую технику и лекарства, лечение больных или зарплату сотрудников (6). Во многих больницах средняя занятость койки составляет лишь 20%, и в то же время беднейшие слои населения не могут получить медицинскую помощь из-за непомерно высокой платы за лечение, как официальной, так и неофициальной. Несмотря на острую нехватку средств в здравоохранении, было принято несколько законов по здравоохранению и началось осуществление ряда экспериментальных и других проектов. Однако реформа системы здравоохранения идет медленней, чем ожидалось. Не способствует реформам и частая смена министров и чиновников здравоохранения. Тем не менее в 1998 г. реформы стали набирать ход: прошло сокращение кадров, уменьшилось число больничных коек, в 1999 г. произошла частичная децентрализация плани-

рования и финансирования, а в 2001 г. были введены новые схемы распределения финансирования (из расчета на душу населения, а не по числу коек). Одно только сокращение медицинского персонала и числа коек должно было высвободить значительные средства для финансирования основных видов медицинской помощи, однако не ясно, пошли ли туда эти деньги или же их вообще забрали из здравоохранения, и этот вопрос интересует многих работающих в сфере здравоохранения.

Структура и управление

Структура здравоохранения

Получив в 1991 г. независимость, Республика Молдова унаследовала обширную систему здравоохранения. Здравоохранение было организовано в соответствии с принятой в Советском Союзе моделью Семашко, предусматривавшей централизованное управление и планирование: все важные решения принимались в Москве, там же разрабатывались основные планы. В 1991 г. полномочия по принятию решений и сбору средств перешли от Москвы к Кишиневу, столице Молдовы, а позднее, после децентрализации, были переданы 12 уездам страны. Хотя сначала предполагалось сохранить прежнюю систему здравоохранения, экономические трудности и другие обстоятельства вынудили правительство начать в 1998 г. крупномасштабную реформу.

Министерство здравоохранения отвечает за систему здравоохранения в целом, однако оно уже не финансирует учреждения здравоохранения в уездах и не управляет ими напрямую. Вместе с тем Министерство здравоохранения напрямую руководит высокоспециализированными медицинскими учреждениями республиканского уровня и осуществлением ряда целевых государственных программ (таких, как программа иммунизации и противотуберкулезная). Важнейшие направления и финансирование всех видов деятельности в здравоохранении утверждает парламент. Помощь в планировании министерству оказывает Научно-практический центр здоровья населения и санитарного менеджмента. Министерству подотчетны одиннадцать уездных управлений здравоохранения. Отдельные министерства (путей сообщения, внутренних дел, обороны и др.) имеют параллельные медицинские учреждения, также относящиеся к компетенции Министерства здравоохранения. Несмотря на перемены в системе здравоохранения, возможности министерства по организации и управлению, как на общенациональном, так и на региональном уровне, остаются пока слабыми.

Здравоохранение финансируется из трех источников: общее налогообложение, местное налогообложение и прямое частное финансирование. В Приднестровье, как и в других регионах, здравоохранение должно было бы подчиняться Министерству здравоохранения Молдовы, однако здесь его указания не всегда выполняют и самостоятельно распоряжаются собранными-

ми местными налогами. Медицинское обслуживание некоторых категорий населения обеспечивает не Министерство здравоохранения, а другие соответствующие министерства, например, если речь идет о заключенных, Министерство юстиции.

Структуру здравоохранения можно представить двумя способами: в соответствии с движением финансовых потоков или в соответствии с новым планом районирования здравоохранения. *По движению финансовых потоков* здравоохранение делится на финансируемое из местных бюджетов (первичная медицинская помощь, некоторые виды стационарной помощи, неотложная помощь и отдельные специализированные услуги) и финансируемое из общегосударственного бюджета (параллельные медицинские учреждения и «республиканские» больницы, научные исследования и некоторые программы, например противотуберкулезная). Из местных налогов, собираемых и расходующихся в уездах, финансируется деятельность, находящаяся в ведении местных властей. Средства от государственного налогообложения, выделяемые на здравоохранение, расходуются на те виды медицинской помощи, которые финансируются в масштабе страны. Республиканскими больницами и целевыми общегосударственными программами, такими, как противотуберкулезная, руководит Министерство здравоохранения.

В соответствии с новым планом районирования здравоохранения во главе структуры стоит Министерство здравоохранения, которому подчиняются одиннадцать уездных управлений. Правовая база этой структуры заложена в Законе «О местном публичном управлении» 1999 г. В результате реформы и децентрализации государственного управления в 1999 г. были образованы новые регионы (уезды) взамен прежних 40 районов и 4 муниципиев. В соответствии с этими изменениями была проведена децентрализация здравоохранения. В каждом регионе или уезде образовано региональное (уездное) управление здравоохранения. Эти управления распоряжаются средствами, выделяемыми на здравоохранение из государственного и местного бюджетов, руководят программами и заключают договоры на оказание медицинских услуг в своих регионах. Наряду с этой системой действует республиканская санитарно-эпидемиологическая служба (борьба с инфекционными заболеваниями и охрана окружающей среды), которая тоже была реорганизована в соответствии с новым административно-территориальным делением. В новой структуре здравоохранения главное значение придается первичной медицинской помощи и семейной медицине, однако средств на эти и другие программы выделяется недостаточно.

Ключевыми структурами системы здравоохранения являются следующие.

Парламент ежегодно утверждает годовой бюджет Республики Молдова, куда входит и бюджет здравоохранения. Парламентский Комитет по здравоохранению и социальной защите контролирует деятельность Министерства здравоохранения и координирует межведомственное взаимодействие в сфере здравоохранения.

Министерство здравоохранения отвечает за здравоохранение в целом. Однако, поскольку многие его функции перешли к регионам, роль министер-

ства в обеспечении медицинского обслуживания уменьшилась, и сейчас оно, в основном, занимается разработкой политики здравоохранения, общим надзором и обеспечением некоторых услуг здравоохранения в масштабе страны. Министерство здравоохранения руководит программами всеобщей иммунизации и борьбы с туберкулезом, управляет больницами республиканского уровня и научно-исследовательскими институтами. В Министерстве есть отделы кадровой политики в здравоохранении, регулирования лекарственного обеспечения, здоровья матери и ребенка, реформирования здравоохранения, медицинской техники, планирования семьи и другие. Недавно образованные уездные управления здравоохранения подчиняются главному управлению министерства. Так называемое Министерство здравоохранения Приднестровья фактически отвечает за финансирование учреждений здравоохранения в этом регионе и управление ими.

Одиннадцать уездных управлений здравоохранения, организованных в 1999 г., занимаются планированием местного здравоохранения и управляют медицинскими учреждениями в своих уездах.

Республиканские учреждения здравоохранения. Большинство государственных научно-исследовательских институтов и больниц республиканского значения, таких как Республиканский институт здоровья матери и ребенка, Институт кардиологии и Институт онкологии, находятся в Кишиневе. Они финансируются непосредственно Министерством здравоохранения и занимаются оказанием медицинской помощи, и научными исследованиями.

Научно-практический центр здоровья населения и санитарного менеджмента занимается сбором данных о первичном и стационарном медицинском обслуживании и проводит аналитические исследования. Центр выпускает годовые сводки, которые используются при определении основных направлений работы и планировании. Центр участвует в разработке нормативов для системы здравоохранения. Персонал Центра насчитывает примерно 50 человек и включает статистиков и эпидемиологов.

Национальный центр превентивной медицины был образован в 1999 г. в ходе реорганизации санитарно-эпидемиологической службы. Его отделения есть в каждом уезде. Центр разрабатывает нормативные документы по гигиене окружающей среды, инфекционным заболеваниям, гигиене труда и другим направлениям.

Министерство финансов отвечает за финансирование здравоохранения, а также за составление государственного бюджета и распределение ресурсов на общегосударственном уровне.

Другие министерства, имеющие параллельные системы медицинских учреждений. Некоторые министерства (пути сообщения, обороны, внутренних дел, служба информации и безопасности) имеют свои больницы и другие медицинские учреждения. Кроме того, продолжает работать «Четвертое управление», обеспечивающее медицинское обслуживание высокопоставленных должностных лиц.

Министерство образования отвечает за подготовку медицинских кадров. Министерство здравоохранения следит за содержанием учебных программ.

Профессиональные объединения. Ассоциация медицинских сестер Молдо-

вы была учреждена 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 также несколько профессиональных объединений врачей, таких, как Ассоциация хирургов и Союз терапевтов.

Организации больных. В Молдове существует несколько организаций, отстаивающих интересы больных, среди которых Группа защиты прав больных, Ассоциация диализных больных, Ассоциация больных диабетом, Ассоциация инвалидов и парализованных больных.

Неправительственные организации. В Молдове действует ряд международных и местных неправительственных организаций, занимающихся вопросами здравоохранения, среди них — организация «Фармацевты без границ» и Международный комитет Красного Креста.

Рабочая группа по реформе здравоохранения была организована в конце 1990-х гг. для планирования реформ здравоохранения в Молдове. Группа включает представителей международного сообщества и правительства. Группа провела несколько заседаний, однако ее работа еще только начинается.

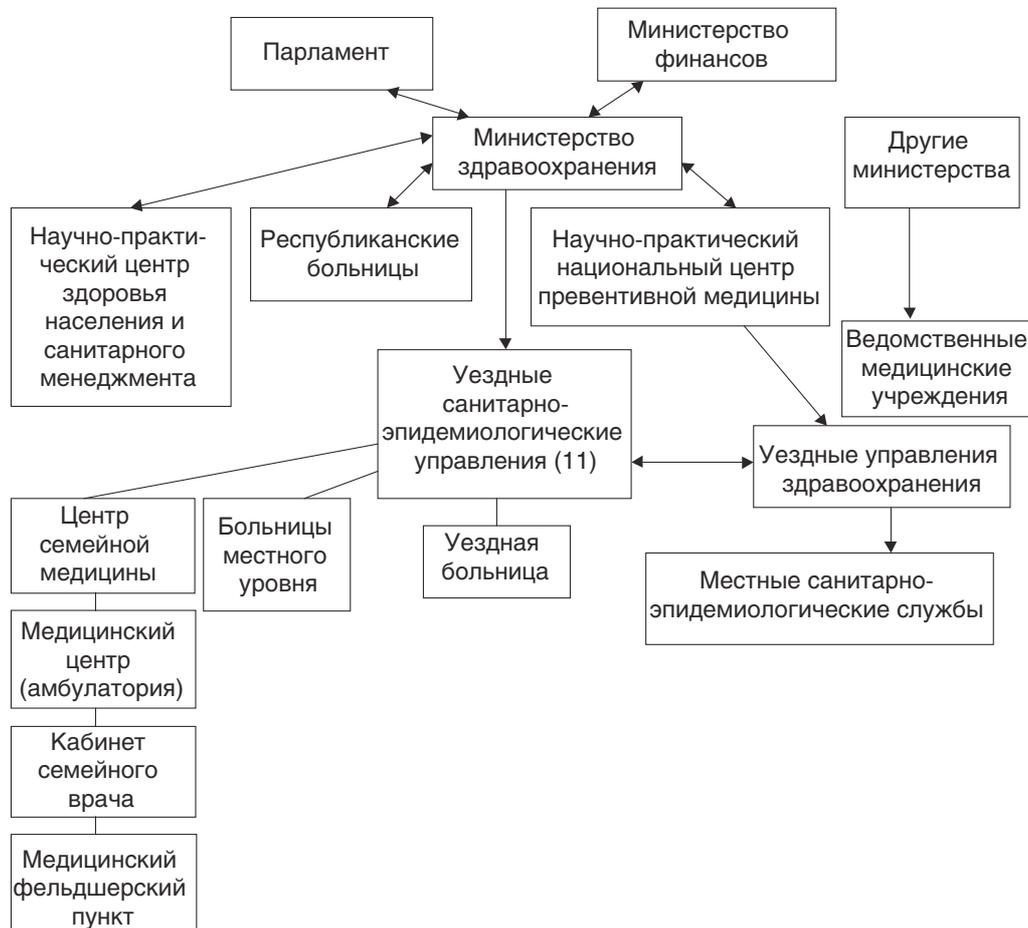
Международные организации-доноры и организации ООН. Здравоохранение Молдовы получает помощь от ряда международных организаций. Организации ООН, такие, как Фонд ООН помощи детям (ЮНИСЕФ), Фонд ООН для деятельности в области народонаселения (ЮНФПА), ВОЗ и Европейский союз (Программа технического содействия новым независимым государствам (ТАСИС) оказывают как материальную, так и техническую помощь. Значительную финансовую поддержку здравоохранению оказывают также правительства США и Японии. Всемирный банк выделяет крупные кредиты для проведения реформ здравоохранения.

Планирование, нормирование и управление

Планированием прежде всего занимается Министерство здравоохранения, но в последнее время в этом процессе все активнее участвуют недавно образованные уездные управления здравоохранения. Несколько учреждений общегосударственного уровня при Министерстве здравоохранения, такие, как Республиканский институт здоровья матери и ребенка и Национальный центр превентивной медицины, предоставляют необходимые для планирования данные и экспертные оценки. Большинство учреждений здравоохранения принадлежат государству и им финансируются. Министерство здравоохранения по-прежнему уделяет главное внимание организации медицинского обслуживания, а не вопросам финансирования, нормирования и стратегического планирования. Однако если произойдет ожидаемое разделение функций покупателя и поставщика услуг, то министерству придется совершенствовать свое умение планировать и управлять.

Участие Научно-практического центра здоровья населения и санитарного менеджмента в планировании заключается в предоставлении эпидемио-

Рисунок 3. Структура системы здравоохранения



логических и демографических данных. Планирование сводится к распределению скудных средств между многочисленными медицинскими учреждениями, унаследованными после распада СССР. Вплоть до 2000 г. бюджетные ассигнования распределялись в зависимости от числа коек, а не от демографических показателей. Однако при таком способе распределения средств финансирование и потребности часто не совпадали. С 2001 г., для более справедливого распределения средств в соответствии с нуждами населения, бюджет стал строиться на основе взвешенной потребности на душу населения. Участие граждан в планировании и контроле ограничено.

Региональные управления здравоохранения активно занимаются управлением и планированием на своем уровне, однако их компетенция ограничена и требует расширения.

Разработка Национальной политики здравоохранения, задающей основные направления деятельности в этой области и согласовывающей усилия участников, ведется с 1998 г., когда президент официально поставил такую

задачу. Принятие политики планировалось на декабрь 2000 г., однако пока этого не произошло. Национальная политика здравоохранения предусматривает образование межведомственной комиссии с постоянно действующим координационным секретариатом и тематическими рабочими группами для планирования и контроля работы. Главные цели здравоохранения и его реформирования изложены в документе «Стратегия реформы здравоохранения в 1997—2003 гг.».

Кадровым планированием ведает специальный отдел Министерства здравоохранения. Проверка обеспеченности здравоохранения кадрами показала избыток врачей и медсестер, вследствие чего Министерство здравоохранения сократило прием в медицинские вузы и училища.

Раз в пять лет каждый медицинский работник должен проходить аттестацию и повышение квалификации, как и в советской системе здравоохранения. Министерство здравоохранения устанавливает требования к подготовке медицинских кадров, а Министерство образования следит за соответствием программ обучения этим требованиям. Отдельными медицинскими учреждениями управляют директора. За регулирование в области лекарственных средств и медицинской техники отвечает Министерство здравоохранения.

Децентрализация здравоохранения

Чтобы покончить с чрезмерной централизацией здравоохранения и других общественных служб, унаследованных от советской эпохи, в 1999 г. был принят закон о местном публичном управлении, положивший начало процессу децентрализации государственного управления. В частности, в каждом из одиннадцати уездов было организовано региональное (уездное) управление здравоохранения, расширились полномочия местных органов в принятии решений и планировании. Региональные (уездные) управления здравоохранения распоряжаются средствами, выделяемыми на здравоохранение из местных бюджетов (а также некоторыми субсидиями из центрального бюджета). Однако работу уездных управлений сдерживает недостаточное финансирование: денег с трудом хватает на заработную плату медикам и другие важнейшие нужды.

«Закон об охране здоровья», принятый в 1995 г., предусматривает частичную приватизацию медицинских учреждений. С тех пор лишь несколько крупных больницы официально стали частными, однако на местном уровне наблюдается другая картина. Около 54% амбулаторий и поликлиник и 6% больниц полностью находятся в частной собственности (29). Большинство больниц, таким образом, остаются в руках государства или местных органов власти. Между тем приватизированы почти все аптеки и стоматологические кабинеты (хотя в некоторых случаях государство остается одним из собственников). Эти перемены произошли после принятия закона о приватизации в 1999 г. После того как в 1999 г. были приняты «Закон о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством», и «Поло-

жение об оказании платных медицинских услуг населению», больницы получили право зарабатывать деньги в дополнение к финансированию, которое они получают из государственного и местного бюджетов.

Доход можно получить, оказывая платные услуги. Кроме того, директора медицинских учреждений теперь могут изыскивать дополнительные средства, принимая определенные кадровые решения, а также сдавая в аренду свободные площади в своих учреждениях, например частным аптекам.

Источники финансирования и затраты

Основная система финансирования

На момент объявления независимости система здравоохранения полностью финансировалась из общих доходов правительства. Несмотря на принятие в 1998 г. предварительного закона об обязательном медицинском страховании, который должен был способствовать переходу на финансирование здравоохранения из фондов социального страхования, никаких существенных изменений организации финансирования не произошло, если не считать введения платы за некоторые виды медицинского обслуживания. Однако со времени принятия предварительного закона, предусматривающего возможность социального страхования, была проделана большая работа по подготовке необходимой нормативной базы. Техническую помощь в этом оказывали Всемирный банк и ВОЗ. По последним оценкам, новая система страхования может быть введена в январе 2003 г., однако неясно, будет ли все готово к этому сроку. До тех пор пока не заработает система страхования, здравоохранение Республики Молдова, теоретически, будет по-прежнему полностью финансироваться за счет налоговых поступлений и обслуживать все население в обязательном порядке. «Закон об охране здоровья» (1995 г.) и вслед за ним «Закон о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством» (1999 г.) ограничили обязательства государства по оказанию медицинской помощи основным набором медицинских услуг (и узаконили плату за прочие услуги). Основным законом соответствует Конституции Республики Молдова, статья 36 которой гарантирует бесплатное оказание населению определенного минимума медицинской помощи. Вместе с тем выделяемых государством средств не хватает даже на такое минимальное медицинское обслуживание. В результате официальная и неофициальная плата играет все более важную роль в финансировании здравоохранения Республики Молдова. Еще один значимый источник финансирования некоторых направлений здравоохранения — международная помощь.

Суммы, ежегодно выделяемые государством на здравоохранение, устанавливаются в законе о государственном бюджете Республики Молдова и

утверждаются Парламентом. В бюджете 2000 г. на здравоохранение выделялось 2,4% ВВП (и 17% от государственного бюджета), что ниже 5—6% в 1994—1996 гг. и 3,8% в 1998 г. (17). В 1999 г. бюджет здравоохранения уменьшился на 35% (6). Более того, не всегда удается получить все средства, предназначенные для здравоохранения. Ассигнования на медицинское обслуживание, осуществляемое государственными учреждениями, составляют около 10 долларов США на человека (6). Прямая оплата медицинских услуг населением, по некоторым оценкам, равна или превышает финансирование здравоохранения из налоговых поступлений. Таким образом, общие годовые затраты на здравоохранение составляют около 20 долларов США на душу населения.

Как видно из схемы финансирования здравоохранения, консолидированный государственный бюджет здравоохранения делится на государственный и местный, причем в общий бюджет поступают средства как от общегосударственного, так и от местного налогообложения. Сорок процентов всех средств из консолидированного бюджета идут на государственные программы, а 60% — на местные. Государственный бюджет, складывающийся из общегосударственных налогов, делится на две части: 10% средств выделяется параллельным медицинским учреждениям, управляемым другими министерствами, а 90% — республиканским институтам, детским домам, Национальному центру превентивной медицины, Институту здоровья матери и ребенка, на некоторые целевые программы (контроль диабета, борьба с туберкулезом, охрана психического здоровья, программа иммунизации). Местный бюджет, образуемый из местных налогов, делится на четыре основные части: 35% средств идет на первичное медицинское обслуживание, 15% — на оказание экстренной медицинской помощи, 45% — на стационарное лечение и 5% — на некоторые виды специализированной медицинской помощи (например, офтальмологической). Хотя сейчас и предусматривается выделение определенных средств на первичное здравоохранение, бюджет по-прежнему чересчур ориентирован на стационарное лечение. В эту финансовую схему не вошел бюджет Приднестровья. Здравоохранение в этом регионе финансирует официально не признанное Министерство здравоохранения Приднестровья.

До 2000 г. финансирование распределялось в зависимости от числа имеющихся больничных коек. В условиях избыточного коечного фонда, сконцентрированного в столице, такой способ плохо отражал потребности населения. В 2001 г. Министерство здравоохранения стало распределять средства по одиннадцати уездам, пользуясь формулой расчета финансирования на душу населения. В этой формуле учитывается численность населения уезда и вводятся различные коэффициенты для разных возрастных групп. При расчете финансирования выделяют три группы — дети до 14 лет, взрослые и пенсионеры — причем больше всего средств выделяется на пенсионеров, а меньше всего — на детей до 14 лет.

В некоторых районах испытываются альтернативные системы финансирования. Фонд ООН помощи детям (ЮНИСЕФ) совместно с Министерством здравоохранения осуществляет в Хынчештском районе эксперимент по

привлечению добровольных пожертвований местного населения с целью повышения доступности основного медицинского обслуживания для самых незащищенных групп. Этот эксперимент начался в 1999 г. после того, как проведенное исследование доступности медицинских услуг и возможностей населения по их оплате (30) показало, что доступность необходимо повысить. Проект нацелен на обеспечение основного набора услуг и неотложной медицинской помощи. ЮНИСЕФ предоставил медицинским учреждениям основное оборудование, обучил персонал новым методам управления и обеспечил запасом необходимых лекарств на первое время. В конце 2000 г. для финансирования этой программы был создан местный фонд добровольных пожертвований. Как отмечалось выше, в Молдове активно разрабатывается система финансирования здравоохранения за счет средств добровольного страхования. По всей видимости, опыт экспериментального проекта будет учтен при разработке этого более масштабного варианта социального страхования.

Набор медицинских услуг

При советской системе здравоохранения провозглашался неограниченный доступ к бесплатной медицинской помощи для всего населения. Однако хорошо известно, что в действительности медицинское обслуживание было весьма ограниченным, особенно обеспечение современными лекарственными препаратами. После обретения независимости Молдова оказалась не в состоянии поддерживать прежнюю систему оказания медицинской помощи. По «Закону об охране здоровья» и более позднему «Закону о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством» государство обеспечивает лишь минимальный набор услуг. Эти же законы вводят частичную или полную оплату некоторых услуг. Гарантированный минимум предусматривает бесплатное лечение беременных и детей младше 5 лет. Все остальные категории населения имеют право лишь на определенные услуги. Для того чтобы воспользоваться бесплатной медицинской помощью, больной должен обратиться к семейному врачу за лечением или, если необходимо, получить у него направление к специалисту. Чтобы ограничить выдачу направлений к специалистам, Министерство здравоохранения установило лимит на число направлений, которое может выдать семейный врач за год. Таким образом, по идее, больных следует направлять к специалистам для бесплатного лечения только в самых тяжелых случаях. Предполагалось, что бесплатная медицинская помощь, предусмотренная государством в рамках минимума, будет пересматриваться ежегодно в зависимости от финансовых возможностей, и информация будет публиковаться в газетах, чтобы люди знали, на что они могут рассчитывать. Однако бесплатная медицинская помощь очень ограничена; многие больные самостоятельно обращаются к специалистам и оплачивают свое лечение.

Министерство здравоохранения пересматривает разработанные в ранний период независимости схемы и принципы лечения, в частности продолжительность госпитализации в разных ситуациях. Действующие руководства

Рамка 1**Минимум бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством:**

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

все еще включают ряд методик, противоречащих международным стандартам, например обязательное длительное пребывание в больнице после нормальных родов. Одновременно готовятся и другие новые руководства, в частности в рамках описанного выше экспериментального проекта, осуществляемого Фондом ООН помощи детям (ЮНИСЕФ) и Министерством здравоохранения.

Гарантированный государством минимум бесплатной медицинской помощи в действительности не обеспечивается из-за недостаточного финансирования и расходования значительных средств на содержание и ремонт зданий и зарплату персонала. Различия в местных бюджетах здравоохранения приводят к разному уровню финансирования гарантированного минимума услуг. Население плохо осведомлено о том, какие услуги являются бесплатными, хотя каждое медицинское учреждение обязано вывешивать тарифы на свои платные услуги. Не отработаны механизмы предоставления отдельных гарантированных услуг, например обеспечения лекарственными препаратами соответствующих категорий детей, а значит, эта льгота, скорее всего, не используется. Некоторые услуги, например вакцинация, финан-

сируются организациями-донорами и полностью доступны всему населению.

Дополнительные источники финансирования

Молдавские законы в сфере здравоохранения, принятые в период независимости, узаконили плату за определенные медицинские услуги. Неофициальная плата и неофициальная помощь (лекарствами и продуктами питания) становятся важным источником финансирования здравоохранения. По оценкам Всемирного банка, прямая оплата медицинских услуг населением не уступает государственному финансированию здравоохранения (6). Дороговизна медицинских услуг снижает доступность медицинской помощи. Исследование доступности здравоохранения, проводившееся в 1997 г. Фондом ООН помощи детям (ЮНИСЕФ), показало, что отсутствие денег было главной причиной, по которой заболевшие сельские жители не обращались в медицинские учреждения (31).

Платные медицинские услуги

В 1999 г. была введена официальная плата за некоторые услуги и лекарственное обеспечение, не вошедшие в гарантированный государством минимум бесплатной медицинской помощи. Официальная плата была введена для того, чтобы, во-первых, нейтрализовать неуправляемый рост дороговизны медицинских услуг, происходивший в первые годы независимости, во-вторых, дополнить недостаточное государственное финансирование. В 1990-х гг. Министерство здравоохранения выпустило сборник схем лечения с указанием расценок, а сейчас готовится обновленный вариант.

Хотя в процессе реформы здравоохранения была введена официальная оплата услуг, с пациентов по-прежнему взимают и высокую неофициальную плату. В результате медицинская помощь становится почти недоступной для беднейших слоев населения. По данным исследования ЮНИСЕФ, 33% опрошенных не обращаются за медицинской помощью из-за отсутствия денег (30).

Добровольное медицинское страхование. Масштабы добровольного медицинского страхования неизвестны. Индивидуальное страхование не освобождает от уплаты общегосударственных и местных налогов.

Внешние источники финансирования

Республика Молдова получает международную помощь для осуществления ряда проектов в сфере здравоохранения. Общий объем плановой помощи здравоохранению в 1999 г. почти удвоился по сравнению с 1995 г. (3), хотя на некоторые программы, например планирование семьи, средств стало выделяться значительно меньше. В 1999 г. плановая помощь составила около 12 млн долларов США. Примерно 95% этой суммы было израсходовано на

первичное медицинское обслуживание, а около 1,5% — на иммунизацию и другие профилактические мероприятия.

Наибольшую помощь здравоохранению оказывают организации ООН и правительство Японии. Европейский союз выделяет средства сектору здравоохранения через свой чрезвычайный фонд, Гуманитарный офис Европейской комиссии (ЕСНО), и в виде технической помощи в проведении реформ. Некоторые программы здравоохранения, например иммунизации, в основном финансируются международными организациями. В 1999 г. внешние доноры полностью профинансировали закупку всех вакцин и одноразовых материалов и инструментов (13).

В 1999 г. Всемирный банк утвердил новый план оказания помощи Республике Молдова и выделил второй кредит на реорганизацию здравоохранения. Однако из-за падения правительства в 2000 г. освоение этих средств было отложено. В промежуточный период, до формирования нового правительства, были выделены целевые кредиты на поддержание процесса реформ. Новое правительство, сформированное в середине 2001 г., активно поддержало реформы и единогласно одобрило новый проект реформирования здравоохранения, предложенный Всемирным банком. Финансирование проекта, направленного прежде всего на развитие первичной медицинской помощи, будет идти за счет гранта правительства Нидерландов и кредита Всемирного банка. Кредит Всемирного банка на сумму 10 млн долларов США будет дополнен грантом на сумму 8,4 млн долларов США, и еще 1,6 млн долларов США поступит от Молдавского правительства (6). Планируется создать Фонд инвестиций в здравоохранение. Цели проекта — усовершенствование услуг первичной и скорой медицинской помощи, сокращение расходов немедицинского характера в здравоохранении. Из этого фонда, по заявкам уездов, будут выделяться средства на оборудование и другие расходы. Гранты и финансирование будут предоставляться медицинским учреждениям для проведения конкретных мероприятий. Еще один фонд — Фонд инвестиций в социальную сферу — был организован Всемирным банком в 1990-х гг. для создания базы социального обеспечения.

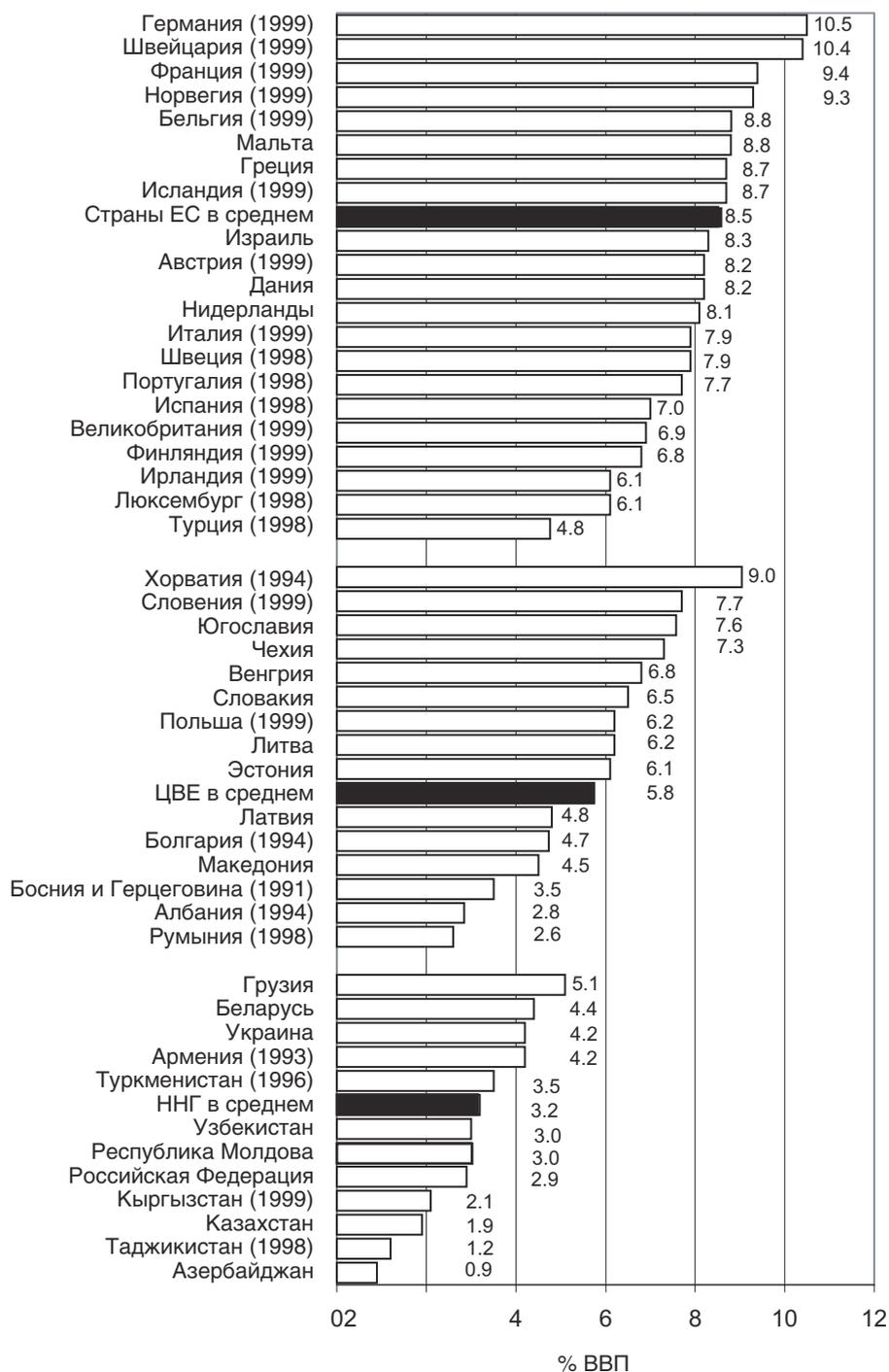
Расходы системы здравоохранения

Таблица 2. Динамика расходов на здравоохранение в Республике Молдова в 1995—2000 гг.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
В текущих ценах, на душу населения, доллары США	89,7	—	90,0	83,7	59,1	63,3
Доля ВВП, %	5,8	6,9	6,0	4,3	2,9	3,0

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

Рисунок 4. Общие расходы на здравоохранение (% ВВП) в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)

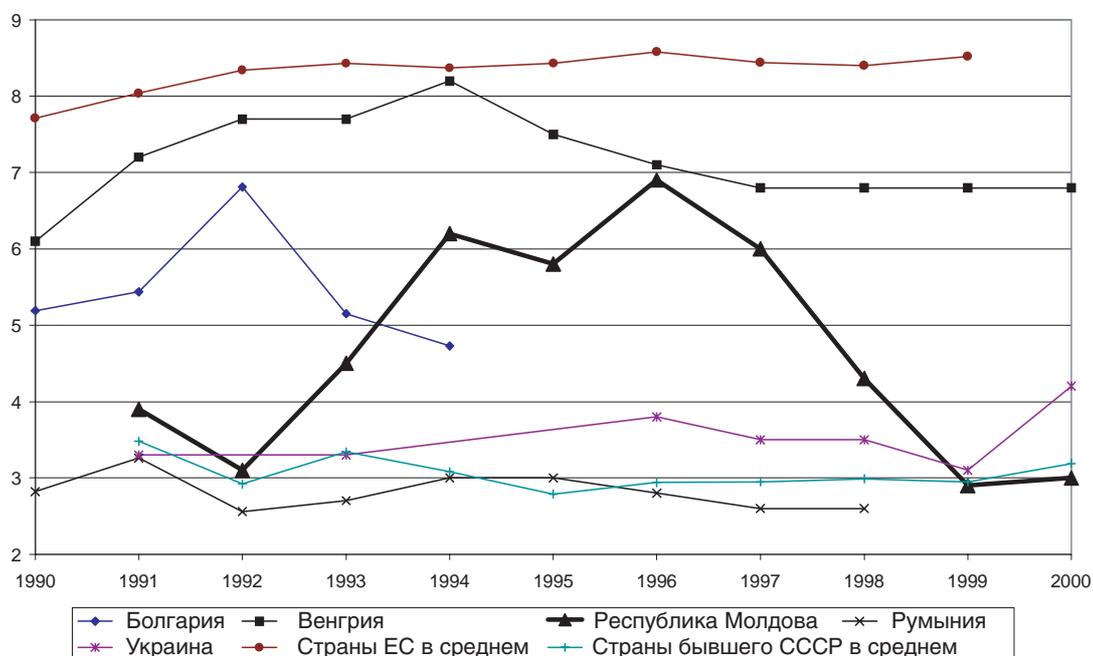


ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа; ЕС — Европейский союз;

ННГ — страны бывшего СССР.

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

Рисунок 5. Динамика общих расходов на здравоохранение (% ВВП) в Республике Молдова, в некоторых других странах, в странах ЕС в среднем и в странах бывшего СССР в среднем в 1990—2000 гг.



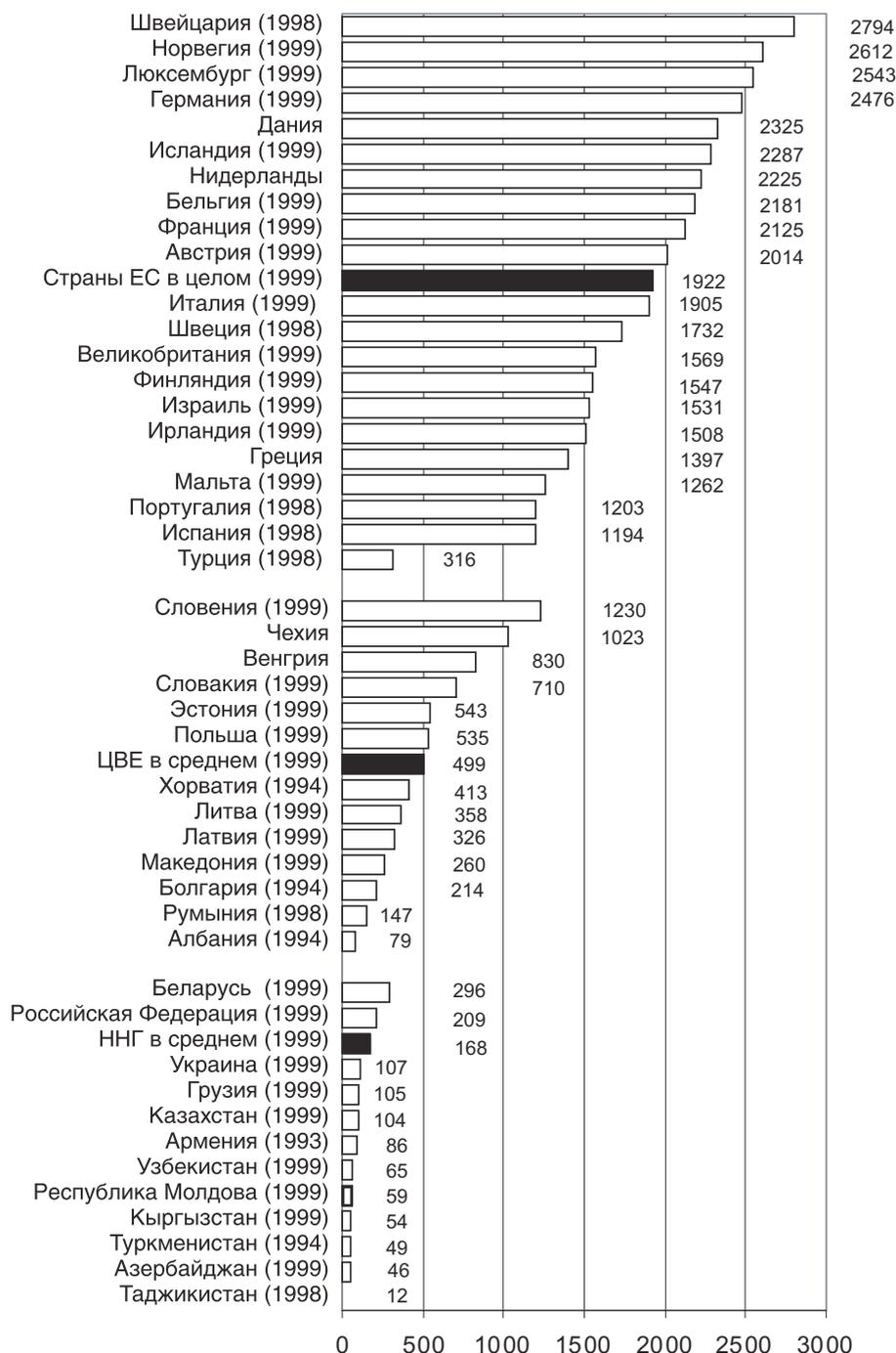
Структура расходов на здравоохранение

Таблица 3. Расходы здравоохранения на лекарственные препараты (в % от общих расходов на здравоохранение) в 1995—2000 гг.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Общие расходы на лекарственные препараты, %	13,7	11,9	14,0	10,6	11,3	11,1

Источник: (32).

Рисунок 6. Расходы на здравоохранение (в долларах США) на душу населения) в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

ННГ — страны бывшего СССР.

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

Медицинское обслуживание

После децентрализации, происшедшей в 1999 г., организация медицинского обслуживания на местах перешла в ведение региональных (уездных) управлений здравоохранения. Это явилось важным шагом на пути реформирования высокоцентрализованной системы медицинского обслуживания, унаследованной с советских времен. В прежней системе здравоохранения главное внимание уделялось стационарной помощи. И сегодня, несмотря на сокращение коечного фонда и целевое финансирование первичного медицинского обслуживания, доля специализированной помощи остается очень высокой. Сейчас в стране осуществляются экспериментальные программы, направленные на развитие первичной медицинской помощи, а новый кредит Всемирного банка позволит еще больше укрепить этот сектор.

Медицинскую помощь оказывают учреждения разного уровня, начиная с фельдшерских пунктов и кончая специализированными республиканскими институтами. Здравпункты, кабинеты врачей общей практики, поликлиники (амбулатории) и центры семейных врачей оказывают первичную медицинскую помощь на местном уровне, и все они прикреплены к местным больницам. В каждом уезде есть уездная больница. Отдельные виды специализированной помощи населению страны оказывают в республиканских институтах, большинство из которых находится в Кишиневе.

Резкое уменьшение финансирования поставило систему здравоохранения в трудное положение. Зарплата персонала мала и часто задерживается, многие больницы и учреждения первичной медицинской помощи не загружены. Допотопное оборудование и устаревшие методики лечения не обеспечивают качественного лечения. Многие вообще не обращаются в медицинские учреждения, так как не в состоянии оплатить лечение. Другие больные, нуждающиеся в медицинской помощи, не предусмотренной гарантированным минимумом, сами обращаются в специализированные медицинские учреждения, минуя этап первичной медицинской помощи. Реформы системы здравоохранения, начатые в период независимости, шли довольно медленно до 1998 г., однако затем намного ускорились.

Первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение

В соответствии с законом 1999 г. о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, каждый гражданин имеет право на набор основных первичных медицинских услуг. Перечень услуг дан в рамке 1, а ниже сказано, какие медицинские учреждения и врачи оказывают эти услуги.

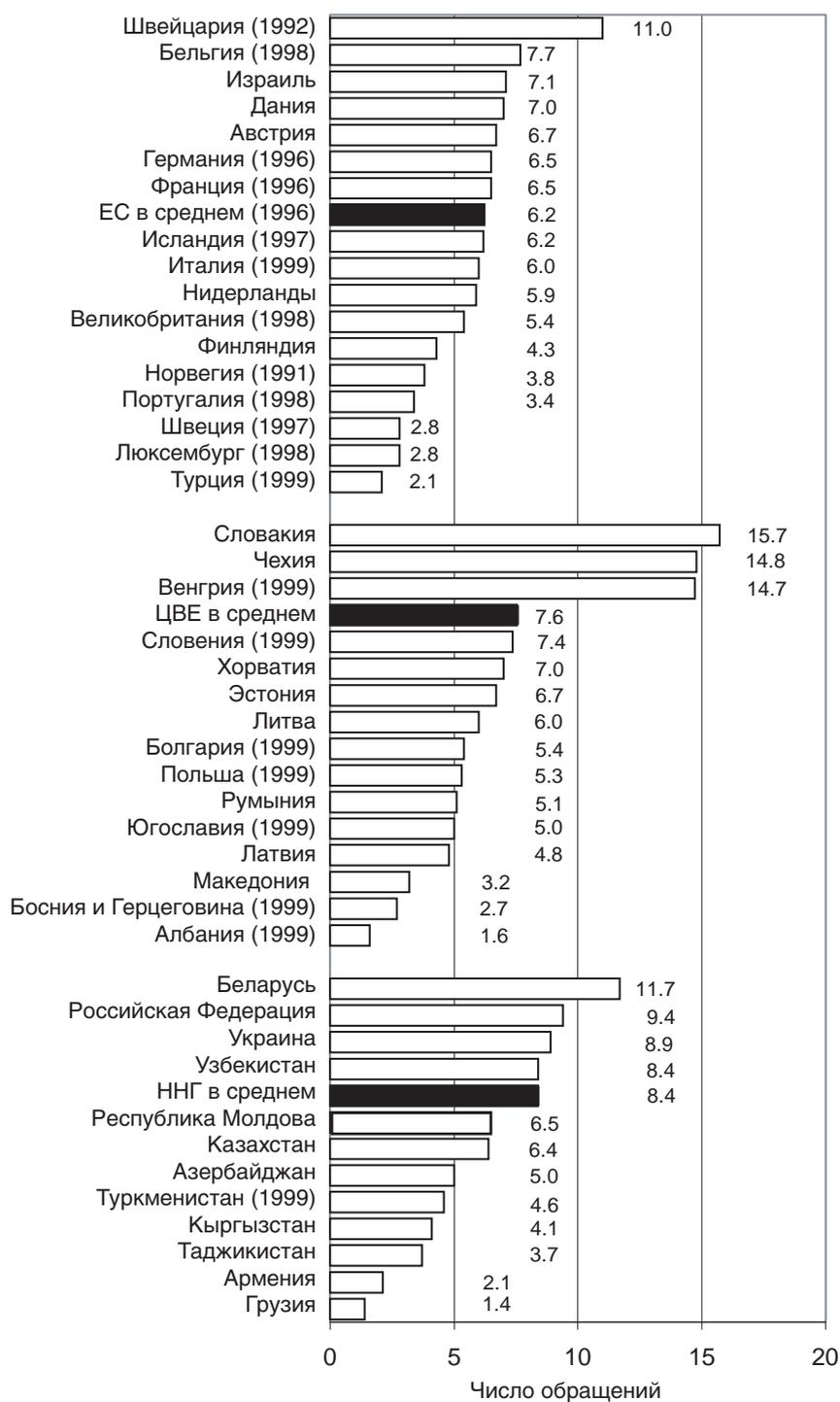
Первичное медицинское обслуживание

Первичная медицинская помощь — первый этап оказания медицинской помощи при обращении потребителя в учреждение здравоохранения, который включает в себя общее лечение распространенных заболеваний и травм, а также мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В Республике Молдова, как и во многих республиках бывшего СССР, первичная помощь оказывалась в небольших медицинских пунктах и в амбулаторных отделениях крупных больниц. Несмотря на то что в Молдове свыше 800 учреждений первичного медицинского обслуживания, они обычно направляли больных к специалистам, а не оказывали полноценную первичную медицинскую помощь. Сейчас предпринимаются усилия по совершенствованию обслуживания на этом уровне.

В настоящее время за обеспечение первичной медицинской помощи отвечают региональные (уездные) управления здравоохранения. Первичное медицинское обслуживание на местном уровне находится в процессе реорганизации в соответствии с моделью общей практики (семейной медицины). В 2000 г. первичную медицинскую помощь оказывали 36 центров семейных врачей, 366 амбулаторий и 441 кабинет врачей общей практики. Кроме того, сельское население получает первичное медицинское обслуживание в 585 фельдшерских пунктах. Сто восемьдесят девять учреждений первичной медицинской помощи управляются Министерством здравоохранения (через региональные управления здравоохранения), 88 — другими министерствами, а 294 — находятся в частной собственности (2). Заработную плату персоналу выплачивают местные управления здравоохранения.

Цель новой программы развития первичного медицинского обслуживания — повысить качество медицинской помощи и усилить работу по укреплению здоровья населения путем реорганизации этого сектора здравоохранения. Главной задачей учреждений первичной медицинской помощи должна стать не выдача направлений к специалистам, а оказание основных медицинских услуг населению. Кроме того, именно центры первичной медицинской помощи являются ключевым звеном в обеспечении минимального набора медицинских услуг. Любую специализированную медицинскую помощь, входящую в гарантированный минимум, можно будет получить только при наличии направления от семейного врача. Несмотря на идущую реорганизацию первичного медицинского обслуживания в соответствии с от-

Рисунок 7. Число обращений за амбулаторной помощью на душу населения в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

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

водимой ему важной ролью, учреждения этого уровня ощущают острую нехватку лекарств, оборудования и средств на зарплату персонала. Им трудно обеспечивать оказание услуг, входящих в гарантированный минимум. Некоторые учреждения не получили и половины того, что требуется для оказания даже такого ограниченного набора услуг (32).

Недостаточное финансирование первичного медицинского обслуживания привело к тому, что многие не желают пользоваться его услугами. Это подтверждают результаты опросов населения, проводившихся ЮНИСЕФ в отдельных районах. В одном из районов 71,7% опрошенных считают, что первичное медицинское обслуживание за последние десять лет ухудшилось (32). И это несмотря на идущую реорганизацию специализированного медицинского обслуживания (подробнее см. далее), при которой средства, сэкономленные в результате закрытия больниц, должны направляться на укрепление первичного обслуживания, и новые законы, устанавливающие минимум отчислений на первичное медицинское обслуживание из государственного бюджета здравоохранения. Теперь 35% средств из регионального (и 22,75% — из государственного) бюджета здравоохранения отводится на первичное медицинское обслуживание. Ранее на эти цели выделялось лишь 10% государственного бюджета здравоохранения.

Несмотря на финансовые трудности, удалось многого добиться в развитии семейной медицины — основы государственной программы развития первичного медицинского обслуживания. Этот сектор должен получить дополнительные средства, высвобождающиеся в результате сокращения расходов на специализированную медицинскую помощь. В общей сложности около 2000 врачей прошли подготовку по семейной медицине (например, краткосрочные курсы переподготовки по первичному медицинскому обслуживанию для педиатров). Заметно улучшилось оказание отдельных первичных медицинских услуг, например, акушерская и гинекологическая помощь, усовершенствована система направления больных к специалистам. Кроме того, в стране осуществляются несколько крупных экспериментальных проектов, цель которых — улучшить обеспечение гарантированного минимума медицинских услуг. Фонд ООН помощи детям (ЮНИСЕФ) и Министерство здравоохранения проводят эксперимент по организации общественного фонда, обеспечивающего медицинское обслуживание 180 000 человек.

Планирование семьи — еще одно направление работы Министерства здравоохранения. В советское время помощь в планировании семьи была малодоступна и оказывалась в основном в женских консультациях. В частности, из-за этой ограниченности и соответствующей политики государства в этой сфере в детских домах Молдовы было очень много детей. В период независимости помощь в планировании семьи расширилась. В 1994 г. при поддержке Фонда ООН для деятельности в области народонаселения (ЮНФПА) и других международных и местных организаций было открыто 44 кабинета планирования семьи при женских консультациях (примерно по одному в каждом районе). Однако в новой административной структуре здравоохранения женские консультации относятся к специализированному обслуживанию и ведут прием по направлениям или за плату. Поэтому сейчас

рассматривается вопрос о переводе служб планирования семьи в учреждения первичного медицинского обслуживания. Построены три современные женские поликлиники при поддержке неправительственной организации «Американский Международный Союз здравоохранения» (АИНА). Помощь в семейном планировании оказывают врачи, а не медицинские сестры. Несмотря на новые инициативы и экспериментальные программы, во многих частях страны не хватает контрацептивов и население не имеет доступа к качественной помощи в планировании семьи.

Службы общественного здравоохранения

Несмотря на широкое распространение предотвратимых неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые и связанные с курением онкологические заболевания, общественное здравоохранение по-прежнему уделяет главное внимание санитарно-эпидемиологической работе — борьбе с инфекционными заболеваниями и гигиене окружающей среды. Обе эти функции реализуются через самостоятельные вертикальные структуры, практически не связанные (за исключением программ иммунизации) с медицинскими учреждениями и региональными управлениями здравоохранения. В советское время санитарно-эпидемиологическая служба выполняла три главные функции: следила за санитарным состоянием окружающей среды, боролась с инфекционными заболеваниями и следила за здоровьем населения. Хотя старые функции санитарно-эпидемиологической службы продолжают оставаться в центре внимания общественного здравоохранения, оно постепенно выходит за эти рамки, в частности начинает активнее вести пропаганду здоровья, борьбу с курением и профилактику ВИЧ-инфекции. Национальная политика здравоохранения ставит перед общественным здравоохранением задачу усилить профилактику неинфекционных и хронических заболеваний.

Общественное здравоохранение находится в ведении Министерства здравоохранения. В период независимости функции общественного здравоохранения были распределены по нескольким специализированным центрам. Национальный научно-практический центр здоровья населения и санитарного менеджмента ведает эпидемиологическими службами, занимается пропагандой здоровья и гигиеной окружающей среды. Эта организация собирает и анализирует данные о здоровье населения страны для последующего использования при стратегическом планировании здравоохранения.

Национальный научно-практический центр превентивной медицины, бывший национальный центр санитарно-эпидемиологической службы, занимается профилактикой инфекционных заболеваний и охраной окружающей среды. Реорганизация центра, проведенная в 1999 г. в соответствии с новой региональной структурой здравоохранения, расширила его возможности в регионах. В следующие 2—3 года планируется организовать департаменты общественного здравоохранения в уездах, что еще больше укрепит позиции центра в регионах. Борьба с инфекционными заболеваниями в основном сводится к руководству общегосударственной программой имму-

низации. Теперь у центра есть специальное подразделение, занимающееся пропагандой здоровья. В 1995 г. был создан центр «Здоровый образ жизни», в 1998 г. — разработана национальная программа санитарного просвещения. Она объединила усилия ряда министерств — образования, информации и обороны — по укреплению здоровья населения. Санитарное просвещение сконцентрировано на профилактике ВИЧ-инфекции, уменьшении курения и психическом здоровье. Кроме того, Молдова участвует в программе Европейской сети школ по пропаганде здорового образа жизни. Тем не менее пропаганда здорового образа жизни финансируется крайне плохо, отсюда — ограниченность ее масштабов и воздействия. Центр усиливает борьбу с туберкулезом и приводит ее в соответствие с международными стандартами. Правда, тюрьмы — места наибольшего распространения туберкулеза — не входят в его компетенцию. Другие важные программы охватывают профилактику вирусного гепатита, диареи и холеры, борьбу с бешенством и профилактику болезней, вызванных нехваткой йода в организме. Большое значение имеют медико-экологические аспекты, поскольку прежняя практика широкого применения пестицидов и минеральных удобрений в условиях крупного агропромышленного комплекса страны вызывает опасения по поводу высокого содержания вредных веществ в продуктах питания.

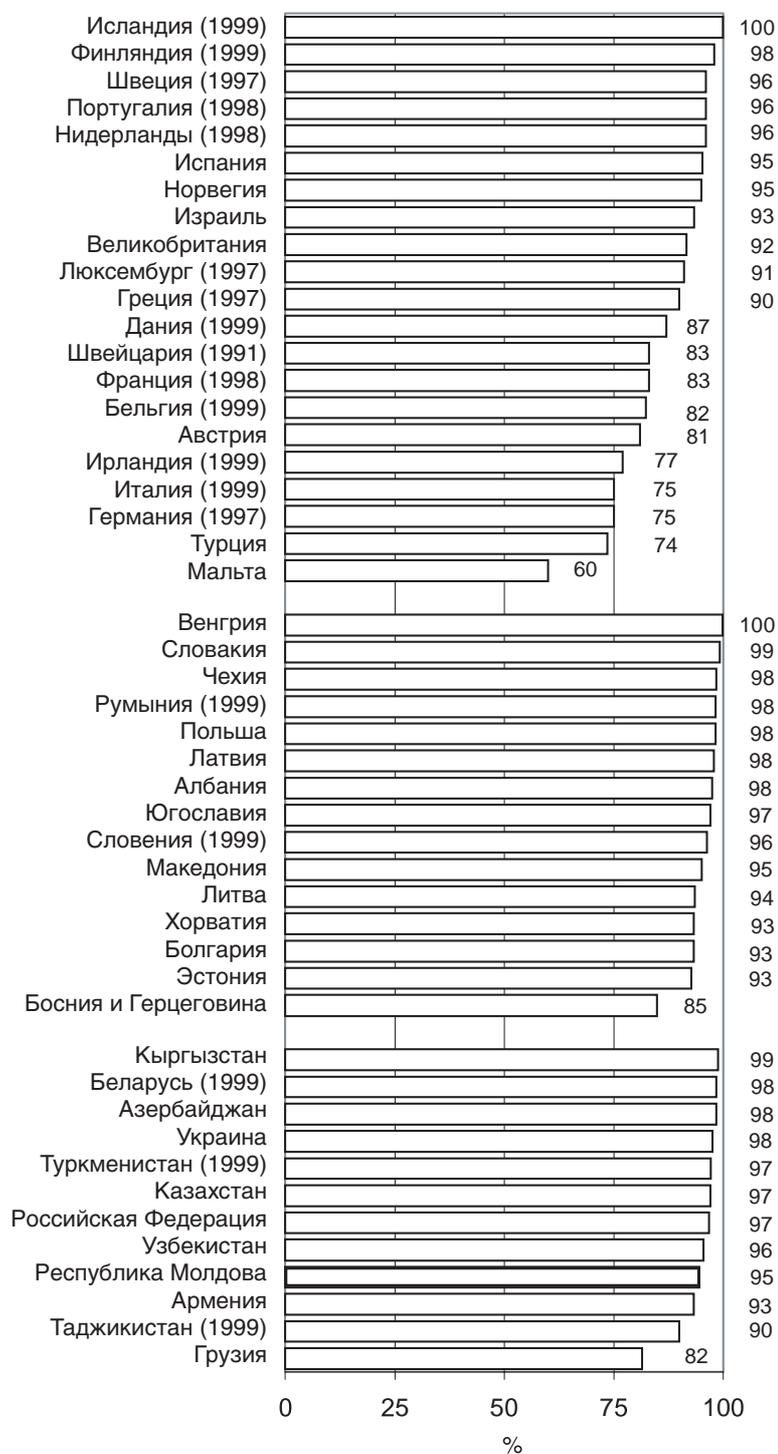
Научно-практический центр здоровья населения и санитарного менеджмента был образован в 1997 г. для сбора и обобщения данных о здоровье населения, разработки нормативов для последующего использования в планировании здравоохранения, а также для проведения исследований в области охраны здоровья. Центр ежегодно выпускает отчет о состоянии здоровья населения Молдовы.

В 1994 г. была начата новая государственная программа иммунизации против восьми заболеваний (полиомиелита, дифтерии, столбняка, кори, коклюша, туберкулеза, гепатита В и свинки). Прививки делаются бесплатно всем детям, охват детей вакцинацией хороший. По официальным данным, охват превышает 90% по всем вакцинам, однако по другим, более точным данным обследования ЮНИСЕФ (Multiple Indicator Cluster Survey, MICS) за 2000 г., охват был несколько меньше: на востоке страны менее 60% по всем вакцинам, а на западе — более 70% (16). Молдова также участвовала в международной кампании против полиомиелита (33). Государственная программа вакцинации реализуется довольно успешно, однако она сильно зависит от международной помощи. В 1995 г. внешнее финансирование покрыло около 90% всех затрат на расходные материалы и холодильное оборудование. К 2000 г. правительство расширило свои обязательства в этой области (28), однако без международной помощи пока не обойтись, если только программа не получит средств из других статей госбюджета.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное медицинское обслуживание включает в себя специализированные амбулаторные услуги и основные виды стационарного лече-

Рисунок 8. Уровень иммунизации против кори в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

ния (кроме долгосрочной помощи престарелым, инвалидам, психически больным и т. п.). Высокоспециализированное медицинское обслуживание подразумевает более сложные и дорогостоящие услуги. В Республике Молдова, как и в других бывших советских республиках, учреждения специализированной медицинской помощи оказывают не только специализированные, но и основные медицинские услуги.

От советской системы здравоохранения Молдове досталось слишком много учреждений и врачей, оказывающих специализированную медицинскую помощь. В 1994 г. в стране было 305 больниц, более 50 000 коек и свыше 1000 поликлиник, что соответствует более чем 14 койкам и примерно 4 врачам на 1000 населения — почти вдвое больше, чем в целом по странам Центральной и Восточной Европы в то время (7). Получившая независимость Молдова оказалась не в состоянии обеспечивать специализированное медицинское обслуживание в таком объеме, который, по оценкам 1994 г., в пять раз превышал посильный для экономики Молдовы уровень (34). На специализированную медицинскую помощь выделяются значительные средства: по оценкам 2000 г., около 70% от всех затрат на здравоохранение пришлось на 14 республиканских специализированных больниц и 40 районных больниц (теперь переименованных в уездные и секторальные) (6). Такое финансирование специализированной помощи во многом осуществляется в ущерб финансированию первичного медицинского обслуживания. Сокращение масштабов специализированного и высокоспециализированного обслуживания (и направление сэкономленных средств в сектор первичной помощи) — не популярная, но необходимая мера для реформирования здравоохранения периода независимости.

Масштабные сокращения специализированного медицинского обслуживания начались с 1998 г. Толчком к этому послужило серьезное уменьшение финансирования этого сектора в 1996—1998 гг. (на 35% в год) и осознание того, что деньги больше расходуются на оплату коммунальных услуг, чем на лечение больных и медицинское оборудование. Сначала сокращение шло за счет уменьшения числа больничных коек и численности персонала в больницах, а не уменьшения числа самих больниц. Однако такие сокращения не дали ожидаемой экономии, поскольку постоянные расходы не изменились, а они в этом секторе составляют около 40% всех затрат здравоохранения. В то же время занятость койки все уменьшалась. В связи с этим в 1999 г. был разработан новый план реорганизации с участием Министерства здравоохранения и региональных управлений здравоохранения. По этому плану в каждом регионе оставляли одну общую больницу, а все остальные крупные больницы закрывали. На практике это означало закрытие около десяти больниц в каждом регионе. Некоторые больницы в регионах уже закрылись. В Кишиневе, однако, по-прежнему остается пятнадцать городских больниц и девять специализированных республиканских больниц. Многие виды помощи дублируются, особенно в педиатрии. Беспокоит также проблема поддержания качества медицинской помощи в многочисленных учреждениях, в каждом из которых лечится так мало больных.

Одновременно с сокращением больниц в регионах план реорганизации предусматривает превращение поликлиник в центры семейной медицины.

Рамка 2

Обеспеченность специализированным медицинским обслуживанием в Республике Молдова		
Тип учреждения	Направление работы	Число учреждений (коек)
Высокоспециализированные учреждения общегосударственного уровня		
Республиканские больницы	Крупные высокоспециализированные больницы (в основном в столице)	14 (7995 коек)
Диспансеры	Специализированная медицинская помощь при кожных и венерических заболеваниях, наркомании	2 (соответственно 170 и 360 коек)
Ведомственное медицинское обслуживание	Обслуживание сотрудников министерств обороны, путей сообщения, внутренних дел, юстиции, службы информации и безопасности, пограничных войск, а также медицинская служба Госканцелярии	всего 1825 коек в различных учреждениях
Специализированные медицинские учреждения регионального уровня		
Уездные больницы общего профиля	Оказание высокоспециализированной медицинской помощи населению соответствующего административного региона	10 больниц
Районные («секторальные») больницы	Оказание главным образом специализированной помощи местному населению	30
Муниципальные больницы	Оказание главным образом специализированной помощи местному населению	11
Поликлиники	Оказание первичной и специализированной медицинской помощи, планирование семьи	36 и 5 медицинских территориальных объединений (в Кишиневе)

С начала осуществления плана в 1998 г. до июня 2001 г. число больниц сократилось с 305 до 65, а число коек — с 14,4 до 6,6 на 1000 населения (эти цифры учитывают только те больницы, за которые отвечает Министерство здравоохранения, и не учитывают медицинские учреждения Приднестровья). Средства, сэкономленные в результате закрытия больниц, планируется направить на улучшение первичного медицинского обслуживания.

Наряду с этими реформами здравоохранения при поддержке международных организаций идет совершенствование некоторых видов специализированной медицинской помощи. В качестве примера можно назвать экспериментальный проект по улучшению акушерской и гинекологической помощи, осуществляемый в одном из уездов под руководством Республиканского института здоровья матери и ребенка. По этому проекту врачи всех уровней медицинской помощи совершенствуют навыки диагностики, лечения и направления к специалистам.

Помимо медицинских учреждений Министерства здравоохранения су-

Таблица 4. Показатели работы больниц в 1980—1999 гг.

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Число госпитализаций на 100 населения	21,68	24,95	23,45	20,65	18,84	19,29	18,30	15,10
Средняя продолжительность госпитализации (по всем больницам), дни	17,9	16,5	16,4	17,5	18,1	18,0	17,6	16,3
Средняя занятость койки (в обычных больницах), %	91,5	93,5	84,5	85,5	80,8	80,0	77,6	71,0

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

существует параллельная система ведомственных медицинских учреждений. В 2000 г. у Министерства обороны были медицинские учреждения на 350 коек, у Министерства путей сообщения — на 685 коек, у Службы информации и безопасности — на 150 коек, у Министерства юстиции — на 315 коек (в тюремных больницах), у пограничных войск — на 100 коек, у медицинской службы Государственной канцелярии (бывшее Четвертое управление) — на 65 коек. В эпоху Советского Союза Четвертое управление обеспечивало бесплатное высококвалифицированное специализированное медицинское обслуживание политической элиты. Сегодня оно продолжает выполнять те же функции в Республике Молдова, правда, теперь и другие граждане могут воспользоваться его услугами, но за плату. Четвертое управление можно считать своеобразным тормозом реформы, так как оно позволяет элите не сталкиваться с реальной системой здравоохранения страны.

Стационарное лечение

Несмотря на огромный коечный фонд, занятость койки в обычных больницах в советский период была чуть выше 90% (7). В то время во многих случаях предписывалась длительная госпитализация (например, как минимум 10-дневное пребывание в стационаре после родов). Больницам было выгодно поддерживать высокую занятость коек и их большое число, так как Министерство здравоохранения считало крупные заполненные медицинские учреждения оптимальными. В период независимости занятость койки резко упала: по официальным данным, в 1999 г. она составляла 71% (7), однако это, скорее всего, сильное преувеличение. Несмотря на начавшиеся в 1998 г. значительные сокращения коечного фонда, многие больницы практически пустовали. Некоторые больницы, пытаясь удержать занятость койки на приемлемом уровне, увеличивали продолжительность госпитализации больных. Эта тенденция плохо прослеживается по официальным данным о средней продолжительности госпитализации, которая замерла у значения в 17 дней (7) по всем больницам с 1980 г. Эта цифра, однако, очень высока по сравнению со средней продолжительностью госпитализации в странах Центральной и Восточной Европы, составившей в 1999 г. 10,5 дня, и в Соединенном Королевстве (чуть менее 10 дней) (7). Сейчас разрабатываются но-

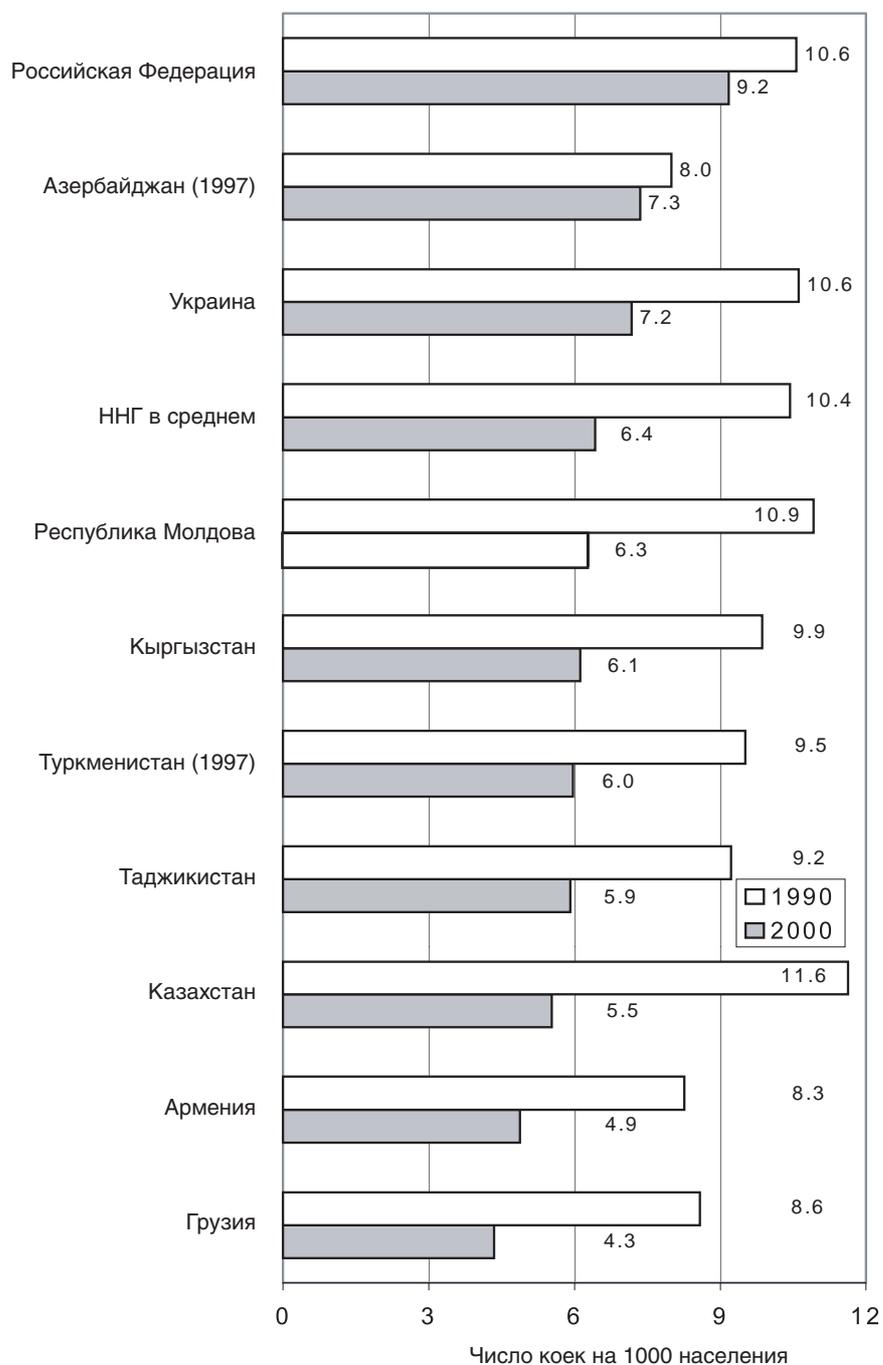
Таблица 5. Показатели работы стационаров в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г. В случае отсутствия данных за 2000 г. приведены самые свежие имеющиеся данные

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни	Средняя занятость койки, %
Западная Европа				
Австрия	6,2	27,2	6,3	75,5
Бельгия	5,5 ^б	18,8 ^б	8,7 ^б	79,9 ^б
Дания	3,3 ^б	19,1	5,5	79,9 ^а
Германия	6,4 ^а	20,3 ^а	10,7 ^б	81,6 ^б
Греция	3,9 ^а	14,5 ^в	—	—
ЕС в среднем	4,2 ^а	19,0 ^б	8,2 ^б	77,0 ^б
Израиль	2,3	17,5	4,3	94,0
Ирландия	3,0 ^а	14,1 ^а	6,5 ^а	83,0 ^а
Исландия	3,7 ^г	18,1 ^е	6,8 ^е	—
Испания	3,0 ^г	11,2 ^г	8,0 ^г	77,3 ^г
Италия	4,5 ^б	17,1 ^б	7,1 ^б	74,1 ^б
Люксембург	5,5 ^б	18,4 ^е	7,7 ^б	74,3 ^е
Мальта	3,7	11,2	4,6	75,5
Нидерланды	3,3	9,1	7,7	58,4
Норвегия	3,1	15,5	6,0	85,2
Португалия	3,1 ^б	11,9 ^б	7,3 ^б	75,5 ^б
Соединенное Королевство	2,4 ^б	21,4 ^г	5,0 ^г	80,8 ^б
Турция	2,2	7,6	5,4	58,7
Финляндия	2,4	20,2	4,3	74,0 ^е
Франция	4,1 ^а	20,0 ^а	5,5 ^а	77,4 ^а
Швейцария	4,0 ^б	16,4 ^б	10,0 ^б	84,0 ^б
Швеция	2,5	15,6 ^б	5,5 ^а	77,5 ^г
Центральная и Восточная Европа				
Албания	2,8 ^б	—	—	—
Болгария	—	14,8 ^г	10,7 ^г	64,1 ^г
Босния и Герцеговина	3,3 ^б	7,2 ^б	9,8 ^б	62,6 ^а
Венгрия	6,6	22,4	6,7	72,5
Латвия	6,1	20,0	—	—
Литва	6,3	20,9	8,3	76,0
Бывшая югославская республика Македония	3,4	8,9	8,4	60,1
Словакия	6,9	18,9	9,4	71,0
Словения	4,6 ^а	16,1	7,6 ^а	73,2 ^а
Хорватия	4,1	13,9	9,2	86,3
ЦВЕ в среднем	5,9	19,1	8,3	72,8

Таблица 5. Окончание

Страна	Число боль- ничных коек на 1000 насе- ления	Число госпи- тализаций на 100 населения	Средняя про- должитель- ность госпи- тализации, дни	Средняя заня- тость койки, %
Чешская Республика	6,3	18,7	8,8	70,7
Эстония	5,6	18,7	7,3	66,1
Страны бывшего СССР				
Армения	4,9	4,9	10,3	28,2
Азербайджан	7,3	4,7	15,4	28,5
Беларусь	—	—	—	88,7 ^e
Грузия	4,3	4,5	7,8	83,0
Казахстан	5,5	14,1	11,5	97,0
Кыргызстан	6,1	15,5	12,3	90,2
Республика Молдова	6,3	13,1	11,9	66,6
Российская Федерация	9,2	21,1	13,5	85,8
Страны бывшего СССР в среднем	6,4	15,3	12,9	84,6
Таджикистан	5,9	9,0	13,2	59,8
Туркменистан	6,0 ^b	12,4 ^b	11,1 ^b	72,1 ^b

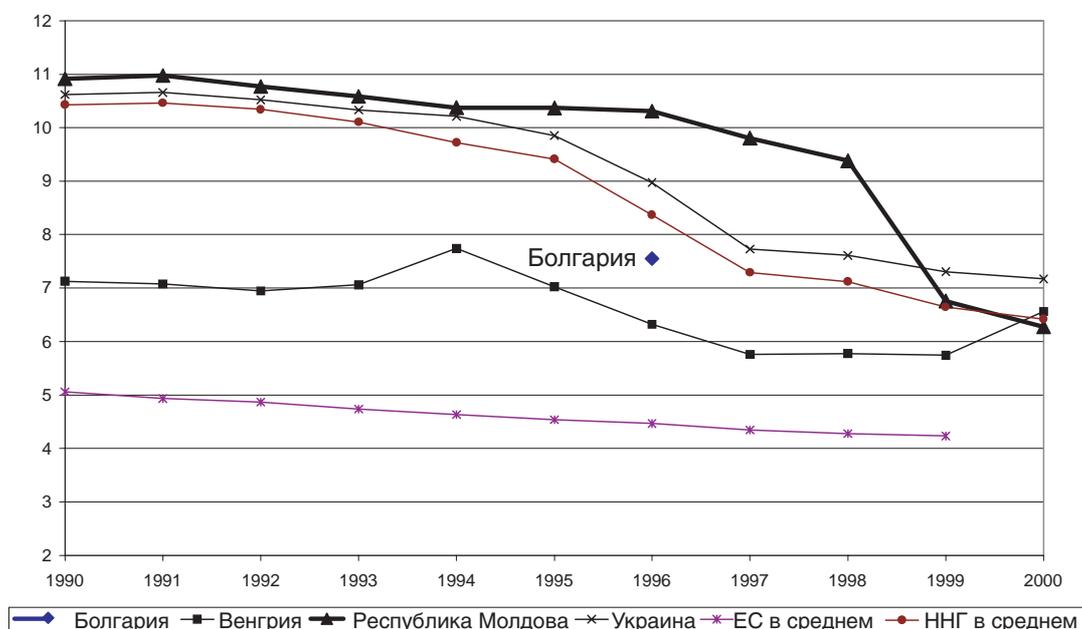
Рисунок 9. Число коек в обычных больницах на 1000 населения в странах бывшего СССР в 1990 и 2000 гг. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



ННГ — страны бывшего СССР.

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

Рисунок 10. Число коек в обычных больницах на 1000 населения в Республике Молдова, некоторых других странах, в ЕС в среднем и в странах бывшего СССР в среднем в 1990—2000 гг.



ННГ — страны бывшего СССР, ЕС — Европейский союз.

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

вые схемы лечения, которые в будущем помогут сократить пребывание в стационаре при некоторых заболеваниях.

Не следует слишком полагаться на официальные данные о числе госпитализаций, средней продолжительности госпитализации, средней занятости койки, поскольку все три показателя, вероятно, завышались на протяжении последних десяти лет. Директорам больниц и врачам это было нужно для того, чтобы предотвратить закрытие своих медицинских учреждений в ходе реорганизации больничного сектора, которую правительство проводит на протяжении последних шести лет.

Социальная помощь

Под социальной помощью здесь подразумевается немедицинское обслуживание таких зависимых категорий граждан, как престарелые, сироты и дети из неблагополучных семей, инвалиды. За социальное обслуживание отвечает Министерство труда и социальной защиты, однако и Министерство здравоохранения принимает большое участие в обслуживании престарелых.

Кроме того, ряд местных и международных неправительственных организаций оказывают помощь государственным учреждениям социального обеспечения, особенно детским.

Социальная помощь в Республике Молдова предоставляется безработным в виде пособия по безработице, инвалидам, престарелым и другим категориям населения, которым она необходима, — в виде финансовой и другой помощи. Кроме того, в Молдове большое число детских домов. Сегодня значительная часть населения Молдовы испытывает финансовые или социальные трудности и нуждается в том или ином виде социальной помощи. В то же время из-за слабости экономики уменьшились возможности государства по выплате пособий по безработице, обслуживанию инвалидов и даже по выплате пенсий. В тех случаях, когда пенсии выплачиваются, их размеры крайне малы, и пожилым людям приходится особенно нелегко.

Государственных домов престарелых мало, а оказание помощи таким категориям населения на дому развито слабо. В 1996 г. было семь домов престарелых. Мест всем нуждающимся не хватает, поэтому многие больничные койки заняты пожилыми людьми, которым медицинская помощь не нужна, но которые не в состоянии сами себя обслуживать дома. Хотя за социальное обслуживание отвечает Министерство труда и социальной защиты, до сих пор расходы по содержанию таких людей в больницах несет Министерство здравоохранения. В будущем некоторые из закрывающихся больниц могут быть преобразованы в дома престарелых.

В отличие от домов престарелых, детских домов, напротив, очень много. В советское время государство поощряло передачу детей с физической или психической инвалидностью в специальные интернаты. Общественное мнение осуждало матерей-одиночек, и дети, рожденные вне брака, тоже часто оказывались в детских домах. В некоторой степени такое положение сохраняется и теперь, так как остались финансовые и медицинские причины, по которым лучше отдать такого ребенка в государственный детский дом, чем заботиться о нем в семье. В Молдове существуют два вида детских домов: «немедицинский» и «медицинский». За первые отвечает Министерство труда и социальной защиты, за последние — сейчас таких 3 дома, в которых живут 415 детей, — Министерство здравоохранения. Нередко иностранные граждане усыновляют детей, но усыновлять можно только детей из медицинских детских домов.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Численность работников здравоохранения в Республике Молдова очень велика, несмотря на значительные сокращения, идущие с 1998 г. Большинство медиков работают в государственных учреждениях. Большинство врачей — специалисты, однако уже началась широкая подготовка семейных врачей. Число медицинских сестер в среднем в 2,3 раза больше числа врачей. Пот-

ребность в новых медицинских кадрах определяется в Молдове с помощью централизованного планирования. За это отвечает отдел трудовых ресурсов Министерства здравоохранения.

В 2001 г. в государственных медицинских учреждениях работало примерно 14 000 врачей и 32 406 медицинских сестер (без учета Приднестровья) (соответственно 3,3 и 7,6 на 1000 населения). Как уже отмечалось, эта цифра ниже, чем 3,8 на 1000 населения (16 173 врача) в 1998 г. Стоматологов в Молдове примерно 0,4 на 1000 населения. Обеспеченность стоматологами примерно такая же, как и в других странах Центральной и Восточной Европы (7). Несмотря на большое общее число медиков в стране, около 15% сельских районов не имеют врачей. В 1998 г. на каждого сельского врача приходилось 10 городских (2). Число врачей уменьшается скорее за счет выезда врачей на работу за границу или ухода из сферы здравоохранения, чем за счет какого-либо заметного уменьшения приема в медицинские институты.

Обучение

Врачей для всей страны готовят пять медицинских институтов, имеющих государственную аккредитацию, и Государственный медицинский университет. Новый медицинский институт открылся в Приднестровье (хотя абитуриентов из этого региона активно привлекают в Государственный медицинский университет), но его статус не определен и вызывает сомнения качество обучения. Недавно открылся частный медицинский университет, но ни одного выпуска пока не было. Обучение и аккредитация врачей, проводимые Государственным медицинским университетом, строго регулируются. Раз в пять лет врачи обязаны проходить курсы повышения квалификации. Перед поступлением в ординатуру и дальнейшим обучением необходимо сдать экзамены по медицине. В последние годы, возможно, требования к базовому медицинскому образованию и проведению экзаменов несколько снизились. Вместе с тем улучшилась подготовка аспирантов в области управления здравоохранением и семейной практики.

Медицинских сестер готовят пять медицинских училищ. Число училищ сократили с восьми до пяти в 1999 г., чтобы уменьшить избыточный выпуск. Ежегодно в училища поступают 600—700 человек. Однако каждый год многие медицинские сестры меняют профессию, часто в поисках лучшей оплаты, или уезжают за границу, где работают не по специальности. Пока неясно, достаточно ли число подготавливаемых сегодня медсестер при таком масштабе эмиграции. Чтобы улучшить подготовку среднего медицинского персонала, в октябре 2000 г. в Государственном медицинском университете открылся факультет сестринского дела. Здесь готовят высококвалифицированных медицинских сестер по следующим направлениям: управление, научные исследования, преподавание и администрирование. Срок обучения — 4 года. Однако на фоне улучшения обучения дипломированных мед-

сестер содержание и качество их базовой подготовки вызывает беспокойство.

Открываются курсы усовершенствования врачей и медицинских сестер в области первичного медицинского обслуживания. В 1996 г. началась подготовка семейных врачей. В 1998 г. в Государственном медицинском университете открылся факультет семейной медицины, а в 2000 г. — кафедра управления и общественного здравоохранения. Факультет умело использует связи с несколькими международными медицинскими институтами. В рамках программы развития семейной медицины в Кишиневе начали работать две типовые семейные практики. Подготовка специалистов по семейной медицине ведется по двум программам: это трехгодичная специализация в области семейной медицины или четырехмесячный курс. Всего к 2001 г. подготовку по семейной медицине прошли свыше 2000 врачей. Некоторые врачи считают, что краткий курс недостаточен и его необходимо удлинить, а его программу — расширить. Беспокоит и то, что семейная медицина пока не настолько развита, чтобы все выпускники этих курсов смогли найти работу по специальности. По оценкам, 20—30% закончивших обучение по программе семейной медицины возвращаются на работу в медицинские пункты и больницы. Однако с расширением сети учреждений семейной медицины по всей стране появятся новые возможности для трудоустройства таких специалистов.

Заработная плата и условия работы

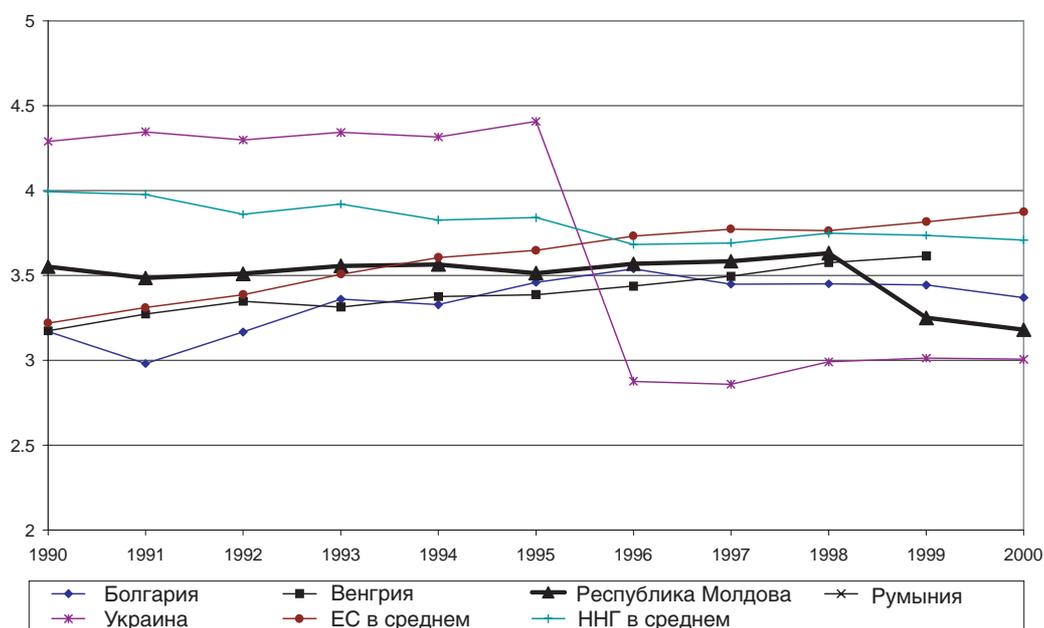
Работники медицинских учреждений по-прежнему получают твердый оклад и переход на какую-либо форму оплаты с учетом рабочей нагрузки пока не планируется. Зарплаты очень низкие, и часто их выплата задерживается на три-четыре месяца. Из-за этого больным нередко приходится неофициально платить даже за те услуги, которые должны оказываться бесплатно. В результате неофициальная плата составляет значительную часть доходов многих медицинских работников. Условия труда медицинского персонала во многих учреждениях здравоохранения очень плохие: часто не хватает основного медицинского оборудования, всю зиму нет света и тепла из-за перебоев в энергоснабжении, мало санитарок и уборщиц. Чтобы привлечь медиков на работу в сельские районы, там установлена зарплата примерно на

Таблица 6. Число медицинских работников на 1000 населения в 1980—2000 гг.

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Врачи	2,82	3,30	3,55	3,51	3,56	3,58	3,63	3,25	3,18
Стоматологи	0,34	0,40	0,45	0,44	0,43	0,43	0,43	0,42	0,37
Медицинские сестры	7,78	8,91	9,78	9,40	9,03	9,31	9,05	8,06	7,69
Фармацевты	0,65	0,75	0,77	—	—	—	—	—	—

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

Рисунок 11. Число врачей на 1000 населения в Республике Молдова, некоторых других странах, в ЕС в среднем и в странах бывшего СССР в среднем в 1990—2000 гг.

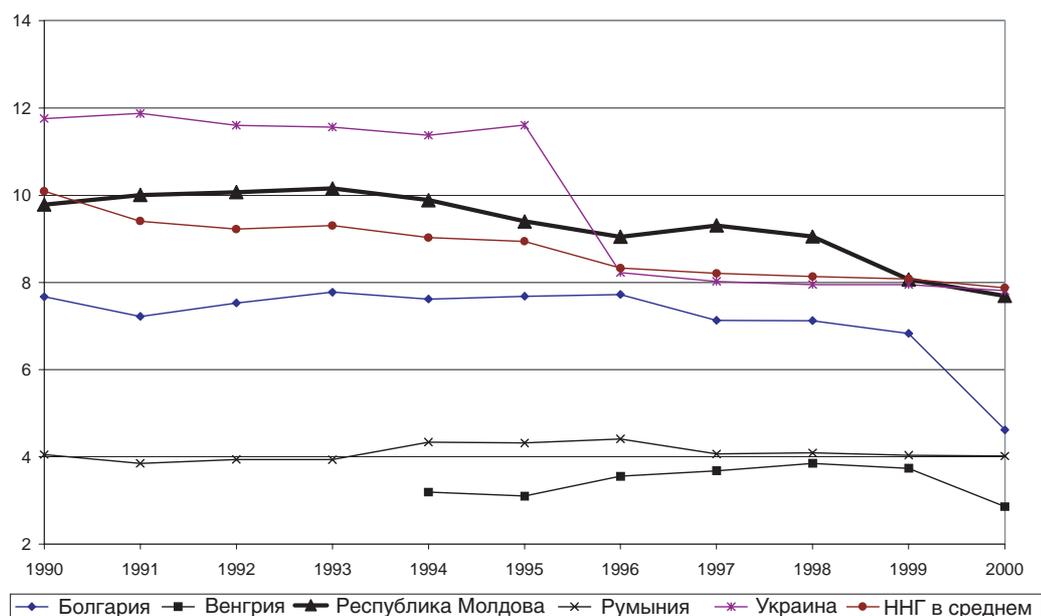


ЕС — Европейский Союз;

ННГ — страны бывшего СССР.

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

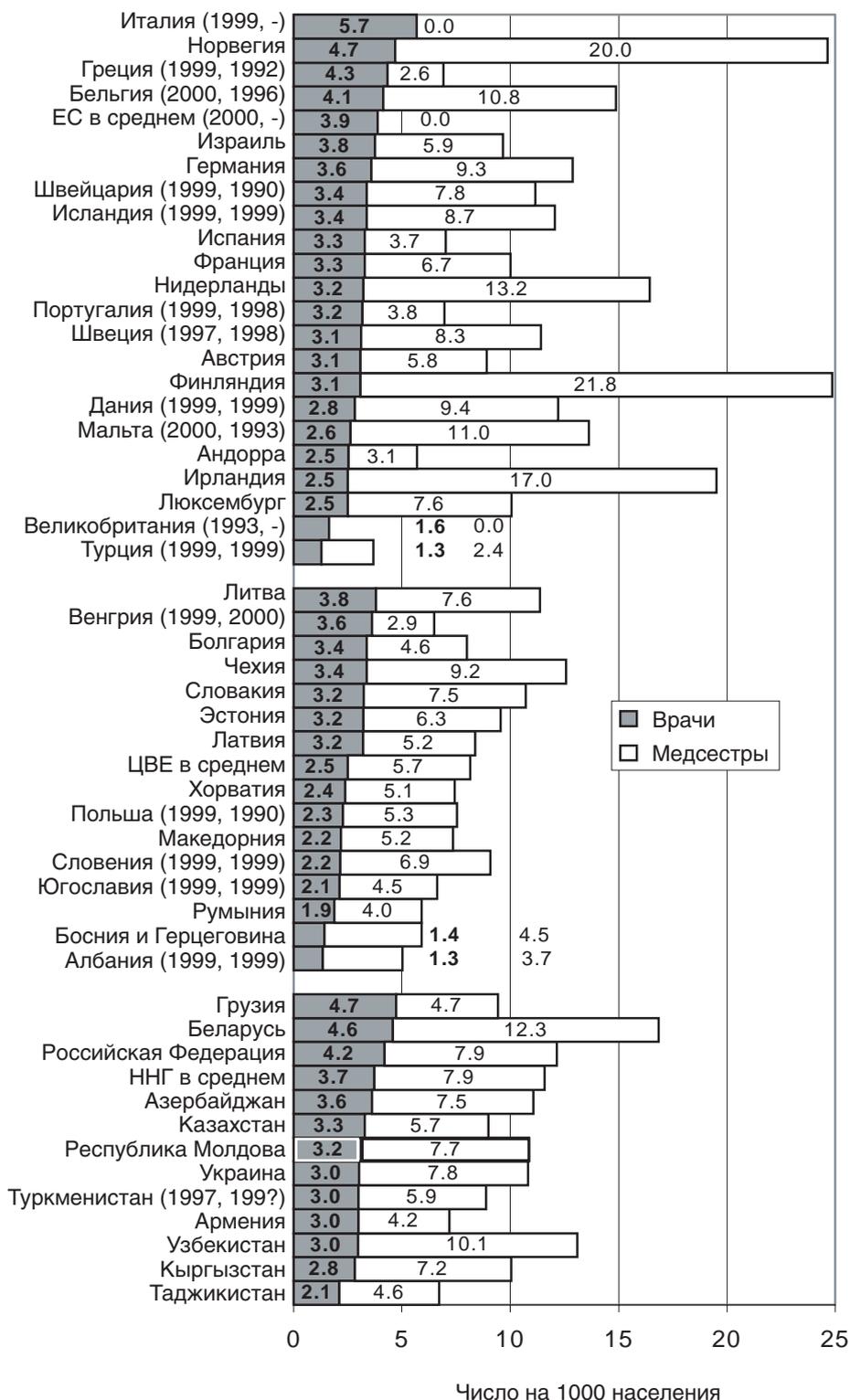
Рисунок 12. Число среднего медицинского персонала на 1000 населения в Республике Молдова, некоторых других странах, в ЕС в среднем и в странах бывшего СССР в среднем в 1990—2000 гг.



ННГ — страны бывшего СССР.

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

Рисунок 13. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в Европейском регионе ВОЗ в 2000 г. В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

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

выше, чем в городе. Кроме того, Министерство здравоохранения предоставляет льготы абитуриентам из сельской местности, поступающим в Государственный медицинский университет. Предполагается, что персонал центров семейной медицины также будет получать повышенную заработную плату.

Лекарственные средства

Значительная часть молдавского сектора распространения лекарственных средств была приватизирована в 1994 г. Сегодня многие аптеки — частные (хотя большинство аптек в крупных больницах не приватизированы). Вместе с тем государство сохранило долю собственности в некоторых приватизированных предприятиях, и, таким образом, в Молдове смешанная система государственных и частных аптек. Широкая приватизация была проведена для того, чтобы обеспечить достаточное и контролируемое лекарственное снабжение в условиях развала экономики, нарушившего государственную систему лекарственного снабжения и распределения. Сбои в работе системы государственного лекарственного снабжения и контроля качества лекарственных средств, возникшие вскоре после обретения независимости, привели к расцвету черного рынка лекарственных средств, а также к разрушению рецептурной системы распределения лекарственных средств. Сегодня доля черного рынка считается незначительной, а регулирование продаж через приватизированные аптеки помогает контролировать качество продаваемых лекарств. За исключением немногих запрещенных для свободной продажи препаратов, лекарства по-прежнему продаются во всех аптеках без рецепта, хотя формально это незаконно.

За регламентирование работы фармацевтического сектора отвечает Министерство здравоохранения. Оно установило уровень предельной прибыли (40% к оптовой цене на лекарства) для аптек и, кроме того, определяет, какие лекарства можно продавать в стране. Приватизация фармацевтического сектора помогла решить проблему снабжения лекарственными препаратами, а благодаря системе регулирования в продажу поступают только разрешенные лекарства. Вместе с тем приватизация породила условия для злоупотребления врачами своим профессиональным положением. Многие врачи выкупили аптеки по программе приватизации, и эти аптеки часто находятся при поликлиниках или больницах, где они работают. Недобросовестный врач может выписывать дорогие или даже неподходящие лекарства для того, чтобы повысить доходы своей аптеки. Чтобы усовершенствовать выписывание рецептов и способствовать назначению эффективных недорогих лекарств, в 1998 г. на основе рекомендаций ВОЗ был составлен перечень жизненно необходимых препаратов. В 2001 г. он был пересмотрен и изменен.

В Молдове есть лишь одна крупная компания («Фармако»), производящая небольшой ассортимент основных непатентованных препаратов, и около двенадцати мелких фармацевтических компаний. Таким образом, большое количество препаратов приходится импортировать. До независимости

Молдова пользовалась всесоюзной централизованной системой распределения лекарств, но в период независимости такие централизованные закупки стали невозможны. В рамках реформы здравоохранения больницы стали сами заниматься закупкой лекарств. Государство напрямую должно обеспечивать больницы лишь некоторыми препаратами, такими, как инсулин и средства против гемофилии. Однако государство часто с этим не справляется; иногда на помощь приходят неправительственные организации, такие, как «Фармацевты без границ». По схеме местных закупок предполагается, что больницы получают деньги на конкретные лекарства и готовят заявки для их закупки на конкурсной основе. Однако выделяемых из госбюджета средств на такие закупки нередко не хватает. Важную роль в обеспечении населения основными лекарствами продолжают играть гуманитарные организации. В некоторых больницах до 50% лекарственных препаратов для детей поставляется в виде международной гуманитарной помощи. На общегосударственном уровне международные организации, такие, как ЮНИСЕФ, оказывают прямую помощь, поставляя вакцины для национальной программы иммунизации.

Для многих людей лекарства слишком дороги. В очень опасной ситуации оказываются хронические больные, например, диабетики. Гарантированный минимум медицинской помощи предусматривает бесплатное обеспечение лекарствами детей до 5 лет, но как реализовать это право — непонятно, и вряд ли многие дети воспользовались этой льготой.

«Закон о фармацевтической деятельности» (1993 г., измененный в 1998 г.), устанавливающий, кто имеет право заниматься фармацевтической деятельностью, импортом, производством и регистрацией препаратов, и «Закон о лекарствах» (декабрь 1997 г.), регламентирующий контроль качества, производство и испытания лекарственных препаратов, — основные элементы правовой базы государственного регулирования фармацевтической деятельности в Молдове.

Распределение средств

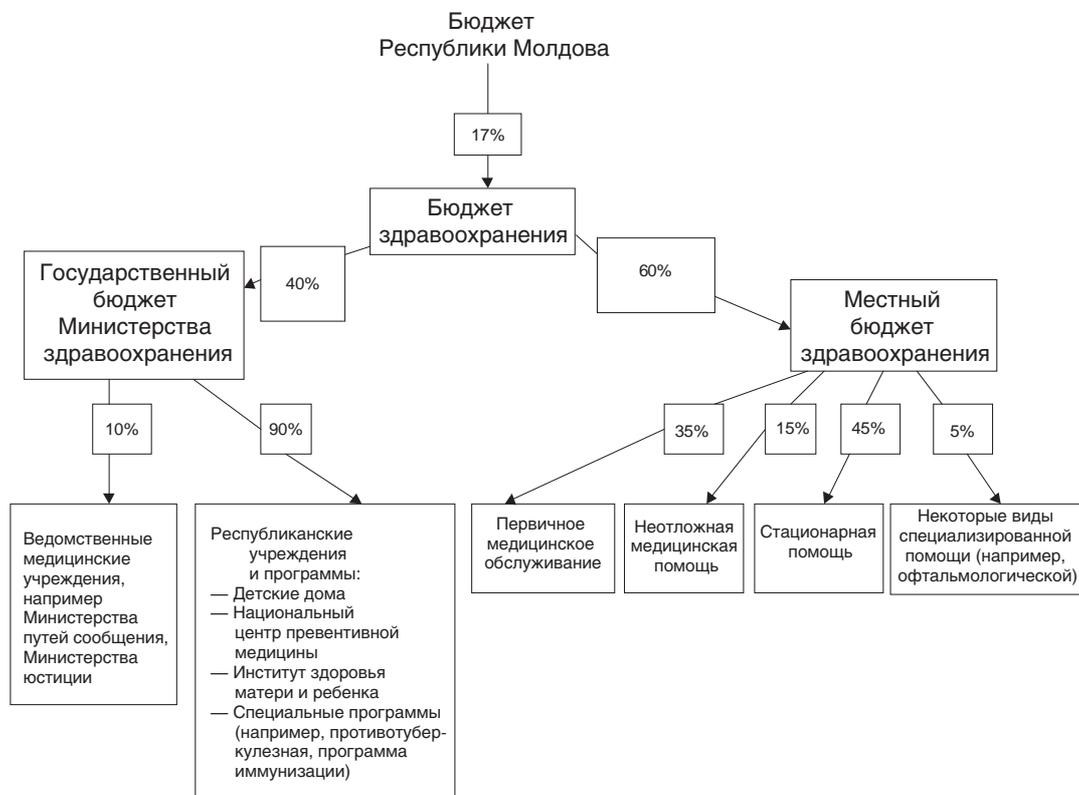
Бюджет здравоохранения и распределение средств

Государственный бюджет здравоохранения составляется ежегодно. С 1999 г. каждый регион (уезд) готовит свой бюджет здравоохранения и представляет его на рассмотрение в Министерство здравоохранения. В региональном бюджете указывается, сколько средств необходимо для обеспечения гарантированного минимума медицинской помощи, а также медицинского обслуживания в районных учреждениях здравоохранения. Начиная с 1999 г. бюджет рассчитывается не по числу больничных коек, а на основе подушных нормативов, учитывающих возрастной состав населения. В связи с этим население региона представляется в региональном бюджете по возрастным группам. Проект регионального бюджета утверждается региональным советом, после чего подается на рассмотрение на республиканском уровне. Бюджетные заявки регионов объединяются в единый консолидированный бюджет Министерства здравоохранения, в котором также учитываются потребности республиканских больниц и общегосударственных программ. Затем этот объединенный бюджет здравоохранения поступает в Министерство финансов для согласования и включения в государственный бюджет. Министерство финансов подает проект государственного бюджета в Парламент для обсуждения и окончательного принятия. После того как Парламент одобрит государственный бюджет, принимается «Закон о бюджете».

Финансирование больниц

Основные поставщики медицинских услуг — государственные учреждения первичного медицинского обслуживания и государственные больницы. Больничный сектор больше всего пострадал от экономического кризиса и неэффективного распоряжения ресурсами. На протяжении последних 2—3 лет бюджетные ассигнования на все нужды здравоохранения не достигали и 10 долларов США на душу населения.

Рисунок 14. Схема финансирования здравоохранения



Согласно Постановлению № 420 Министерства здравоохранения (1998 г.), на финансирование первичного медицинского обслуживания должно выделяться не менее 35% средств местного бюджета здравоохранения, но пока это не всегда выполняется. Около 80% средств (вместо максимальных по закону 65%) по-прежнему расходуется на больницы, причем большая часть уходит на оплату коммунальных услуг и зарплату персонала.

Местные правительства (или, для республиканских больниц, Министерство здравоохранения) финансируют больницы из государственных средств в соответствии с нормативными показателями (например, численностью работников и количеством койко-дней или амбулаторных приемов больных), а больницы, в свою очередь, выделяют средства прикрепленным к ним поликлиникам.

Большинство высокоспециализированных услуг (трансплантация, диализ и другие) оказывают в больницах, полностью финансируемых Министерством здравоохранения. Если региональные больницы проводят массовые обследования или оказывают другие услуги, входящие в утвержденный центром республиканский набор услуг, они могут получить за работу компенсацию, рассчитанную по тарифам, установленным Министерством здравоохранения.

Бюджеты больниц формально делятся на статьи затрат, включая заработную плату, льготы, лекарственные средства, продукты питания, расходы на содержание зданий, размещение персонала, покупку оборудования и одноразовых материалов и инструментов. В результате реформы здравоохранения директора больниц стали более самостоятельными, чем при советской системе здравоохранения, однако их полномочия по использованию средств, выделенных по определенной статье, на другие цели внутри управляемых ими учреждений ограничены. Вместе с тем им теперь дано право в определенных случаях взимать плату и оставлять все заработанные больницей средства для пополнения бюджетных ассигнований. Хотя возможности для зарабатывания денег пока ограничены, это важный прорыв по сравнению с ситуацией советского периода. Больницы имеют следующие источники дополнительного дохода.

- *Субаренда площадей:* учреждениям здравоохранения разрешено передавать лишние площади в субаренду частным предприятиям и оставлять себе арендную плату для покрытия текущих расходов.

- *Плата за услуги:* услуги, не входящие в бесплатный минимум, могут оказываться за плату по ценам, установленным Министерством здравоохранения в соответствии с «Положением об оказании платных медицинских услуг населению».

- *Договорные работы:* директора больниц имеют право заключать договора с частными страховыми компаниями, предприятиями и т. п. на оказание платных услуг определенным группам пациентов. Цены на все виды услуг определяет Министерство здравоохранения, однако все заработанные деньги больницы могут оставлять себе.

Хотя больницы и составляют бюджеты, финансирование не всегда выделяется в достаточном объеме. В результате руководство больницы старается покрыть дефицит государственных средств, увеличивая плату за медицинские услуги и объем оказания таких услуг больным, которые вынуждены платить за них из своего кармана. Часто больные платят дважды: официально и неофициально. Такое положение уменьшает доступность медицинского обслуживания, особенно для малообеспеченных. Чтобы ограничить и упорядочить оплату, правительство приняло «Закон о бесплатном минимуме медицинской помощи, гарантированной государством» и «Положение об оказании платных медицинских услуг населению», но эти меры оказались неэффективными.

Министерство здравоохранения планирует в корне изменить порядок финансирования больниц, введя обязательное медицинское страхование и шире используя договорную систему для того, чтобы финансирование зависело от объема и качества оказанных услуг. Местные (территориальные) филиалы Национальной медицинской страховой компании должны будут разработать систему заключения договоров с региональными больницами, прошедшими процедуру аккредитации в соответствии с Законом «Об оценке и аккредитации в системе здравоохранения» (2001 г.). Министерство здравоохранения продолжит деятельность по нормированию и контролю качества и объема работы больниц.

Зарботная плата работников здравоохранения

Врачи и средний медицинский персонал получают повременную зарплату, независимо от фактической нагрузки. Размеры зарплат установлены законом об оплате труда в Республике Молдова, причем зарплата врача зависит от выслуги лет, квалификации и занимаемой должности. При таком подходе заработная плата не отражает уровня ответственности персонала и не способствует его стремлению к профессиональному росту. Зарплата медицинских работников очень мала, в среднем 32 доллара США в месяц, что создает почву для распространения взяток с больных.

Министерство здравоохранения собирается изменить систему оплаты труда медицинских работников, чтобы улучшить их отношение к делу, повысить качество и эффективность лечения. В отдельных районах идет эксперимент по выплате подушной надбавки к окладу врача общей практики. Такой метод начисления зарплаты планируется распространить на всю сеть первичной медицинской помощи и, возможно, дополнить системой премиальных и целевых выплат за достижение отдельных показателей. Пока неясно, как будет увязана зарплата больничных врачей с эффективностью лечения.

Реформы здравоохранения

Цели и задачи

Обретя независимость, Молдова вступила на путь перехода от командно-административной экономической и политической системы к демократии и рынку. Распад СССР породил существенные социальные и экономические трудности, но в то же время создал предпосылки для развития страны. С 1991 по 1999 г. ВВП сократился более чем на 60% (7); по данным 1997 г., 90% населения тратили в день менее 2 долларов (35), причем 21% — менее 0,5 доллара в день, что составляет менее 30% установленного государством прожиточного минимума (36). Здоровье населения ухудшалось. Система здравоохранения оказалась не в состоянии обеспечивать ни качественную и доступную основную медицинскую помощь, ни тот огромный объем специализированной помощи, на который она была рассчитана и который отвлекал средства, необходимые для оказания основных медицинских услуг. В начале 1990-х гг. несколько программ профилактики, такие, как государственная программа иммунизации, оказались на грани свертывания. Из-за роста неофициальных поборов многие люди вообще перестали обращаться в медицинские учреждения. Унаследованная система была сильно централизованной, планирование было привязано к финансированию больничных коек в специализированных учреждениях, почти не было возможностей для рационального использования средств на местном уровне. Хотя высказывалась озабоченность по поводу политических и социальных последствий сокращения медицинских учреждений, правительство видело, что откладывать реформирование здравоохранения нельзя.

Содержание реформ

Реформы начались в 1999 г. с принятия правительством закона «О минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством» и «Положения об оказании платных медицинских услуг населению», узаконивших оплату некоторых медицинских услуг и разрешивших приватизацию в стоматологическом и фармацевтическом секторах. Хотя был принят

ряд законов по социальному страхованию и другим аспектам финансирования, реальные реформы начались после опубликования в 1998 г. «Стратегии здравоохранения в 1997—2003 гг.», в котором были сформулированы следующие основные принципы:

- первостепенное внимание сфере здравоохранения;
- равенство и единство общества;
- создание эффективных структур для контролируемого претворения в жизнь Национальной политики здравоохранения;
- развитие межведомственного сотрудничества, совместное осуществление программ, ответственность и учет;
- обсуждение и согласование действий, широкое участие общественности.

Эти принципы послужили основой договора о финансировании совместного проекта правительства Молдовы и Всемирного Банка (6). Пять основных целей проекта предусматривают (31):

- реструктуризацию медицинского обслуживания, перераспределение ресурсов из избыточного высокоспециализированного медицинского обслуживания в первичное медицинское обслуживание;
- усиление сети учреждений первой помощи путем предоставления им средств для создания эффективной сети врачей общей практики;
- легализация оплаты услуг, исключение оплаты за необоснованные или лишние медицинские услуги, особенно за те, которые обременительны для бедных слоев населения;
- определение нового набора медицинских услуг, соответствующего возможностям бюджета, с ассигнованием большей части средств на первую помощь;
- централизация финансирования медицинского обслуживания с целью совершенствования распределения средств между секторами здравоохранения.

Проведение реформ

Молдова осторожно подошла к реформированию здравоохранения. Широкая приватизация стоматологических поликлиник и аптек прошла довольно рано, однако главная работа — сокращение избыточного сектора специализированной медицинской помощи и направление высвободившихся средств на развитие первичного обслуживания — началась лишь в 1998 г., когда был согласован среднесрочный план реорганизации больниц. С тех пор было многое сделано по перестройке здравоохранения в соответствии с потребностями страны. Кроме того, правительству удалось заключить с Всемирным банком соглашение о выделении 20 млн долларов США на поддержку дальнейших реформ здравоохранения.

Одним из важнейших шагов стала разработка гарантированного минимума бесплатной медицинской помощи в 1998 г. Несмотря на то что этот набор услуг не доступен всему населению из-за ограниченности финансирования, он служит ориентиром при планировании здравоохранения, являясь тем

минимумом, для обеспечения которого необходимо использовать все имеющиеся средства. Переход от составления бюджета в зависимости от числа коек к использованию взвешенных показателей потребности населения в медицинском обслуживании — еще один важный шаг на пути к более рациональному планированию здравоохранения. Для усиления ответственности и улучшения учета местных потребностей при планировании здравоохранения, была проведена децентрализация здравоохранения с образованием региональных управлений здравоохранения.

В ответ на призыв к укреплению звена первичной медицинской помощи в 1997 г. началось обучение по семейной медицине. С тех пор более 2000 врачей прошли подготовку в этой области. Открылось более 500 центров семейной медицины. Теперь государство и регионы обязаны выделять не менее 22,75% средств из общего бюджета здравоохранения на первичное медицинское обслуживание (35% из местного бюджета), в то время как раньше на эти цели выделялось около 10%. В результате массовой реорганизации специализированного медицинского обслуживания вдвое сократились персонал и число коек. Высвободившиеся при этом средства должны были направляться на развитие первичного медицинского обслуживания. Однако неясно, пошли ли все высвободившиеся средства в этот сектор, и остались ли они вообще в здравоохранении, поскольку учреждения первичной медицинской помощи по-прежнему страдают от острой нехватки денег и оборудования. Недавно утвержденный проект Всемирного банка по инвестированию в здравоохранение даст дополнительные ресурсы для развития первичной медицинской помощи.

Правительство Молдовы провело серьезные реформы здравоохранения, но при этом действовало осторожно, стремясь обеспечить поддержку целей, изложенных в стратегии здравоохранения на 1997—2003 гг., основными заинтересованными сторонами. Вряд ли население уже успело ощутить какую-либо пользу от этих реформ, поскольку главные из них были проведены совсем недавно. Однако если средства, высвободившиеся на сегодняшний день в результате реорганизации, будут реинвестированы в здравоохранение, то положительные результаты не заставят себя ждать.

Можно назвать три фактора, способствовавших проведению реформ (31). Во-первых, в переменах были заинтересованы все ключевые структуры, ответственные за здравоохранение. В то же время политический риск, связанный с проведением реформ, был распределен по всем уровням правительства. Во-вторых, Министерство здравоохранения и региональные управления здравоохранения сумели согласовать среднесрочный план реорганизации. И наконец, финансирующие организации и Всемирный Банк достигли согласия в отношении направлений и темпа реформ.



Заключение

Республика Молдова только что отметила десять лет независимости. В этот период здравоохранению страны пришлось решать очень сложные проблемы, обусловившие необходимость ряда реформ. После того как Молдова стала независимой, финансирование здравоохранения резко уменьшилось, а здоровье населения стало ухудшаться. Сейчас начинаются реформы, направленные на решение самых неотложных задач. В то же время, здоровье населения постепенно улучшается. Развертывание реформ здравоохранения потребовало некоторого времени; сегодня главные усилия направлены на рациональное использование имеющихся ограниченных ресурсов. Молдова начала приводить систему здравоохранения в соответствие со своими потребностями и возможностями. Это касается и числа медицинских учреждений, и численности персонала. Начато обучение работников здравоохранения новым методам управления и видам медицинского обслуживания. Еще многое нужно сделать для того, чтобы основные медицинские услуги стали одинаково доступны для всего населения, но движение к этой цели уже началось.

Литература

1. United Nations Cartographic Section. <http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/moldova.pdf>.
2. Scientific and Practic Centre of Health and Health Management, *Public Health in Moldova 1999*. 2000, UNICEF: Chisinau.
3. United Nations Development Programme, *Development Cooperation: Republic of Moldova, 1998 Report*. 1998, UNDP: Chisinau.
4. Boldur, A.V., *History of Bessarabia*. 1992: Bucuresti.
5. Scurtu, I., et al., *History of Bessarabia. From the beginning till 1994*. 1994: Bucuresti.
6. World Bank, *World Bank Project Appraisal Document*. 2000, Ministry of Health: Chisinau.
7. World Health Organization, *Health for all database*. 2002, WHO Regional Office for Europe.
8. UNFPA, *Reproductive Health System*. 1997, UNFPA: Chisinau. p. vi.
9. Hyde, L., *Moldova: Emigration Creating Hardships at Home*, <http://www.rferl.org/nca/features/2000/12/05122000210801.asp>, Editor. 2000, Radio Free Europe, Radio Liberty.
10. IOM, *Moldova*. 1997, http://www.iom.int/iom/Publications/books_studies_surveys/Moldova.htm.
11. WHO. *The European Report on Tobacco Control Policy*, in *WHO European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe*. 2002. Warsaw: WHO.
12. UNDP, *Moldova National Human Development Report: 1999*. UNDP: Chisinau.
13. UNICEF, *Situation of Women and Children in Moldova 2000*. UNICEF: Chisinau.
14. Magdei, M., et al., Epidemiology and control of diphtheria in the Republic of Moldova, 1946-1996. *Journal of Infectious Diseases*, 2000. 181:S47-54.
15. MMWR Weekly, Update: diphtheria epidemic — new independent states of the former soviet union, January 1995-March 1996. *MMWR Weekly*, 1996. 45(32): 693-7.
16. UNICEF, *Multiple Indicator Cluster Survey*. 2000, UNICEF: Chisinau.
17. United Nations, *Republic of Moldova Common Country Assessment*. 2000, United Nations: Chisinau.
18. Rhodes, T., et al., HIV infection associated with drug injecting in the Newly

Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, 1999. 94(9): 1323-1336.

19. Hutin, Y.J.F., et al., Injections given in healthcare settings as a major source of acute hepatitis B in Moldova. *International Journal of Epidemiology*, 1999. 28: 782-6.

20. WHO, *Tuberculosis*. 1999, <http://www.who.dk/id/prtube3.html>.

21. Nestman, L., *Euro-Travel Report Summary*. 1998, WHO: Chisinau.

22. United Nations Development Programme, *National Human Development Report*. 2000, United Nations: Chisinau.

23. European commission, *Moldovan Economic Trends, April-Jun 2001*. 2001, DGIA MS/Tacis Services.

24. Centre for Strategic Studies and Reforms and Centre for Private Business, *Assessment — 2 (September update) of the Negative impact of the 2000 drought in the republic of Moldova*. 2000, United States Agency for International Development: Chisinau.

25. UNHCR, *Displacement in the Commonwealth of Independent States*. 2001, <http://www.unhcr.ch/pubs/cis96/cis9601.htm>.

26. Hamm, M.F., Kishinev: the character and development of a Tsarist frontier town. *Nationalities Papers*, 1998. 26(1): p. 24.

27. Goroshenko, B., Volovei, V., and Mochniaga, A., *Health Care Systems in Transition: Moldova*. 1996, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

28. UNICEF, *Unpublished report on vaccination progress in Moldova*. 2001, UNICEF: Chisinau.

29. Scientific and Practic Centre of Health and Health Management, *Health Status in Moldova*. 2001, UNICEF: Chisinau.

30. UNICEF, *Summary Report: the investigation of the accessibility of health services to the population of the Republic of Moldova and the evaluation of expenditures for health (household survey)*. 1997, UNICEF: Chisinau.

31. UNICEF, *The accessibility of health services and evaluation of expenditures on health in the republic of Moldova (household survey)*. 1997, UNICEF, Ministry of Health of Moldova, University of Medicine and Pharmacy: Chisinau.

32. UNICEF and Ministry of Health of the Republic of Moldova, *Primary Health Care Rehabilitation Project*. 1999, UNICEF: Chisinau.

33. MMWR weekly, Progress towards poliomyelitis eradication — Europe and Central Asian republics 1991 — September 1997. 46,1997. 42(994-1000).

34. Cercone, J., and Godinho, J., The elements of health care system reform in Moldova *eurohealth*, 2001. 7 (3 [Special]): 40-1.

35. UNDP, *Regional Human Development Report 1999*. 1999, UNDP and RBEC Regional Support Centre: Bratislava, Slovakia.

36. UNDP, *Moldova National Human Development Report*. 1998, UNDP: Chisinau.

37. WHO, *Health Care Systems in Transition — Republic of Moldova*. 1996, Copenhagen.