



Реферат обзора Республика Молдова

Введение

Органы власти и новейшая политическая история

Республика Молдова получила независимость в августе 1991 г. при распаде Советского Союза. В 2000 г. страна стала парламентской республикой. Глава государства — президент, избираемый однопалатным парламентом каждые четыре года. Президент выставляет кандидатуру премьер-министра, которую утверждает парламент. С 1991 г. тянется гражданский конфликт в Приднестровье, этот регион фактически не подчиняется центральному правительству.

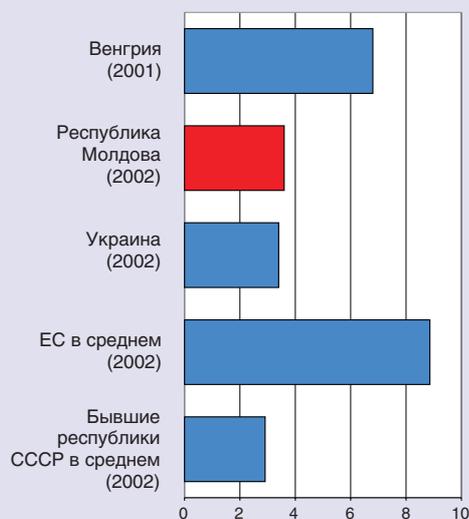
Население

В 2003 г. в стране проживало примерно 4 млн. 267 тыс. человек. В последние десять лет рождаемость падает, смертность растет, эмиграция, судя по всему, высока. Серьезный спад в экономике, произошедший после обретения независимости, привел к снижению уровня жизни и обнищанию населения. Судя по объему ВВП на душу населения, в 1999 г. Республика Молдова была беднейшей страной в Европе, правда, этот показатель не учитывает крупномасштабной теневой экономики.

Средняя продолжительность жизни

Средняя продолжительность жизни менялась в целом так же, как и в других бывших республиках Советского Союза. С 1989 по 1995 г. этот показатель уменьшился с 69,09 до 65,88 года, особенно он сократился у мужчин. С 1996 г. средняя продолжительность жизни снова стала расти, однако пока она не достигла уровня 1989 г. В 2002 г.

Рис. 1. Общие расходы на здравоохранение в Республике Молдова, отдельных странах, а также в Европейском союзе и странах бывшего СССР в среднем, % ВВП



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

она составляла 68,11 года, причем у мужчин — 64,39 лет, а у женщин — 71,76 года.

Основные причины смерти

Среди причин смерти на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания, за ними следуют онкологические заболевания, болезни органов пищеварения и насильственная смерть. В 2002 г. смерт-

Европейская обсерватория
по системам здравоохранения,
Европейское региональное бюро ВОЗ
Адрес: Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen
Телефон в Дании: +45 39 17 14 30
Факс: +45 39 17 18 70
Электронная почта: observatory@who.dk
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

ность в результате сердечно-сосудистых заболеваний в Молдове была самой высокой в Европе, причем одной из вероятных причин этого является злоупотребление алкоголем. Детская смертность (14,79 на 1000 новорожденных в 2002 г.) в последние годы снижается, а материнская смертность (30,81 на 100 000 родов в 2002 г.) по-прежнему во много раз выше, чем в Европейском союзе.

Новейшая история системы здравоохранения

В советский период система здравоохранения Молдовы строилась на принципах Семашко. Подобным системам свойственны централизованное планирование и управление, ориентация скорее на высокую обеспеченность врачами и больничными койками, чем на результативность. Крах системы финансирования здравоохранения в начале 1990-х гг., усугубленный нерациональным использованием имеющихся средств и приоритетным положением узкоспециализированной медицины, поставил под угрозу оказание самых необходимых медицинских услуг, например вакцинации.

Направления реформы

Хотя реформа здравоохранения идет медленно, в последние годы произошли важные перемены. В 1997 г. введен институт семейных врачей, на которых возложено оказание первичной медицинской помощи. Реформируется больничный сектор. В 1998 г. сокращены коечный фонд и персонал больниц, в 1999 г. частично децентрализованы планирование и финансирование, в 2001 г. введен новый механизм финансирования, в основе которого — число больных, а не число коек. Введение обязательного медицинского страхования отложено из-за недостатка средств.

Расходы на здравоохранение и ВВП

Общие расходы на здравоохранение в 2002 г. составили 3,6% ВВП, правда, без учета

прямых платежей населения (официальных и неофициальных), значительно возросших в последние годы.

Краткое содержание реферата

Республика Молдова осторожно подошла к реформе здравоохранения. Тем не менее главные шаги уже сделаны. Один из них — разработка минимального набора медицинских услуг (1998 г.).

Укрепление первичного и реорганизация специализированного медицинского обслуживания должны повысить доступность и эффективность медицинской помощи, а пока большую часть ресурсов здравоохранения поглощают больницы. Поставлена задача улучшить финансирование с помощью новых методов и при этом обеспечить всему населению равный доступ к основным медицинским услугам.

Организационная структура и управление

Министерство здравоохранения разрабатывает политику и следит за качеством работы системы, а также руководит высокоспециализированными государственными медицинскими учреждениями и больницами. Региональные (уездные) органы здравоохранения отвечают за организацию медицинского обслуживания на местах. В стране есть сеть ведомственных медицинских учреждений, принадлежащих другим министерствам, в том числе отвечающим за пути сообщения, исполнение наказаний, оборону и т. д.

Министерство здравоохранения отвечает за здравоохранение в целом, занимаясь в основном разработкой политики отрасли, общим надзором и выполнением государственных программ, например программы иммунизации и борьбы с туберкулезом. Ре-

гиональные управления здравоохранения, созданные в 1999 г., планируют работу местных медицинских учреждений и руководят ими. Научно-практический центр общественного здравоохранения собирает данные, проводит аналитические исследования и готовит рекомендации.

В стране действует ряд профессиональных медицинских объединений, таких, как Ассоциация медицинских сестер, Ассоциация хирургов, Союз терапевтов. Кроме того, есть объединения больных, неправительственные организации, представлены и международные финансирующие организации. Частный сектор пока не развит. Большинство медицинских учреждений принадлежат государству и финансируются из бюджета. Вместе с тем почти все аптеки и стоматологические клиники приватизированы. Появились и частные амбулаторные клиники, оказывающие диагностические услуги.

Планирование, регулирование и управление

В основном планированием занимается Министерство здравоохранения, но растет и роль региональных управлений здравоохранения. Ряд республиканских учреждений и Научно-практический центр общественного здравоохранения участвуют в планировании, предоставляя данные и консультации. Министерство здравоохранения устанавливает требования к подготовке медицинских кадров, а Министерство образования следит за тем, чтобы программы обучения им соответствовали. Некоторые официально рекомендуемые методы лечения противоречат международным нормам и сейчас пересматриваются.

Децентрализация системы здравоохранения

В советское время важнейшие решения принимались в Москве. В 1991 г. полномочия по принятию решений перешли к Кишиневу, а с 1999 г. частично переданы регионам. Теперь региональные органы здравоохранения распоряжаются средствами,

выделяемыми на здравоохранение из местных бюджетов. Однако недостаточное финансирование местных управлений сдерживает их деятельность.

Финансирование и затраты

Основные источники финансирования

Здравоохранение финансируется из трех источников: общее налогообложение, местное налогообложение и прямое частное финансирование. Важнейшим источником остается общее налогообложение. Хотя в 1998 г. был принят закон об обязательном медицинском страховании, принципиальных изменений в системе государственного финансирования не произошло, если не считать введения платы за некоторые медицинские услуги. Выделяемых правительством средств не хватает. Очень мало сведений о финансировании и работе медицинских учреждений в Приднестровье.

Дополнительные источники финансирования

Все более важным источником финансирования здравоохранения становятся официальные и неофициальные платежи населения, не уступающие по масштабам государственному финансированию. Официальная плата за услуги введена в 1999 г. Официальные и широко распространенные неофициальные платежи затрудняют доступ к медицинским услугам для малообеспеченных слоев общества. О степени развития добровольного частного страхования сведений недостаточно.

Здравоохранение Молдовы получает финансовую помощь от ряда международных организаций, в том числе от организаций ООН, Всемирного банка, Европейского союза, иностранных правительств и так далее. Республика Молдова входит в Пакт стабильности для Юго-Восточной

Европы и совместно с Всемирным банком разработала программу борьбы с бедностью, предусматривающую улучшение финансирования и повышение доступности медицины.

Набор медицинских услуг

В 1998 г. принят закон о минимальном наборе медицинских услуг. Он гарантирует бесплатное медицинское обслуживание беременных и детей до пяти лет семейными врачами и по направлению. В действительности, однако, бесплатные услуги очень ограничены, больные часто обращаются к специалистам без направления и платят за лечение. Обеспечению гарантированного набора услуг мешают недостаток средств, межрегиональные различия бюджетов здравоохранения, незнание населением своих прав, отсутствие четких механизмов финансирования.

Затраты на здравоохранение

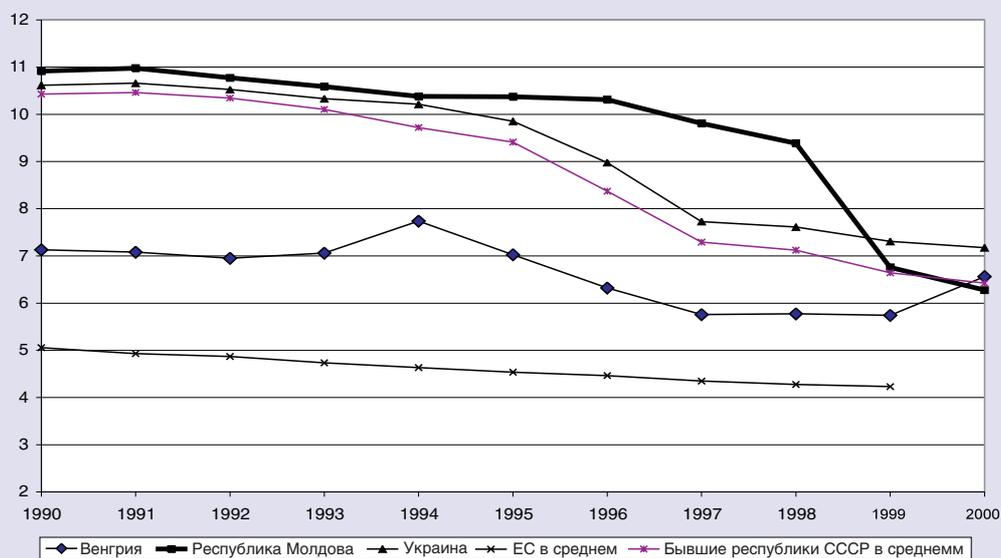
По данным Европейского регионального бюро ВОЗ (база данных «Здоровье для всех»), общие затраты на здравоохранение в 2002 г. составили 3,6% ВВП, или 62,35 доллара США на душу населения. Эти данные не учитывают значительных наличных платежей населения и частных расходов на лекарственные препараты. Таким образом, расходы на здравоохранение в действительности намного больше.

Медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание

Несмотря на сокращения в больничном секторе и специальные ассигнования на развитие первичной медицинской помо-

Рис. 2. Число коек на 1000 населения в Республике Молдова, некоторых других странах, в ЕС в среднем, и в бывших республиках СССР в среднем в 1990–2000 гг.



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

щи, большая часть средств по-прежнему расходуется на высокоспециализированную помощь. Медицинские пункты, кабинеты и центры семейных врачей, центры здоровья (бывшие амбулатории) оказывают первичную медицинскую помощь населению; все они прикреплены к местным больницам. Местные органы здравоохранения отвечают за обеспечение первичного медицинского обслуживания и платят заработную плату персоналу. В обязанности первичных медицинских учреждений и врачей этого звена входит оказание услуг, включенных в минимальный набор гарантированной бесплатной медицинской помощи, введенный в 1998 г. В Молдове более 800 первичных медицинских учреждений, но они занимались выдачей направлений к специалистам, чем оказанием первичной медицинской помощи.

При поддержке международных организаций принимаются меры по укреплению первичных медицинских учреждений. В 2000 г. первичную медицинскую помощь

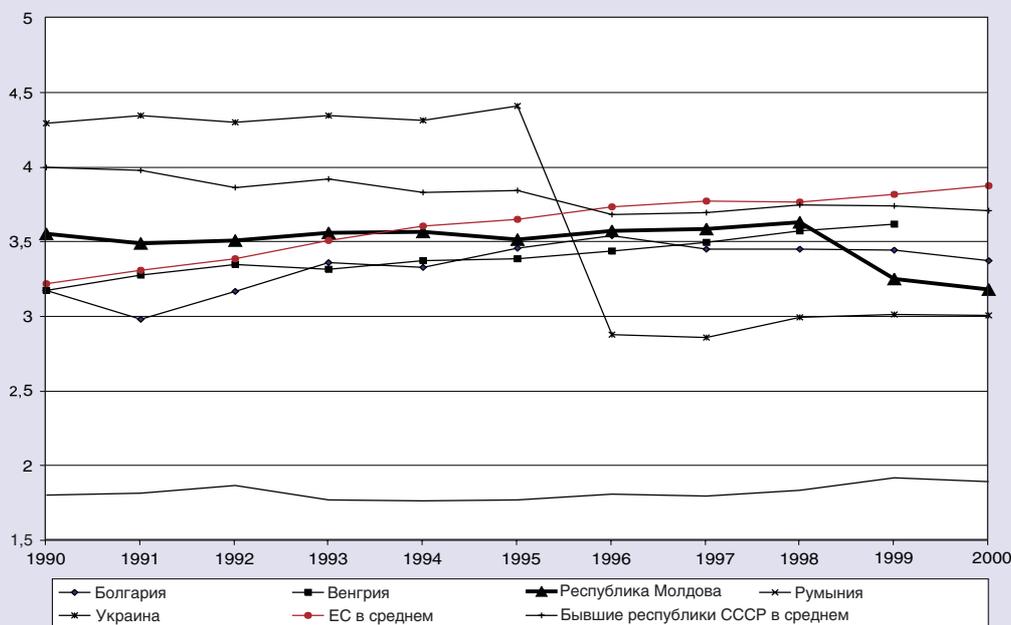
оказывали 36 центров семейных врачей, 366 центров здоровья и 441 кабинет семейных врачей. Несмотря на идущую реорганизацию первичного медицинского обслуживания в соответствии с отводимой ему важной ролью, учреждения этого уровня ощущают острую нехватку средств и трудности в оказании гарантированного минимума услуг. Это ведет к низкому уровню использования первичной медицинской помощи и вызывает недовольство больных.

Вместе с тем достигнуты успехи в области подготовки семейных врачей и обеспечения услуг по планированию семьи.

Службы общественного здравоохранения

Общественное здравоохранение продолжает уделять главное внимание санитарно-эпидемиологической работе — борьбе с инфекционными заболеваниями и гигиене окружающей среды. Обе функции реа-

Рис. 3. Число врачей на 1000 населения в Республике Молдова, некоторых других странах, в ЕС в среднем, и в бывших республиках СССР в среднем в 1990–2000 гг.



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

лизуются через самостоятельные вертикальные структуры, практически не связанные (за исключением программ иммунизации) с медицинскими учреждениями и региональными управлениями здравоохранения. Службы общественного здравоохранения были частично преобразованы, и их обязанности были расширены, в частности, более активно ведется пропаганда здорового образа жизни, борьба с курением и профилактика ВИЧ-инфекции. Национальная политика в области здравоохранения тоже предусматривает расширение функций общественного здравоохранения.

Службы общественного здравоохранения находятся в ведении Министерства здравоохранения. В обязанности Национального научно-практического центра профилактической медицины входит пропаганда здорового образа жизни, противоэпидемическая работа и гигиена окружающей среды. Его главными задачами являются борьба с инфекционными заболеваниями, в том числе реализация национальной программы вакцинации, и охрана окружающей среды. В Центре есть специальный отдел санитарного просвещения, правда, крайне плохо финансируемый. В 1995 г. создан центр «Здоровый образ жизни», а в 1998 г. разработана государственная программа санитарного просвещения. Успешно осуществляется новая государственная программа иммунизации, начатая в 1994 г., однако она сильно зависит от международной финансовой поддержки.

Специализированное медицинское обслуживание

Советская система здравоохранения оставила Республике Молдове слишком много специализированных медицинских учреждений и врачей-специалистов. В 1994 г. на 1000 населения приходилось более 14 коек и примерно 4 врача — почти вдвое больше, чем в странах Центральной и Восточной Европы. Масштабные сокращения начались в 1998 г. В 1999 г. был разработан план реорганизации больничного сектора, по которому в регионах оставляли по од-

ной большой больнице, а остальные закрывали и преобразовывали поликлиники в центры семейной медицины. В результате реформ число коек на 1000 населения сократилось с 13 (1991 г.) до 5,8 (2002 г.)

Несмотря на высокий уровень обеспеченности больничными койками до 1998 г., занятость койки в конце 1980-х гг. превышала 90%. Это было отчасти обусловлено тогдашними официальными рекомендациями по лечению; кроме того, больницам было выгодно поддерживать высокий уровень занятости коек. К 2002 г. официальный показатель снизился до 75,1%. Скорее всего, он завышен, так как директорам и врачам больниц, во избежание закрытия учреждений, было выгодно преувеличивать число больных, продолжительность госпитализаций и уровень занятости коек.

Медико-социальная помощь

Официально ответственность за социальное обслуживание возложена на Министерство труда и социальной защиты. Социальная помощь в Республике Молдова предоставляется в виде пособий безработным, ухода за инвалидами, престарелыми и другими категориями населения, нуждающимися в материальной или других видах помощи. Кроме того, в стране много детских домов. В социальной помощи нуждается значительная часть населения, однако возможности государства по ее оказанию невелики. В стране мало домов престарелых, и больничные койки часто бывают заняты стариками, не нуждающимися в лечении, так что, в конечном счете, министерство здравоохранения вносит вклад в уход за престарелыми. В стране много государственных детских домов для детей с физической или психической инвалидностью, куда также помещали внебрачных детей.

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

С 1998 г. численность медицинских работников сильно сократилась, и теперь она ниже, чем в Европейском союзе. В 2002 г.

на 1000 населения приходилось 2,7 врача, 6,3 медицинской сестры и 0,3 стоматолога. Примерно в 15% сельских районов нет врачей.

Большинство медиков работают в государственных учреждениях. Большая часть врачей — специалисты, однако уже началась широкая подготовка семейных врачей. Потребность в новых медицинских кадрах определяется централизованно, за этот процесс отвечает отдел трудовых ресурсов Министерства здравоохранения.

Врачей для всей страны готовят пять медицинских институтов, имеющих государственную аккредитацию, и Государственный медицинский университет. Медицинских сестер готовят в пяти колледжах среднего медицинского образования. Число колледжей сократили с восьми до пяти в 1999 г., так как посчитали, что медицинских сестер выпускается слишком много. Открываются курсы усовершенствования в области первичного медицинского обслуживания для врачей и медицинских сестер. В 1996 г. начали готовить семейных врачей. В 1998 г. в Государственном медицинском университете открылся факультет семейной медицины, а в 2000 г. — кафедра управления и общественного здравоохранения.

Сегодня медики работают в трудных условиях. Работники медицинских учреждений по-прежнему получают весьма небольшой фиксированный оклад, выплата которого часто задерживается на три-четыре месяца. Это ведет к распространению неофициальных платежей, составляющих значительную часть дохода многих медиков.

Лекарственные средства

Большая часть системы распространения лекарственных средств была приватизирована в 1994 г. Сегодня многие аптеки — частные, однако государство сохранило долю собственности в некоторых приватизированных предприятиях. Широкая приватизация была проведена для того, чтобы обеспечить достаточное и контролируемое лекарственное обеспечение в

условиях резкого ослабления экономики, нарушившего государственную систему лекарственного снабжения и распределения.

Регламентацией работы фармацевтического сектора занимается Министерство здравоохранения. Оно установило предельный уровень прибыли (40% к оптовой цене на лекарства) для аптек и, кроме того, определяет, какие лекарства можно продавать в стране. В 1998 г. введен перечень жизненно необходимых препаратов. Большинство потребляемых в стране лекарств — импортные. В рамках реформы здравоохранения больницы, за редким исключением, сами теперь закупают лекарства. Многим людям, однако, лекарства стали не по карману.

Распределение финансовых средств

Государственный бюджет здравоохранения составляется ежегодно. С 1999 г. каждый регион 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 районными учреждениями здравоохранения. Начиная с 1999 г. бюджет рассчитывают не по числу больничных коек, а на основе подушных нормативов с учетом возрастного состава населения.

Финансирование больниц

Больницы сильно пострадали от экономического кризиса и нерационального расходования средств. Местные власти (или, в случае республиканских больниц, Министерство здравоохранения) финансируют больницы из бюджетных средств в соответствии с нормативами, а больницы, в свою очередь, выделяют средства прикрепленным поликлиникам.

Реформа здравоохранения расширила самостоятельность директоров больниц,

однако их полномочия по распоряжению средствами в управляемых ими учреждениях все еще ограничены. Правда, теперь им дано право в определенных случаях взимать плату и дополнять заработанными средствами бюджетные ассигнования.

Больницы не всегда полностью получают средства, предусмотренные их бюджетом. Их администрация пытается покрыть дефицит, взимая плату за лечение с больных. Министерство здравоохранения планирует коренным образом изменить систему финансирования больниц, введя обязательное медицинское страхование и договорную систему с тем, чтобы финансирование зависело от объема и качества оказанных услуг.

Заработная плата врачей

Врачи и средний медицинский персонал получают зарплату, зависящую скорее от отработанных часов, чем от фактической нагрузки. Заработная плата, как правило, не отражает уровня ответственности медиков и не стимулирует их к повышению профессионального мастерства. Заработная плата медиков очень мала, в среднем порядка 32 долларов США в месяц (2002 г.), что вызывает недовольство и создает почву для взяток.

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.

Реформы здравоохранения

В переходный период система здравоохранения оказалась не в состоянии обеспечивать качественную и доступную основную медицинскую помощь и тот огромный объем специализированной помощи, на который она была рассчитана и который

отвлекал средства, необходимые для оказания основных медицинских услуг. Унаследованная система была жестко централизованной, планирование было привязано к финансированию больничных коек в специализированных учреждениях, почти не было возможностей для рационального использования средств на местном уровне.

Республика Молдова начала проводить реформу осторожно. Приватизация большинства аптек и стоматологических клиник была проведена сравнительно рано, однако главные шаги по сокращению избыточного сектора специализированной медицинской помощи и направлению высвободившихся средств на развитие первичного обслуживания были сделаны лишь в 1998 г., когда правительство опубликовало «Стратегию здравоохранения в 1997—2003 гг.» и приступило к реорганизации больниц. В 1999 г. правительство приняло закон о платных медицинских услугах, узаконив официальную плату за некоторые услуги.

Одной из важнейших мер стала разработка гарантированного минимума бесплатной медицинской помощи в 1998 г. Хотя из-за ограниченности финансирования этот набор услуг не доступен всему населению, он служит ориентиром при планировании здравоохранения, являясь тем минимумом, который необходимо обеспечивать всеми силами. Переход от привязки бюджета к числу коек к использованию взвешенных показателей потребностей населения в медицинском обслуживании — еще один важный шаг на пути к рациональному планированию здравоохранения и приближению к нуждам населения. Для усиления ответственности и учета местных потребностей при планировании проведена децентрализация здравоохранения и созданы региональные управления здравоохранения.

Работа по укреплению первичного звена здравоохранения началась в 1997 г. с введения подготовки в области семейной медицины. С тех пор более 2000 врачей прошли обучение по этой специальности; открыто свыше 500 центров семейной медицины.

В результате массовой реорганизации специализированного медицинского обслуживания вдвое сокращены штаты и число коек. Высвободившиеся средства должны были направляться на развитие первичного медицинского обслуживания. Однако не ясно, все ли высвободившиеся средства пошли в этот сектор и вообще в здравоохранение, поскольку учреждения первичной медицинской помощи по-прежнему страдают от острой нехватки денег и оборудования.

Заключение

После того как Молдова стала независимой, финансирование здравоохранения

резко снизилось, а здоровье населения стало ухудшаться. Проводятся реформы, направленные на решение самых неотложных задач системы здравоохранения. Численность персонала и число медицинских учреждений приводятся в соответствие с потребностями и возможностями страны. Работников здравоохранения учат новым методам управления и лечения. Еще многое предстоит сделать для того, чтобы основные медицинские услуги стали одинаково доступны для всего населения, но движение к этой цели уже началось.

Реферат обзора Республика Молдова

Таблица 1. Показатели работы стационаров в Европейском регионе ВОЗ в 2002 г. (в отсутствие данных за 2002 г. приведены самые последние из имеющихся)

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации	Средняя занятость койки, %
Венгрия	5,9	22,9	6,9	77,8
Республика Молдова	4,7	13,1	9,7	75,1
Украина	7,2	19,2	12,3	89,2 ^а
ЕС в среднем	4,1 ^а	18,9 ^б	7,7 ^б	77,4 ^в
Бывшие республики СССР в среднем	8,2	19,7	12,7	85,4

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

Примечания: ^а 2001, ^б 2000, ^в 1999.

Обзор системы здравоохранения Республики Молдова составлен Лаурой Мак-Лехоз (Европейская обсерватория по системам здравоохранения). Редактор — Мартин Мак-Ки (Европейская обсерватория по системам здравоохранения); он же руководил исследовательской работой по Республике Молдова. Обсерватория благодарит Виорела Солтана (Фонд Сороса, Молдова), Сарбани Чакроборти (Всемирный банк) и Андрея Мочнягу (Бюро ВОЗ по координации и связям) за помощь в работе над текстом. Благодарим также Валериу Сава (Научно-практический центр общественного здравоохранения), Павла Урсу (Бюро ВОЗ по координации и связям), Министерство здравоохранения Республики Молдова и Институт здоровья матери и ребенка. Предыдущий обзор по Республике Молдова вышел в свет в 1996 г.; он был составлен Борисом Горошенко, Виктором Воловей и Андреем Мочнягой под редакцией Сузи Лессоф.

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

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.