

## Реферат обзора

## Румыния

## Введение

## Государственный строй и новейшая политическая история

До 1989 г. у власти в Румынии были коммунисты. После революции 1989 г. Румыния стала президентской республикой с двухпалатным парламентом, состоящим из Сената и Палаты депутатов.

## Население

По данным переписи 1992 г., численность населения составляет 22,81 млн человек. Доля тех, кто живет за чертой бедности, одна из самых высоких в Европе (доклад ВОЗ, 1999 г.). С 1989 по 1995 г. общее число работающих сократилось более чем на 13%, а количество наемных работников — более чем на 27%. В 1997 г. уровень безработицы достиг 8,8%.

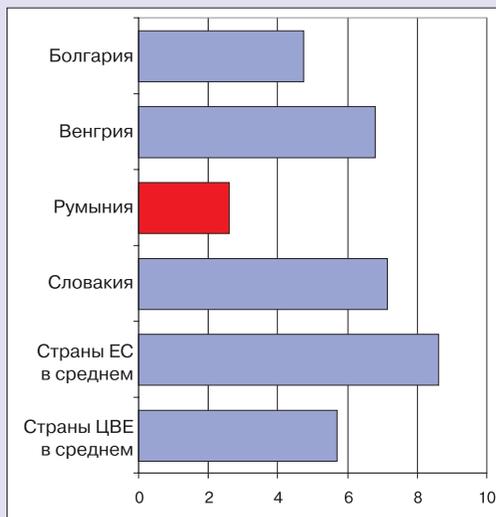
С 1960-х по 1990-е гг. здоровье населения Румынии неуклонно ухудшалось по ряду абсолютных и относительных показателей.

## Средняя продолжительность жизни, детская и материнская смертность

В 1997 г. средняя продолжительность жизни была самой низкой в странах Центральной и Восточной Европы: 65,3 года среди мужчин и 73,4 года среди женщин. Различия в средней продолжительности жизни между отдельными районами страны достигают 4 лет: в Бухаресте она на 1,5 года больше, а в Тулче на 2,5 года меньше, чем в среднем по стране.

Детская и материнская смертность — одни из самых высоких в Европе, хотя с 1990 г. материнская смертность значительно уменьшилась.

**Рисунок 1.** Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Румынии, некоторых других странах, странах ЦВЕ в среднем и странах ЕС в среднем в 1998 г.



ЕС — Европейский союз  
ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа  
Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

## Основные причины смерти

В 1998 г. основными причинами смерти были сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и болезни органов дыхания.

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](mailto:observatory@who.dk)  
Сайт в интернете: <http://www.observatory.dk>

## **Новейшая история системы здравоохранения**

В течение 40 лет, с 1949 по 1989 г., система здравоохранения строилась на принципах Семашко. В результате начатых в 1989 г. крупных реформ централизованную систему здравоохранения с налоговым финансированием сменила децентрализованная система медико-социального страхования, в которой фонды медицинского страхования заключают договоры с медицинскими учреждениями.

### **Направления реформ**

Принятый в 1997 г. Закон о медицинском страховании нуждается в доработке в соответствии с происходящими в стране политическими и социально-экономическими изменениями. Коренным образом преобразуется первичное медицинское обслуживание: врачи общей практики становятся независимыми поставщиками медицинских услуг.

### **Финансирование здравоохранения и ВВП**

В 1999 г. государственные затраты на здравоохранение составили 3,9% ВВП. Оценить общий объем финансирования здравоохранения трудно, так как точные данные о платных услугах, которые вносят существенный вклад в финансирование здравоохранения, отсутствуют. В целом доля ВВП, выделяемая на здравоохранение, остается небольшой.

## **Краткое содержание реферата**

Стремительная реформа системы здравоохранения Румынии отражает более обширные изменения, происходящие в стране, — переход к политическому многообразию и рыночной экономике. О результатах реформы говорить пока рано. Очевидно, что многие трудности уходят своими кор-

нями в прошлое: недостаточное финансирование здравоохранения на душу населения, неравенство в доступе к медицинской помощи, неразвитая медико-социальная помощь, чрезмерное использование стационарного лечения. Вместе с тем накопленный опыт позволил скорректировать ход реформ, что свидетельствует об умении приспосабливаться к меняющимся условиям.

## **Структура здравоохранения**

Здравоохранение Румынии основано на обязательном медицинском страховании всех работающих; страховые взносы (в виде доли дохода) выплачивают в равных частях работник и работодатель.

Министерство здравоохранения теперь напрямую не финансирует большинство медицинских учреждений. В его ведении находятся разработка государственной политики и нормирование в области здравоохранения, а также общественное здравоохранение. Однако официальное перераспределение обязанностей пока не подкреплено соответствующими знаниями и опытом. Представительные органы министерства в уездах — директораты здравоохранения.

С 1999 г. 42 уездных фонда медицинского страхования собирают страховые взносы, заключают договоры с государственными и частными медицинскими учреждениями и оплачивают предоставленные ими услуги. Существуют также два ведомственных фонда медицинского страхования, при Министерстве транспорта и органах государственной безопасности.

С того же времени Государственный фонд медицинского страхования разрабатывает правила и инструкции для уездных фондов и имеет право перераспределять до 25% собранных взносов на нужды уездов, которым не хватает собственных средств. Условия базового договора обязательного медицинского страхования Государствен-

ный фонд медицинского страхования обсуждает с Коллегией врачей.

Коллегия врачей играет важную роль во всех сферах врачебной деятельности. Заниматься врачебной практикой могут только члены этой организации. Кроме того, Коллегия врачей участвует в обсуждении условий базового договора обязательного медицинского страхования (набор медицинских услуг, способы их оплаты, покрываемый страховкой перечень лекарственных средств и т. д.).

В Румынии официально разрешена частная медицинская практика, но большинство больниц по-прежнему принадлежит государству. В 1996 г. в частных медицинских учреждениях работали примерно 12 000 человек, а государство тратило значительные средства на субсидии частным аптекам.

## **Финансирование и затраты**

### **Финансирование здравоохранения**

С 1998 г. основным источником финансирования здравоохранения стали страховые взносы, отчисляемые из заработной платы (в 1999 г. их доля составила 78,4%). Четверть собранных взносов Государственный фонд медицинского страхования перераспределяет между уездами; 20%, а с 1999 г. 5% средств резервируются. На административные расходы выделяют не более 5% собранных взносов.

### **Система медицинского страхования**

Все работающие отчисляют в фонд медицинского страхования 7% заработной платы, еще 7% платит работодатель. Частные предприниматели, фермеры, пенсионеры и безработные выплачивают 7% дохода (в 1998 г. взносы работающих составляли 5%, работодателей — 5%, пенсионеров — 4%).

Система обязательного медицинского страхования охватывает все население страны. Для детей, инвалидов, ветеранов войны и иждивенцев страхование бесплатное. За солдат и заключенных платят соответственно Министерство обороны и Министерство юстиции.

### **Налоги**

Важным источником финансирования здравоохранения остаются налоги (21,6% в 1999 г.), так как государство по-прежнему финансирует общественное здравоохранение, капитальные вложения и первоочередные профилактические мероприятия.

### **Дополнительные источники финансирования**

Считается, что платные медицинские услуги вносят существенный вклад в финансирование здравоохранения. Точно оценить затраты частных лиц на медицинское обслуживание трудно; по данным проведенного в 1996 г. исследования, они составляют около 29% всех затрат на здравоохранение. Значительную часть этих средств получают государственные медицинские учреждения или непосредственно персонал в виде официальной платы за услуги или взяток. Среди статей расходов, которые поддаются учету, первое место занимают лекарственные средства (33%). Помимо установленной в новом законодательстве официальной доплаты за лекарственные средства медицинские учреждения имеют право требовать частичной оплаты других медицинских услуг, так что по сравнению с 1996 г. доля платных услуг возросла.

Важную роль в финансировании и реформах румынского здравоохранения играют внешние источники финансирования (международные правительственные и общественные организации). Так, Всемирный банк оказал большое влияние на систему первичного медицинского обслуживания.

## Набор медицинских услуг

В соответствии с законом о медицинском страховании застрахованным предоставляются услуги по профилактике заболеваний, амбулаторному и стационарному лечению, реабилитации, стоматологические услуги, неотложная медицинская помощь, акушерская помощь, медицинский уход на дому, лекарственные средства, медицинские материалы и ортопедические приспособления. Полный перечень этих услуг и условия их предоставления включены в базовый договор обязательного медицинского страхования, который составляют Государственный фонд медицинского страхования и Коллегия врачей.

Обязательное страхование не покрывает расходов на профилактику и лечение профессиональных заболеваний и производственных травм, отдельные высокотехнологические медицинские услуги, некоторые стоматологические услуги, медицинское обслуживание по месту работы и улучшенные условия проживания в больнице. В парламенте обсуждается закон о страховании от несчастных случаев.

## Затраты на здравоохранение

Получить точные данные о затратах на здравоохранение трудно, так как официальные данные о расходах частных лиц скорее всего занижены, а данные о государственных расходах — завышены. Сравнительно большая доля платных услуг ограничивает доступ населения к медицинской помощи. Общий объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) в Румынии значительно ниже, чем в соседних странах, хотя государственные затраты заметно возросли с 3,2% ВВП в 1998 г. до 3,9% ВВП в 1999 г. В разных районах страны расходы на здравоохранение неодинаковы. Чтобы сгладить эти различия, 25% страховых взносов Государственный фонд медицинского страхования перераспределяет между уездами. Однако эти средства идут не на обеспечение равного доступа к медицинскому обслуживанию, а на компенсацию недополученных страховых взносов.

## Медицинское обслуживание

### Общественное здравоохранение

Общественное здравоохранение находится в ведении Министерства здравоохранения. Министерство регламентирует организацию и деятельность служб общественного здравоохранения, разрабатывает и финансирует государственные программы в этой сфере, отвечает за сбор данных и составление отчетов о состоянии здоровья населения, следит за состоянием окружающей среды с помощью Института общественного здравоохранения в Бухаресте. В уездах за общественное здравоохранение отвечают соответствующие директораты, финансируемые министерством. Борьба с инфекционными заболеваниями входит в обязанности Министерства здравоохранения, но их лечение оплачивают фонды медицинского страхования. В Румынии действуют программы массовых обследований для выявления рака шейки матки и рака молочной железы. Регулярно проводится рентгенография грудной клетки для выявления туберкулеза. Существует также программа обязательной иммунизации. До 1990 г. в Румынии не было сети учреждений по планированию семьи; в настоящее время в стране работают 11 центров репродуктивной медицины. Прежняя система санитарного просвещения преобразована в систему медицинского просвещения и укрепления здоровья населения, в рамках которой проводятся как общегосударственные, так и региональные программы.

### Первичное медицинское обслуживание

До 1999 г. первичное медицинское обслуживание предоставляли 6000 государственных диспансеров, находившихся в ведении местных больниц. Население было прикреплено к диспансеру по месту жительства или по месту работы. В 1998 г. больные получили право выбирать врача

общей практики (семейного врача) и менять его не чаще одного раза в три месяца. Врачи общей практики раньше были государственными служащими, а теперь работают самостоятельно, заключая договоры с фондами медицинского страхования. С 1990 г. существуют также частные медицинские учреждения, которые нанимают врачей общей практики и специалистов. Помимо профилактики и лечения заболеваний диспансеры занимаются дородовым и послеродовым наблюдением, укреплением здоровья и санитарным просвещением.

Реформа первичного медицинского обслуживания была впервые опробована в восьми уездах в 1994 г. Она включала переход на новые методы финансирования, передачу части административных обязанностей больниц уездным директоратам здравоохранения, внедрение системы договоров между директоратами здравоохранения и врачами общей практики. Теоретически врачи общей практики регулируют доступ к специализированному обслуживанию. Однако с 1989 г. больные все чаще обращаются к специалистам напрямую, в обход врача общей практики, а число обращений за первичным медицинским обслуживанием уменьшается. Проведенное в 1998 г. исследование показало, что качество первичной медицинской помощи в целом очень низкое и эта область здравоохранения нуждается в дальнейших реформах.

### **Специализированное амбулаторное обслуживание**

Специализированную амбулаторную помощь оказывают в амбулаторных отделениях больниц, лечебно-диагностических центрах (поликлиниках) и отдельных врачебных кабинетах, которые стали появляться в сельской местности и в городах. В 1990 г. открылись первые частные врачебные кабинеты. Работающие в них врачи обязаны получить лицензию на частную практику, а помещение должно соответствовать определенным требованиям. Частные амбулаторные учреждения могут получить аккредитацию по всем специальностям, включая амбулаторную хирургию.

По последним данным, около 15% врачей работают одновременно и в частном, и в государственном секторе.

### **Больницы**

В Румынии существует четыре типа больниц: 1) сельские, 2) городские и муниципальные, 3) уездные и 4) высокоспециализированные (например, Институт онкологии). Большинство из них государственные, за исключением нескольких небольших больниц. Больницу возглавляет совет и генеральный директор, в руках которого сосредоточена исполнительная власть. Аккредитацией больниц занимается Министерство здравоохранения; в аккредитации базовых больниц медицинских учебных заведений участвуют представители Министерства образования. Аккредитация четко определяет сферу деятельности и ответственность больницы.

Эксплуатационные расходы, лечение и заработную плату персонала оплачивают фонды медицинского страхования, а капитальные вложения — государство (из государственного бюджета).

В Румынии насчитывается более 164 000 больничных коек. Обеспеченность населения больничными койками в разных районах неодинакова и в среднем меньше, чем в развитых странах (7,3 койки на 1000 населения). Без учета коек для больных туберкулезом и психическими заболеваниями этот показатель составляет 5,2 на 1000 населения. По мнению Министерства здравоохранения, он достаточно высок.

Согласно результатам исследования, проведенного в 1998 г., по числу госпитализаций Румыния опережает большинство европейских стран, вероятно потому, что больные обращаются непосредственно в стационар, минуя амбулаторный этап лечения. В пользу этого предположения говорит и большое число экстренных госпитализаций. Средняя продолжительность госпитализации в обычных больницах составляет примерно 9,5 дня (это больше, чем в странах Западной Европы, но сравнимо с соответствующими показателями в странах Центральной и Восточной Европы).

Средняя занятость койки такая же, как и в странах Западной Европы.

В 1991—1992 гг. Министерство здравоохранения провело значительное плановое сокращение коечного фонда, обосновывая свое решение, в частности, снижением частоты госпитализаций детей вследствие улучшения бытовых условий и принятия нового законодательства об отпуске по уходу за ребенком.

Закон об организации стационарного лечения (1999 г.) определил структуру, функции и финансирование больниц. Закон ввел финансирование по методу глобального бюджета и систему договоров между больницами и фондами медицинского страхования. Управление большинством больниц постепенно переходит от Министерства здравоохранения к местным советам.

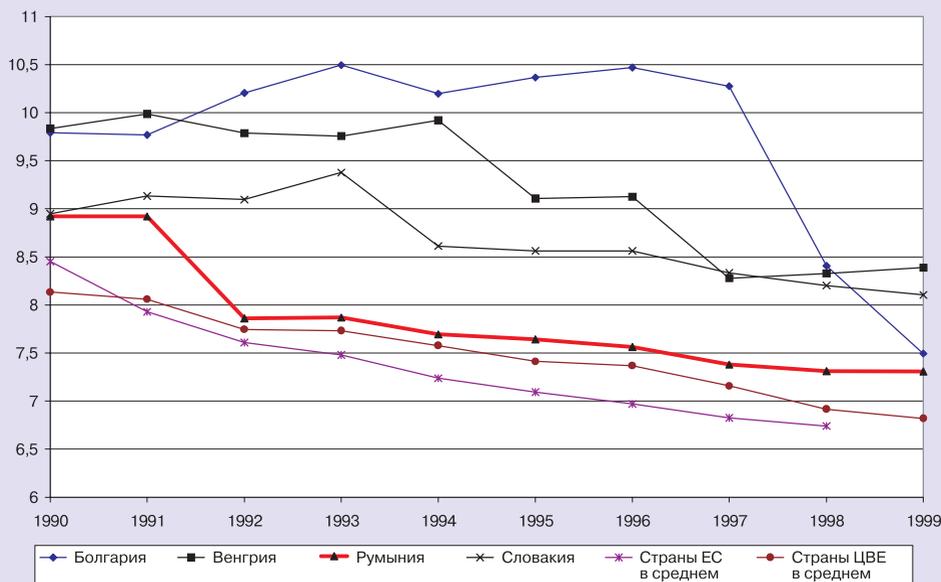
## Медико-социальная помощь

Система амбулаторного медико-социального обслуживания в Румынии не развита и

потому все еще нуждается в поддержке международных организаций. На больных, которым требуется медико-социальная помощь, приходится до 40% койко-дней. Этим больным не требуется стационарное лечение, но из-за отсутствия системы амбулаторного и домашнего ухода они занимают койки обычных больниц. По мере осуществления реформ больницы будут вынуждены выписывать таких больных. Прежде больницы получали средства на медико-социальную помощь от Министерства здравоохранения. Фонды медицинского страхования ее практически не оплачивают, так что Министерство здравоохранения вынуждено искать решение этой проблемы. Кроме того, в его ведении находятся учреждения для хронических больных.

С 1999 г. за организацию и финансирование медико-социальной помощи детям из малообеспеченных семей, сиротам и беспризорным отвечают местные органы власти, которые, однако, оказались не готовы к новым обязанностям. Плачевное

**Рисунок 2.** Число больничных коек на 1000 населения в Словении, некоторых других странах и в среднем в странах ЕС



ЕС — Европейский союз; ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

положение детских домов и интернатов привлекло внимание средств массовой информации и стало одним из препятствий вступлению Румынии в Европейский союз. Чтобы решить этот вопрос, правительство Румынии учредило Агентство по охране прав детей, которое должно взять на себя функции целого ряда министерств и государственных организаций.

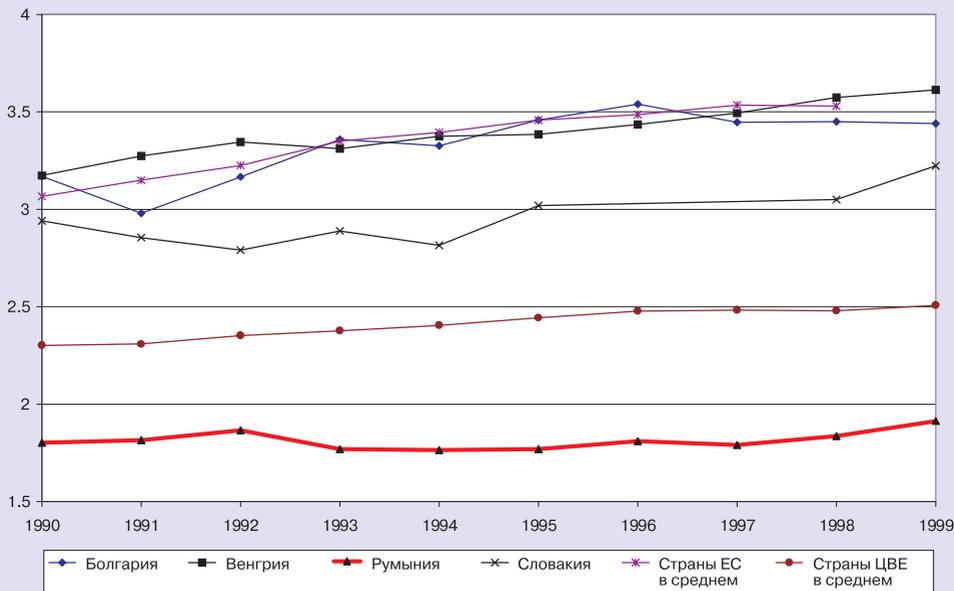
За дома престарелых отвечает Государственный секретариат по делам инвалидов. В дома престарелых в первую очередь принимают одиноких пожилых людей. Плату за проживание вычитают из пенсии и перечисляют в государственный бюджет, а работу дома престарелых оплачивает местный совет. За тех, кто не получает пенсии и не имеет других доходов, местный совет платит из своего бюджета.

В оказании медико-социальной помощи участвуют общественные организации, многие из которых получают поддержку от других стран или международных организаций.

## Медицинские кадры и обучение медицинских работников

Обеспеченность населения Румынии врачами составляет 17,7 на 10 000 населения (то есть один врач приходится на 580 жителей). В 1990-х гг. этот показатель не изменился, в отличие от большинства других стран. Хотя он ниже, чем во многих европейских странах, в том числе в соседних, но тем не менее достаточен для того, чтобы и первичное, и специализированное медицинское обслуживание было доступным. Число медицинских сестер в Румынии по сравнению с другими европейскими странами тоже невелико. Вместе с тем врачи (в том числе отдельные специалисты) распределены по стране крайне неравномерно, а качество медицинского обслуживания низкое. Чтобы поднять качество медицинской помощи, предпринят ряд мер, таких, как развитие семейной медицины, совершенствование подготовки среднего медицинского персонала, переподготов-

**Рисунок 3.** Число врачей на 100 населения в Румынии, некоторых других странах, странах ЦВЕ в среднем и странах ЕС в среднем



ЕС — Европейский союз; ЦВЕ — Центральная и Восточная Европа

Источники: Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская база данных «Здоровье для всех»

ка всех медицинских работников. Планируется усилить роль семейных врачей и ввести новую систему последипломного образования для врачей и фармацевтов. Что касается медико-социальной помощи, то планируется увеличить число социальных работников, число специалистов в области общественного здравоохранения и управления здравоохранением, расширить подготовку персонала для работы в сфере амбулаторной помощи.

Социальное положение врачей и других медицинских работников с 1999 г. улучшилось, но все еще остается низким из-за небольшой заработной платы.

## **Лекарственные средства**

Министерство здравоохранения при поддержке ВОЗ и Программы помощи Европейского союза странам Центральной и Восточной Европы (PHARE) пока только начало разрабатывать официальную политику в области лекарственных средств. Производство, распространение лекарственных средств и обеспечение их качества регулируются законодательством. За разработку и принятие законов отвечает Министерство здравоохранения. В 1999 г. создано независимое Национальное агентство по лекарственным средствам, ответственное за их регистрацию и надзор за качеством.

В соответствии с указом, вступившим в силу в январе 2000 г., цены на лекарственные средства (как собственные, так и импортируемые) устанавливает Министерство здравоохранения.

Аптеки одними из первых перешли в частные руки. В настоящее время приватизировано и большинство фармацевтических предприятий.

Большая часть потребляемых в Румынии лекарственных средств производится здесь же, хотя доля собственных препаратов в общем объеме фармацевтического рынка сократилась до 40%.

Закон о медицинском страховании предусматривает возмещение расходов на лекарственные средства. Министерство здравоохранения и Государственный фонд ме-

дицинского страхования ежегодно составляют два перечня препаратов, расходы на которые подлежат возмещению. Затраты на лекарственные средства из первого перечня возмещаются полностью. В него входят непатентованные препараты, назначаемые при определенных заболеваниях (всего этих заболеваний 26). Компенсация расходов на лекарственные средства из второго перечня составляет 70%. Он содержит непатентованные препараты, на которые установлены базовые цены. Впоследствии, когда будут разработаны официальные рекомендации по лечению, указанные перечни будут составляться с учетом этих рекомендаций.

## **Медицинские технологии**

Регистрацией медицинских технологий занимается Министерство здравоохранения. При этом учитывают лишь их эффективность и безопасность, но не рентабельность.

Высокотехнологичное оборудование закупается на средства государственного бюджета. Условия включения оборудования в базовый договор обязательного медицинского страхования и ставку возмещения затрат на него обсуждают на переговорах между Государственным фондом медицинского страхования и медицинскими учреждениями.

## **Распределение средств**

С 1998 г. здравоохранение финансируется из двух основных источников: государственного бюджета (на треть) и фондов медицинского страхования (на две трети). Министерство здравоохранения финансирует государственные программы здравоохранения. Кроме того, министерство распределяет средства между уездными директоратами здравоохранения, руководствуясь, как и прежде, распределением ресурсов (численность персонала, число коек) и затратами за предшествующий год.

Уездные фонды медицинского страхо-

вания собирают страховые взносы и распределяют их между медицинскими учреждениями на основе договоров. Фонды оплачивают все расходы медицинских учреждений за исключением капитальных вложений. Последние финансируются Министерством здравоохранения. Четверть собранных взносов поступает в Государственный фонд медицинского страхования для перераспределения между уездами, которым не хватает собственных средств. Ведомственные фонды медицинского страхования (при Министерстве транспорта и органах государственной безопасности) действуют по той же схеме, что и уездные фонды медицинского страхования.

Распределение средств между медицинскими учреждениями разного профиля определяется условиями базового договора.

### Финансирование больниц

В соответствии с Законом о медицинском страховании (1997 г.), Законом об организации стационарного лечения (1999 г.) и базовым договором обязательного медицинского страхования больницы финансируются по методу глобального бюджета. Если в прежние времена бюджет больницы зависел от числа коек и численности персонала, то теперь финансирование определяется объемом услуг.

Метод глобального бюджета, при котором больницам оплачивают определенный объем стационарных услуг, введен в последнем квартале 1999 г. Финансирование зависит от затрат за предыдущий год (на 70%) и эффективности работы больницы (на 30%). Эксплуатационные и накладные расходы раньше покрывались из местного бюджета, а теперь их оплачивают уездные фонды медицинского страхования. Министерство здравоохранения осуществляет капитальные вложения в больницы и совместно с Министерством образования финансирует государственные специализированные институты и базовые больницы медицинских учебных заведений.

### Оплата труда врачей

Методы оплаты труда медицинского персонала в разных секторах здравоохранения неодинаковы, хотя все врачи получают плату от уездных фондов медицинского страхования на основе договоров. В сфере первичного медицинского обслуживания доход врачей состоит (в соответствии с базовым договором от 1999 г.) из платы за число прикрепленных больных (70%) и платы за объем предоставленных услуг по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения (30%). Кроме того, фиксированная сумма выделяется на админист-

**Таблица 1.** Показатели работы больниц в странах Европейского региона ВОЗ в 1999 г.

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации, дни
Албания	3,0	7,7	7,5
Белоруссия	12,6	29,5	14,2
Греция	5,5 <sup>б</sup>	15,0 <sup>б</sup>	8,2 <sup>б</sup>
Латвия	8,9	22,1	11,8
Польша	6,0 <sup>а</sup>	13,8 <sup>а</sup>	10,1 <sup>а</sup>
Румыния	7,3	20,7	9,9
Узбекистан	5,4	12,9	12,0

В отсутствие данных за 2000 г. приведены самые свежие данные: <sup>а</sup>1998, <sup>б</sup>1996, <sup>в</sup>1995.

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

В таблице приведены данные о числе коек во всех больницах, включая учреждения для хронических больных, так как данные о числе коек в обычных больницах, которые более точно отражают уровень потребления стационарных услуг и эффективность работы больниц, для указанных в таблице стран отсутствуют. Поэтому приведенные здесь сведения отражают лишь общие закономерности.

ративные расходы. Методы оплаты труда семейных врачей одинаковы независимо от того, работают ли они в частном или государственном секторе.

С конца 1999 г. и начала 2000 г. специалисты, оказывающие амбулаторную помощь, получают плату в соответствии с объемом предоставленных услуг. Каждой услуге соответствует оценка в баллах. Стоимость балла зависит от объема финансирования данного вида медицинской помощи и суммы баллов за все предоставленные услуги. Чем больше оказано услуг, тем ниже стоимость балла и, соответственно, меньше возмещение затрат на них.

Персонал больниц получает фиксированную заработную плату. Распространенный источник дополнительного дохода — взятки от больных.

## Реформы здравоохранения

Реформы румынского здравоохранения во многом отражают прошлое страны и участие в них разных стран и международных организаций. Румыния стремилась принять во внимание мнение всех заинтересованных в реформировании здравоохранения сторон. Так, на сферу первичного медицинского обслуживания огромное влияние оказал Всемирный банк, на систему медицинского страхования — Германия. Внедрение финансирования на душу населения — во многом заслуга Великобритании.

К децентрализации здравоохранения и поиску новых источников финансирования страна приступила в начале 1990-х гг., но главные изменения произошли в 1997 г.,

когда был принят Закон о медицинском страховании, заменивший налоговое финансирование здравоохранения на систему медико-социального страхования.

Как и все крупные преобразования, реформы здравоохранения столкнулись с рядом трудностей. Большое число участников реформ и частая смена состава министерств и других организаций затрудняют согласование действий. Законодательная база здравоохранения сложна и часто меняется. В 1990-е гг. финансирование здравоохранения было недостаточным. С введением медико-социального страхования ситуация практически не улучшилась из-за трудностей со сбором взносов. Доступ к медицинской помощи ограничен, медико-социальная помощь не развита, частота госпитализаций необоснованно высока. В настоящее время предпринимаются усилия по решению этих задач.

## Заключение

Переход от централизованного здравоохранения, управляемого и финансируемого государством, к децентрализованной системе медико-социального страхования еще не завершен. Говорить об успехах реформы пока рано. Вместе с тем накопленный опыт позволил скорректировать ее ход (например, внести поправки в закон о медицинском страховании), что свидетельствует об умении приспосабливаться к меняющимся условиям. Это умение еще не раз понадобится в будущем: по мере становления новой системы медико-социального страхования нужно будет оценивать ее качество, эффективность, гибкость, устойчивость и доступность.

Обзор системы здравоохранения Румынии составили Кристиан Владеску (Центр политики здравоохранения и медицинских услуг), Сильвиу Радулеску (Всемирный банк) и Виктор Олсавски (Бюро ВОЗ по координации и связям, Румыния). Редактор — Рейнхард Буссе (Европейская обсерватория по системам здравоохранения).

Проект обзора на английском и румынском языках был представлен участникам проходившей в октябре 2000 г. в Бухаресте Конференции по вопросам здравоохранения, представляющим важность для Румынии и Европейского союза. Обсерватория благодарит участников конференции за замечания. Полный текст обзора можно найти на сайте [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk).

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.