

Социальные политики Республики Молдова и Приднестровья и возможности их синхронизации (на примере здравоохранения)

Галина Шеларь

Елена Бобкова

(Проект СМІ по поддержке процесса приднестровского урегулирования)

Уже более двадцати лет развитие и Республики Молдова, и Приднестровья тормозится наличием «замороженного» конфликта. Однако, экономика и население по обоим берегам Днестра не могут/не должны и дальше оставаться заложниками политического урегулирования. Замыкание проблемы только на политическом разрешении, как показывает опыт, приводит к блокированию экономической деятельности, а значит к утрате позиций на товарных рынках, потере позитивной динамики экономического развития, банкротству бизнеса, усилению социальной напряженности в обществе.

Происходившие «параллельно» на обоих берегах Днестра социально-экономические преобразования, зачастую не учитывающие интересы населения, способствовали утрате значительной частью населения уверенности в завтрашнем дне.

По причинам демографического характера (отрицательный прирост населения) и усилению эмиграционных настроений численность населения Республики Молдова и Приднестровья по сравнению с 1989 г. (МССР) сократилось более чем на 9%, в том числе в правобережье – на 7,5%, в левобережье – на 18,3%.

Кризис 2008-2009 годов со всей определенностью продемонстрировал и Республике Молдова, и Приднестровью, что жить по-старому не получится. По сути, обеим экономикам так и не удалось ни выйти из трансформационного спада, ни преодолеть бедность, в которой «увязло» более трети населения РМ и Приднестровья. Более того, реализованная по обоим берегам Днестра модель роста, базирующаяся на экспорте и переводах трудовых мигрантов, эксплуатация которой как бы позволила «усилить» и даже развить социальную направленность экономик, не способствовала, даже в докризисный период, реальному росту уровня жизни населения, сокращению его миграционной убыли и депопуляции, ослаблению проблемы дефицита квалифицированных кадров, особенно в сельской местности.

Переговорный процесс. Основы современного диалога между Республикой Молдова и Приднестровьем были заложены в середине 90-х годов прошлого века (1994-1997гг):

- Началось формирование переговорного механизма и инструментов реализации решений, согласованных участниками переговорного процесса и ориентированных, прежде всего, на сохранение экономических связей и систем логистики.
- Достигнута договоренность об «устранении всех барьеров, препятствующих нормальному осуществлению хозяйственно-экономических и социально-культурных связей, и обеспечении их восстановления и развития».ⁱ

- Создан механизм по выработке согласованных предложений – Объединенная комиссия по социально-экономическому сотрудничеству между Республикой Молдова и Приднестровьем, в составе которой предполагалось создать и 20 постоянно действующих рабочих групп, в том числе по экономике, использованию трудовых ресурсов и социальной защите населения, обеспечению развития здравоохранения и развития образования, подготовке ученых и научно-педагогических кадров.ⁱⁱ

Включение разработки конкретных мер по становлению общего экономического, социального и правового пространств и углублению взаимного доверия и сотрудничества в число приоритетных направлений переговорного процессаⁱⁱⁱ результативилось в Соглашении о мерах доверия и развитии контактов между Республикой Молдова и Приднестровьем^{iv} и Совместном заявлении участников Киевской встречи по вопросам нормализации отношений между Республикой Молдова и Приднестровьем.^v «Окно возможностей» по сотрудничеству в социально-экономической сфере значительно расширилось - усилия сторон сосредоточились на согласовании позиций, что и позволило обозначить общие контуры будущих соглашений.

Отметим, что системы здравоохранения и социальной защиты по обоим берегам Днестра из-за резко сократившегося финансирования оказались «рыночно-незащищенными». Отсюда и общие проблемы: расширяющаяся бедность и неудовлетворительные показатели здоровья населения. Именно поэтому и благодаря сохранению сложившихся за годы совместного развития взаимосвязей, в отличие от других сфер деятельности, диалог и поиск компромиссных решений по взаимно важным вопросам в области охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, как в рамках официальных политических консультаций, так и в их отсутствии (диалог на межведомственном (экспертном) уровне) никогда не прекращался.

В 1999 году органам здравоохранения Республики Молдова и Приднестровья удалось:

- Договориться по вопросу предупреждения распространения инфекционных болезней путем иммунизации населения (централизованное приобретение/раздельная оплата и использование одних и тех же вакцин).^{vi}
- Установить единую для Республики Молдова и Приднестровья систему эпидемиологического надзора и лабораторного контроля за ВИЧ/СПИД инфекцией.^{vii}
- Установить единый для Республики Молдова и Приднестровья порядок закупки тест-систем для проведения исследований на ВИЧ/СПИД инфекцию с раздельной оплатой органами здравоохранения Приднестровья и Республики Молдова.^{viii}

Внедрение системы обязательного медицинского страхования в Республике Молдова предопределил необходимость «официального оформления» совместных действий органов здравоохранения Республики Молдова и Приднестровья.

С целью обеспечения лечения населения, проживающего в Приднестровье, в специализированных республиканских лечебно-профилактических учреждениях

Республики Молдова в условиях обязательного медицинского страхования, стороны согласились о нижеследующем:^{ix}

1. Учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая больница», «Республиканский центр матери и ребенка» г. Тирасполя заключают договора в установленной форме с республиканскими специализированными учреждениями здравоохранения г. Кишинева о предоставлении медицинских услуг направленным из Приднестровья на лечение и обследование пациентам. Договор составляется в установленной форме на молдавском и русском языках.
2. В случае планового направления пациента из Приднестровья на лечение или обследование в республиканские специализированные учреждения здравоохранения г. Кишинева, Заказчик и Исполнитель взаимодействуют на условиях, установленных договором.
3. В случае ургентного состояния пациента, проживающего в Приднестровье... договор по предоставлению медицинской помощи составляется в течение 5 дней от момента госпитализации и оплата осуществляется по завершению лечения по предоставленным финансовым документам.
4. Оплата за оказанные медицинские услуги осуществляется по установленным для жителей Республики Молдова тарифам... действующим на момент оказания услуг.
5. Жителям Приднестровья, имеющим гражданство Республики Молдова и приобретшим полис обязательного медицинского страхования, медицинская помощь в специализированных лечебно-профилактических учреждениях оказывается в объеме, предусмотренном «Единой программой обязательного медицинского страхования», при соблюдении условий и требований данной программы.
6. Лечебно-профилактические учреждения Приднестровья направляют в республиканские специализированные учреждения здравоохранения г. Кишинева для консультации, обследования и госпитализации пациентов, имеющих полис обязательного медицинского страхования, соблюдая условия и требования «Единой программы обязательного медицинского страхования».
7. Жители Приднестровья, обратившиеся за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения Республики Молдова по собственному желанию, оплачивают предоставленные им медицинские услуги самостоятельно.
8. Органы здравоохранения Республики Молдова и органы здравоохранения Приднестровья будут способствовать урегулированию возникших проблем при предоставлении медицинской помощи жителям Приднестровья

По многим причинам, в том числе и политического характера, к продолжению конструктивного диалога для реализации согласованных решений в полном объеме

стороны оказались не готовы, что, во-первых, во многом усложнило доступ жителей Приднестровья к медицинским услугам, прежде всего специализированным и высокотехнологичным, оказываемым учреждениями здравоохранения Кишинева, почти на десять лет, и, во-вторых, «спровоцировало» создание в Приднестровье собственных специализированных медицинских служб (гемодиализа, нефрологии, химиотерапии и др.), которых здесь прежде не было.^x

Важно отметить, что именно сохранение сложившихся профессиональных связей между органами здравоохранения позволило в течение двух месяцев (сентябрь-ноябрь 2013г.) *обсудить и согласовать комплекс вопросов оперативного взаимодействия систем здравоохранения по обоим берегам Днестра.^{xi}* По сути, появился шанс реализовать на практике *все* положения Протокола о совместных действиях (2004г.), актуализированных с учетом нужд населения Приднестровья. Стороны согласились, что бесплатно будет осуществляться (независимо от наличия полиса обязательного медицинского страхования).^{xii}

1. оказание медицинской помощи детям до 18-ти лет с онкологическими заболеваниями, а также взрослым, нуждающимся в экстренной медицинской помощи и проживающим на территории Приднестровья, при наличии молдавского гражданства.
2. проведение обследования детей, проживающих в Приднестровье, на выявление генетической и врожденной патологии и ряд иных обследований.

В компетенцию рабочей/экспертной группы по вопросам здравоохранения включен весь спектр вопросов, связанных с осуществлением/координацией взаимодействия систем здравоохранения двух берегов, разработки и внедрения совместных программ и мероприятий, оказания организационно-методической и технической помощи, в том числе при посредстве уполномоченных международных фондов.

К сожалению, несмотря на очевидные успехи, большинство из выше перечисленных проблем в общую повестку дня пока не попали. Во многом такая ситуация объясняется несогласованностью общего подхода и отсутствием согласованных на уровне рабочих/экспертных групп приоритетов.

Молдавская сторона, пытается вовлечь приднестровских коллег в систему обязательного медицинского страхования через открытие в Приднестровье территориального агентства Национальной компании медицинского страхования. Приднестровская сторона, напротив, к такой постановке вопроса устойчиво не готова и акцентирует внимание на необходимости прямого сотрудничества между органами здравоохранения, разработки механизма участия приднестровских экспертов в разработке и реализации проектов внешней помощи и др.

Кстати, участие приднестровских экспертов в работе комиссии по гуманитарной помощи согласовали еще 2000 году.^{xiii}

Ситуация в социальной сфере во многом – это результат реализованных/реализуемых по обоим берегам Днестра политик, и не только социальных. «О развитии страны можно судить по качеству здоровья населения, по тому насколько справедливо распределяется здоровье среди различных социальных слоев населения. Здоровье, не являясь целью всех направлений социальных политик, является их основополагающим результатом: сам по себе экономический рост без надлежащей социальной политики, направленной на обеспечение разумной справедливости распределения его преимуществ, крайне мало способствует обеспечению справедливости в отношении здоровья.»^{xiv}

При всех, зачастую кардинальных, различиях в подходах, методах и механизмах формирования социальных политик в Республике Молдова и Приднестровье достаточно четко прослеживаются два, совпадающих по времени, но различающихся по наполнению, этапа их реализации.^{xv}

Первый (1992 - 1999 гг.) – пассивное реформирование.^{xvi} усилия концентрировались на макроэкономической стабилизации, реформировании собственности, структурной перестройке экономики. Социальные политики, как правило, ущербно приспособлялись к экономическим реформам, пытаясь сгладить их негативное воздействие на население. Собственно реформы социальной сферы не проводились. В результате на социальном поле сосуществовали многочисленные «осколки» советской системы (особенно в здравоохранении и образовании) и робкие рыночные новации.

По обоим берегам произошло драматическое падение уровня жизни подавляющей части населения, рост доходной и социальной дифференциации, открытой и скрытой безработицы, разрушение прежних социальных схем при отсутствии новых.

Основными действиями в части реорганизации систем здравоохранения РМ и Приднестровья в этот период были: децентрализация управления, обеспечение нормальной деятельности отрасли на фоне сложных социально-экономических условий и точечное внедрение рыночных механизмов. Однако осязаемых результатов добиться не удалось. Притом, что «несмотря на некоторые сокращения в системе здравоохранения, в 1997 г. сеть медицинских учреждений в Республике Молдова была одной из самых разветвленных, а обеспеченность персоналом - одной из самых высоких как среди западноевропейских стран, так и среди бывших советских республик»,^{xvii} ситуация в социальной сфере, в том числе и здравоохранении приближалась к черте, за которой следует распад всей системы.

Второй (2000 - ...) - от деклараций о приоритете к решению социальных проблем. Стало очевидно, что негативные демографические тенденции, обнищание большинства населения, неразвитые институты представляют реальную угрозу самому существованию общества, как на правом берегу, так и на левом. Понятна и общность мотивов, по сути, заставивших власти по обоим берегам Днестра заняться реформой социальной сферы (здравоохранения):

- Неудовлетворительные показатели здоровья населения: низкая продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости социально обусловленными болезнями, высокий уровень инвалидности трудоспособного населения, недостаточность профилактической направленности здравоохранения
- Непригодность/неэффективность «плановой» системы здравоохранения к условиям рынка: несовместимость объема/доступности/качества медицинских услуг с имеющимися финансовыми ресурсами
- Коммерциализация сферы здравоохранения: низкая доступность медицинских услуг для населения, прежде всего его незащищенных слоев (стариками, дети, неработающее население).
- Распространение теневой оплаты медицинских услуг: практически все услуги оплачивались населением самостоятельно, заставляя многих отказываться от медицинских услуг, в том числе и жизненно необходимых.

Общие проблемы обусловили и сходство необходимых действий:

- Изменение системы финансирования здравоохранения, с увеличением числа источников финансирования и механизмов оплаты и рациональным использованием имеющихся ограниченных ресурсов
- Улучшение эффективности работы системы здравоохранения в целом (реструктуризация медицинского обслуживания, усиление сети учреждений первой помощи, определение нового набора медицинских услуг, соответствующего возможностям бюджета, и др.)

Несмотря на наличие общих подходов к формулированию наиболее острых проблем, сценарии их разрешения в Республике Молдова и Приднестровье были разными. Примечательно, что *факторы, способствовавшие проведению реформы системы здравоохранения в РМ, в Приднестровье затормозили полноценную реализацию реформ. К этим факторам относятся:*

- заинтересованность в переменах всех ключевых структур (законодательной и исполнительной власти, Министерства здравоохранения, врачебного и академического сообществ, патроната и профсоюзов)
- консенсус в распределении политических рисков, в том числе и финансовых, связанных с проведением реформ, по всем уровням правительства
- согласование на всех уровнях (министерство и территориальные органы управления здравоохранением) среднесрочного плана реорганизации отрасли,

В *Республике Молдова* реализация реформы здравоохранения тесно связана с осуществлением проектов Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения, ЮНИСЕФ, стран-партнеров по развитию - США, Швеции, Великобритании, Швейцарии и др. Во многом благодаря этой массивной поддержке, в том числе и финансовой, за достаточно короткий срок был разработан и утвержден пакет документов, определивший

основы новых отношений в системе здравоохранения. По заключению международных экспертов, в экономических и социальных условиях Республики Молдова переход на систему обязательного медицинского страхования - новые механизмы сбора, аккумулирования и оплаты – это единственный реальный путь реформирования здравоохранения и инструмент для установления более эффективной и справедливой системы его финансирования.

Подготовка, внедрение и мониторинг системы обязательного медицинского страхования осуществлялись при поддержке и непосредственном участии международных организаций, прежде всего, Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка.

Условия РМ – малая открытая экономика с низким уровнем доходов и высокой долей теневой экономики и само занятого населения – определили выбор модели обязательного медицинского страхования. Модель страхования, использованная в Республике Молдова, предполагает совмещение процентных взносов из заработной платы и других доходов с сохранением высокой доли отчислений из государственного бюджета в счет страхования определенных категорий граждан (пенсионеров, инвалидов, детей, безработных, и т.д.), то есть созданная система финансирования здравоохранения идет дальше строгого разделения на бюджетную и классическую страховую системы.

Модель обязательного медицинского страхования в Республике Молдова	
Основные принципы	Ключевые особенности
<i>Обязательность</i> – все государственные структуры, экономические агенты и население оплачивают страховые взносы	<p><i>Формирование средств:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Взаимообусловленность размеров взносов за разные категории застрахованных ▪ Высокая доля взносов за счет бюджетных средств (доля взносов за счет бюджета составляет более 2/3 страхового фонда) ▪ Централизация оплаты взносов за неработающее население ▪ Добровольность страхования само занятых
<i>Солидарность</i> – единый размер индивидуальных взносов (7% от фонда зарплаты/доходов), не зависящий от уровня персональных рисков, связанных с возрастом, полом или заболеваемостью	<p><i>Покупка медицинских услуг</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Единый покупатель услуг – Национальная компания медицинского страхования ▪ Интеграция поставщиков первичной и стационарной помощи ▪ Контроль со стороны страховщика за постатейным расходованием средств
<i>Равенство</i> - все застрахованные лица, имеют право на весь спектр медицинских услуг, включенных в «единый пакет	

Модель обязательного медицинского страхования в Республике Молдова	
<i>Основные принципы</i>	<i>Ключевые особенности</i>
медицинских услуг», утверждаемый ежегодно	поставщиками

Внедрение обязательного медицинского страхования считается одной из наиболее значимых реформ в Республике Молдова, обеспечившей:

- Реальное повышение доступности основных медицинских услуг для населения, прежде всего его социально-уязвимой части, за счет сбалансированности объема гарантированных услуг с финансовыми ресурсами
- Преобразование системы финансирования здравоохранения осуществлено без каких-либо временных сбоев в деятельности медицинских структур, при низком уровне административных расходов (до 2% от общих фондов - это один из самых низких показателей в Европе).
- Внедрение новых форм финансового планирования и методов финансирования медучреждений при одновременных организационных и юридических преобразованиях лечебных учреждений в автономные публичные структуры
- Увеличение доходов, повышение стабильности финансирования медицинских учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования, и повышение их самостоятельности

Таким образом, к основным результатам реформы 2004г. можно отнести повышение доступности медицинских услуг для населения и восприимчивости системы здравоохранения к его запросам.

Следующим шагом к совершенствованию системы здравоохранения, повышению качества и доступности медицинской помощи для всего населения Молдовы стало принятие в 2007 году «Национальной политики в области здоровья»^{xviii} и «Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017гг.»^{xix} Сегодня здоровье населения декларируется как одно из основных направлений социально-экономической политики. Основными направлениями развития системы здравоохранения в Молдове являются: улучшение качества и развитие высокотехнологичных медицинских услуг, профилактика, диспансеризация, развитие специализированной медицинской помощи.^{xx}

Замедление темпов реформ в пост кризисный период и сложная ситуация с реализацией ключевых задач Целей развития тысячелетия, обусловили разработку нового стратегического документа - Дорожной карты «Ускорение реформ: удовлетворение потребностей здравоохранения через инвестиционную политику»,^{xxi} который обозначил наиболее эффективные механизмы реализации целей национальной политики/стратегии в области здравоохранения, с акцентом на:

- Дальнейшее расширение покрытия населения медицинским страхованием и обеспечение справедливой защиты всего населения от финансовых рисков, превращение системы обязательного медицинского страхования в подлинно универсальную систему.
- Реализацию мер по уменьшению доли неформальных платежей.
- Повышение эффективности системы здравоохранения в целом, путем структурной и организационной оптимизации медицинских учреждений (регионализация специализированных медучреждений), улучшение управленческих функций в системе, повышение роли первичной медицины (семейных врачей), дальнейшее оснащение учреждений новейшим оборудованием, новыми технологиями и информационными системами.
- Сохранение стабильности функционирования системы обязательного медицинского страхования, через совершенствование механизмов финансирования при сбалансированности роста пакета бесплатных медицинских услуг с реальным уровнем поступлений в фонд обязательного медицинского страхования.

К концу 90-ых годов в системе здравоохранения *Приднестровья* четко обозначился комплекс проблем (коммерциализация здравоохранения, снижение объема и качества медицинских услуг), значительно ограничивавший право населения на доступную и бесплатную медицинскую помощь. Вполне понятно, что такая ситуация в отрасли не устраивала ни население, ни органы власти, ни медицинских работников.^{xxii} Своеобразным ускорителем подготовки реформ стала и Республика Молдова, где началась подготовка к введению обязательного медицинского страхования.

Ответом на вызовы времени стало принятие в 2000 году Программы развития здравоохранения и медицинской науки.^{xxiii}

В Программе отмечалось, что в сложившихся условиях особое значение приобретает:

- формирование государственной политики в области здравоохранения и повышение ответственности всех органов власти за ее реализацию;
- обеспечение адекватности финансовых ресурсов гарантиям в сфере здравоохранения, поэтапное повышение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения;
- привлечение профессиональных медицинских ассоциаций к реализации политики в области здравоохранения и медицинской науки;
- развитие первичной медико-санитарной помощи, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный.

Программой предусматривался переход на многоканальную систему финансирования здравоохранения, установление тесной зависимости размеров финансирования медицинских учреждений от объема и качества оказываемых ими услуг.

Ставилась задача: (1) разработать правовые механизмы, обеспечивающие соответствие гарантированного пакета медицинских услуг его финансовому обеспечению, (2) разработать и совершенствовать методики установления тарифов на медицинские услуги, (3) ввести единую систему расчетов за оказание медицинской помощи, предоставляемой в рамках программы гарантий бесплатной медицинской помощи, и (4) создать страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное и добровольное медицинское страхование.

Осуществить реформы предлагалось в два этапа:

I этап (2000 - 2001 годы): разработка нормативной базы для внедрения страховой медицины, подготовка отрасли к переходу к обязательному и добровольному медицинскому страхованию; разработка и введение в действие правил предоставления платных медицинских услуг населению.

II этап (2002 -2005 годы): организация и внедрение страховой медицины, и осуществление целевых программ развития здравоохранения,

Первый этап программы был реализован к середине нулевых годов: состоялась структурная перестройка здравоохранения (лечебные учреждения Приднестровья стали самостоятельными хозяйствующими субъектами, реорганизована амбулаторно-поликлиническая сеть), внедрен программно-целевой метод планирования, начали действовать целевые программы в области здравоохранения.

Реализация второго этапа программы «застопорилась» на стадии проектных предложений - вопрос о введении медицинского страхования в Приднестровье обсуждался в 2004-2005 годах дважды. Тогда с введением страховой медицины решили не спешить: не удалось согласовать как концепцию и механизмы реформы, так и источники ее финансирования (отсутствие экспертной и финансовой поддержки доноров в условиях жестких бюджетных ограничений).

При этом, по мнению Уполномоченного по правам человека в Приднестровье система здравоохранения остается одной из сфер, где происходят множественные нарушения прав человека. Для улучшения этой ситуации необходимо как можно быстрее начать работу по подготовке и принятию ряда нормативно-правовых документов, базирующихся на международных стандартах, которые регулировали принципы оказания медицинской помощи и определили гарантированный пакет медицинских услуг, позволяющий населению, прежде всего, его социально незащищенным категориям, реализовать свое право на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Несовершенство механизмов контроля в области здравоохранения, юридическая безответственность многих медицинских работников делают невозможной надлежащую защиту прав пациентов. Отсутствие информации об опыте других стран в решении вопросов защиты прав пациентов и врачей, неосведомленность населения Приднестровья о своих правах и свободах в сфере медицины создают условия для злоупотребления основными правами пациентов.^{xxiv}

К обсуждению вариантов перевода здравоохранения на принципы страховой медицины вновь вернулись в 2007 году. Разработан новый стратегический документ - Концепция развития здравоохранения в Приднестровье на 2008-2012 годы. В Концепции сформулированы принципы и приоритеты деятельности органов власти, местного самоуправления и лечебно-профилактических учреждений по развитию здравоохранения в Приднестровье. Особое внимание уделено изменению действующей системы финансирования: переходу к страховой модели здравоохранения.^{xxv}

Введение медицинского страхования в Приднестровье рассматривалось, прежде всего, как изменение системы управления самой отраслью. Предполагалось: (1) введение двух видов медицинского страхования обязательного и добровольного и (2) создание фонда медико-социального страхования, доходная часть которого формировалась за счет страховых взносов (плательщики – физические и юридические лица, ставка по 2% от подоходного налога и единого социального налога).^{xxvi}

В общем, все соглашались, что введение медицинского страхования положительно скажется на улучшении качества медицинского обслуживания. Однако консенсуса между ветвями власти достичь не удалось по причине как растущего дефицита бюджета (по оценке разработчиков дополнительные расходы бюджета могли составить более 12 млн. долларов США), так и нежелания повысить налоговую нагрузку на бизнес в условиях паузы в переговорном процессе и изменившегося механизма осуществления внешнеэкономической деятельности^{xxvii} экономическими агентами Приднестровья.

От медицинского страхования вновь «отказались», ограничившись изменением подходов, без изменения формы. Принимается нормативный документ,^{xxviii} который определяет виды, объемы, условия и порядок предоставления гарантированной, бесплатной медицинской помощи и механизмы компенсации расходов населения за консультации и лечение, полученные за пределами Приднестровья (компенсации осуществляются за счет средств республиканского, местного бюджетов).

В настоящее время финансирование учреждений здравоохранения осуществляется из трех источников: бюджетных средств, средств, полученных от оказания платных услуг в учреждениях здравоохранения, и средств фонда обязательного социального страхования, направленных в лечебно-профилактические учреждения для медицинской реабилитации работающих граждан, их детей и частичную оплату стоимости операций.^{xxix} Однако, с каждым годом ситуация в отрасли только усугубляется. Ее не спасают ни повсеместный рост объемов платных медицинских услуг, ни увеличивающееся с каждым годом бюджетное финансирование.

Так, например, в 2012 году из-за сложной экономической ситуации целевые программы в области здравоохранения профинансированы всего на 35%.^{xxx}

По мнению приднестровских экспертов, для полноценного обеспечения граждан необходимой медицинской помощью, оснащения организаций здравоохранения оборудованием, медикаментами, осуществления ремонта лечебных учреждений и хотя бы

минимального повышения заработной платы медработников необходимо около 135 млн. долл. США.^{xxxі} В реалии по итогам 2012 года отрасль получила всего 40,8 млн. долл. США (31% от необходимого). При этом в общей сумме профинансированных расходов оплата труда составляет 72,8%. В 2012 году фактическое финансирование на приобретение медикаментов составило 5,2 млн. долл. США из необходимых 23,3 млн. долл. США или 22% от потребности. Показатели свидетельствуют о том, что потребности только одного из пяти нуждающихся и имеющих право на бесплатное обеспечение медикаментами, были обеспечены финансированием.^{xxxіі}

Сложившаяся ситуация связана, в первую очередь, с хроническим, на протяжении десятилетий недофинансированием отрасли, ограниченностью финансовых ресурсов и отсутствием единой позиции/настроения на проведение своевременных, возможно болезненных, но необходимых здравоохранению преобразований.

Существующие в приднестровском здравоохранении проблемы предопределили следующие первоочередные задачи по реформированию отрасли:

- систематизацию и чёткое планирование мероприятий по преобразованию и переоснащению отрасли в течение ближайших 3-5 лет;
- принятие срочных решений по формированию системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение качества медицинских услуг, объёмы и виды которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

В целом для развития отрасли здравоохранения необходим переход к страховой медицине и открытие более широких возможностей для инвестирования в медицину – в планах разработка проекта закона о страховой медицине и концепции развития здравоохранения на 2013-2018 гг.

Основные меры политик в области здравоохранения представлены в таблице

Молдова	Приднестровье
1995 год: Закон об охране здоровья	1997 год: Закон об основах охраны здоровья граждан
1998 год: Закон об обязательном медицинском страховании	2000 год: Программа развития здравоохранения и медицинской науки
1999 год: Закон о минимуме бесплатной медицинской помощи, гарантированном государством	2002-2008гг.: Попытки внедрить систему обязательного медицинского страхования
2001-2003гг.: Подготовка к внедрению системы обязательного медицинского страхования – создание Национальной компании медицинского страхования	2004 год: Закон о частной медицинской деятельности

Молдова	Приднестровье
2003 год: Закон о введении обязательного медицинского страхования и создании фондов обязательного медицинского страхования	2006 год: Программа гарантированного оказания бесплатной медицинской помощи
2007 год: Национальная политика в области здоровья на период 2007-2021 Стратегия развития системы здравоохранения на период 2008-2017 годы	2007 год: Концепция развития здравоохранения на 2008-2012 годы
2012 год: Дорожная карта 2012-2014. «Ускорение реформ: удовлетворение потребностей здравоохранения через инвестиционную политику»	2012 год: Обсуждение пакета законов и возможности введения системы обязательного медицинского страхования Разработка концепции развития здравоохранения на 2013-2018 годы

Выводы. Несмотря на имеющиеся различия, у Республики Молдова и Приднестровья во многом схожие социальные проблемы, эффективное решение которых предполагает формирование согласованной социальной политики, направленной, в первую очередь, на повышение уровня и условий жизни населения, сокращение неоправданно высокого социального неравенства, создание сопоставимых стартовых возможностей для социального развития людей.

Изменения, происходящие в сфере здравоохранения РМ и Приднестровья, затрагивают интересы населения обоих берегов Днестра. Использование накопленного обеими сторонами опыта, успешных практик, более совершенных инструментов оказания медицинской помощи населению, прежде всего его уязвимой части, в может внести позитивный вклад в механизмы взаимодействия систем здравоохранения Республики Молдова и Приднестровья, в развитие сотрудничества между органами публичного управления, в формирование лучшего понимания общих социальных проблем и путей их решения.

Необходимо стремиться к установлению действенных механизмов и инструментов решения существующих противоречий и налаживанию эффективного взаимодействия правого и левого берегов во всех областях социальной сферы, в том числе и здравоохранении, что значительно снизит «неразумные» потери от конфронтации. Это важно для укрепления доверия населения к справедливости в отношении к здоровью, что будет содействовать укреплению взаимного доверия сообществ Республики Молдовы и Приднестровья.

Рекомендации:

1. При формировании социальных политик Республики Молдова и Приднестровья принимать во внимание взаимно накопленный опыт: использовать положительные практики, с учетом допущенных ошибок и промахов.

Учитывая, что основные показатели социального развития РМ и Приднестровья в силу схожести результатов развития экономик различаются несущественно, *модель обязательного медицинского страхования, апробированная в Республике Молдова, может быть использована и в условиях Приднестровья*. Возможность такого подхода подтверждается и тем, что на экспертном уровне обсуждение проблем внедрения страховой медицины в Приднестровье осуществлялось на основе анализа опыта, накопленного в Республике Молдова.

Привлечение к разработке модели международных экспертов, прежде всего экспертов Всемирной организации здравоохранения, позволит обеспечить как качество реформы, так и совместимость моделей медицинского страхования, действующих по обоим берегам Днестра.

2. Координацию политик РМ и Приднестровья в области здоровья следует осуществлять по тем направлениям, которые определены как приоритетные по обоим берегам Днестра. Возможными направлениями сотрудничества могли бы стать:

- координация деятельности по структурной и организационной оптимизации медицинских учреждений госпитального уровня, оптимизация структуры оказания медицинской помощи на территориальном уровне
- согласование правового поля в сфере здравоохранения в соответствии с международными требованиями и стандартами
- согласование/координация требований к лицензированию лечебных учреждений и сертификации врачей, как основы для создания общей информационной системы
- совместная разработка критериев определения степени социальной незащищенности категорий населения
- совместная разработка и скоординированное внедрение системы мониторинга и оценки систем здравоохранения

3. Повышение информированности Приднестровья о целях, направлениях и результатах деятельности доноров в Республике Молдова, их намерениях по поддержке процесса сотрудничества берегов в части социально-экономического развития.

4. Рассмотрение возможности совместного участия органов здравоохранения, медицинских учреждений, врачей, преподавателей и студентов РМ и Приднестровья в проектах и программах в области здоровья.

Предложение Республике Молдова и Приднестровью программ/проектов помощи, внедрение которых предусматривает развитие контактов, координацию действий и сотрудничество Молдовы и Приднестровья в области здоровья, что будет

способствовать установлению и развитию сотрудничества, в том числе и между неправительственными организациями обоих берегов Днестра.

ⁱ Заявление руководителей Молдовы и Приднестровья, 28 апреля 1994г.

ⁱⁱ Соглашение об организационных основах социально-экономического сотрудничества между Республикой Молдова и Приднестровьем, 10 ноября 1997г.

ⁱⁱⁱ Протокол о некоторых первоочередных шагах по активизации политического урегулирования приднестровской проблемы, г. Одесса, 20 марта 1998г.

^{iv} Соглашение о мерах доверия и развитии контактов между Республикой Молдова и Приднестровьем, г. Одесса, 20 марта 1998г.

^v Совместное заявление участников Киевской встречи по вопросам нормализации отношений между Республикой Молдова и Приднестровьем, г. Киев, 16 июля 1999г.

^{vi} Протокольное решение по вопросу предупреждения распространения инфекционных болезней путем иммунизации населения, г. Кишинев, 13 июля 1999г.

^{vii} Протокольное решение по вопросу улучшения эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИД инфекцией, г. Кишинев, 13 июля 1999г.

^{viii} Там же

^{ix} Протокол о совместных действиях между органами здравоохранения Республики Молдова и органами здравоохранения Приднестровья в области охраны здоровья населения, 18 марта 2004г.

^x <http://www.radiopmr.org/programs/4870/>

^{xi} <http://mfa-pmr.org/index.php?newsid=3240>, 05.09.13

<http://mfa-pmr.org/index.php?newsid=3473>, 05.11.13

^{xii} <http://mfa-pmr.org/index.php?newsid=3473>, 05.11.13

^{xiii} Протокольное решение встречи делегаций Республики Молдова и Приднестровья, г. Кишинев, 4 мая 2000г.

^{xiv} «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения». Заключительный доклад. Комиссия по социальным детерминантам здоровья (краткий обзор) – CSDH (2008) «Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants/ Final Report of the Commission on Social Determinants of Health». Geneva, World Health Organisation

^{xv} А. Рожко «Социальная политика и человеческое развитие», Молдова-Приднестровье: Общими усилиями – к успешному будущему. Социальные аспекты, Кишинев, 2009, стр. 55-56 (www.cisr-md.org)

^{xvi} Еще в семидесятые годы стало понятно, что систему здравоохранения на (пост) советском пространстве необходимо реформировать. Однако реальные реформы стартовали лишь во второй половине 80-ых годов. По понятным причинам реформа не завершилась, но сыграла определенную роль в период адаптации отрасли к рынку.

^{xvii} Л. Маклхоз. «Система здравоохранения: время перемен. Республика Молдова». Копенгаген, Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2002, стр. 11

^{xviii} Постановление Правительства РМ № 886 «Об утверждении Национальной политики в области здоровья», МО № 127-130, 17.08.2007

^{xix} Постановление Правительства РМ № 1471 «Об утверждении Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017 гг.», МО № 8-10, 15.01.2008

^{xx} Несмотря на многократную смену правительств, направления и приоритеты реформирования здравоохранения, обозначенные в «Национальной политике в области здоровья» и «Стратегии развития здравоохранения» полностью актуальны

^{xxi} Приказ Министерства здравоохранения РМ №172 «Об утверждении Дорожной карты «Ускорение реформ: удовлетворение потребностей здравоохранения через инвестиционную политику» - «Cu privire la aprobarea Foii de parcurs «Accelerarea reformelor: abordarea necesităților din domeniul sănătății prin politici investiționale», 01.03.2012, www.ms.gov.md

^{xxii} <http://www.pridnestrovie-daily.net/gazeta/articles/view.aspx?ArticleID=5767>

^{xxiii} Указ № 390 «Об утверждении Программы развития здравоохранения и медицинской науки в Приднестровье», 11.09.2000, <http://zakon-pmr.com/DetailDoc.aspx?document=46208>

^{xxiv} Доклад Уполномоченного по правам человека в Приднестровье, <http://vspmr.org/News/?ID=951>

^{xxv} <http://www.vspmr.org/News/?ID=1005>

^{xxvi} <http://www.vspmr.org/News/?ID=678>

^{xxvii} Издержки приднестровского конфликта и выгоды от его урегулирования, Кишинев, 2009, www.cisr-md.org

^{xxviii} Указ «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровья бесплатной медицинской помощи», утверждается ежегодно, начиная 2007 года

^{xxix} <http://www.pridnestrovia-daily.net/gazeta/articles/view.aspx?ArticleID=5767>

^{xxx} <http://novostipmr.com/ru/news/13-06-16/na-strazhe-zdorovya>

^{xxxi} В 2012г. доходы бюджета составили около 155 млн. долл. США

^{xxxii} <http://novostipmr.com/ru/news/13-06-16/na-strazhe-zdorovya>, расчеты авторов