

ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ

УДК 368.9.06(091)(478)

**Константин ЕЦКО,
М. БУГА,
Г. ДАМАШКАН**

Кишиневский государственный университет
медицины и фармации имени Н.
Тестемицану, Кишинев (Республика
Молдова)

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Ключові слова: здоров'я, обов'язкове медичне страхування, республіка Молдова, охорона здоров'я.

Ецко К., Буга М., Дамашкан В. Историчні етапи впровадження обов'язкового медичного страхування в республіці Молдова

Модель обов'язкового медичного страхування, впроваджена в Республіці Молдова, містить загальні елементи, характерні для систем соціального страхування в охороні здоров'я інших країн, особливо європейських, і базується на таких основних принципах, як солідарність, справедливість, універсальний доступ до послуг охорони здоров'я.

Здоровье населения является одним из основных составляющих гармоничного развития общества, определяющим социальную, экономическую и политическую защищенность государства.

Критериями эффективности социальной политики в здравоохранении является продолжительность жизни населения, а также, положительная динамика демографических показателей и заболеваемости населения. Данные критерии могут быть поддержаны на желаемом уровне путем продвижения эффективных и перспективных реформ в национальной системе общественного здравоохранения (НСОЗ)¹.

Проблемы состояния здоровья населения и эффективности структур национальной системы общественного здравоохранения в конце II-го–начале III-го тысячелетия диктовали разработку новых стратегий реформирования и реорганизации².

Реформы национальной системы общественного здравоохранения должны быть направлены на решение трех основных задач:

1. Реорганизация лечебно-медицинских учреждений здравоохранения, направленная на усиление их потенциала, с целью повышения

ответственности руководителей за работу данных учреждений;

2. Реформирование системы финансирования с применением экономических рычагов в целях повышения эффективности медицинских услуг, предоставляемых населению и с использованием различных источников финансирования национальной системы общественного здравоохранения;

3. Настойчивое продвижение здорового образа жизни, повышение эффективности профилактических мер и стандартов жизни населения³.

Необходимо было преодолеть и некоторые факторы, которые выступали против реформ, а также тормозили или замедляли их ход, а именно⁴:

- структура и устаревшие формы финансирования медицинских услуг, предоставляемых населению;

- субъективность в оценке приоритетов стратегий реформ;

- отсутствие эффективных механизмов в повышении качества медицинской помощи;

- наличие существенных диспропорций в структуре национальной системы общественного здравоохранения, такие как:

а) расходы, в основном для больничного сектора, которые в конце 90-х годов XX века составляли 75-80%, по сравнению с 35-50% в развитых европейских странах;

б) широкое привлечение узких специалистов в консультативной помощи в рамках первичного сектора: 30% против 10% в других европейских странах (1999 г.);

в) высокий уровень госпитализации больных: 200-210 на 1000 населения, по сравнению с 120-170 в европейских странах (1990-1999 годы);

г) недостаточное обеспечение первичного звена, врачами, подготовленными в области семейной медицины: 30%-35%, по сравнению с 50%-60% в развитых странах (1999).

Следует отметить, что до 1998-1999 годов показатели здоровья населения продолжали ухудшаться, финансирование деятельности медицинских учреждений снижалось, достигая в 2000 году лишь 2,9% от ВВП.

Недофинансирование отрасли привело к прекращению капитального строительства и реконструкции зданий, значительно снизились возможности приобретения оборудования, перевязочного материала, медицинского инструментария.

Обеспеченность стационаров медикаментами снизилась ниже минимального уровня. В конце 90-х годов в Республике Молдова началось реформирование в национальной системе общественного здравоохранения, ориентированное на реструктуризацию, развитие и укрепление стационарной помощи⁵.

Несовершенная система оплаты труда медицинских работников, диспропорция в степени развития секторов амбулаторной, стационарной, первичной, вторичной и третичной медицинской помощи, лишь некоторые из причин кризиса в области здравоохранения⁶.

Начиная с 2000-2001 годов в Республике Молдова были разделены два сектора оказания медицинской помощи, финансируемые отдельно:

1) *сектор первичной медицинской помощи*, состоящий из 36 центров семейных врачей (ЦСВ) и 5 медико-территориальных ассоциаций (МТА), в которые вошли 362 центров здоровья (ЦЗ), 360 кабинетов семейных врачей (КСВ), 57 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП).

2) *госпитальный сектор*, состоящий из 150 больниц с 35089 койками, из которых 145 больниц в государственной собственности и 5 частных больниц с 45 койками.

Реформы системы общественного здравоохранения продолжился и в 2003-2004 годах, путем реорганизации скорой догоспитальной медицинской помощи, с созданием централизованной структуры в подчинении Министерства Здравоохранения. Вместе с тем, был отмечен регресс и в ранее проведенных реформах, а именно, реформы по слиянию первичного и госпитального секторов здравоохранения.

Анализ показателей оценки уровня здоровья населения в период 1995-2003 годов в Республике Молдова отмечает снижение уровня рождаемости с 13,0 до 10,1 на 1000 населения, увеличение показателей общей смертности – с 11,5 до 11,9 на 1000 населения, хронизацию заболеваний с увеличением числа инвалидов, сокращением количества населения на 727000 человек, увеличение числа социально-обусловленных заболеваний (алкоголизм, наркомания, туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ/СПИД)⁷.

Следующим важным этапом в реформировании здравоохранения было принятие в 1998 году Закона „Об обязательном медицинском страховании”, а в 2004 году введение обязательного медицинского страхования (ОМС).

Модель обязательного медицинского страхования, внедренная в Республике Молдова, содержит общие элементы, характерные для систем социального страхования в здравоохранении других стран, особенно европейских, и базируется на следующих ключевых принципах: *солидарность*, основополагающий принцип социального страхования в здравоохранении, означающий, что здоровый платит за больного, молодой платит за престарелого, а богатый – за бедного; *справедливость*, предоставление медицинских услуг, в том числе для социально-уязвимых групп населения; *универсальный доступ* к услугам здравоохранения, с особым акцентом на первичную медицинскую помощь и на профилактику заболеваний⁸. Предложенная модель не исключает существования, и даже поощряет, добровольное медицинское страхование⁹.

Среди наиболее важных проблем, которые были решены в период внедрения ОМС могут быть отмечены:

- существенное увеличение финансирования системы здравоохранения;
- создание единого централизованного фонда, позволяющего перераспределение рисков;

- изменение статуса медицинских учреждений и их финансирования на основании договора;

- утверждение Единого Пакета медицинских услуг;

- увеличение доступа населения к медицинским услугам;

- снижение финансовой нагрузки на застрахованного, в случае возникновения заболевания¹⁰.

С внедрением обязательного страхования были введены и основы рыночной экономики в здравоохранении путем изменения механизма финансирования и заключения договоров с поставщиками медицинских услуг. Был изменен способ оплаты поставщиков услуг: переход от системы исторического бюджета к оплате за предоставленные услуги. На протяжении 2004-2013 годов наблюдался постоянный рост расходов на здравоохранение из фонда ОМС, (с 937,5 до 4 226,1 млн. леев). Увеличение было минимальным лишь в 2009 году, когда из-за финансового кризиса доходы фондов сократились на 17,9%, по сравнению с запланированными, а расходы были утверждены с дефицитом в 250,8 млн. лей¹¹.

Посредством прямого перечисления из государственного бюджета в Национальную Медицинскую Страховую Компанию (НМСК), государство выступает в качестве страхователя для основных категорий уязвимых групп населения. Между тем, по данным НМСК, на конец 2013 года процент незастрахованных в данном году составлял около 16,8% от реального населения Республики Молдова. Процент сборов от физических лиц, оплачивающих самостоятельно страховые взносы, составляет лишь 1,3% от всех доходов в фонды обязательного медицинского страхования в 2009 году¹².

Проблема охвата в рамках ОМС остаётся одной из важнейших проблем как с точки зрения доступности услуг здравоохранения, так и с позиции справедливости и солидарности. В ходе введения медицинского страхования были приняты меры и по расширению уровня охвата ОМС на национальном уровне. Тем не менее, для достижения всеобщего охвата, необходимо, чтобы незастрахованное население осознало необходимость и преимущества оплаты страховых взносов¹³.

Вместе с тем, есть и недостатки, связанные с внедрением новой системы страхования, основной причиной является недостаточный опыт вовлеченных актеров из системы здравоохранения, а также относительно короткий период, прошедший от начала реформы, недо-

статочно скорректированные механизмы сбора страховых взносов, несовершенство законодательства обязательного медицинского страхования, и т.д.¹⁴.

Тем не менее, в относительно короткий период были разработаны и утверждены ряд законов и других нормативных актов. Также необходим более полный анализ правовых документов, утвержденных в целях охраны здоровья населения и укрепление прав пациентов, трудовых прав работников здравоохранения и коллективов – поставщиков медицинских услуг.

Динамика медико-демографических показателей и состояния здоровья населения после внедрения обязательного медицинского страхования в 2004 году является положительной. Рождаемость увеличилась с 10,1 случаев на 1000 человек населения в 2003 году до 10,6 в 2013 году – на 4,7%. Общая смертность населения снизилась с 11,9 случаев на 1000 населения в 2003 году до 10,7 (11,2%) в 2013 году. Естественный прирост населения увеличился с -1,8 в 2003 до -0,1 в 2013 году, хотя по-прежнему остаётся отрицательным¹⁵.

Сегодня сектор здравоохранения в Республике Молдова переживает сложный период, связанный с переходом, в течение последних 12 лет, от количественного роста медицинских услуг, предоставляемых населению, к его качественным показателям.

В заключение подчеркнём, что 10-летний опыт работы медицинских учреждений в условиях медицинского страхования показал, что избранная модель страхования в условиях Республики Молдова является удачной, что позволило значительно увеличить финансирование системы здравоохранения, увеличилась доступность населения к медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

¹ European Health Care Reform. Analysis of current strategies. World Health Organization Regional Office for Europe, 1997. – p. 456-461; Салтман Р. Фигейрас Дж. Реформа системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Перевод с английского. – Москва, 2000. – 432 p

² Atun R., Richardson E., Shishkin S., et al. Moldova: Health System Review, Health systems in Transition, 10(5), Copenhagen, World Health Organization 2008. – 138 p.; Ciocanu M. Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Chişinău: Epigraf, 2009. – 320 p.; Eţco C.,

Management în sistemul de sănătate. – Chişinău, 2006. – 864 p.

³ Atun R. Functional Analysis of the Stewardship in Moldova. Copenhagen, World Health Organization, regional Office for Europe. 2004 – 24p.; Or Z. Improving the performance of health care system: from measures to action. A review of experience in four OECD countries. Organization for Economic Co-operation and development. – Paris, 2002. – P. 54-59.

⁴ Eţco C., Ciocanu M., Buga M., şi al. Percepţia aranjamentelor de administrare a asiguraţilor obligatorii de asistenţă medicală în republica Moldova. – Chişinău, 2009, nr. 4 (31). – P. 109-112; Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M., Asigurări de sănătate în Republica Moldova. – Chişinău, 1996. – p. 95; Cobzari L., Vîsoţkaia T., Direcţiile de reformare a sistemului ocrotirii sănătăţii în Republica Moldova. Economica. – Chişinău, 2003, nr. 3 (43). P – . 71-72.

⁵ Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M., Asigurări de sănătate în Republica Moldova. – Chişinău, 1996. – P.95; Anuar Statistic al Centrului Naţional de Management în Sănătate, Chişinău, pe anii 1999-2010. www.cnms.md; Eţco C., Management în sistemul de sănătate. – Chişinău, 2006. – 864 p.

⁶ Atun R., Richardson E., Shishkin S, et al. Moldova: Health System Review, Health systems in Transition, 10(5), Copenhagen, World Health Organization 2008. – 138 p.; Ciobanu Gh., Epidemiologia urgenţilor medico-chirurgicale în rândurile populaţiei Republicii Moldova. Revista „Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină”. – Chişinău, 2007, nr. 6. – p. 66-71; Cobzari L., Vîsoţkaia T., Direcţiile de reformare a sistemului ocrotirii sănătăţii în Republica Moldova. Economica. – Chişinău, 2003, nr. 3 (43). – p. 71-72; Шишкин С. В., Реформа финансирования российского здравоохранения, ИЭПП. – Москва, 2000. – 248 с.

⁷ Ababii I., Tintiu D., Eţco C. Priorităţile asigurării populaţiei rurale cu asistenţă medicală în condiţiile actuale şi de perspectivă. Tezele conferinţei naţionale „Comunităţile rurale şi renaşterea satului”, AŞM. – Chişinău, 2005. – p. 16-21; Рябова Е., Ецко К., Рябов С. Современные аспекты экономики и организации здравоохранения. – Кишинэу, 2009. – 208 с.; Eţco C., Damaşcan Gh., Metoda de contractare a naşterii în cadrul sistemului asigurării medicale obligatorii din republica Moldova. Revista „Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină”. – Chişinău, 2006, nr. 1. – p. 4-7.

⁸ Eţco C., Damaşcan Gh., Metoda de contractare a naşterii în cadrul sistemului asigurării medicale obligatorii din republica Moldova. Revista „Sănătate

Publică, Economie şi Management în Medicină”. – Chişinău, 2006, nr. 1. – p. 4-7; Or Z. Improving the performance of health care system: from measures to action. A review of experience in four OECD countries. Organization for Economic Co-operation and development. – Paris, 2002. – p. 54-59.

⁹ Eţco C., Malanciuc Iu., Asigurările medicale. – Chişinău, 2007. – 454 p.

¹⁰ Ciocanu M., Ţurcanu Gh., Negruţa A. Populaţia şi accesibilitatea serviciilor de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală. Revista „Sănătate Publică, Economie şi management în Medicină”. – Chişinău, 2007, nr.5. – p.13-21.

¹¹ Damaşcan Gh. Mecanisme de plată pentru asistenţa medicală spitalicească. Revista „Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină”. – Chişinău, 2005, nr. 1. – p. 8-10.

¹² Russu Gh., Buga M., Gîscă L., şi al Unele totaluri ale implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova. Sănătate Publică, Economie şi management în Medicină. – Chişinău, 2007 nr. 6(31). – p. 43-46.

¹³ Ciocanu M. Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova. – Chişinău: Epigraf, 2009. – 320 p.

¹⁴ Russu Gh., Buga M., Gîscă L., şi al Unele totaluri ale implementării asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală în Republica Moldova. Sănătate Publică, Economie şi management în Medicină. – Chişinău, 2007 nr. 6(31). – P. 43-46; Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017. – Chişinău. – 72 p.; Рябова Е., Ецко К., Рябов С. Современные аспекты экономики и организации здравоохранения. – Кишинэу, 2009. – 208 с.

¹⁵ Anuar Statistic al Centrului Naţional de Management în Sănătate. – Chişinău, pe anii 1999-2010. www.cnms.md; Ciocanu M., Ţurcanu Gh., Negruţa A. Populaţia şi accesibilitatea serviciilor de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală. Revista „Sănătate Publică, Economie şi management în Medicină”. – Chişinău, 2007, nr.5. – P. 13-21 .

Yetsko K., Buga M., Damashkan G. THE HISTORY OF THE MANDATORY MEDICAL INSURANCE IMPLEMENTATION IN REPUBLIC OF MOLDOVA

The beginning of the 2000s was characterized by a high proportion of the hospital sector costs (75 – 80%), high level of patients hospitalization (200 – 210 patients per 1000 population), shortage of primary care physicians trained in family medicine

and extensive involvement of specialists for consultative assistance in the primary sector (30%).

An important stage in the health care reform was the adoption in 1998 of the “mandatory medical insurance” law, and in 2004 the beginning of mandatory health insurance (MHI). In result there was achieved a significant increase in health financing (from 937,5 mil. lei in 2004 to 4226,1 mil. lei in 2013); the creation of the single centralized fund, allowing the redistribution of risks; the change in the medical institutions status and their funding based on the contract; the approval of a Single Package of health services; the increase in population’s access to health services.

Model of mandatory medical insurance, introduced in the Republic of Moldova contains the common elements, specific to the social insurance systems in health care in other countries, especially European and based on the following principles: *solidarity*, the fundamental principle of

social insurance in health care, meaning that the healthy people pay for the sick, the young pay for the old, rich person pay for the poor; *justice* in health care provision, including for vulnerable groups; *universal access* to health services, with special emphasis on primary care, and disease prevention. The proposed model does not exclude the existence, and even encourages voluntary health insurance.

In a short period, were developed and approved a number of laws and other normative acts. Also need a more detailed analysis of the legal documents approved in order to protect public health and the strengthening of patients' rights, labour rights of health workers and teams of health care providers.

Key words: health, mandatory health insurance Republic Moldova, health care.