

Исследование по вопросам социальной защиты и социальной интеграции в Молдове

РЕЗЮМЕ

Введение

Целью данного отчета является освещение наиболее важных изменений и характеристик систем социальной защиты и здравоохранения Молдовы, и в частности, анализ воздействия государственной политики на уязвимые и маргинализованные группы населения. В нем кратко описываются изменения в макроэкономической, бюджетно-финансовой, демографической, образовательной сферах и на рынке труда, а также дается всесторонний анализ системы социальной защиты и социального обеспечения, бедности, пенсионной системы и системы здравоохранения. Анализ основан на открытом методе координации ЕС и представляет собой основу для всеобъемлющей стратегии, направленной на достижение устойчивого экономического роста, интеграции в рынок труда и социального сплочения. Этот отчет является первой попыткой рассмотрения степени гармонизации политики и статистической информации между Молдовой и ЕС, а также странами региона.

Молдова, в течение полувека являвшаяся частью Советского Союза — и извлекавшая выгоду из значительных субсидий и развития как промышленного, так и сельскохозяйственного секторов, что обеспечило достаточные доходы всему населению — после распада Советского Союза оказалась на перепутье. Переход Молдовы к рыночной экономике происходил медленно и сопровождался серьезными трудностями, а также рядом неудач, в числе которых: земельная реформа, приватизация государственных предприятий, и полное разрушение промышленного сектора. Полное отсутствие энергетических ресурсов наряду с территориальным разделением страны в результате самопровозглашения независимости Приднестровьем (на территории которого когда-то производилась треть всей промышленной продукции страны и почти вся электроэнергия) оказалось тяжелым ударом. Отсутствие разумных экономических и социальных реформ, в сочетании с политической нестабильностью на первом этапе переходного периода, привело к экономическому спаду и росту бедности, в результате чего Молдова попала в категорию беднейшей страны Европы.

Несмотря на эти неудачи, начиная с 2000 года, экономика Молдовы стала восстанавливаться, главным образом, благодаря денежным переводам мигрантов, объем которых в настоящее время составляет треть ВВП. Таким образом, за 2000–2008 гг. в молдавской экономике был зафиксирован кумулятивный рост в 62,9%, хотя достигнутый объем производства все еще составляет только 56,6% от общего объема производства 1990 года. Благодаря денежным переводам увеличились доходы населения, в результате чего возросли совокупный спрос и потребление. Спрос в большой мере удовлетворяется за счет импортируемых товаров, благодаря их более конкурентоспособным ценам и качеству, результатом чего стало резкое увеличение торгового дефицита и дефицита текущего счета. Хотя за 2000–2008 гг. зарплаты и пенсии возросли в реальном выражении более чем на 10%, они не играли значительной роли в повышении уровня жизни населения. Средняя чистая зарплата, составляющая в настоящее время в €165, значительно ниже средней зарплаты в ЕС.

Экономический рост, базировавшийся на денежных переводах мигрантов, сопровождался снижением бедности, но связанный с этим массовый отъезд населения дестабилизировал внутренний рынок труда. В течение переходного периода численность населения

сократилась более чем на одну пятую, а эмиграция более чем четверти самодеятельного негативно повлияла на рынок труда, приведя к снижению численности экономически активного населения и населения, занятого в экономике (также почти на одну пятую), в то время как численность экономически неактивного населения резко возросла. В то же время, уровень безработицы постепенно снижается, в основном по причине эмиграции и, в определенной мере, благодаря законодательным стимулам, введенным правительством в 2007 году.

Теневая экономика, широко распространенная в первое десятилетие переходного периода, начала сокращаться в течение его второго этапа. По данным Национального бюро статистики (НБС), в 2008 году вклад теневой экономики в ВВП составил 20,8%, в сравнении с 34,6% в 2000 году. За последние восемь лет доля продукции, произведенной домохозяйствами для собственного потребления, которая представляет собой часть теневой экономики, упала с 18,5% до 6,7%, что представляет собой крупнейшее падение доли в ВВП, вызванное трехкратным сокращением производства подсобных хозяйств.

Недостаточная эффективность структурных реформ в течение переходного периода не только негативно повлияла на экономику, но также привела к перемещению рабочей силы между секторами. Численность занятых в сельскохозяйственном секторе значительно снизилась — с 50,6% от общего числа занятых в 2000 году до 29,8% в 2008. Структурные корректировки, миграция и перемещение работников из одного сектора в другой привело к удвоению доходов от несельскохозяйственной деятельности в течение последних трех лет, на фоне снижения доходов от сельскохозяйственной деятельности — в целом примерно на одну пятую. Хотя некоторые работники перешли в другие секторы экономики, в частности, в строительство, большинство из них эмигрировали. В отличие от сельского хозяйства, промышленный сектор, который также не смог восстановиться в течение переходного периода, тем не менее, абсорбировал рабочую силу, высвободившуюся в сельскохозяйственном секторе (особенно строительная подотрасль).

Переход Молдовы к рыночной экономике вызвал определенную дезорганизацию в системе образования, сказавшись как на качестве образовательного процесса, так и на доступности образовательных услуг. Несмотря на то, что расходы на образование стабильно росли, и достигли 8,7% ВВП в 2008 году в сравнении с 5,7% в 2000, внутрисекторное и межсекторное разделение расходов является неадекватным. Существует огромный разрыв в уровне финансирования различных ступеней образования — общее обязательное образование получает почти половину всех средств, и эти средства используются неэффективно. Менее одной десятой финансирования идет на среднее специальное образование. Этот уровень обеспечения недостаточен для модернизации системы и подготовки специалистов для рынка труда. Концепция получения образования в течение всей жизни вообще, также как и дистанционного обучения в частности, в Молдове слабо развиты. Эти проблемы в системе образования, в сочетании с экономическими и социальными проблемами, с которыми сталкивается население, остановили рост показателей образования. За последние несколько лет показатели общей доли учащихся начальной и основной ступеней средних школ сократились. В противоположность этому, доля учащихся в дошкольном образовании растет, хотя существует нехватка детских учреждений, особенно в городской местности.

Молдову затронуло и старение населения, возникшее главным образом в результате снижения уровня рождаемости. Это привело к абсолютному и относительному падению численности молодого населения и росту доли пожилых людей. Падение рождаемости сопровождается снижением уровня смертности и ростом ожидаемой продолжительности жизни. Демокрафические прогнозы не являются положительными. По прогнозам ООН

население Молдовы может снизиться примерно на 20% к 2050 году. Демографический кризис окажет отрицательное воздействие в среднесрочном и долгосрочном планах, особенно на рынок труда и пенсионную систему.

Переход к рыночной экономике привел к значительному неравенству между столицей и остальной территорией страны, между городскими и сельскими районами, а также, в последнее время, между регионами развития. Крупнейший социально-экономический разрыв существует между кишиневским муниципальным округом и другими административно-территориальными единицами. Столица занимает ведущее положение не только в отношении потребления и доходов, но и государственных расходов и благосостояния. В отличие от Кишинева, который в меньшей степени пострадал от разрушения промышленности, другие города, зависевшие от одного или нескольких промышленных предприятий, пострадали гораздо сильнее. Начиная с 2006 года, страна разделена на шесть регионов развития, три из которых, в частности (Север, Центр и Юг) будут рассматриваться властями в среднесрочном плане в целях уменьшения разрыва между этими тремя регионами и между этими регионами и Кишиневом. Из трех регионов – Северного, Центрального и Южного – Северный является наиболее развитым, а Южный – наименее развитым, с самым низким объемом выпуска промышленной продукции на душу населения, самым низким уровнем инвестиций в фиксированный капитал, и наименьшим числом отчитывающихся предприятий.

Несмотря на постепенное восстановление во время второго этапа переходного периода, текущий экономический кризис отбросил назад молдавскую экономику и фактически понизил уровень жизни населения. В начале 2009 года, развитие молдавской экономики замедлилось, предопределив будущие проблемы, с которыми, вероятно, столкнется Молдова в кратко- и среднесрочной перспективе. В первом квартале 2009 года произошло сокращение экспорта, импорта, промышленного производства и транспортного сектора, а численность безработных и задолженность по зарплате резко возросли. В то же время, доходы бюджета и официальные резервы Национального Банка Молдовы (НБМ) продолжали снижаться, а расходы бюджета увеличивались. Снижение доходов бюджета по причине сжатия совокупного спроса, при одновременном падении объема переводов трудовых мигрантов на одну треть ставит под угрозу положение не только уязвимых групп населения, но и действующего бизнеса. Скорее всего, экономика не сможет абсорбировать трудовые ресурсы страны, или эмигрантов, возвращающихся в Молдову.

Политический кризис в стране, возникший после парламентских выборов апреля 2009 года, и связанные с ним бюджетные расходы представляют собой угрозу для экономики, переживающей серьезный спад, препятствуя адекватной реализации антикризисных мер экономической политики, направленных на поддержку частного сектора и уязвимых групп населения. Реакция на экономический кризис была запоздалой и недостаточной, главным образом из-за политической ситуации. Без полноценно функционирующего Парламента, самые эффективные предлагаемые меры налогово-бюджетной политики не могут быть утверждены. Однако, даже в случае принятия таких мер, предполагается, что в 2009 году молдавская экономика сократится, по крайней мере, на 5%, а уровень безработицы достигнет 10%, при малой вероятности восстановления в среднесрочной перспективе.

ДОСТУП К СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ

Система социальной защиты претерпела ряд трансформаций после 1998 года. Существующая в Молдове система социальной защиты состоит из государственного социального страхования и социального обеспечения — последнее не существовало до

обретения независимости. Несмотря на многочисленные институциональные реформы, существующая система социальной защиты является централизованной, как с политической, так и административной точек зрения, в то время как необходимо укрепление ее потенциала в сфере анализа и стратегического планирования, в том числе потенциала по освоению внешней помощи. Административная децентрализация без бюджетно-налоговой децентрализации подрывает дееспособность местных публичных властей (МПВ) в поддержке устойчивости социальных услуг, предоставляемых по месту жительства. Отсутствие финансовых ресурсов в бюджетах административно-территориальных единиц не позволяет МПВ удовлетворить спрос на социальные услуги, что приводит к чрезвычайно высокому уровню институционализированного попечения с высокими затратами.

Затраты на социальное обеспечение растут, и в 2008 году достигли 30% от общих расходов государственного бюджета и 12% от ВВП. Донорская помощь сектору социальной защиты была значительной, особенно во втором десятилетии переходного периода. За период в 8-9 лет в сектор социальной защиты была направлена внешняя помощь на общую сумму в 83 миллиона евро. Значительную помощь сектору социальной защиты предоставила Европейская Комиссия, ее сумма составила 27 миллионов евро за 2008–2010 гг., техническую помощь также предоставили Международная Организация по Миграции (МОМ), Детский Фонд ООН (UNICEF), Шведское Агентство по международному развитию для сотрудничества (SIDA) и другие партнеры по развитию страны. Эффективность донорской помощи неодинакова, она зависит от политической воли для реализации ряда непопулярных политических мер и от качества предоставленных рекомендаций. Она также зависит от координации между донорами, которая первоначально была довольно слабой, но значительно улучшилась после укрепления сотрудничества между ними.

В отличие от государственного бюджета, бюджет государственного социального страхования (БГСЦ) в 2008 году был выполнен также хорошо, как и в 2004, с превышением доходов над расходами. Несмотря на это, в результате сокращения доходов государственного бюджета, возвращения примерно 40 тысяч эмигрантов, роста безработицы и численности уязвимых людей, в дальнейшем дефицит бюджета государственного социального страхования может вырасти до беспрецедентного уровня. Экономический кризис, последствия которого уже заметны, вкупе с демографическими изменениями и нарушением равновесия рынка труда, подорвут устойчивость БГСЦ. Результат выразится в более медленном повышении размера социальных выплат, а также в возникновении долгов.

Следует отметить, что выплаты в рамках системы социальной защиты являются важным источником доходов для уязвимого населения, помимо доходов таких домохозяйств от зарплаты. Однако, воздействие пособий по социальному обеспечению на снижение уровня бедности очень незначительно, представляя разницу в 1% в сравнении с 11,9% для пособий по социальному страхованию. Более того, те домохозяйства, главным источником дохода которых являются пособия по социальному обеспечению, подвержены высокому риску бедности (33,6%). Незначительный эффект пособий по социальному обеспечению на уровень жизни может быть частично объяснен категориальным подходом к доступу. Однако, тот факт, что домохозяйства, получающие пособия по социальному обеспечению рассматриваются в числе беднейших, указывает на то, что проблема состоит не только в определении целевых групп, но также и в малом размере пособий.

Наиболее важными и затратными пособиями социального страхования являются пенсии, пособия по безработице, пособия по беременности и родам и пособия по уходу за

ребенком. Размер пособий по социальному страхованию растет, что, в определенной мере, помогает избежать социальной маргинализации. Однако, средний размер пособий по социальному страхованию мал в сравнении со странами ЕС.

Схемы социального обеспечения включают 18 видов денежных пособий и социальных услуг. Права на получение денежных пособий основаны на основе категориального подхода, а платеж должен носить компенсационный характер. Только в случае права на три пособия применяется тестирование доходов для определения прав заявителей на получение соответствующих пособий (пособие по уходу за ребенком от полутора до 16 лет, материальное и гуманитарное, и недавно введенное пособие по бедности, называемое “социальной помощью”).

Самыми большими пособиями социального обеспечения, как по затрачиваемым средствам, так и по охвату, являются целевые компенсации по оплате коммунальных услуг, предоставляемые 11 категориям населения. В 2004 году этот вид социальной помощи был определен как самая дорогостоящая социальная программа, доля которой в общем объеме трансфертов по социальной помощи составила около 47%. Хотя целевые компенсации действительно помогают определенным уязвимым категориям в преодолении бедности и социальной маргинализации, тот факт, что система определения целевых групп основана на категориях населения и не принимает в расчет уровень жизни бенефициаров и их потребность в социальной помощи, ведет к определенным проблемам в системе — как бедные так и не-бедные домохозяйства получают компенсации. Например, в 2007 году, два самых богатых квинтиля получили одну треть от всех целевых компенсаций.

Эти ошибки включения в систему компенсаций побудили правительство заменить целевые компенсации социальной помощью, основанной на тестировании средств, а не на категориальном подходе, чтобы помощь в большей степени достигала бедных слоев населения. Социальная помощь для бедных семей была введена 1 октября 2008 года. Ее размер определяется на основании среднего общего дохода семьи, тестируемого при помощи механизма проверки материального положения, при котором доходы проверяются с использованием ряда критериев, в целях обеспечения адекватного определения целевых групп. Первый этап реформы предусматривает одновременное существование социальной помощи и целевых компенсаций, при замораживании размера последних и не включении новых бенефициаров. Целевые компенсации впоследствии будут исключены. Это может произойти к концу 2009 года, в зависимости от развития ситуации, как в связи с политическим, так и экономическим кризисом в Молдове.

Что касается социальных услуг, наиболее важными видами услуг, предоставляемыми государством, являются услуги по попечению в специальных учреждениях, надомное социальное обслуживание и социальные столовые. Помимо данных услуг, государство предоставляет услуги по реабилитации, санаторно-курортному лечению для инвалидов, а также протезно-ортопедические услуги, и другие виды услуг по лечению опорно-двигательного аппарата для инвалидов и участников войны. Существуют также услуги, предоставляемые по месту жительства, которые в основном появились после 2003 года, когда местные публичные власти начали сотрудничать с гражданским обществом и донорами. Такое сотрудничество обычно сфокусировано на предоставлении социальных услуг, или возможностей по бесплатному использованию материальных активов, и в меньшей степени на стратегиях экономического и социального развития местных сообществ.

Разные поставщики предоставляют услуги различного качества. В отсутствие нормативной базы предоставления социальных услуг, их поставщикам приходится иметь дело с устаревшими нормативными актами, ограничивающими предоставление услуг, и в большинстве случаев, они должны действовать в соответствии с требованиями доноров. Мониторинг социальных услуг проводится публичными властями основываясь только на промежуточном результате (подсчете количества услуг и бенефициаров), без оценки конечного результата (затраты и социальный эффект для групп риска). Отсутствие должной системы оценки препятствует развитию механизма аккредитации, сфокусированного на обеспечении соответствующего качества и эффективности услуг.

Согласно Закону о социальной помощи, дети, многодетные семьи или семьи с детьми-инвалидами, инвалиды и пожилые люди, особенно одинокие, считаются наиболее уязвимыми категориями населения. Рома (цыган) также можно добавить к этой группе, так как с учетом их жизненного стиля, они в большей степени исключены из рынка труда, систем образования и здравоохранения, чем другие этносы. Эти категории в определенной мере совпадают с категориями уязвимых групп населения, определенными в Обзоре бюджетов домохозяйств (ОБД).

Однако, существуют определенные группы населения, которым государство не уделяет должного внимания. Поэтому, несмотря на то, что программы социальной защиты включают значительное число бенефициаров и пособий, они не содержат меры по защите взрослых в ситуациях риска. Молодые люди, покидающие социальные учреждения, где они проживали до определенного возраста, попадают в эти исключенные группы. Низкий уровень образования, слабые навыки самостоятельной жизни и отсутствие профессиональной подготовки не позволяют им интегрироваться в рынок труда. Отсутствие нормального жилья и источника средств к существованию, низкий уровень внимания к их проблемам со стороны местных властей, вынуждает их к поиску не всегда законного заработка. Еще одна группа, которая считается исключенной – лица, освобожденные из мест заключения. При освобождении из заключения, учреждения предоставляют им лишь единовременное пособие для трудоустройства, и, также как и молодежи, покидающей социальные учреждения, им не предоставляется дальнейшая поддержка. В кратко- и среднесрочной перспективе крайне важно уделить внимание проблемам этих уязвимых групп и избежать перерастания экономического спада в социальный кризис.

БЕДНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ МАРГИНАЛИЗАЦИЯ

Экономический рост во втором десятилетии переходного периода сопровождался некоторым снижением уровня бедности. Абсолютный уровень бедности, по оценке, выполненной на базе данных ОБД, демонстрирует тенденцию к снижению, при масштабе бедности около 30% в 2006 году в сравнении с 25,8% в 2007 году. В контексте достижения Целей Развития Тысячелетия (ЦРТ) в Молдове фиксируется аналогичная картина. Доля населения с уровнем потребления ниже порогового уровня ЦРТ снижалась в 2006 и в 2007, составив, соответственно, 34,5% и 29,8% от численности всего населения,.

Снижение уровня бедности сопровождалось уменьшением неравенства. В 2007 году коэффициент Джини понизился в сравнении с 2006 годом и достиг наименьшего значения за весь период наблюдения (0,298) — этот показатель означает сокращение разрыва в объеме потребительских расходов между богатыми и бедными. Уменьшение неравенства также подтверждается распределением 90/10 средних потребительских расходов на эквивалентного взрослого, значения которого составили 7,0 и 6,1 в 2006 и 2007 гг., соответственно.

Что касается территориального распределения бедности, по данным ОБД за 2006 и 2007 годы, самый высокий уровень бедности в 34,1% и 31,3%, соответственно, был зарегистрирован в сельских регионах. Такой высокий уровень объясняется высокой долей населения, занятого в сельскохозяйственном секторе, несмотря на его значительное сокращение во втором десятилетии переходного периода. Риск абсолютной нищеты также относительно высок в малых городах, где он составил 30,1% в 2006 году, и 23,8% в 2007. Недостаточное развитие услуг и инфраструктуры препятствовало привлечению инвестиций и экономическому восстановлению, что повлекло за собой высокий уровень бедности. Отсутствие земельных наделов, которые могли обеспечить минимально необходимое потребление продуктов, еще более осложнило жизнь населения малых городов.

В соответствии с ОБД, наиболее уязвимыми домохозяйствами в Молдове являются домохозяйства с детьми, находящимися на попечении лиц, не являющихся их родителями, многодетные семьи, лица из домохозяйств, занятых сельским хозяйством, пожилые люди, инвалиды, безработные и лица без образования или профессиональных навыков. Образование остается одним из важнейших факторов, определяющих уровень уязвимости домохозяйств. Точнее говоря, риск бедности зависит от образовательного уровня главы домохозяйства, существенно снижаясь при повышении уровня образования.

Доход от денежных переводов значительно влияет на уровень жизни населения. Домохозяйства, для которых главным источником дохода являются денежные переводы, характеризуются самым низким уровнем риска бедности (16,7%), в противоположность домохозяйствам, получающим доходы от сельского хозяйства и социальных пособий. Миграция рассматривается в качестве одной из возможностей избежать бедности для неимущих, а члены домохозяйств, считающих себя бедными, с большей вероятностью уедут за рубеж, чем члены не-бедных домохозяйств. Эмиграция, по-видимому, вносит значительный вклад в повышение уровня жизни бедных слоев населения.

Последние несколько лет большинство мер экономической политики были направлены на экономическое развитие и снижение бедности. В сфере сокращения бедности главными задачами являются улучшение доступа бедных групп населения к образованию, здравоохранению, социальной защите и рынку труда – ключевым секторам, в которых может быть измерен уровень социальной интеграции и неравенства.

ПЕНСИОННАЯ СИСТЕМА

После 1998 года, когда была начата пенсионная реформа, пенсионная система подверглась нескольким трансформациям. Реформы, помимо других мер, включали расширение охвата, изменения в уровне пенсий, увеличение взносов в пенсионный фонд, изменение пенсионного возраста и периода уплаты взносов, и применение очень сложных формул для расчета размера пенсий. Пожалуй, неизбежным результатом этого стала очень сложная и малопонятная система, далекая от прозрачности, по своей природе сложная для объяснения новым поколениям работников и пенсионеров. Недостатками существующей пенсионной системы являются неадекватность пенсионных пособий, проблемы с соблюдением норм и со сборами, отсутствие достаточных стимулов к участию в системе и уплате взносов.

Ряд факторов продолжает дискредитировать пенсионную систему страны. Во-первых, в то время как налогово-бюджетная устойчивость улучшилась, пенсионная система не в полной мере готова к неизбежному старению населения и массовой миграции. Во-вторых, укрепилась связь между взносами и пенсионными выплатами, и пенсионная система сейчас более приспособлена к рыночным условиям. Однако, предоставление льготных

пенсий и перераспределение пособий в пользу работников сельскохозяйственного сектора ведут к несоответствиям. В-третьих, уровень замещения доходов, как правило, не является достаточным для обычных категорий пенсионеров с составляет лишь одну треть текущей средней чистой зарплаты, в то время как размер минимальной пенсии составляет чрезвычайно высокую долю средней пенсии - 70%, что отражает усилия по сохранению уровня жизни людей с низкими доходами (в том числе, имеющих рабочий стаж с перерывами в официальном секторе, или постоянный стаж при маленькой зарплате). В-четвертых, дискредитируется пенсионное равенство, так как к различным категориям пенсионеров применяется различный подход в том, что касается определения их пенсий.

Для укрепления пенсионной системы в первую очередь необходимо уделить внимание решению структурных проблем. Возврат к восстановлению реальной стоимости прошлых заработков при расчете пенсии, сопровождаемый более низким коэффициентом накопления — коэффициент накопления 1,4% от зарплаты брутто для стажа до 30 лет, и 2% для стажа более 30 лет — обеспечил бы более устойчивые долгосрочные коэффициенты возмещения и уменьшил бы различия между группами пенсионеров. Повышение стимулов к участию в существующей пенсионной системе через более тесную связь между взносами и пенсионными выплатами, при недопущении аннулирования взносов и корректировке уровня минимальных пенсий и взносов для занимающихся индивидуальной трудовой или предпринимательской деятельностью и фермеров, улучшило бы финансовую ситуацию системы и предоставило бы дополнительные налогово-бюджетные возможности для повышения размера пособий, снижения ставок взносов и/или введения второго уровня пенсионной системы в подходящий для этого момент. Дальнейшие реформы, направленные на решение проблемы старения населения, должны быть сфокусированы на расширении участия в трудовых ресурсах пожилых людей, чтобы избежать сокращения размера пособий, и резкого роста ставок взносов, что может негативно повлиять на занятость в официальном секторе.

Недавно правительство обсуждало меры по усовершенствованию пенсионной системы. Оно рассмотрело вопрос продолжения реформ, начатых в 1998 году, в рамках более широкого набора вариантов, включая попытку изучения возможных последствий введения второго уровня пенсионной системы, финансируемого в полном объеме. Однако, для существования уровня, финансируемого из обязательных отчислений, необходим устойчивый первый уровень, функционирующие рынки капитала, соответствующая среда и адекватный административный потенциал. Она требует также прочной и стабильной макроэкономической базы, в отличие от той, которая сложилась в результате текущего мирового экономического спада. Все этим условиям Молдова не соответствует, и маловероятно, что будет соответствовать им в кратко- и среднесрочной перспективе, по причине экономического кризиса и падения доходов бюджета и доходов населения, что привело к временному нарушению хода реформ.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ДОЛГОСРОЧНЫЙ УХОД

Что касается системы здравоохранения, то модель системы здравоохранения Семашко развалилась вскоре после обретения Молдовой независимости, по причине своей неспособности эффективно использовать имеющиеся ресурсы. Проявлениями такой неспособности были финансовые проблемы, падение качества услуг здравоохранения, и быстро растущие ограничения доступа к здравоохранению для граждан страны. В результате, повсеместно распространилось взяточничество. К 2000 году, почти половина расходов на медицинское обслуживание оплачивалась наличными, хотя за последнее время ситуации немного улучшилась. По информации из различных источников, неофициальные платежи, восполнявшие пробел, возникший в результате краха

государственного финансирования, все еще остаются серьезным препятствием для доступа населения к услугам здравоохранения.

Вследствие социальных и экономических потрясений переходного периода и неспособности системы здравоохранения справиться со старыми и вновь появляющимися угрозами для здоровья, состояние здоровья населения значительно ухудшилось. Несмотря на то, что менеджмент в сфере борьбы с туберкулезом (ТБ) в стране значительно улучшился на последние пять лет, это заболевание все еще представляет угрозу для общества. Растущее число случаев заражения ВИЧ/СПИД через гетеросексуальные контакты (раньше вирус в основном распространялся среди потребителей инъекционных наркотиков), вместе с высокой частотой случаев заболеваний, передающимися половым путем (ЗППП) требуют незамедлительного внимания.

Такие детерминанты здоровья, как стиль жизни и условия жизни в стране значительно влияют на показатели заболеваемости и смертности. Тревожные тенденции в потреблении алкоголя и росте распространения курения не удалось остановить, и, наряду с загрязнением водных ресурсов и ограниченным доступом к водоснабжению и канализации, они являются причиной высокого уровня заболеваемости и смертности в Республике Молдова. Кроме того, Молдова остается эндемической зоной гепатита. Несмотря на то, что реформы последнего десятилетия остановили падение ожидаемой продолжительности жизни в стране, Молдова по этому показателю сильно отстает от своих соседей и ЕС.

В 1996 году началась реализация пакета реформ, благодаря которым, как считается, была изменена система здравоохранения страны. В рамках этих реформ был установлен базовый пакет бесплатных медицинских услуг, а также список цен на услуги, которые были бесплатными до 1988 года, значительно сократилось число мест в региональных больницах (1996–2006), была усилена первичная медицинская помощь и служба скорой помощи страны и введено обязательное медицинское страхование (2004). Хотя благодаря этим реформам улучшилось финансирование и администрирование сектора здравоохранения, в настоящее время принцип всеобщего доступа к услугам здравоохранения дискредитируется большими региональными различиями и неравным доступом к услугам между городскими и сельскими регионами. Кроме того, такими услугами как госпитализация и амбулаторное лечение в большей мере пользуется городское население.

Обязательное медицинское страхование предоставляет доступ к медицинским услугам в пределах ежегодно утверждаемого пакета услуг только одной трем четвертям населения, оставляя вне системы некоторые уязвимые группы. После введения медицинского страхования было объявлено о всеобщем доступе к первичной и срочной медицинской помощи; однако, объем услуг, доступных на всеобщей основе для незастрахованных, гораздо меньше в сравнении с застрахованными. Доступ к обязательному медицинскому страхованию наиболее ограничен в сельских районах. Хотя дети, как уязвимая группа, были включены в список категорий, пользующихся бесплатным доступом к медицинскому страхованию, объем включенных услуг и компенсируемых медикаментов таков, что семьям все еще необходимо тратить достаточно много наличных денег. Кроме того, стоимость медикаментов для населения является серьезным препятствием к доступу ко всем видам помощи. Как застрахованным, так и незастрахованным во многих случаях приходится платить за большинство медикаментов на уровне первичной помощи и амбулаторного лечения, а иногда и в условиях госпитализации.

Медицинские услуги, предоставляемые населению, не поддерживаются серьезным механизмом контроля качества. Механизмы реализации положений законов, регулирующих обязательства медицинского персонала и права пациентов, все еще находятся в стадии разработки. Принимаются активные меры для разработки современных клинических руководств и протоколов. Однако, внедрение вновь разработанных протоколов в клиническую практику происходит медленно.

Многие источники указывают на технологическую отсталость сектора здравоохранения. Устаревшее, неисправное оборудование, а во многих случаях и отсутствие такового на всех уровнях системы здравоохранения замедляет внедрение новых электронных технологий в клиническую практику, увеличивая разрыв между качеством здравоохранения в Молдове и других странах Европы. Низкий уровень подготовки и мотивации работников здравоохранения ставит под вопрос способность сектора здравоохранения обеспечить достаточное число хорошо подготовленных и преданных своему делу медицинских работников. Проблема массового ухода специалистов из медицинского сектора очевидна и требует решения.

В Молдове не существует официального определения долгосрочного ухода, который представляет собой спектр социальных и медицинских услуг, предоставляемых различными государственными органами и неправительственными организациями. В основном, долговременный уход обеспечивается на уровне семьи. Существующий институциональный потенциал не в состоянии адекватно удовлетворить потребности, и не соответствует стандартам качества адекватного ухода. На сегодняшний день, под давлением негосударственного сектора и сообщества доноров, было разработано ограниченное число стандартов в этой сфере.

В сегодняшней ситуации сложно оценить влияние финансового кризиса на сектор здравоохранения, так как оно в большей мере будет зависеть от ответных действий государства и времени их реализации. Отсутствие такой стратегии в настоящее время указывает на неготовность руководства здравоохранением принимать меры в связи с сегодняшним и будущим влиянием финансового кризиса. Возможное сокращение финансирования здравоохранения в результате уменьшения поступлений от обязательного медицинского страхования и падения доходов государственного бюджета, может привести к ухудшению финансовой ситуации в медицинских учреждениях и подвергнуть угрозе устойчивость данного сектора. В результате вероятных финансовых проблем может пострадать лекарственное обеспечение больниц и доступность возмещаемых медикаментов в учреждениях, предоставляющих первичную помощь. Устойчивая модель взяточничества среди медицинских работников и неспособность продолжать модернизацию сектора здравоохранения, вероятно, снизят доступность и качество услуг здравоохранения.