

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY MOLDOVA EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

---

## Tartalom

Politikai-gazdasági környezet .....	2
Demográfia .....	2
Az egészségügyi rendszer általános jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	4
Egészségügyi ellátórendszer .....	5
Gyógyszer ellátás .....	6
Egészségügyi dolgozók .....	7
Egészségügyi reformok .....	8
Forrás .....	9

Készítette: GYEMSZI Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság,  
Rendszerelemzési Főosztály

2013. szeptember

## Politikai-gazdasági környezet

Moldova Délkelet-Európában, Ukrajna és Románia között fekszik, területe 33 850 km<sup>2</sup>. A Moldovai Köztársaság 1991-ben jött létre a Szovjetunió szétbomlása után. A függetlenség óta az ország súlyos gazdasági problémákkal küzd. Moldova gazdaságát a mezőgazdaság és az élelmiszer-feldolgozás dominálja. A gazdaság liberalizációs és stabilizációs programja ellenére a külső és belső gazdasági nehézségek az életszínvonal jelentős visszaesését eredményezték. 1993 és 1999 között a GDP 60 százalékkal esett vissza. Az utóbbi időben történő növekedés ellenére Moldova Európa legszegényebb országai közé tartozik (a lakosság közel 30 százaléka - a Világbank szerint - a szegénységi küszöb alatt él), 2011-ben az egy főre jutó GDP 3369 PPP\$, az infláció mértéke 7,6 százalék volt (WHO HFA). 2012-ben a munkanélküliség 5,6 százalék volt. (Az alacsony munkanélküliség mutatójához hozzátartozik, hogy a munkaképes korú lakosok jelentős része külföldön vállal munkát: WHO HIT, 2012) 2012-ben a költségvetési deficit a GDP 2,1 százaléka, a bruttó államadósság a GDP 50 százaléka<sup>1</sup>.

A függetlenség elnyerése után Moldova 1994-ben fogadta el új alkotmányát, majd 2000-ben parlamentáris köztársasággá vált. Az állam élén a parlament által négyévenként megválasztott elnök áll. A miniszterelnököt az államelnök jelöli, és a parlament hagyja jóvá. Az egykamarás parlament 101 tagját négy évre választják népszavazás útján. A Kommunista Párt 2001-es visszatérésével induló, hosszú ideig tartó politikai krízis és patthelyzet után 2012-ben Nicolae Timofti lett az elnök az Európai Integrációs Szövetség által vezetett koalíció támogatásával. Az ország 1991-ben csatlakozott a szovjet utódállamokból alakult FÁK-hoz. A moldovai kormány célul tűzte ki az európai integrációt és az EU-hoz való jövőbeni csatlakozást, de az ország jelenleg még nem tagjelölt, az EU-s kapcsolatokat az Európai Szomszédsági Politika formálja.

A Moldovai Köztársaság függetlensége óta konfliktusok állnak fenn a Dnyeszter folyótól keletre elterülő Transznisztríával (Dnyeszteren Túli Köztársaság). A Szovjetunió felbomlása után Moldovától elszakadt keskeny, 600 ezer lakosú földsáv 1990 szeptemberében nyilvánította ki függetlenségét orosz segítséggel, bár a világon sehol sem ismerik el önállóságát.

## Demográfia

Moldova lakossága 4,2 millió, a legnagyobb csoportot a román anyanyelvű moldávok képezik (78,2 százalék), a kisebbségek között található ukrán, orosz, török, bolgár, roma és egyéb csoportok. A függetlenség óta folyamatos az elvándorlás az országból, és az 1990-es évek közepe óta a lakosság csökkenőben van. A 0-14 éves korú lakosság az alacsony születési arány miatt csökken, a felnőtt lakosság számát pedig a kivándorlás befolyásolta kedvezőtlenül.

A születéskor várható élettartam a függetlenségtől kezdődően 1995-ig csökkent – a férfiaknál 65,6 évről 62 évre, a nőknél 72,3 évről 69,7 évre. Ezután növekedésnek indult és a nőknél 2006-ban, a férfiaknál 2008-ban nyerte vissza korábbi értékét, de így is alacsony más európai országokhoz viszonyítva, 2011-ben a nőknél 75,09, a férfiaknál 66,83 év<sup>2</sup>. A fő halálok a szívkoszorú betegség mindkét nem esetén (100 ezer lakosra 664 haláleset, nőknél 570, férfiaknál 797). Számos ilyen haláleset a túlzott alkohol és

<sup>1</sup> National Bank of Moldova

<sup>2</sup> WHO HFA

dohány fogyasztásnak tulajdonítható. A halálokokban vezető helyen vannak még az emésztési rendszer betegségei (100 ezer lakosra 102) és a daganatok (100 ezer lakosra 96). Az összesített standardizált halálozási ráta csökkent 2005 után, de még így is a FÁK átlaga fölött van. A csecsemőhalálozás növekedésnek indult az 1990-es években: 1992-94-ig 18,3-ről 22,9-re emelkedett ezer élveszületésre vetítve, ezután csökkenni kezdett és 2011-ben 11 volt. A gyermekek védőoltással való ellátottsága magas valamennyi oltással megelőzhető betegségre nézve.

## **Az egészségügyi rendszer általános jellemzői**

Moldova egészségügyi rendszerét a kötelező egészségbiztosítás és az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés jellemzi. Az egészségügyi rendszer irányítója az Egészségügyi Minisztérium, amely felelős a szolgáltatások szervezéséért, működtetéséért és szabályozásáért. Az 1994-es alkotmány garantálja az egészséghez és az állam által nyújtott térítésmentes minimum szolgáltatási csomaghoz való jogot. Az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg ellátás a helyhatóságok felügyelete alatt áll, míg a terciális ellátás az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt áll, csakúgy, mint a mentés országos és helyi szintű szervezetei.

Az 1991-es függetlenség után a központosított gazdaságból a piacgazdaságba történő átmenet hatást gyakorolt az egészségügyi rendszer alakulására. Az 1990-es évek gazdasági nehézségei az állami bevételek gyors csökkenéséhez vezettek, amely az egészségügyi kiadások jelentős csökkenését eredményezte. A rendszerben tartósan fennálló problémák a szolgáltatások volumenének zsugorodásához és az egészségügyi dolgozók fizetésének hiányaihoz vezettek. A pénzügyi sokk 1998-ban tetőzött, amikor majdnem az összes vidéki kórházat be kellett zárni. Ugyanebben az évben jóváhagyták az egészségbiztosításról szóló törvényt, de a hatályba lépést elhalasztották. 2001-ben létrehozták az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat, majd 2004-ben országos szinten életbe léptették az egészségbiztosításról szóló törvényt. Az állam által garantált alapjuttatási csomagot átalakították. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár lett az egyedüli intézmény, amely felelős a szolgáltatások finanszírozásáért, a pénzalapok beszedéséért és igazgatásáért. A szervezet az egészségügyi ellátókkal kötött szerződés útján vásárol szolgáltatásokat. Az egészségbiztosítási törvény 2004-es bevezetése alapvető elmozdulást jelentett a korábbi Szemasko típusú rendszerben alkalmazott finanszírozási mechanizmustól.

Az állam által garantált juttatási csomag a következő szolgáltatásokat tartalmazza: sürgősségi ellátás, alapellátás, szakellátás és terciális ellátás (benne a rehabilitációval), terhesség-magszakítás, sürgősségi és megelőző fogászati ellátás, kiegészítő szolgáltatások (betegszállítás, labor, műszeres vizsgálat), otthoni és palliatív ellátás. A juttatási csomagot 2012-ben kibővítették immunológiai, radiológiai és nukleáris medicina vizsgálatokkal. A kötelező egészségbiztosítás nem fedezi a kozmetikai műtéteket, a gyógyfürdő kezelést, az in vitro megtermékenyítést és a szemészeti szolgáltatásokat.

Moldovában az egészségügyi szolgáltatásokat többnyire az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral szerződött állami ellátó intézmények nyújtják. A szolgáltatások nagyon kis hányada történik csak a magánszektorban, ezek többnyire a járóbeteg ellátás, a diagnosztikai laborok és a gyógyszertárak szolgáltatói. A kórházi ellátásban és az alapellátásban kevés a magán szereplő, bár egy 2009-es törvénymódosítás megszüntette az egészségügyi szektorba történő befektetés akadályait.

## Finanszírozás

### Egészségügyi kiadások

Moldova egészségügyre fordított GDP arányos kiadása 2011-ben 11,38 százalék volt, a legmagasabb Európában<sup>3</sup>. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás 385,56 USD PPP volt, amely más európai országokhoz viszonyítva igen alacsony. Az alacsony egy főre jutó egészségügyi kiadás számottevően korlátozza a szolgáltatási csomag volumenét és minőségét. Az állami kiadások aránya is jóval alacsonyabb más országokhoz képest, ami megnöveli a magánkiadások részesedését és nagy terhet ró a lakosság legszegényebb rétegeire.

### Forrásgyűjtés

2011-ben az egészségügy finanszírozásában az állami kiadások aránya 45,6 százalékot tett ki. A magánkiadások aránya 54,42 százalék volt, ennek a 82,6 százalékát a betegek közvetlen készpénzfizetése képezte.

A munkavállalók járulékaiknak és a központi költségvetés hozzájárulásának egy alapba foglalása elősegítette a szolidaritás beépítését a rendszerbe. Az teljes lefedettséget azonban nem sikerült elérni – létezik a lakosságnak egy biztosítás nélküli része, amely 2011-ben 20,3 százalék volt. A biztosítás nélküli lakosság többnyire vállalkozó mezőgazdasági munkásokból vagy a városokban feketén dolgozó munkásokból áll. 2010-től a szegénységi küszöb alatt élő háztartások automatikusan részesülnek biztosítási fedezetben.

Az egészségügyi rendszer bevételeinek fő forrásai a készpénzfizetések (köztük az állami fedezetre nem jogosult vállalkozók közvetlen kifizetései); az Országos Egészségbiztosítási Pénztár bevételei, amely a munkavállalók járulékaiból és a központi költségvetés átutalásaiból áll a nem dolgozó lakosság biztosítására, valamint a nem biztosítottak számára az alap- és sürgősségi ellátás szintén központi költségvetésből nyújtott finanszírozási összegei (ez utóbbi két tétel, vagyis a központi költségvetési átutalások a biztosítás bevételeinek kétharmadát teszi ki). Az alapellátás és a sürgősségi ellátás biztosítási státusztól függetlenül megilleti a lakosokat. Az önkéntes egészségbiztosítás részesedése 0,1 százalék alatt van. A készpénzfizetés informális fizetésekből és szolgáltatások szerinti fizetésekből állnak. A moldovai egészségügyi rendszerben nem léteznek felhasználói díjak és a közfinanszírozott szolgáltatáshoz önrész fizetések.

### Forrásallokáció

2004-től az alapellátás szolgáltatásait fejkvóta alapján térítették, majd ösztönzőket vezettek be, hogy jobban tükrözzék a szükségletekben fennálló változatosságot. Kezdetben az alapellátás egyszerű súlyozatlan fejkvótában részesült, majd 2005-től ezt extra fizetéssel kombinálták bizonyos minőségi indikátorok teljesítéséért. 2009-től a fejkvóta formulát kockázat (kor) szerint igazították. Bónusz fizetéseket a következő ellátásokért nyújtanak: TBC ellátás, a terhesség első trimeszterében nyújtott ellátás, nőgyógyászati citológiai szűrés, a gyermekek első éves korban nyújtott ellátása.

---

<sup>3</sup> WHO HFA

A kórházi és a terciális ellátást különböző mechanizmusok szerint térítik, attól függően, hogy a beteget fekvőbetegként vagy járóbetegként kezelik. 2004-től a járóbeteg szakellátás fejkvóta alapú finanszírozásban részesült, ami várhatóan változni fog, tekintettel a fekvőbeteg ellátásban kidolgozás alatt álló DRG alapú mechanizmusokra. 2008-tól globális költségvetést alkalmaztak a hosszan tartó kórházi ellátásban részesülő betegek számára (pl. pszichiátria). 2012-től kezdődően kilenc kórházban végeznek DRG modellkísérleteket. (WHO HIT, 2012)

## Egészségügyi ellátórendszer

### Alapellátás, járóbeteg-szakellátás

Moldova az alapellátási intézmények kiterjedt hálózatával rendelkezik, amelyek földrajzilag jól elérhetők. Az alapellátást állami és magán ellátók nyújtják. A szolgáltatások két csoportra oszthatók, alapvető és kiegészítő szolgáltatásokra. Az alapvető alapellátási szolgáltatások közé tartozik a sürgősségi ellátás, megelőzés, egészségfejlesztés és egészségnevelés, krónikus ellátás, terhes nők és kismamák konzultációs szolgáltatásai, gyermekek, serdülők, idősek és rászoruló csoportok ellátása, kisebb műtétek, családtervezés, egészségügyi-szociális szolgáltatások, köztük az otthoni és palliatív ellátás. A kiegészítő szolgáltatások (diagnosztika, rehabilitáció, gyógyszer ellátás) a hagyományos alapellátás hatáskörén kívül vannak és csak akkor nyújthatók, ha a személyzet további képesítéssel rendelkezik és a szükséges berendezés rendelkezésre áll.

Az alapellátás nyújtásában fontos szerepet játszanak a családorvosi központok a városi/körzeti környezetekben, a területi orvosi szövetségek (territorial medical associations) pedig a fővárosban. A családorvosi központok 40 ezertől 80 ezerig terjedő lakost fednek le és közvetlen szerződésben állnak az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral. A központok családorvosi rendelőkből és egészségügyi rendelőkből állnak. Egy családorvosi rendelő 900-3000 lakost fed le, egy egészségügyi rendelő 900 lakosnál kevesebbet fed le és csak családorvosi ápolókból állnak. A családorvos szabadon választható, azonban ajánlott a lakóhelyhez legközelebbi intézménynél regisztrálni. Az állampolgároknak joguk van évente egyszer családorvost váltani, vagy ezt költözés esetén megtenni.

A szakellátást körzeti kórházak és specializált járóbeteg ellátók nyújtják. A járóbeteg ellátók gyakran ugyanazon a helyen működnek, mint a családorvosi központok, azonban jogilag és pénzügyileg a körzeti kórház alá tartoznak. A fővárosban a szakellátást a városi kórházak és a területi orvosi szövetségek nyújtják, melyek önálló entitások és közvetlenül szerződnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral. A területi orvosi szövetségek családorvosi központokból és konzultatív, diagnosztikai központokból állnak.

2010-ben a kórházi ágyak 41,2 százaléka körzeti kórházakban, 41,1 százaléka terciális kórházakban, 17,7 százalék a városi kórházakban volt<sup>4</sup>.

Az alapellátás és a járóbeteg szakellátás integrációja a körzeti szinten elég jó, mivel ezek a szolgáltatások általában ugyanazon helyiségben történnek, a fővárosban pedig egy és ugyanazon entitást képeznek. A két szint között a betegadatok szabadon mozognak, és a labor vagy a műszeres vizsgálatok nem duplikálódnak. Az alapellátástól a kórházi vagy a terciális ellátáshoz való beutalás integrációja azonban már hiányos. Sok vizsgálatot megismételnek a felsőbb szinteken és a kórlapokat

---

<sup>4</sup> WHO HIT, Republic of Moldova 2012

nem továbbítják (a kezelési összefoglalókat leszámítva). A kórházi ellátók és a szociális ellátók közötti együttműködés még igen korlátozott.

## Fekvőbeteg-ellátás

A legtöbb terciális ellátást nyújtó kórház a fővárosban található. Ezek között vannak specializált, egyetlen szakterületre összpontosító kórházak (pl. neurológia, onkológia, TBC) és több profilú kórházak gyermekek és felnőttek számára. Az egy szakterületre összpontosító kórházak közül vannak olyanok, amelyek poliklinikákkal, járóbeteg rendelőkkel is rendelkeznek. A legtöbb városi és terciális kórház egyben oktató kórház is. 2011-ben 86 kórház volt az országban, amelyből 73 állami kórház volt. Az Egészségügyi Minisztérium és más minisztériumok felügyelete alatti kórházi ágyak száma 22 031, a 10 ezer főre jutó ágyszám 61,9<sup>5</sup>.

Az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt álló állami kórházak nonprofit szervezetek. Minden kórháznak van egy alapítója, amely lényegében a tulajdonosa. A terciális kórházak esetében az alapító az Egészségügyi Minisztérium, a körzeti és a városi kórházak esetében az alapító az önkormányzat. A kórházigazgatókat az alapító nevezi ki egy választási folyamatot követően. Az alapító felelős a kórház struktúrájáért, üzleti tervéért, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral kötött szerződésekért, a nagyobb tőkebefektetésekért stb.

A kórházi és a terciális ellátásban csak korlátozott tőkebefektetés történt, a legtöbb fejlesztés csak felületi kezelés volt. A fővárosban csúcstechnológiai berendezések is rendelkezésre állnak, de a mindennapokban használt műszerek elavultak, főleg a körzeti kórházakban. Az alapellátásban több tőkebefektetés történt, főleg az egészségügyi központokban. Az információs technológia fejlődőben van, de még töredékes és koordinálatlan.

## Gyógyszer ellátás

A 2010-es év végén Moldova gyógyszer hálózata a következőkből állt: 22 gyár és laboratórium, 59 gyógyszerraktár, 440 közösségi gyógyszertár, 85 kórházi gyógyszertár és 39 gyógyszertári egység a családorvosi központokban. A gyógyszertárak eloszlása egyenlőtlen az országban, a fővárost és az északi országrészt nagyobb sűrűség jellemzi. Vidéken, különösen délen számos faluban a gyógyszerekhez való hozzáférést a gyógyszertárak hiánya akadályozza.

WHO becslések szerint a moldovai gyógyszerpiacon az összes fogyasztás 175 millió dollárt tett ki 2011-ben, a helyi termelés ebből kb. 15 millió dollár értéket képvisel. Moldovában a gyógyszerbeszerzés központi közbeszerzéssel történik a Gyógyszerügyi Hivatal által, a forgalmazást azonban a kórházak és forgalmazók/importőrök egymás között végzik szerződés útján.

A gyógyszerek ára 15 százalékgig terjedő nagykereskedelmi árrést, 25 százalékgig terjedő kiskereskedelmi (gyógyszertári) árrést és 8 százalék általános forgalmi adót tartalmaz. 2010-ben a lakosság összes készpénzfizetésének 73,1 százalékát gyógyszerekre fordította. A kötelező egészségbiztosítás által térített gyógyszerek köre igen korlátozott, főként a fekvőbeteg ellátásban felírt gyógyszerek támogatottak.

A járóbeteg ellátás gyógyszereinek egészségbiztosítási támogatási rendszere 2005-ben kezdődött. A támogatott gyógyszerek listáját az Egészségügyi Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási

---

<sup>5</sup> National Bureau of Statistics, Moldova. <http://statbank.statistica.md/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>

Pénztár hagyja jóvá. A támogatott gyógyszerek listáját évente újítják meg. A lista 38 olyan gyakori betegségek kezelésére szolgáló gyógyszert tartalmaz, mint a hipertónia vagy a kardiovaszkuláris betegségek. A gyógyszer-támogatás mértéke a gyógyszer árából függően lehet 50, 70 vagy 90 százalék. Ezen túl léteznek teljesen támogatott gyógyszerek (50 körüli gyógyszer) is, pl. 5 éven aluli gyermekek számára, a terhes nők vérszegénységének kezelésére, pszichotróp és antikonvulzív termékek felnőttek és gyermekek számára vagy a diabetes mellitus kezelésére szolgáló gyógyszerek. A pszichotróp/antikonvulzív és a diabetes mellitus gyógyszerek a biztosítás nélküliek számára is térítésmentesen állnak rendelkezésre. A támogatott gyógyszerek részesedése a kötelező egészségbiztosítás finanszírozásának mindössze 4,3 százalékát képezi, a listát azonban évről évre bővítik.

Az orvosok kötelesek generikus gyógyszereket felírni. A gyógyszerész a receptet felíró orvossal való konzultációt követően helyettesítheti terméket azonos hatóanyagú gyógyszerrel. A gyakorlatban azonban konzultáció nem történik, a helyettesítéshez csak a beteg jóváhagyását teszik szükségessé.

Moldovában a gyógyszerárak magasabbak, mint a szomszédos Ukrajnában és Romániában, valamint az EU és FÁK országokban. Az originál gyógyszerek ára kétszer annyi, mint a generikus gyógyszereké, és a legtöbb generikus gyógyszer ára 35 százalékkal magasabb a legalacsonyabb generikum áránál.

Az országos listán levő gyógyszerek árának kialakítása a referencia országok három legalacsonyabb átlagárának figyelembevételével történik. A FÁK tagállamokban gyártott termékek esetén Belorusz és Örményország szolgál referencia országgént, a más országokban gyártott termékek esetén a következő országok közül háromnak az árait veszik összehasonlítási alapul: Románia, Görögország, Bulgária, Szerbia, Horvátország, Cseh Köztársaság, Szlovákia, Litvánia és Magyarország.

## Egészségügyi dolgozók

2011-ben Moldovában összesen 12 914 orvos dolgozott állami és magánpraxisban, ebből 1696 fogorvos. Az orvosok a következőképpen oszlanak meg a különböző szektorokban: 39 százalék kórházi ellátás, 21,5 százalék alapellátás, 21,5 százalék járóbeteg ellátás, 15,8 százalék egyéb egészségügyi intézmények által nyújtott ellátás. Az orvosok eloszlása egyenlőtlen mind földrajzilag, mind ágazat szerint. 2010 végén 10 ezer lakosra 35,9 orvos jutott, a gyógyító és megelőző ellátásban 5,3 családorvos és 25,9 szakorvos/10 ezer lakos dolgozik. A vidéki területeken a városokhoz képest feleannyi orvos dolgozik. Megfigyelhető az orvosi szakma feminizálódása, 2010-ben az orvosok 60 százaléka nő volt.

Az egészségügyi szakdolgozók száma 2011-ben 27 445 volt, ebből 20 800 nővér, 3989 családorvosi nővér, 774 szülésznő és 1882 laboratóriumi személyzet. Az egészségügyi szakdolgozók 43,4 százaléka a kórházi szektorban, 32,7 százaléka az alapellátásban, 10,9 százaléka a járóbeteg ellátásban és 13,2 százaléka más egészségügyi intézményben dolgozik. Az egészségügyi szakdolgozók száma 10 ezer lakosra vetítve 77,1 volt: 58,4 nővér, 15 családorvosi nővér, 2,2 szülésznő és 5,3 laboratóriumi dolgozó<sup>6</sup>.

Az egészségügyi dolgozók mobilitása nagymértékű, a függetlenség után 40 százalékuk elhagyta az egészségügyi rendszert. Sokan külföldre mentek, ahol a legfőbb célország Románia, Olaszország és Franciaország volt. Az elvándorlás fő oka az alacsony fizetések, a rossz munkakörülmények, az elavult technológiák, a szakmai fejlődés lehetőségének hiánya és a növekvő egészségügyi veszélyek. Az

<sup>6</sup> Statistical Yearbook of the Republic of Moldova, 2012



---

egészségügyi dolgozók elvándorlásának megállítása céljából 2011-ben elindult egy WHO/EU projekt (Better Managing the Mobility of Health Personnel in the Republic of Moldova), amely elősegíti a Moldovába visszatérő egészségügyi dolgozók újraintegrálódását.

## Egészségügyi reformok

Az utóbbi évek és a jövő egészségügyi reformintézkedéseit két dokumentum határozza meg: az *Országos Egészségpolitika 2007-2021* és az *Egészségügyi Rendszerfejlesztési Stratégia 2008-2017*. Az *Országos Egészségpolitika 2007-2021* jövőképet állít fel az egészségügy és a népegészségügy országos szempontjaira. A szakpolitika célkitűzése az egészségben fennálló egyenlőtlenségek csökkentése valamennyi társadalmi csoportban, és az interszektoralis partnerség megerősítése a lakosság egészségének javítása érdekében. A dokumentum kockázati tényezőkkel foglalkozik és betegségmegelőzési feladatokat tartalmaz egyéni és közösségi szinten. Az egészségvédelem és az egészségfejlesztés célkitűzéseit először címezték meg úgy, hogy az összes ágazatot bevonták, amely a népegészségügyre hatást gyakorló szakpolitikával és programmal rendelkezik.

Az *Egészségügyi Rendszerfejlesztési Stratégia 2008-2017* a lakosság egészségének javítását az egészségügyi rendszer fejlesztésével kívánja elérni. A stratégia a hatékonyságra, a teljesítményre és a minőségre összpontosít annak biztosítására, hogy az emberek megfelelően hozzáférjenek az egészségügyi szolgáltatásokhoz és megfelelő védelemben részesülnek az egészségügyi költségekkel kapcsolatos pénzügyi kockázatokkal szemben. A stratégiában felvázolt reformok fő területei az egészségügyi rendszer irányításának és szervezésének javítása, az egészségügyi szolgáltatások követelmények és szükségletek szerinti nyújtása, az egészségügyi rendszer számára szükséges bevételek megteremtése. A stratégia megvalósításának első eredménye az alapellátás szervezeti struktúrájának megreformálása volt. 2008-tól kezdődően az alapellátás körzeti szolgáltatóit leválasztották a kórházaktól és jogi és pénzügyi autonómiát kaptak, így saját szolgáltatói szerződést köthetnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral. Az alapellátás a kötelező egészségbiztosítási kassa teljes értékének kb. 30 százalékát képezi.

A fenti két dokumentumon kívül 2007 óta az alábbi fontosabb intézkedések történtek a moldovai egészségügyben:

- A gyógyszerek és más gyógyszer termékek beszerzésének szabályozása az egészségügyi rendszer szükségletei szerint (2008, 2009)
- A népegészségügy állami felügyeletéről szóló törvény (2009)
- A kötelező egészségbiztosítási törvény módosítása (2009, 2010)
- Az alapellátás fejlesztésének stratégiája 2010-2013 (2010)
- A kórházi ellátás fejlesztésének programja 2010-2012 (2010)
- A gyógyszergyártók árainak jóváhagyását és regisztrációját érintő szabályozás (2010)
- Az orvostudományi és gyógyszerészeti oktatás fejlesztésének programja a Moldovai Köztársaságban 2010-2020 (2010)

## **Forrás**

- National Bank of Moldova: Annual report 2012. [http://www.bnm.md/en/annual\\_report](http://www.bnm.md/en/annual_report)
- Richardson, Erica et al.: Health insurance coverage and health care access in Moldova. Health Policy and Planning, March 26, 2011;1–9  
<http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/3/204.full.pdf>
- Statistical Yearbook of the Republic of Moldova, 2012  
[http://www.statistica.md/public/files/publicatii\\_electronice/Anuar\\_Statistic/2012/anuar\\_2012\\_eng.zip](http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2012/anuar_2012_eng.zip)
- WHO Country Cooperation Strategy, Republic of Moldova 2012  
[http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccsbrief\\_mda\\_en.pdf](http://www.who.int/entity/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_mda_en.pdf)
- WHO HIT, Republic of Moldova 2012  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/178053/HiT-Moldova.pdf)