

**Modalități de modernizare a
sistemului de asigurare
obligatorie de asistență
medicală în
Republica Moldova**

Acest material apare în cadrul proiectului „Facilitarea participării civice în procesul decizional în sănătate”, implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova. Centrul PAS aduce mulțumiri profesorului Juozas Galdikas pentru realizarea raportului. Informațiile prezentate nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.

Modalități de modernizare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova



mun. Chișinău, 2023

SUMAR

Prefață	3
Principiile de fond ale sistemelor de asigurări obligatorii de sănătate și analiza comparată a acestora în câteva state din Europa Centrală și de Est	4
Analiza și examinarea unor posibile soluții pentru problemele sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova	8
Posibile soluții pentru problemele ce confruntă sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală și instituțe medicale din Moldova:	10
Noile postulate ale sistemului modernizat de asigurare obligatorie de asistență medicală din Moldova	11
Propuneri concrete pentru modernizarea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală din Moldova	12
Exigențe pentru conformarea după vechimea obligatorie și vechimea minimă de participare (contribuție) la sistemul modernizat de asigurări obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova	14
Tabelul A	15
Tabelul B	16
Tabelul C	17
Tabelul D	19
Concluzie	21

Prefață

Până în 2004 Republica Moldova a avut un sistem ineficient și bazat pe principii defectuoase de gestionare și finanțare a sistemului de sănătate:

Sistemul de finanțare a spitalelor era orientat pe numărul de paturi și pe numărul de personal medical.

Asigurarea populației cu asistență medicală spitalicească prevedea câte un spital în fiecare micraion al mun. Chișinău, precum și în fiecare raion.

Salariile erau stabilite de Guvern.

Deficitul de medicamente și lipsa echipamentului medical elementar în instituțiile medicale era o normă sau după parametrii tehnologici era la nivelul producției economice din anii '60.

În 2004 Moldova a introdus sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală (AOAM). Ce s-a schimbat timp de 20 de ani pentru principalii participanți ai sistemului de AOAM în Moldova - locuitorii țării și personalul instituțiilor medicale:

Cine stabilește salariul lunar pentru personalul medical în Moldova?

- Guvernul ?
- Ministerul Sănătății ?
- Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) ?
- Directorul instituției medicale ?

Răspunsul este univoc: Guvernul și Ministerul Sănătății specifică în continuare ce salarii urmează să fie plătite personalului medical.

În baza căror prevederi se calculează tarifele pentru serviciile medicale plătite de către CNAM conform contractului cu instituția medicală:

- Se utilizează tarifele din anul precedent?
- Calculele efectuate se orientează după cheltuielile raportate de principalele spitale din țară în ultimii 3-5 ani?
- Se fac calcule bazate pe metodologia de evaluare a tehnologiilor medicale utilizate pentru serviciile medicale?
- Se ia în considerare bugetul anual al sistemului AOAM folosind calcule contabile (de sus în jos)?

Răspunsul este unul evident: În funcție de prima sau ultima alternativă.

Prin urmare, costurile pentru serviciile medicale în spitale și clinici ambulatorii nu corespund tarifelor achitate de CNAM. Această discrepanță generează corupție în cadrul sistemului sănătății, denaturează relațiile dintre pacienți și personalul medical, dintre personalul medical și administrația instituției medicale, dintre administrația instituției medicale și CNAM, dintre CNAM și Ministerul Sănătății sau Guvern.

*Sunt mulțumiți cetățenii moldoveni de acest sistem? **Categoric – nu!***

*Sunt mulțumiți de acest sistem personalul medical? **Categoric – nu!***

*Își propune Guvernul din Republica Moldova să facă schimbări de esență pentru sistemul sănătății din țară în următorii ani? **Din păcate – nu!***

Evident el are nevoie să fie ajutat în acest sens.

Cât timp se poate menține pe linia de plutire o astfel de societate și un astfel de stat și care sunt perspectivele? Am văzut-o pe exemplul Uniunii Sovietice la începutul anilor '90 și chiar în Rusia de astăzi. Moldova, însă, aspiră să devină membră a lumii democratice - să adere la Uniunea Europeană (UE). Prin urmare, nu este cazul să tot aștepte ca altcineva să ne acorde niște granturi sau să ne dea echipamente. Sunt imperios necesare intervenții prompte de redresare a situației critice din cadrul sistemului sănătății din țară.

Principiile de fond ale sistemelor de asigurări obligatorii de sănătate și analiza comparată a acestora în câteva state din Europa Centrală și de Est

Sistemele de Sănătate din majoritatea țărilor europene se bazează pe principiile obligativității universale și solidarității în ceea ce privește contribuțiile la AOAM și accesul la servicii medicale egale, la echitate socială (copii, pensionari, persoane afectate de săracie, șomeri etc.). Este un sistem adecvat sau poate nu, nu știm, dar de bine de rău sistemele AOAM din Europa funcționează de peste 100 de ani.

Ca regulă, sistemul AOAM se adoptă de state în care:

- societatea se află într-o perioadă de tranziție de la un sistem politic la altul,
- economia țării este slabă și minimul de subzistență este scăzut,
- infrastructura sistemului sănătății nu corespunde cerințelor societății și timpului,
- sectorul privat este subdezvoltat în prestarea serviciilor publice,
- societatea nu dorește sau nu poate să introducă mai multe servicii publice oferite de sectorul privat (școli și spitale private, grădinițe și aziluri private).

Avantajele sistemului AOAM:

- O mai mare stabilitate a sistemului sănătății în ceea ce privește finanțele.
- Servicii medicale mai accesibile financiar acoperite de CNAM.
- Asistență medicală mai accesibilă pentru păturile vulnerabile.

Unele dezavantaje ale sistemului AOAM:

- Este dificilă supravegherea calității serviciilor medicale.
- Nu există motivații certe pentru personalul medical de a munci mai mult și mai bine.
- Persistă mai multe oportunități de corupție.
- Cetățenii nu sunt suficient de motivați pentru a-și plăti onest contribuțiile la AOAM (în special cei care au venituri mari).

După prăbușirea Uniunii Sovietice la începutul anilor 1990 atât Statele Baltice și Polonia, cât și Moldova au făcut tentative de a implementa AOAM la nivel de țară. Experiența acestor state a fost una elocventă, dar rezultatele s-au prezentat diferite.

Estonia a fost prima din categoria țărilor menționate care a făcut acest pas - în 1992. Astfel, au fost înființate 22 de companii de asigurări de sănătate (câte una în fiecare

administrație locală), a fost acceptat principiul "banii îi urmează pe pacient", s-a introdus obligativitatea generală a cetățenilor de a participa la sistemul asigurării de sănătate, au fost emise certificate relevante de asigurare de sănătate etc. Istoria dezvoltării sistemului AOAM în Estonia a relevat faptul că descentralizarea maximă a managementului este inefficientă, pentru că la 1994 existau deja 17 companii de asigurări de sănătate, și doar în 2010 s-a ajuns la una pentru întreaga țară, cu 5 sucursale - structură care a rămas în vigoare până în prezent.

A doua țară din cele analizate ca parcurs este Letonia. Țara a introdus AOAM 2 ani mai târziu - în 1994. Conform aceluiași model, în fiecare municipalitate a fost înființată câte o companie de asigurări de sănătate - 34 în total. Toate celelalte principii de funcționare și gestionare a sistemului AOAM au fost similare celor adoptate în Estonia. Din păcate, însă, integritatea managerilor locali dar și fluxurile de pacienți către instituțiile medicale au fost diferite. În câțiva ani, cele mai multe dintre spitalele terțiare ale țării au ajuns în prag de faliment. Ce s-a întâmplat cu sistemul AOAM? S-a dovedit că medicii din instituțiile raionale direcționau pacienți pentru îngrijiri medicale specializate către spitalele terțiare, dar agențiile de asigurare locale nu transferau banii conveniți către acestea sau o făceau cu întârziere. Astfel, în 1998, sistemul AOAM din Letonia a eșuat, iar de acum înainte sistemul sănătății urma să fie dirijat și finanțat de către Ministerul Sănătății din bugetul de stat. De consemnat și faptul că în intervalul 2017-2018 Parlamentul țării a adoptat tot blocul de prevederi legislative pentru a implementa AOAM, în conformitate cu experiența Lituaniei, începând cu 01.01.2019. Din păcate, la momentul decisiv, Parlamentul nu a avut curajul, cunoștințele sau înțelepciunea politică de a relansa AOAM în Letonia.

În 1992 Lituania a încercat și ea să adopte un sistem de AOAM care să funcționeze după principiile generale pentru asigurarea obligatorie de sănătate de la acea vreme (la fel ca în Letonia și Estonia), instituind însă o singură Companie de Asigurări de Stat - *Fondul de asigurări medicale de stat*. Funcțiile acestuia nu au dovedit să se dezvolte în practică, deoarece noul sistem a existat doar 3 luni. În cadrul noului sistem din Lituania, fiecare administrație locală acționa ca o sursă financiară care achita serviciile medicale pentru pacienții din custodia sa, indiferent de nivelul unde pacientul a primit îngrijirile medicale - în serviciile medicale de subordonare centrală, regională sau locală. Astfel, principiul "banii urmează pacientul" a fost preconizat și urma să fie pus în aplicare practică, dar numai după câteva săptămâni instituțiile medicale din localități au încetat să mai trimită pacienți la spitalele terțiare pentru îngrijiri medicale specializate sau făceau acest lucru cu mare întârziere. Scopul astfel urmărit era acela de a păstra resursele financiare în spitalele locale. Pacienții au fost cei mai afectați de această nouă practică. Impactul pentru sistemul de sănătate a fost atât de dur, încât Ministerul Sănătății a stopat totul și sistemul sanitar a revenit la practica de funcționare ca în Uniunea Sovietică. În următorii 5 ani s-au purtat multe discuții, s-au făcut numeroase calcule și promisiuni din partea politicienilor și experților, dar decizia a fost luată abia în 1997.

Lituania a început să pună în aplicare principiile asigurării obligatorii de sănătate începând cu 01.05.1997. Sistemul AOAM al țării respective a început să funcționeze la capacitate integrală după 01.01.1998, acum fiind în conformitate cu noile principii de gestionare, finanțare, control și raportare. La acea vreme exista o singură Companie de Asigurări de Stat - *Fondul de asigurări medicale de stat* și 10 sucursale ale acestuia (câte una în fiecare unitate administrativ-teritorială a țării). Acest tip de management în sistemul

AOAM se menține până în prezent, doar că odată cu reforma administrativă din 2010, în loc de 10 unități administrative s-au configurat 5 regiuni și, în consecință – acum există doar cinci sucursale.

Polonia a încercat să introducă AOAM în 1998, urmând principiile generale ale asigurării obligatorii de sănătate, dar cu un management mai liberal. În ceea ce privește numărul de locuitori, Statele Baltice și Polonia nu se pot compara, astfel că și gestionarea noului sistem al AOAM a fost mai complicată. Poate din acest motiv sau din alte cauze în Polonia a fost creată o companie de asigurări de stat și 8 companii de asigurări de sănătate sectoriale. În fond, principiile de finanțare a instituțiilor medicale erau similare cu cele din sistemul de AOAM din statele baltice, cu excepția unui principiu nou: medicii generalişti, atunci când trimiteau un pacient la un specialist pentru consultație, erau obligați să plătească pentru acest serviciu medical din sursele lor financiare, care li se acordau de la Compania de asigurări de sănătate în baza unui contract.

De ce în anul 2000 s-a prăbușit întregul sistem al AOAM din Polonia? S-a dovedit că sindromul "*postsovieticus*" era încă puternic în Polonia: după introducerea sistemului AOAM medicii de familie au încetat să mai trimită pacienți la specialiști pentru consultații și au decis să diagnosticheze și să trateze singuri toate maladiile. Astfel, sursele financiare erau folosite exclusiv pentru a finanța activitatea oficiului medicilor de familie. La numai câteva luni medicii specialiști au început să dea semnale de alarmă, dar a fost nevoie de aproape doi ani pentru a decide dacă să se modifice sau să se opereze îmbunătățiri ale sistemului AOAM. În 2000 Parlamentul țării a decis să stopeze funcționarea sistemului AOAM și să se revină la finanțarea bugetară a sistemului sănătății. 10 ani mai târziu, în 2010, Polonia a decis ferm să implementeze sistemul AOAM. Urmând experiența lituaniană, Polonia a înființat o Companie de asigurări de stat și 16 sucursale în unitățile administrativ-teritoriale. În rest principiile de gestionare, finanțare și control au rămas identice sau similare celor precedente. Această structură de gestionare a sistemului AOAM rămâne în vigoare și în prezent.

Istoria tranziției la principiile de asigurări obligatorii de sănătate în Statele Baltice și în Polonia ilustrează complexitatea implementării noilor sisteme în țările din Europei Centrale și de Est după prăbușirea Uniunii Sovietice. Prin urmare, Moldova, în abordarea provocărilor sale ca stat, poate beneficia de experiența acumulată în gestionarea, finanțarea și reformarea de fond a sistemului AOAM din țară. Analizele privind funcționarea sistemelor AOAM din țările UE (2015) a relevat că eficiența acestei noțiuni în Statele Baltice și Polonia se diferă în multe aspecte. Mai jos sunt prezentate statistici privind cei mai importanți parametri de performanță a sistemelor AOAM în Statele Baltice și Polonia, precum și date din țările cu devieri maxime de la indicatorii medii ai UE:

Numărul de medici (la 100.000 de locuitori):

UE - 349

Lituania - 430

Letonia - 321

Estonia - 332

Polonia - 230

Max. (Grecia) - 625

Min. (Polonia) - 230

Numărul de asistente medicale la 100.000 de populație:

UE - 864

Lituania - 790

Letonia - 502

Estonia - 598

Polonia - 583

Max. (Danemarca) - 1685

Min. (Grecia) - 344

Numărul de medici generalişti la 100.000 de locuitori:

UE - 80
Lituania - 89
Letonia - ___
Estonia - 72
Polonia - 22
Max. (Franța) - 160
Min. (Polonia) - 22

Numărul de stomatologi la 100.000 de locuitori:

UE - 92
Lituania - 91
Letonia - 70
Estonia - 68
Polonia - 34
Max. (Grecia) - 125
Min. (Polonia) - 34

Insatisfacția populației de serviciile medicale (în %):

UE - 3,6
Lituania - 3,7
Letonia - 12,5
Estonia - 11,3
Polonia - 7,8
Max. (Letonia) - 12,5
Min. (Austria) - 0,1

Insatisfacția de serviciile de sănătate dentară (în %):

UE - 5,5
Lituania - 4,4
Letonia - 18,1
Estonia - 8,6
Polonia - 4,8
Max. (Letonia) - 18,1
Min. (Austria) - 0,4

Numărul de pacienți internați acut (la 100 de locuitori):

UE - 16
Lituania - 21
Letonia - 15
Estonia - 16
Polonia - 17
Max. (Austria) - 25
Min. (Cipru) - 8

Numărul de pacienți internați (la 100 de locuitori):

UE - 17
Lituania - 24
Letonia - 19
Estonia - 17
Polonia - 17
Max. (Bulgaria) - 32
Min. (Cipru) - 8

Numărul paturilor acute de staționar (la 100 000 de locuitori):

UE - 394
Lituania - 631
Letonia - 338
Estonia - 367
Polonia - 496
Max. (Lituania) - 631
Min. (Marea Britanie de Vest) - 228

Numărul paturilor de spital (la 100.000 de locuitori):

UE - 521
Lituania - 722
Letonia - 566
Estonia - 500
Polonia - 662
Max. (Germania) - 822
Min (Suedia) - 254

Durata de îngrijire acută a pacienților internați (zile-pat):

UE - 6,4
Lituania - 6,5
Letonia - 5,9
Estonia - 5,4
Polonia - 6,6
Max. (Germania) - 7,6
Min. (Malta) - 5,2

Durata tratamentului în regim de spital (zile-pat):

UE - 8,2
Lituania - 8,0
Letonia - 8,0
Estonia - 7,6
Polonia - 6,9
Max. (Finlanda) - 10,6
Min. (Danemarca) - 4,3

Analiza și examinarea unor posibile soluții pentru problemele sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova

Este rezonabil de examinat în comparație unele date statistice din Lituania și Moldova: numărul de locuitori (mln.) - 2,8 / 2,7; anul implementării AOAM - 1997 / 2004; bugetul Fondurilor AOAM (mld. \$, 2022) - 3,1 / 0,7; salariul mediu lunar (\$, 2023) - 2200 / 570. Ambele țări au rămas fără aproximativ un sfert din populația lor din cauza emigrării, în principal din contul generației tinere. Efectul negativ al acestui proces va afecta dezvoltarea statelor curs de câteva decenii. Ambele țări au sisteme de sănătate similare, cu un număr mare de spitale districtuale. Dar există și diferențe semnificative: Produsul Intern Brut al Lituaniei este de 3 ori mai mare decât cel al Moldovei, Fondurile AOAM fiind, respectiv, de 4,5 ori mai mari. Pornind de la faptul că resursele energetice ieftine nu mai sunt accesibile pentru Moldova, iar prețurile pentru medicamente și echipamente medicale sunt demult dictate de piața liberă în ambele țări, Moldova nu are o altă alternativă decât să revizuiască urgent și în esență sistemul AOAM, să ia deciziile ce se impun și să înceapă implementarea acestora.

Care sunt succesele, dar în special inadvertențele de alertă pe care le prezintă sistemul de sănătate al Moldovei și la ce evoluții ne putem aștepta în viitorul apropiat (până în 2030):

Numărul absolut și cel relativ al personalului medical de vârstă pre pensionară și de pensionare din cadrul sistemului sănătății este în creștere masivă.

Așteptările societății de la sistemul AOAM privind calitatea serviciilor medicale și aplicarea noilor tehnologii sunt net neconforme cu practica medicală actuală.

Finanțarea instituțiilor medicale este de decenii una restantă față de exigențele timpului.

Din 2005 încoace toate reformele declarate pentru sistemul sănătății au eșuat.

Deja de două decenii Ministerul Sănătății preferă să cumpere și să repare în loc să se preocupe de perfecționarea sistemului sanitar al țării.

Unul dintre sociologii de renume ai sfârșitului de secol XX, Tom Peters, spunea următoarele despre calitate: "Nu decide echipamentul tehnic. Importă oamenii și entuziasmul lor. Satisfacția acestora. Importante sub acest aspect sunt emoțiile pozitive ale oamenilor".

Ce schimbări s-ar cere în cadrul sistemului sănătății, astfel încât serviciile medicale pentru cetățenii moldoveni să fie:

- accesibile geografic,
- accesibile în aspect financiar (fără majorarea primelor de AOAM, iar plățile suplimentare în caz de îmbolnăvire nu ar depăși procentul rezonabil de 50% din salariul mediu lunar),
- acceptabile ca nivel de calitate și termene de acordare.

Care ar putea fi alternativele de schimbare, astfel încât pentru personalul medical moldovean activitatea în sistemul sănătății să devină o prioritate:

- un salariu suficient pentru o zi de muncă de 8 ore,
- oportunitatea de a lucra și de a câștiga mai mult, dacă există dorință și forță,
- posibilitatea de a-și perfecționa cunoștințele și abilitățile nu doar în *weekend-uri* sau în timpul concediului anual,
- să fie protejați din punct de vedere financiar și administrativ în fața inadvertențelor ce țin de știința și practica medicală, de lipsa de echipamente, medicamente și serviciile de suport pentru asistența medicală ce o acordă instituția medicală.

Principalele probleme ce confruntă instituțiile medicale și sistemul AOAM din Moldova:

- Bugetul modest al Fondurilor AOAM.
- Deficitul financiar al Fondurilor AOAM.
- Migrarea continuă a personalului medical din sistemul sănătății.
- Infrastructura instituțiilor furnizoare de servicii medicale deficientă în raport cu timpul și așteptările societății.
- Corupția la toate nivelurile sistemului sanitar al țării.

Carențele de fond ale sistemului AOAM din Moldova:

- **Principiul solidarității - nu funcționează**, deoarece nu toate persoanele angajate achită către Fondurile AOAM procentul prescris (9%) din venitul lor lunar.
- **Principiul echității - nu este valabil:**

Guvernul achită pentru asigurații săi în medie mai puțin decât cetățenii țării care muncesc (9%).

Nu toate persoanele asigurate primesc aceleași servicii medicale acoperite AOAM din cauza corupției din sistem.

- **Principiul "banii urmează bolnavii"** în cazul achitării serviciilor medicale de către CNAM **este valabil.**
- **Principiul transparenței și responsabilității** în distribuirea mijloacelor Fondurilor AOAM în baza contractelor CNAM cu instituțiile medicale **nu funcționează.**
- **Principiul de justificare obiectivă a tarifelor pentru serviciile medicale** achitate de către CNAM - **nu se aplică.**

Posibile soluții pentru problemele ce confruntă sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală și instituțe medicale din Moldova:

**Preschimbarea sistemului AOAM cu un alt sistem de asigurare de sănătate.
Modernizarea sistemului AOAM lăsând viabile principiile asigurării obligatorii de sănătate.**

Majorarea cotei primelor de AOAM.

Reducerea gamei de servicii medicale acoperite din Fondurile AOAM.

Introducerea plăților suplimentare pentru unele servicii medicale acoperite din Fondurile AOAM.

Refuzul asigurării de către Guvern prin AOAM a anumitor grupuri sociale.

Introducerea unor restricții temporale și cantitative pentru serviciile medicale acordate prin AOAM anumitor grupuri sociale.

De consemnat faptul că, în conformitate cu legislația UE, sistemele de sănătate nu sunt finanțate direct din careva fonduri financiare. Comisia Europeană poate finanța programe ale sistemelor de sănătate din țările candidate și statele membre ale UE, dar drumul spre acest obiectiv este lung și foarte dur: exigențele sunt stricte și neclintite, iar finanțarea se realizează numai după obținerea rezultatelor solicitate. Timpul donațiilor de echipamente medicale și accesorii pentru acestea, de medicamente și alte bunuri se va încheia pentru Moldova odată cu sfârșitul războiului din Ucraina. Pe baza experienței țărilor din Europa Centrală și de Est, este recomandabil să se reflecteze care sistem de asigurare de sănătate pentru Moldova ar fi mai fezabil din punct de vedere demografic și politic, ar putea fi realizabil în următorii 3 ani, acceptabil pentru societate, dar și eficient din punct de vedere financiar și medical:

- Sistemul de asigurare de sănătate este controlat în totalitate de către Guvern, Ministerul Sănătății (Letonia).
- Sistemul de asigurare de sănătate este controlat în mare parte de către Guvern, Ministerul Sănătății (Moldova).
- Sistemul de asigurare de sănătate este controlat parțial de către Guvern, Ministerul Sănătății (Lituania, Polonia, Estonia).
- Sistemul de asigurare de sănătate acționează independent în condiții de piață limitată (Georgia).
- Sistemul de asigurare de sănătate acționează independent în condiții de piață liberă (Republica Cehă, Slovacia).
- Companiile de asigurări de sănătate acționează independent în condiții de piață liberă (SUA).

Oricare ar fi alegerea, urmează a fi respectate prevederile fundamentale ale asigurării obligatorii de sănătate dintr-un stat democratic:

- Obiectivitate în raport cu rezidenții contribuabili.
- Motivarea rezidenților de a participa la asigurarea obligatorie de sănătate.

- Corectitudine în raport cu grupele sociale și de vârstă ale populației, care i-a în considerare perioadele dificile în dezvoltarea statului.
- Conformare la capacitatea guvernului de a participa la finanțarea serviciilor medicale.
- Corespunderea cu aspectele demografice și teritoriale, care au impact asupra dezvoltării statului însuși.

Cu toate acestea, ideea principală ar trebui să fie clară pentru toți:

Nu există servicii medicale gratuite.

Persoană este responsabilă pentru propria sănătate, iar în cazul copiilor – responsabili sunt părinții sau tutorii lor.

Sistemul de sănătate creează doar condiții pentru obținerea de către pacienți a serviciilor de prevenire, diagnosticare și tratament.

Principiul solidarității în cadrul sistemului AOAM funcționează numai în condiția participării în volum deplin și în conformitate cu legislația stabilită.

Noile postulate ale sistemului modernizat de asigurare obligatorie de asistență medicală din Moldova

Statutul de cetățean adult asigurat al țării se obține în baza contribuțiilor acestuia la sistemul modernizat al AOAM, în funcție de vârsta adultului și stagiul acestuia de contribuabil la AOAM.

Stagiul minim de contribuții la sistemul modernizat al AOAM al unei persoane ajunse la vârsta de 55 de ani trebuie să ajungă la 15 ani.

Vor fi introduse **plăți suplimentare** pentru persoanele a căror vârstă nu corespunde stagiului stabilit pentru durata contribuțiilor la sistemul modernizat al AOAM.

Se introduce noțiunea de "**pacient privat**" asistat în cadrul instituției medicale desemnate de către Guvern și se creează posibilitățile respective pentru medicii care vor trata astfel de pacienți.

Se adoptă posibilitatea de **plată retrospectivă a contribuțiilor** la sistemul modernizat al AOAM, dar nu mai mult decât pentru cinci ani.

Pentru toți cetățenii țării născuți în perioada de la 01.01.1992. până la 31.12.2004 se adoptă **automat o vechime de contribuție** la sistemul modernizat al AOAM egală cu 13 ani.

Propuneri concrete pentru modernizarea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală din Moldova

1. Contribuția lunară a asiguratului la Fondurile sistemului modernizat al AOAM va fi de 9% din venitul său lunar din muncă.

2. Contribuția la Fondurile sistemului modernizat al AOAM se achită până în ziua a 10-a a lunii curente (asigurate), asigurarea fiind valabilă până în ziua a 10-a a lunii următoare.

3. Rezidenții care nu au un loc de muncă permanent achită la Fondurile sistemului modernizat al AOAM o contribuție lunară egală cu 10% din salariul mediu național pentru anul precedent.

4. Emigranții, imigranții și alți rezidenți sau cetățeni ai Republicii Moldova care nu sunt asigurați de către Guvern achită 100% din costurile serviciilor medicale pe care le primesc.

5. Se aprobă un minim de ani pentru contribuția la Fondurile sistemului modernizat al AOAM, minim care este definit în funcție de vârsta unei persoane adulte, iar în caz de discordanță - se stabilește o suprataxă fixă în % la primirea serviciului medical.

6. Dacă stagiul de plătitor la Fondurile sistemului modernizat al AOAM este sub cel raportat la vârstă, carența, nu mai mult de 5 ani, se poate compensa prin plata de o singură dată a unei sume fixe (20% din salariul mediu pe țară pentru anul trecut) și numai în termen de un an de la introducerea sistemului modernizat al AOAM.

7. Se va introduce un sistem de asigurare obligatorie a instituțiilor medicale împotriva erorilor și a efectelor adverse ce țin de știința și practica medicală, precum și achitarea de compensații (la etapa pre-procesuală) pentru daunele aduse sănătății pacienților asociate asistenței medicale.

8. CNAM semnează un contract cu instituția medicală pentru 3 ani calendaristici cu tarife fixe pentru servicii medicale acordate și volumul acestora, la care se adaugă anual un procent de inflație.

9. Re-spitalizarea unui pacient pentru același diagnostic în termen de 30 de zile de la externarea din spital este sancționată de CNAM în conformitate cu normele stabilite.

10. Principiul „*Pay-for-performance*” este valabil pentru toate intervențiile chirurgicale și diagnostice, calificate ca fiind cu durată de „o zi” și se achită de către CNAM fără restricții.

11. Cheltuielile pentru „taxi” pentru pacienți în cazuri de urgență, care sunt confirmate în scris de către medicul din departamentul de urgență al spitalului, sunt achitate de către CNAM, dar plățile nu depășesc 500 de lei - în cazul în care este prezentat un document financiar, sau - 300 de lei - în cazul în care nu există un document financiar.

12. Profesorii, profesorii asociați, șefii de departamente din cadrul instituțiilor medicale desemnate de către Guvern au dreptul de a trata și consulta „pacienți privați” și de a primi un onorariu pentru aceasta, dar numai prin transfer bancar.

13. Un „pacient privat” este o persoană care este tratată și consiliată într-o anumită perioadă de timp în cadrul instituției medicale desemnate de către Guvern și numai de către un medic ales de acesta, specialistul fiind autorizat legal să facă acest lucru. În plus față de onorariul convenit verbal cu medicul, „pacientul privat” este obligat să respecte și să

îndeplinească toate normele și reglementările aprobate legal în instituția medicală (tarifele pentru serviciile medicale achitate de CNAM - pentru pacienții asigurați sau costurile serviciilor medicale pentru pacienții neasigurați care sunt stabilite de Guvern).

14. Motivarea tuturor cetățenilor țării de a participa la sistemul modernizat al AOAM urmează a fi dezvoltată, iar pentru aceasta principiile și necesitatea de a fi aplicate cu strictețe vor fi aduse la cunoștința maselor, lăsând loc și pentru eventuale îmbunătățiri pe parcursul implementării.

15. Serviciile medicale cu plată suplimentară sunt disponibile pentru toate persoanele asigurate în cadrul sistemului modernizat al AOAM a căror vechime de contribuabil este sub limita de vârstă. Cuantumul plății suplimentare depinde de vechimea de contribuabil la Fondurile sistemului modernizat al AOAM:

- reducerea cu 50 % pentru cheltuielile aferente serviciilor medicale primite se acordă persoanelor care au atins limita minimă a stagiului de contribuabil la Fondurile sistemului modernizat al AOAM,
- reducerea cu 25% a costurilor aferente serviciilor medicale primite este pentru persoanele care nu au atins limita minimă de contribuabil la Fondurile sistemului modernizat al AOAM.

16. Persoanele care nu sunt asigurate prin sistemul modernizat al AOAM achită 100% din costurile serviciilor medicale primite.

17. Plata/supraplata pentru serviciile medicale primite trebuie achitată în termen de 30 de zile - pentru persoanele asigurate în sistemul modernizat al AOAM în termen de 7 zile - pentru toate celelalte:

- nerespectarea acestei norme face că persoana devine debitor al statului, cu toate consecințele aferente.

18. Pentru motivarea cetățenilor țării să acumuleze mai mulți ani de plată la Fondurile sistemului modernizat al AOAM decât prevede legea pot fi prevăzute o serie de beneficii. Astfel, pentru fiecare an suplimentar de vechime în muncă contribuabililor la sistemul modernizat al AOAM li se pot oferi, de exemplu:

- compensarea unor medicamente noi pentru tratamentul ambulatoriu,
- rambursarea de noi consumabile medicale pentru tratamentul extra-staționar,
- zile suplimentare de spitalizare pentru îngrijiri medicale, achitate de către CNAS,
- foaie de sanatoriu pentru tratament de întremare sau de recuperare.

Gradul de implicare a Guvernului în activitățile sistemul modernizat al AOAM ar putea consta din următoarele intervenții:

Reevaluarea posibilităților de finanțare a asigurării prin sistemul modernizat al AOAM **pentru toate grupurile sociale** prestabilite până în prezent.

Respectarea principiilor de solidaritate și egalitate stabilite de către Guvern pentru cuantumul de contribuție a persoanelor asigurate (9% din salariul mediu lunar pe țară pentru anul trecut).

Vaccinarea preventivă a tuturor cetățenilor țării se efectuează conform planului și calendarului Ministerului Sănătății și este finanțată de către Guvern în volum de 100%.

Toate femeile cetățene ale Republicii Moldova sunt asigurate de către Guvern în sistemul modernizat al AOAM începând cu cea de a treia lună de sarcină și până în ultima zi a celei de-a treia luni după avort sau naștere, indiferent dacă nou-născutul este viu sau nu.

Toate femeile cetățene ale Republicii Moldova sunt asigurate de către Guvern în sistemul modernizat al AOAM începând cu a patra lună după naștere, dacă nou-născutul este viu, și până la sfârșitul celui de-al treilea an de viață al acestuia - cu condiția ca femeia-mamă să locuiască cu copilul cel puțin 20 de ore pe zi.

Toate femeile cetățene ale Republicii Moldova sunt asigurate de către Guvern prin sistemul modernizat al AOAM pentru tot restul vieții lor, dacă au crescut trei sau mai mulți copii până la vârsta de 18 ani.

Exigențe pentru conformarea după vechimea obligatorie și vechimea minimă de participare (contribuție) la sistemul modernizat de asigurări obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova

La elaborarea algoritmilor prezentați în tabelele **A, B, C și D** drept puncte de reper au fost considerate următoarele:

1. Ultimii 30 de ani de dezvoltare a Republicii Moldova ca stat și a sistemului de sănătate în special au fost marcați de o serie întreagă de turbulențe de ordin economic și politic, care au afectat inclusiv medicina prin incapacitatea autorităților de a asigura locuri de muncă pentru mulți cetățeni ai țării, prin salariile mici, corupția în creștere și alte fenomene nefavorabile pentru mediul social. Algoritmii prezentați mai jos au acordat prioritate populației de adulți tineri (sub 30 de ani vârstă) și persoanelor în vârstă (de peste 55 de ani).

2. Tabelele prezintă alternative de corespundere după anii de stagiul obligatoriu în sistemul modernizat al AOAM în raport cu vârsta unui cetățean moldovean adult asigurat prin sistemul modernizat al AOAM (**25, 30 sau 35** de ani de muncă la vârsta de pensionare) pentru ca acesta/aceasta să poată beneficia de servicii medicale fără plată suplimentară.

3. Coloana **X** din toate tabelele afișează exigențele pentru corespunderea necesară a stagiului minim de contribuție la sistemul modernizat al AOAM cu vârsta unui cetățean moldovean adult asigurat, pentru ca acesta să poată beneficia de servicii medicale acoperite de sistemul modernizat al AOAM cu un supliment concesional. Valoarea plății suplimentare pentru un cetățean moldovean adult asigurat în sistemul modernizat al AOAM depinde de anii de contribuție la aceste Fonduri:

- reducerea cu 50% a costurilor pentru serviciile medicale primite este valabilă pentru persoanele a căror stagiul în sistemul modernizat al AOAM atinge minima de vârstă.
- reducerea cu 25% a plăților aferente pentru serviciile medicale primite se acordă pentru persoanele a căror stagiul în sistemul modernizat al AOAM nu atinge limita minimă de vârstă.

Cerințele expuse în „**Tabelul A**” sunt valabile pentru cetățenii țării care s-au născut înainte de 31.12.1972. La declararea independenței Republicii Moldova în 1991 aceștia erau ajunși la majorat și erau obligați să aibă grijă de sănătatea lor. În „**Tabelul A**” există 3 alternative pentru corespunderea duratei obligatorii de contribuție la sistemul modernizat al AOAM cu vârsta unui cetățean moldovean adult (**25, 30 sau 35** de ani stagiul de muncă împliniți la vârsta de pensionare), iar în coloana **X** - respectarea duratei minime de contribuție la sistemul modernizat al AOAM în raport cu vârsta unui cetățean moldovean.

Tabelul A

Vârsta	Născut până la 31.12.1972			
	Ani de stagiul în AOAM			
	25	30	35	X
50	12	17	22	10
51	13	18	23	11
52	14	19	24	12
53	15	20	25	13
54	16	21	26	14
55	17	22	27	15
56	18	23	28	15
57	19	24	29	15
58	20	25	30	15
59	21	26	31	15
60	22	27	32	15
61	23	28	33	15
62	24	29	34	15
63	25	30	35	15

Exigențele din „**Tabelul B**” se aplică cetățenilor născuți între 01.01.1973 și 31.12.1985. La momentul introducerii AOAM în 2004 toți aceștia erau adulți și erau obligați să aibă grijă de sănătatea lor. În „**Tabelul B**” există 3 alternative pentru corespondența dintre durata obligatorie a de contribuție la sistemul modernizat al AOAM și vârsta unui cetățean moldovean adult (**25, 30 sau 35** de ani de vechime în muncă la vârsta de pensionare), iar în coloana **X** - respectarea duratei minime de contribuție la sistemul modernizat al AOAM în raport cu vârsta unui cetățean moldovean.

Tabelul B

Vârsta	Născut în intervalul 01.01.1973 - 31.12.1985			
	Ani de stagiu în AOAM			
	25	30	35	X
37	5	10	15	1
38	6	10	15	1
39	6	11	16	2
40	7	11	16	2
41	7	12	17	3
42	8	12	17	3
43	8	13	18	4
44	9	13	18	4
45	9	14	19	5
46	10	14	19	6
47	10	15	20	7
48	11	15	20	8
49	11	16	21	9
50	12	17	22	10
51	13	18	23	11
52	14	19	24	12
53	15	20	25	13
54	16	21	26	14
55	17	22	27	15
56	18	23	28	15
57	19	24	29	15
58	20	25	30	15
59	21	26	31	15
60	22	27	32	15
61	23	28	33	15
62	24	29	34	15
63	25	30	35	15

Exigențele expuse în „**Tabelul C**” se referă la cetățenii născuți între 01.01.1986 și 31.12.2005. Se presupune că la momentul când sistemul modernizat al AOAM va fi introdus - în 2025 aceștia vor fi adulți și vor fi obligați să aibă grijă de sănătatea lor. „**Tabelul C**” prevede 3 alternative pentru conformarea duratei obligatorii de contribuție la sistemul modernizat al AOAM cu vârsta unui cetățean moldovean adult (**25, 30 sau 35** de ani de vechime în muncă la vârsta de pensionare), iar în coloana **X** - respectarea duratei minime de contribuție la sistemul modernizat al AOAM în raport cu vârsta unui cetățean moldovean.

Tabelul C

Vârsta	Născut în intervalul 01.01.1986 și 31.12.2005			
	Ani de stagiu în AOAM			
	25	30	35	X
19	0	0	0	0
20	0	0	0	0
21	1	1	1	0
22	1	1	1	0
23	2	2	2	0
24	2	2	2	0
25	3	3	3	0
26	3	3	3	0
27	4	4	4	0
28	4	4	4	0
29	5	5	5	0
30	5	5	5	0
31	6	6	6	1
32	6	6	6	1
33	7	7	7	1
34	7	7	7	2
35	8	8	8	2
36	8	8	8	3
37	9	9	9	3
38	9	9	10	4
39	10	10	11	4
40	10	10	12	5
41	11	11	13	5
42	11	11	14	6
43	12	12	15	6
44	12	12	16	7
45	13	13	17	7
46	13	13	18	8
47	14	14	19	8

48	14	15	20	9
49	15	16	21	9
50	15	17	22	10
51	16	18	23	11
52	16	19	24	12
53	17	20	25	13
54	17	21	26	14
55	18	22	27	15
56	18	23	28	15
57	19	24	29	15
58	20	25	30	15
59	21	26	31	15
60	22	27	32	15
61	23	28	33	15
62	24	29	34	15
63	25	30	35	15

Cele stipulate în „**Tabelul D**” îi vizează pe cetățenii țării care s-au născut începând cu 01.01.2006, prevederea invocând o singură alternativă pentru corespunderea stagiului obligativ de plăți către sistemul modernizat al AOAM cu vârsta unui cetățean moldovean adult - 35 de ani de vechime în muncă la vârsta de pensionare, iar coloana **X** - respectarea duratei minime de contribuție la sistemul modernizat al AOAM în raport cu vârsta unui cetățean moldovean.

Tabelul D

Născut începând cu 01.01.2006		
Vârsta	Ani de stagiu în AOAM	
	35	X
19	0	0
20	0	0
21	1	0
22	1	0
23	2	0
24	2	0
25	3	0
26	3	0
27	4	1
28	4	1
29	5	2
30	5	2
31	6	3
32	6	3
33	7	4
34	7	4
35	8	5
36	8	5
37	9	6
38	10	6
39	11	7
40	12	7
41	13	8
42	14	8
43	15	9
44	16	9
45	17	10
46	18	10
47	19	11
48	20	11
49	21	12
50	22	12
51	23	13
52	24	13
53	25	14
54	26	14
55	27	15

56	28	15
57	29	15
58	30	15
59	31	15
60	32	15
61	33	15
62	34	15
63	35	15

Concluzie

În conformitate cu experiența țărilor europene, reformele sistemice la scară națională în domeniul sănătății devin necesare o dată la 10-15 ani - în cazul unei planificări strategice nereușite a acestora și după 25-40 de ani - în cazul unei planificări de succes. Remanierile din cadrul sistemului de sănătate se pot și se cer a fi operate în mod regulat, de îndată ce apare necesitatea acestor schimbări. Din experiența Germaniei rezidă clar că reformele se cer a fi ordonate după fiecare 5-7 ani. Nu e bine ca acestea să întârzie sau să se tergiverseze. Experiența Poloniei și a Letoniei a evidențiat clar acest adevăr - statisticile sistemului de sănătate din aceste țări prezintă rezultate mult mai proaste decât în cazul statelor vecine care sunt aproape similare ca structură socială, economică și mediu politic. Este foarte dificil să forțezi sau să convingi societatea să accepte noi reforme în cadrul sistemului de sănătate, deoarece oamenii își amintesc de eșecul anterior al sistemului AOAM și de incompetența autorităților de a soluționa problemele apărute (la momentul prăbușirii sistemului AOAM). Dacă acest proces destructiv a continuat în țară un timp îndelungat - ani în șir (exemplul Poloniei și al Letoniei) - atunci amintirile negative vor fi și mai exprimate.

Reformele urmează a fi pregătite atent și calculat, dar trebuie să fie realizate rapid, deoarece toată lumea cunoaște înțelepciunea populară - „*Nu vă doresc să trăiți pe timpuri de schimbare*”. De fapt, timpul de reformare a întregului sistem de sănătate se cere a fi înfăptuit cât mai rapid posibil, deoarece în acest interval vechiul sistem de sănătate funcționează prost sau s-a prăbușit complet, iar noul sistem încă nu este funcțional. Cu referire la acești termeni experții internaționali în această problemă au propus următoarele apreciative pentru indicatori de reușită:

- foarte bine dacă reforma este efectuată în curs de 6 luni,
- e bine dacă reforma este finalizată în termen de 12 luni,
- satisfăcător - dacă reforma a fost implementată în termen de 18 luni,
- e rău dacă reforma a fost planificată pentru un termen de 24 de luni. În acest caz reforma n-are sorti de izbândă, deoarece societatea nu poate, nu vrea și nu va aștepta atât de mult timp. Iar la următorul scrutin electoral alegătorii vor schimba puterea politică din țară.