

12 februarie 2010

Monitorul sănătății

Analiza de impact a reformelor în domeniul sănătății
septembrie 2009 - ianuarie 2010

Colectivul de autori:

Viorel Soltan

Andrei Moșneaga

Această publicație este editată cu sprijinul Fundației Soros-Moldova

Introducere

1. Reformele în sectorul sănătății au început să ia amploare la mijlocul anilor 90 prin dezvoltarea asistenței medicale primare (introducerea medicinei de familie), consolidarea sectorului spitalicesc (eficientizarea numărului de paturi) și raționalizarea numărului lucrătorilor medicali. Un element important a acestei perioade a fost elaborarea unui pachet minim de servicii medicale garantate de stat. În 1999 au fost revăzute unele mecanisme de planificare și finanțare pentru ca în 2001 să fie introduse mecanisme de finanțare noi (per capita). Toate aceste componente ale reformei au servit ca bază pentru elaborarea de mai departe a unui proces de planificare mult mai realist și apropiat necesităților populației. Mai târziu a fost îmbunătățit mecanismul de conlucrare dintre nivelele primar și secundar al asistenței medicale, au fost elaborate elemente de motivare pentru activități preventive și promovarea sănătății și au fost instruite cadrele manageriale din sistem.

2. Următoarea etapă importantă în procesul de reforme în sănătate a fost lansată odată cu introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în anul 2004, legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală fiind aprobată în 1998 [4]. Odată cu asigurările obligatorii au fost introduse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății prin modificarea mecanismului de finanțare și contractare a prestatorilor de servicii. A fost modificat sistemul de plată a prestatorilor de servicii: s-a trecut de la sistemul bugetului istoric la plata per capita sau per caz tratat/serviciu. Prin transfer direct de la buget către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), Statul devine asigurator pentru persoanele vulnerabile. În același timp, programele naționale prioritare sunt susținute financiar direct din bugetul de stat. Au fost elaborate politici și regulamente în domeniul managementului medicamentelor. S-a produs o reformă educațională prin elaborarea unui sistem comprehensiv de instruire a managerilor din domeniul sănătății, a fost creată Școala de Management în Sănătate Publică în cadrul USMF „N. Testemițanu”. Sub egida Organizației Mondiale a Sănătății și cu ajutorul organizațiilor internaționale au fost elaborate Politica Națională de Sănătate pentru 15 ani și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru următorii 10 ani.

3. Astăzi, sectorul sănătății din Moldova se află la o etapă dificilă de trecere de la o reformă cantitativă promovată pe parcursul ultimilor 12 ani spre o reforma calitativă. Dacă pe parcursul ultimilor ani cheltuielile publice s-au stabilizat, atunci anul 2009 de criză financiară și politică a dus la reduceri substanțiale de bugete. Veniturile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 s-au redus cu 17,9% (620 817,5 mii lei) față de cele prognozate; respectiv categoriile de cheltuieli au fost aprobate cu un deficit de 250 800,0 mii lei [2]. Bugetul pentru anul 2010 a fost aprobat cu o reducere de 2,5% față de anul 2009. În astfel de condiții, Banca Mondială și Organizația Mondială a Sănătății recomandă orientarea resurselor spre serviciile cele mai cost-eficiente (asistența medicală primară) și reducerea infrastructurii excesive. Gama reformelor planificate de Ministerul Sănătății pentru următoarea etapă este orientată spre atragerea investițiilor suplimentare și direcționarea eficientă a resurselor financiare disponibile prin susținerea categoriilor vulnerabile și programelor naționale prioritare, micșorarea cheltuielilor pentru echipament costisitor, infrastructură și cheltuielilor administrative

[5]. Este necesar un efort suplimentar pentru a detalia aceste reforme precum și elabora pașii următori. Succesul reformelor în domeniul sănătății dar și abilitatea Guvernului Republicii Moldova de a obține rezultate considerabile depinde de atenția deosebită care trebuie acordată planului de implementare a reformelor.

4. Acest document de politici prezintă o analiză de impact a reformelor promovate de Ministerul Sănătății în perioada septembrie 2009 – ianuarie 2010. Analiza de impact a reformelor în sănătate face parte din inițiativa mai largă a Centrului PAS de implementare a Monitorului Sănătății în Moldova, un mecanism de monitorizare a situației din domeniul sănătății prin aplicarea unei metodologii comprehensive. Monitorul Sănătății își propune a fi un instrument alternativ, independent de alte instrumente publice existente, care ar pune la dispoziție informația necesară despre starea sănătății populației, despre calitatea și accesibilitatea serviciilor de sănătate, despre problemele existente de echitate, dar și impactul politicilor și intervențiilor din domeniu. Monitorul Sănătății este văzut și ca un instrument de conlucrare în parteneriat a sectorului public și cel neguvernamental îndreptat spre îmbunătățirea situației în domeniul sănătății și social. În cadrul prezentului document sunt analizate două domenii de intervenții cu impact major asupra cursului reformelor în sănătate cu scop de a stimula un dialog lărgit a Ministerului Sănătății cu societatea civilă, instituțiile internaționale multilaterale și bilaterale, precum și alți parteneri. Acest dialog necesită a fi orientat spre strategiile potențiale de rezolvare a problemelor din sector prin prisma dirijării sistemului de sănătate, finanțării, prestării serviciilor și generării de resurse în domeniul sănătății.

Context

5. În perioada septembrie 2009 – ianuarie 2010, Guvernul a organizat activități intense orientate spre relansarea și intensificarea dialogului politic între RM și Uniunea Europeană. În acest context s-a reușit un angajament pentru inițierea negocierilor privind Acordul de Asociere între RM și UE, privind liberalizarea regimului de vize pentru cetățenii moldoveni și privind crearea Zonei de Liber Schimb Cuprinzător și Aprofundat în contextul negocierii Acordului de Asociere. A fost semnat Acordul privind micul trafic la frontieră și acordul cu privire la punctele de trecere a frontierei de stat dintre România și RM.

6. Au fost relansate relațiile cu Fondul Monetar Internațional și s-a reușit negocierea unui nou Acord-Memorandum de colaborare cu FMI pentru 2010-2012. Republica Moldova a obținut suport financiar din partea FMI, în valoare aproximativă de 180Mln dolari SUA pentru finanțarea necesităților bugetare, Guvernul SUA a aprobat programul „COMPACT” al Corporației Provocările Mileniului în valoare de 262Mln dolari SUA pentru proiecte de dezvoltare a agriculturii și îmbunătățirea infrastructurii drumurilor. Comisia Europeană a acordat RM prima tranșă de asistență financiară în valoare de 15 milioane EURO pentru implementarea reformelor în sectorul aprovizionării cu apă potabilă și salubritate, UE a oferit Republicii Moldova 12Mln EURO pentru modernizarea rețelei de drumuri și cea de-a treia tranșă de 6Mln EURO pentru suport bugetar în sectorul social și a aprobat programul de suport bugetar în sectorul sănătății în valoare de 46,6Mln EURO, ultima tranșă alocată direct la buget pentru anul 2010 așteptată să fie de 15Mln EURO.

7. A fost elaborat Planul de Stabilizare și Relansare Economică 2009-2011, un plan de acțiuni al Guvernului pentru stabilizarea finanțelor publice, reluarea creșterii economice și asigurarea unei politici eficiente și juste de protecție socială. Au fost elaborate premise pentru eliminarea unor blocaje financiare, pentru eficientizarea administrării fiscale și asigurarea condițiilor pentru creșterea activităților economice. Guvernul a reușit să-și onoreze obligațiunile de transfer către bugetele unităților administrativ-teritoriale, bugetul asigurărilor sociale de stat și bugetul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. A fost elaborată și aprobată în Parlament Legea Bugetului pentru 2010.

8. În sistemul de sănătate, Guvernul a promovat modificări la Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 și a promovat în Parlament Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010. Prin Lege s-a mărit contribuția pentru asistența medicală primară (AMP), s-a redus costul poliței medicale, au fost acordate facilități proprietarilor de terenuri agricole precum și alte intervenții îndreptate spre ridicarea accesului populației la serviciile medicale calitative. Mai jos prezentăm o analiză de impact a intervențiilor recente în domeniul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Asigurările obligatorii de asistență medicală

9. Deși mecanismul nou de finanțare al sistemului sănătății, promovat în cadrul reformei financiare a sectorului sănătății, a început să funcționeze pe scară largă la începutul anului 2004, odată cu instituirea asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM), pregătirile pentru această schimbare au început cu mult mai devreme. În 1998 Parlamentul Republicii Moldova a adoptat Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală [4]. Din motivele crizei financiare profunde, însă, implementarea practică a Legii a fost amânată. Abia la 1 ianuarie 2004, sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală a început să acționeze pe întreg teritoriul Republicii Moldova [7].

10. Modelul de asigurări obligatorii de asistență medicală aplicat în Republica Moldova conține elemente inerente sistemelor sociale de asigurări medicale întâlnite și în alte țări și are la bază următoarele principii-cheie: (1) *Solidaritatea*, principiu fundamental al asigurărilor sociale de sănătate, care arată că contribuția diferitor plătitori nu diferă în funcție de vârstă, starea sănătății, sau alți factori care pot stabili riscul de îmbolnăvire. Astfel, indiferent de cantitatea serviciilor utilizate pe perioada de asigurare, asigurații plătesc prime de asigurare relativ egale. Acest principiu promovează ajutorul social reciproc și de fapt înseamnă că cei sănătoși plătesc pentru cei bolnavi și cei tineri pentru cei bătrâni; (2) *Echitatea* în acordarea serviciilor de sănătate, inclusiv pentru persoanele din grupuri social-vulnerabile; (3) *Accesul universal* al populației la servicii de sănătate. Un accent deosebit se pune pe servicii de *asistență medicală primară, profilaxia bolnavilor și garantarea calității serviciilor* oferite în cadrul sistemului prin acreditarea prestatorilor și controlul calității serviciilor oferite. Modelul propus nu exclude posibilitatea existenței *asigurărilor facultative* de asistență medicală.

11. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală oferă un drept egal de asigurare a sănătății pentru toți cetățenii care, odată fiind asigurați, indiferent de mărimea primei de asigurare, au posibilitatea să obțină asistență medicală necesară și calitativă în conformitate cu Programul Unic [4]. Programul unic cuprinde o listă a bolnavilor și stărilor ce necesită asistență medicală, finanțate din mijloacele asigurării

obligatorii de asistență medicală. Totodată, *Legea obligă asiguratul* să asigure riscul propriu de îmbolnăvire sau riscul de a se îmbolnăvi al altor persoane a căror asigurare este de competența lui. În cazul persoanelor angajate, rolul de asigurat îl are angajatorul, iar persoanele neangajate oficial în câmpul muncii sunt obligate să se asigure pe cont propriu.

12. Mărimea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală se calculează de către Ministerul Sănătății și se aprobă anual prin *Legea fondurilor obligatorii de asistență medicală*. Valoarea absolută a primei de asigurare este echivalentă costului programului unic pe cap de locuitor și reprezintă o contribuție procentuală la salariu în cazul persoanelor angajate. Începând cu anul 2004 această contribuție a fost mărită treptat, constituind inițial 4% din salariu (2% pentru angajator și 2% pentru salariat) ca să ajungă la 7% (3,5% pentru angajator și 3,5% pentru salariat) în 2009 [3]. Pentru 2010 această contribuție nu a fost mărită, măsură generată parțial și de criza financiară. Persoanele neangajate sunt obligate să-și procure pe cont propriu polițe de asigurare.

13. O bună parte a populației Republicii Moldova este asigurată de către Stat în baza Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Această lege a fost supusă unor modificări. Astfel, la cele 7 categorii inițiale de persoane, pentru care statul și-a luat obligațiunea de a le asigura, au mai fost adăugate încă câteva categorii. În urma modificărilor efectuate în perioada 2004-2006, statul acționează în calitate de asigurat pentru următoarele persoane neangajate: (1) copiii de vârstă preșcolară; (2) elevii din învățământul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultura generală; (3) elevii din învățământul secundar profesional; (4) elevii din învățământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvență la zi; (5) studenții din învățământul superior universitar cu frecvență la zi; (6) rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu; (7) copiii neîncadrați la învățătură până la împlinirea vârstei de 18 ani; (8) gravidele, parturientele și lăuzele; (9) invalizii; (10) pensionarii; (11) șomerii înregistrați oficial; (12) persoanele care îngrijesc la domiciliu un copil invalid cu severitatea I sau un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat cu vârsta de până la 18 ani; (13) mamele cu șapte și mai mulți copii. În acest caz, Guvernul achită primele de asigurare pentru aceste categorii de populație.

14. În cazul sistemului de asigurări implementat în Moldova au fost evitate unele greșeli pe care le-au făcut alte țări cum ar fi Kazahstan sau Federația Rusă, în care acumularea contribuțiilor de asigurare pentru categoriile vulnerabile se colectează de la bugetele locale, iar mărimea primelor nu sunt bine stipulate în legislație. În Republica Moldova toate aceste contribuții vin de la bugetul de stat și legislativul stabilește o dată pe an mărimea primei de asigurare. Astfel, colectarea banilor pentru fondurile de asigurare este mai rapidă, iar atingerea volumului planificat de finanțare este mai ușor realizabil. Începând cu 2004, prețul polițelor de asigurare a continuat să crească în fiecare an, ajungând în 2009 la suma de 2 637,6 lei (fiind de 6 ori mai mare decât costul stabilit pentru 2004 - 441,23 lei). Prin *Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală* pe anul 2010, Guvernul micșorează costul acestei polițe cu 159,6 lei stabilind suma de 2 478 lei: măsură, dictată de criza financiară și îndreptată spre ridicarea posibilității persoanelor neangajate de a procura această poliță. Rămîne de văzut de unde au fost reduse costurile programului unic pe cap de locuitor. În așa situații se recomandă de a reduce costurile din contul serviciilor costisitoare pentru a menține accesul populației la un pachet minim decent de servicii medicale primare. Cercetări

suplimentare sunt necesare pentru a compara volumul pachetului minim de servicii din 2010 comparativ cu cel din 2009.

15. Nivelul de acoperire a populației rămâne a fi una dintre cele mai sensibile probleme. Cu toate acestea, colectarea fondurilor necesare pentru funcționarea normală a AOAM este relativ stabilă, dacă să nu luăm în considerație anul de criză 2009. Această stabilitate a fost caracterizată prin discrepanța minimă între veniturile planificate și cele colectate de facto. Shishkin S, et. al. a caracterizat sistemul mixt de asigurări medicale, aplicat în Moldova, drept unul durabil din punct de vedere al colectării mijloacelor financiare necesare pentru asigurarea unei bune funcționări a lui [9]. În același timp, după unele date estimative raportate de CNAM la începutul anului 2008, cota persoanelor neasigurate pentru acest an a constituit aproximativ 23 la sută din populația prezentă, sau 25,8 la sută din toată populația Republicii Moldova. În urma unei analize a categoriilor de populație neasigurate, efectuate de către Biroul Național de Statistică în cadrul unui studiu național al gospodăriilor casnice în 2008, s-a stabilit că cea mai mare pondere a persoanelor neangajate în câmpul muncii, care nu și-au procurat o poliță de asigurare, au un nivel foarte redus al veniturilor. Aceste persoane de obicei reprezintă membrii gospodăriilor țărănești, fermierii, sau cei care oferă servicii sezoniere. Pentru persoanele date, costul poliței de asigurare pare a fi mare și, din acest motiv, ei preferă să rămână neasigurați. O pondere destul de mare din acest grup de neasigurați o au de asemenea persoanele cu un nivel al bunăstării destul de înalt, dar care probabil preferă să obțină servicii contra plată în cazul problemelor de sănătate și nu încearcă să fie solidari și să prevină riscul de cheltuieli neprevăzute pentru asemenea situații.

16. Conform studiului realizat de CBS-AXA în 2006, ponderea femeilor care au poliță medicală este mai înaltă decât a bărbaților, ce s-ar explica prin încadrarea mai frecventă a femeilor oficial în câmpul muncii, unde beneficiază de pachetul social [12]. De asemenea, este important rolul statului prin includerea femeilor gravide, a parturientelor și a lăuzelor în lista persoanelor care beneficiază de asigurare medicală din partea Guvernului. Respondenții cu studii profesionale și medii reprezintă segmentul cel mai slab acoperit de medicina prin asigurare, ceea ce s-ar explica prin activitatea în sectorul neoficial al economiei, unde angajatorii nu le oferă pachetul social. De asemenea, în cazul celor angajați în sectorul agrar, gradul de acoperire este mai mic (aproximativ 1 din 3), fiind nevoiți să-și procure polița pe cont propriu. În general, oamenii evită să meargă la medic în scopuri profilactice, acest lucru fiind și mai accentuat în cazul persoanelor neasigurate, care se adresează de multe ori în stadii avansate ale bolii. Unul dintre rezultatele studiului citat este că aproximativ 25% dintre elevi și studenți nu au poliță de asigurare medicală, care conform legii sunt asigurați din bugetul de stat. Putem să presupunem ca în acest caz este mai degrabă vorba despre gradul redus de informare și nu despre accesul limitat la sistem.

17. Pe parcursul implementării asigurărilor obligatorii au fost întreprinse unele măsuri de lărgire a nivelului de acoperire ale AOAM la scară națională. Însă, pentru a atinge o acoperire universală, este nevoie ca în primul rând populația aptă de muncă și neangajată la moment să înțeleagă necesitatea procurării polițelor de asigurare, având în vedere gradul satisfăcător de înrolare în sistem al altor categorii ale populației. Statul a încercat să motiveze categoria de persoane care trebuie să procure direct polițe de asigurare și pentru care Guvernul nu are calitatea de asigurat, prin oferirea anumitor reduceri la procurarea pachetului de asigurări într-o perioadă limitată. Legea fondurilor

asigurării obligatorii de asistență medicală stipulează că persoanele care achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în termen de 3 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi beneficiază de o reducere în mărime de 50% din prețul poliței. Mai mult, se reduce substanțial (cu 75%) costul poliței de asigurare pentru lucrătorii din agricultură (deținătorii terenurilor agricole etc.) Aceasta fiind o măsură îndreptată spre ridicarea accesului la serviciile medicale pentru agricultori dar și parțial de stimulare a business-ului în domeniul agruculturii.

18. Unii experți spun că aici este vorba despre o inegalitate, pentru că în acest caz contribuțiile la fondul de asigurări din partea diferitor categorii de persoane sunt ne-uniforme, unii achitând doar jumătate din sumă. Însă, în practică observăm o descreștere a ponderii persoanelor fizice care procură pe cont propriu polițe de asigurare din totalul surselor de venit încasate la fondurile AOAM. Astfel, vedem că doar 1,4% din încasările AOAM în 2008 și 2009 se datorează plăților directe de la persoane fizice, în comparație cu 1,5% pentru anul 2004. În asemenea condiții, reducerea prețului poliței de asigurare în cazul procurării ei în primele trei luni, cel puțin pentru moment, pare a fi una argumentată, deși în detrimentul echității. Mai există un fenomen, atunci când sunt depășite aceste 3 luni, persoana care are nevoie de servicii medicale (ca regulă spitalicești) poate procura această poliță și mai târziu, la preț deplin și plătind chiar penalități. Numai că, de regulă, atunci când apare așa necesitate, costul serviciilor de care beneficiază această persoană sunt mai mari decât suma achitată. Pentru a evita așa fenomene, colegii noștri din țările Baltice au inclus un mecanism de “adaptare”, care spune ca dacă, polița este procurată cu întârziere, atunci ea devine valabilă într-o lună de la procurare și nu imediat, așa ca în Republica Moldova.

19. Atât din punct de vedere al accesibilității serviciului, dar și al echității și solidarității, problema acoperirii în cadrul AOAM rămâne a fi una importantă. În tabelul 1 putem vedea numărul total al persoanelor asigurate în cadrul AOAM pentru anul 2007, repartizat după cele trei categorii de asigurare, precum și numărul persoanelor neasigurate [6].

Tabelul 1. Acoperirea populației de către sistemul AOAM pentru 2007

Categorii	Nr.	% din asigurați	% din populația totala
Asigurați din contul statului	1 645 053	65.9%	48.4%
Angajați	830 600	33.3%	24.5%
Persoane fizice neangajate	20 000	0.8%	0.6%
Total asigurați	2 495 653	100.0%	73.5%
Total neasigurați	899 947		26.5%

Populația totală din tabel constituie „populația prezentă”, adică cu excepția persoanelor înregistrate, dar care nu se află temporar în țară (~200000 persoane). În realitate, se presupune însă că numărul persoanelor aflate temporar în afara țării este mult mai mare, ceea ce ar putea reduce considerabil rata persoanelor neasigurate aflate permanent în țară.

20. Deci, cei mai puțin motivați să contribuie financiar sunt persoanele neangajate. Printre alte cauze ce împiedică persoanele fizice să procure direct polițe de asigurare este și prețul acestora. Potrivit unui studiu efectuat de către Transparency International în 2006, circa 56.5% dintre persoanele neasigurate intervievate susțineau că nu au procurat polițe de asigurare din motivul prețului lor înalt. Cauzele neprocurării polițelor de asigurare a fost descris și de către Biroul Național de Statistică, care în cadrul unui studiu național al gospodăriilor casnice în 2008 a arătat că 56.8 la sută dintre respondenți consideră polițele prea scumpe, 22.3% au invocat ca nu au nevoie de poliță de asigurare, iar 20.8% au spus ca nu văd sensul asigurărilor medicale. Deci, decizia de micșorare a costului poliței de asigurare este argumentată. Însă, cum a fost menționat și anterior, este necesar de a vedea din contul căror servicii din cadrul pachetului unic s-a produs aceasta.

21. Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru 2010 prevede expres că „...pentru persoanele neasigurate, cheltuielile de asistență medicală urgentă prespitalicească, de asistență medicală primară, precum și de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major..., se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală...”. Cu alte cuvinte, o persoană neasigurată poate beneficia de pachetul întreg de servicii medicale primare în egală măsură cu persoana asigurată. De menționat, că pentru aceasta, Guvernul a mărit contribuția sa la venituri din transferurile de la bugetul de stat de la 52,4% prevăzute în 2009 la 56,9% în 2010. În același timp, nu neapărat cei care nu sunt angajați în câmpul muncii sunt săraci, în acest caz Guvernul „asigură” și persoanele care au un venit nedeclarat. În așa caz, experții susțin că *se încalcă principiul de echitate în finanțare*: persoanele contribuie la sistemul de sănătate în baza abilității de plată. O alternativă ar putea fi ca Statul să asigure medical persoanele social-vulnerabile înregistrate pe lista celor care primesc prestații sociale din partea Statului. Această intervenție ar reduce din inechitate și ar micșora discrepanța dintre nivelele sărace și mai puțin sărace ale populației.

22. Prin oferirea accesului universal la serviciile medicale persoanelor neasigurate, dispare orice motivare a persoanelor neangajate în câmpul muncii pentru procurarea poliței de asigurare. Putem estima că persoanele neangajate, impuse prin lege să procure pe cont propriu polițe de asigurare, trebuie să reprezinte categoria de populație cu cea mai mică rată de acoperire a AOAM. Este evident că această categorie a populației nu achită taxe sociale și, odată cu apariția noului sistem de asigurări în sănătate, au fost puse în situația în care trebuie să cumpere polițele de asigurare. Motivația teoretică este că odată cu procurarea acestor polițe, aceste persoane își asigură anumite riscuri legate de sănătate. Însă, odată cu Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010 această motivație nu este una foarte convingătoare, inclusiv și din cauza conștientizării reduse în rândul populației și perioada relativ scurtă de la începutul

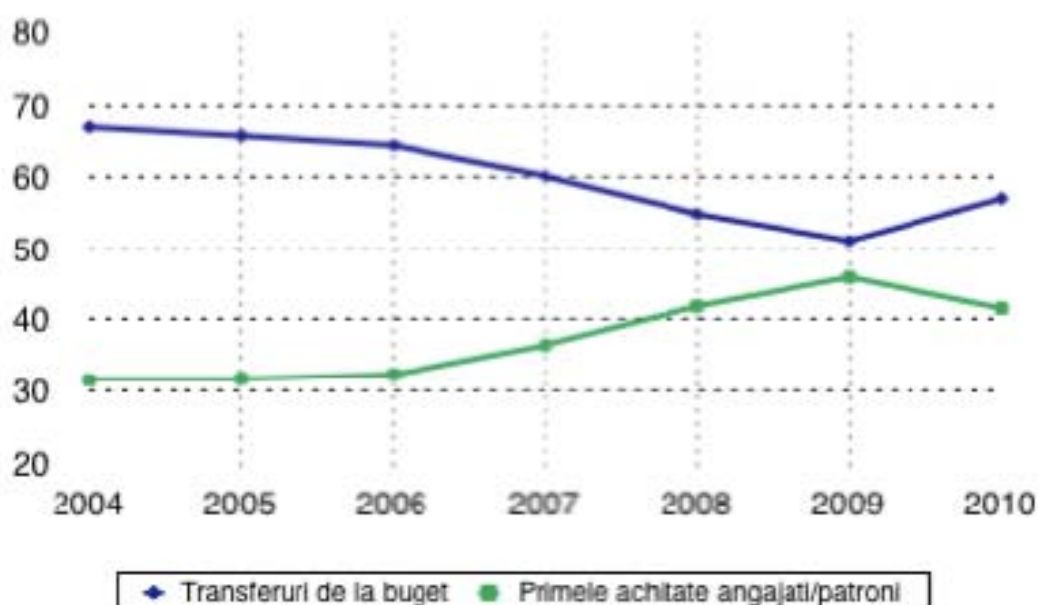
implementării sau lipsa tradițiilor existente în domeniul asigurărilor de sănătate în Republica Moldova. Un factor important este de asemenea faptul că categoria de populație care urmează să se auto-asigure prin procurarea polițelor de asigurare face parte din grupul mediu de vârstă și riscul de îmbolnăvire este mai redus. În acest caz, experții susțin că *este afectat principiul de solidaritate*, care este unul dintre cele mai importante principii de viabilitate a unui sistem de sănătate bazat pe asigurări sociale de asistență medicală.

23. Modelul de asigurări obligatorii de asistență medicală aplicat în Republica Moldova funcționează în baza surselor mixte de finanțare constituite din: prime de asigurare achitate de către patroni și angajați, surse din bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de către Guvern, prime de asigurare achitate de persoanele fizice neangajate în câmpul muncii și alte surse alcătuite din venituri în urma amenzilor, a dobânzii pentru depozitul bancar, etc. Un aspect pozitiv al sistemului de asigurare obligatorie în Moldova este stabilitatea contribuțiilor din bugetul de stat. Conform analizelor efectuate de OMS, în perioada 1995-2003 disbursările pentru sănătate efectuate din bugetul de stat purtau un caracter instabil și neregulat. Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate și elaborarea bazei legislative corespunzătoare, Guvernul este obligat să asigure categoriile de persoane pentru care joacă rolul de asigurat, achitând o contribuție de asigurare prestabilită de lege. Astfel, contribuția din bugetului de stat pentru o persoană asigurată este egală cu cel al altor categorii de persoane asigurate în cadrul sistemului. Cu alte cuvinte, există o egalare a sumelor transferate către fondul AOAM, indiferent de sursa de finanțare (buget de stat, salariat/patron, persoane fizice).

24. Observăm că pe parcursul anilor de la introducerea asigurărilor obligatorii, ponderea surselor din bugetul de stat din totalul încasărilor este în descreștere constituind 66,7% în 2004, 58,7% în 2007 și 52,4% în 2009. În același timp, contribuția persoanelor angajate în câmpul muncii a fost în creștere de la 31,6% în 2004, 37,3% în 2007 la 45,5% în 2009. Dealtfel, era și logic pentru ca această contribuție a Statului să descrească în timp și să crească ponderea persoanelor angajate precum și celor care procură de sinestătător polițele de asigurări. Aceasta se poate explica prin creșterea salariilor medii pe economie, a măririi procentului de contribuție din partea salariaților și patronilor, dar și legalizarea / oficializarea angajaților care anterior lucrau în sectorul „gri” al economiei. În așa fel, rolul salariaților devenea tot mai important în mecanismul de finanțare al sistemului sănătății și în câțiva ani putea depăși sursele alocate din bugetul de stat după volumul încasărilor la fondul AOAM. Efectul de înlocuire parțială a fondurilor din buget cu alte surse financiare noi este tipic pentru o reformă financiară de sănătate cu o acțiune favorabilă asupra funcționalității acesteia. Pentru prima dată, contribuția statului în fondurile AOAM crește și a persoanelor fizice descrește în anul 2010, constituind 56,9% și 41,56% respectiv (Figura 1). Aparent, această intervenție este motivată prin criza financiară și poate fi interpretată ca și “acoperire” pentru asigurarea accesului universal tuturor persoanelor neasigurate.

Figura 1. Încasări fonduri AOAM (contribuție procentuală)

25. Cheltuielile anuale din fondul AOAM au crescut de la 937,5 mii lei în 2004 la 2693561,7 mii lei în anul 2008, având un ritm mediu de creștere anuală ce depășea 25 la sută. Acest ritm s-a redus esențial în 2009, creșterea fiind de mai puțin de 10%. Toate tipurile de încasări se acumulează în contul unic al CNAM, care formează următoarele fonduri de asigurare: (1) fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (de bază); (2) fondul de rezervă; (3) fondul măsurilor de profilaxie și (4) fondul cheltuielilor administrative. Fondul de bază asigură partea primordială a cheltuielilor efectuate în cadrul AOAM. Pe parcursul anilor 2004 – 2007, cota fondului de bază a depășit 95 la sută din totalul cheltuielilor fondul AOAM, cea mai mare pondere fiind înregistrată în anul 2004 – 97,5%. Aceasta însă a fost posibil din contul minimizării fondurilor de rezervă și a măsurilor de profilaxie, ele fiind o garanție a continuității activității sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii următori. Se înregistrează o creștere considerabilă a fondului măsurilor de profilaxie și acumulări mai mari la fondul de rezervă în anii ulteriori, creștere stopată în anul 2010. Fondul cheltuielilor administrative, deși poate fi stabilit conform legislației la un nivel de 2 la sută din totalul fondurilor AOAM, observăm că este în descreștere de la 1.8 la sută în 2004 la 1.4 la sută în anul 2007. De facto, se observa însă o creștere a sumelor absolute înregistrate la fondul administrativ de la an la an; din motivul măririi încasărilor totale pe parcursul



acestor ani, acumulările în fond au crescut de la 19537,8 mii lei în 2004 la 27300,0 mii lei

în 2007 (date CNAM). În 2009 cheltuielile administrative sunt reduse la 1%, cotă păstrată și pentru 2010.

26. Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, a scăzut dramatic rolul autorităților locale în finanțarea sistemului sănătății. În 2003 bugetele locale erau responsabile de până la 64% din cheltuielile totale pentru sănătate. Noua reformă de finanțare însă a fost însoțită de o centralizare masivă a sistemului. În prezent, autoritățile locale nu au o responsabilitate directă pentru asigurarea sănătății populației în cadrul sistemului AOAM. Totodată, APL pot finanța anumite programe de sănătate publică, renovarea instituțiilor medico-sanitare publice (IMSP), procurarea echipamentului medical, iar în cazuri sporadice, unele raioane și-au asumat responsabilitatea pentru asigurarea sănătății unor cetățeni din rândul păturilor vulnerabile ale populației [9]. Unele efecte ale descentralizării în domeniul sănătății sunt prezentate mai detaliat în capitolul următor.

27. Procurarea serviciilor medicale se face direct de către CNAM în baza contractelor încheiate între instituțiile medicale publice și private, și CNAM sau reprezentanțele sale regionale. Achitarea serviciilor se efectuează în baza serviciilor prestate și al programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Ponderea sumelor alocate pentru asistența medicală spitalicească este net superioară față de alte servicii, constituind mai mult de jumătate din toți banii alocați pe întreaga perioadă, dar se urmărește o scădere relativă a alocațiilor pentru sectorul spitalicesc în timp. Totodată, observăm o tendință pozitivă pentru sectorul de asistență medicală primară, ponderea de finanțare a căruia este în continuă creștere, de la 26,1% în 2004 la 31% în 2009. Pentru 2010 Guvernul a planificat să mențină aceleași 31% pentru asistența medicală primară. Având în vedere mecanismele de finanțare existente în republică până la implementarea AOAM, cu un accent sporit asupra sectorului spitalicesc care absorbea conform unor date până la 80% din resursele financiare și neglijarea sectorului primar, putem spune că tendințele actuale sunt pozitive. Cu toate acestea, unii experți internaționali consideră în continuare că sectorul spitalicesc este mult prea costisitor și ineficient din cauza numărului mare de spitale și paturi, iar serviciile oferite la nivel secundar și terțiar sunt uneori ne-raționale sau ineficiente din cauza tehnicilor și aparatajelor învechite, a excesului de paturi, sau a cererii reduse (Cercone 2006, Shishkin 2006).

28. Problema de acoperire universală este în general caracteristică pentru țările cu venituri reduse, în care există tradiții înrădăcinate de plăți neoficiale pentru servicii de sănătate. Deși sistemul asigurărilor de asistență medicală în Republica Moldova este unul obligatoriu, nici Guvernul și nici CNAM nu pot să oblige persoanele neangajate și neasigurate să procure polițe de asigurare, pentru că legislația nu stipulează asemenea mecanisme. Prin urmare, în cazul când o parte a populației refuză să participe în sistemul de asigurări, sistemul capătă un caracter voluntar și nu obligatoriu. Situația dată în cazul asigurărilor sociale de sănătate reprezintă un fenomen de „selecție adversă” și se întâlnește în cazul în care doar persoanele cu un risc mai mare de sănătate procură polițe de asigurare, în timp ce persoanele tinere cu risc redus refuză să fie solidare cu alte categorii din sistem. Plățile private directe din partea cetățenilor, care se efectuează în afara sistemului de asigurări obligatorii de sănătate, au în continuare o pondere importantă din totalul cheltuielilor din cadrul sectorului sănătății. Conform datelor existente, 42 la sută din toate resursele financiare pentru sănătate sunt constituite din plăți private. Astfel, conform datelor oficiale, în 2005 aceste plăți au alcătuit 1,4Mln lei.

Însă, aceste cifre par a fi subestimate, din motiv că nu puteau fi calculate plățile neoficiale pentru servicii medicale, medicamente și alte plăți în cadrul sectorului privat de asistență medicală. Conform datelor publicate de Banca Mondială, plățile private pentru sănătate pot ajunge până la cifra de 444Mln lei, inclusiv pentru medicamente [9, 13].

29. Protecția financiară a populației s-a majorat considerabil în condițiile sistemului AOAM. Analiza efectuată de către experții OMS arată că plățile private efectuate de către gospodării în 2004 s-au redus cu 21 la sută față de 2003. Pentru comparație se arată că o persoană neasigurată plătește pentru spitalizare cu 83% mai mult și de 4.3 ori mai mult pentru o vizită la medicul cardiolog decât cea asigurată. Sondajul efectuat de către Transparency International în 2006 arată că 65.4% dintre respondenți uneori, des, sau de fiecare dată sunt nevoiți să achite plăți neoficiale pentru asistență medicală. După datele colectate în raionul-pilot Orhei, în cadrul proiectului de reformare a sănătății, 53% dintre cei intervievați susțin că plățile neoficiale nu au dispărut, 25.6% au afirmat că acest tip de plăți au dispărut parțial și doar 4.8% dintre respondenți consideră că plățile neoficiale au dispărut [11]. Nu există studii recente care să descrie situația curentă în ceea ce privește practica plăților private pentru serviciile de sănătate, însă putem presupune că aceste plăți au în continuare o importanță semnificativă pentru sector. Conform datelor dintr-un studiu efectuat în baza țărilor post-sovietice, există evidențe că plățile neoficiale în aceste țări sunt în regresie, deși populația săracă plătește mai mult ca și proporție din venituri, și respectiv este mai afectată din cauza acestor plăți [8].

30. Unii experți internaționali aveau o atitudine destul de sceptică cu referire la modelul AOAM aplicat în Republica Moldova, considerând reforma dată drept o metodă inefectivă pentru revitalizarea sistemului sănătății, în condițiile existente din țară [9]. Argumentele erau că sistemul de asigurări obligatorii ar putea crește cheltuielile administrative, iar aflul financiar – prea modest din motivul contribuțiilor mici și a existenței unui sector ne-formal destul de răspândit. Au existat însă și alte păreri, conform cărora noul sistem bazat pe modelul asigurărilor sociale de sănătate, cu mecanismul său de colectare, crearea fondurilor și alocarea resurselor, a fost unica modalitate realistă de reformare financiară a sistemului. În condițiile socio-economice, în care s-a aflat Republica Moldova în anii '90, statul nu mai era în stare să-și îndeplinească obligațiunile sale constituționale de asigurare a dreptului la sănătate pentru toți cetățenii.

31. Expertul OMS, Joseph Kutzin, în cadrul unei prezentări făcute în 2006, a caracterizat reformele financiare de sănătate din Republica Moldova drept un „model-exemplu” pentru țările în tranziție, întărind afirmațiile sale prin următoarele rezultate obținute în cadrul acestei reforme: în comparație cu alte 5 țări CSI, în care a fost aplicată schema de asigurare obligatorie, în Republica Moldova a reușit să mențină un nivel adecvat al finanțării sistemului; prezența unei abordări eficiente a protecției financiare prin acumularea resurselor financiare în fondul de asigurări atât din bugetul de stat, cât și din contribuțiile salariaților și a persoanelor fizice; suportul politic a avut un rol important în realizarea reformelor din domeniul sănătății.

32. Reformarea sistemului sănătății, însă, nu a avut drept scop soluționarea rapidă și efectivă a tuturor problemelor existente din sector. Ideea principală a schimbărilor a fost majorarea nivelului de echitate și accesibilitate a serviciilor medicale, raționalizarea și eficientizarea utilizării resurselor precum și creșterea calității serviciilor medicale. Sistemul AOAM schimbă cardinal relația instituțiilor medico-sanitare cu fondatorii sau

alte organe de administrare, deoarece aranjează în altă proiecție raportul de dependență între instituție și organul care are competența să influențeze activitatea acesteia. Chiar dacă sistemul de asigurări era inițial destul de modest, cu resurse financiare reduse și un program unic limitat, acesta le-a permis accesul păturilor social-vulnerabile la servicii de sănătate. În același timp, alte categorii ale populației, cum ar fi angajații care au contribuit procentual la fondul de asigurări, sau persoanele care au procurat polițe de asigurare, au putut de asemenea beneficia prin asigurarea riscului de sănătate, chiar dacă pachetul unic nu conținea o gamă foarte largă de servicii medicale.

33. Orientarea sistemului de sănătate spre asistența medicală primară cu creșterea nivelului de finanțare a acestui sector, și încurajarea măsurilor preventive și a tratamentului prespitalicesc, de asemenea constituie un rezultat semnificativ al reformelor din sănătate. În decurs de 6 ani de la momentul implementării sistemului de asigurare obligatorie a asistenței medicale, s-a observat o dinamică pozitivă, atât la nivel financiar, cu creștere continuă a fondului de asigurări, cât și la nivel de accesibilitate și calitate a serviciilor medicale. Contribuțiile pentru persoanele asigurate către fondul AOAM poartă un caracter stabil (excepție fiind anul de criză 2009). Chiar dacă resursele acumulate nu pot să acopere pe deplin toate necesitățile sistemului sănătății, regularitatea contribuțiilor face posibilă planificarea și gestionarea adecvată a lor în baza prioritizării necesităților. Sistemul în general s-a dovedit a fi viabil, iar toate aceste schimbări au dus la ameliorarea sănătății populației prin îmbunătățirea principalilor indicatori de sănătate [7].

34. Totodată, există și multe neajunsuri legate de aplicarea noului sistem de asigurări, cauzele principale fiind experiența redusă a actorilor din domeniul sănătății și perioada relativ scurtă de la implementarea reformelor, imperfecțiunea legislației cu privire la asigurările obligatorii de asistență medicală, mecanismele de colectare a contribuțiilor de asigurare încă neajustate deplin, nivelul de acoperire redus, și altele. Nivelul de acoperire al AOAM rămîne o problemă, cota persoanelor neasigurate fiind în continuare semnificativă. Urmează să fie stabilit dacă tendințele de creștere a procentului persoanelor asigurate se datorează în special majorării numărului absolut al persoanelor asigurate, sau există și alte cauze, cum ar fi creșterea numărului de persoane care părăsesc țara în căutarea locurilor de muncă, ceea ce înseamnă o reducere a numărului de persoane eligibile rămase în țară. După cum s-a menționat, o mare parte din persoanele neasigurate susțin că nu procură polițe din motivul prețului înalt. Micșorarea prețului unei polițe de asigurare promovată în 2010 poate avea o influență benefică.

35. Deși legislația stipulează că asigurările de sănătate sunt obligatorii, nici autoritățile publice centrale și nici cele locale nu pot impune persoanele fizice să procure polițe de asigurare, din motivul lipsei unor asemenea împuterniciri. Din acest motiv, asigurările obligatorii de asistență medicală din Moldova de facto poartă un caracter semi-voluntar. Măsurile întreprinse pentru lărgirea numărului de beneficiari, inclusiv prin includerea grupurilor noi de persoane asigurate de către stat, nu vor fi destul de eficiente în cazul în care sectorul de asistență medicală primară este subdezvoltat, atât din punct de vedere al bazei materiale, cât și al aprovizionării cu personal medical calificat. Și aceasta se referă în primul rând la mediul rural, care are mai mult de suferit în acest sens. Serviciul AMP, în calitate sa de primă verigă de contact cu pacientul, are un rol primordial în organizarea fluxului normal al beneficiarilor și reducerea presiunii excesive asupra nivelelor ulterioare de asistență medicală secundară și terțiară. Motivarea specialiștilor din

domeniul sănătății este de asemenea o problemă destul de stringentă, având în vedere tendința medicilor și a asistentelor medicale să părăsească sistemul sănătății în căutarea alternativelor mai bune.

36. După cum s-a menționat mai sus, există tendințe pozitive de revitalizare a sistemului sănătății în urma reformelor din sector și aplicare a sistemului de asigurări obligatorii a asistenței medicale, acestea având un impact pozitiv asupra dezvoltării de mai departe a sistemului și a sănătății populației Republicii Moldova, în calitate de beneficiar direct. Au fost enumerate un șir de aspecte și rezultate pozitive obținute în cadrul noului model de finanțare a sistemului sănătății. Toate aceste rezultate, atât la capitolul finanțării sistemului, a interacțiunii dintre diferiți actori și nivele, cât și a impactului asupra sănătății populației, au permis să facem o concluzie calitativă despre efectul politicilor corecte și un succes pe termen scurt al reformelor aplicate. Acum se observă anumite intervenții la nivel de politici în domeniu. La momentul în care se iau anumite decizii ce au impact asupra cursului reformelor în domeniul sănătății, este vital ca aceste decizii să fie plasate în contextul strategic aprobat pentru o durată mai lungă.

37. În urma rezultatelor analizei de impact și a compilării rezultatelor altor analize și investigații petrecute de către experți locali și internaționali (Ciocanu, Shishkin, Kutzin, Cercone, etc.), pot fi enumerate următoarele recomandări pentru dezvoltarea de mai departe a sistemului sănătății în baza asigurărilor de asistență medicală:

- a) Păstrarea în continuare a tendințelor pozitive de finanțare a sistemului și a stabilității contribuțiilor la fondul AOAM prin colectarea mijloacelor financiare necesare și asigurarea unei bune funcționări a lui. Mărirea contribuției procentuale din partea salariaților este văzută de către unii experți (Kacevicius 2005) drept o soluție de creștere a echității, dar și o acumulare mai bună a resurselor financiare pentru necesitățile sistemului, având în vedere că aceste contribuții sunt mai mici în comparație cu alte țări CSI;
- b) Reducerea diferențelor de acces la servicii de sănătate și de echitate între diverse grupuri ale populației în funcție de venituri, nivel social și repartizare geografică (rural/urban). Pentru obținerea unei acoperiri universale, este nevoie de a mări nivelul de includere al populației în cadrul sistemului AOAM, prin intermediul campaniilor de informare a populației și a metodelor de motivare pentru aderare la sistem, precum și o eventuală largire a grupurilor de populație asigurate de către stat pentru categoriile de persoane social defavorizate, în special pentru populația rurală. Implicarea APL în procesul de asigurare a acestor categorii ar putea fi răspândite în calitate de practici pozitive;
- c) Mărirea în continuare a programului unic prin lărgirea listei de medicamente și investigații costisitoare, ceea ce ar minimiza riscul financiar al persoanelor asigurate, și ar reduce plățile private în cadrul sistemului, inclusiv cele neoficiale. Menținerea personalului medical în cadrul sistemului prin organizarea condițiilor mai bune de lucru, mai cu seamă pentru regiunile rurale, motivarea financiară mai bună, inclusiv în raport cu indicatorii de performanță. Revizuirea politicii salariale pentru lucrătorii medicali. Aceștia sunt doar o parte dintre factorii ce ar putea micșora refluxul de cadre medicale;
- d) Fortificarea în continuare a capacităților manageriale, a profesionalismului personalului medical și a practicilor clinice utilizate în cadrul sistemului, care urmează

să se răsfrângă asupra calității serviciilor oferite populației. Creșterea rolului sectorului privat în acordarea serviciilor medicale prin contractarea mai largă a serviciilor oferite în cadrul acestui sector, ceea ce ar spori concurența dintre prestatorii de servicii medicale și, prin urmare, calitatea serviciilor prestate.

e) Diversificarea serviciilor prestate ca urmare a regionalizării, cu introducerea elementelor inovatoare cum ar fi sistemul de urmare a banilor după pacient, rambursarea cheltuielilor de transport în anumite cazuri, acordarea suportului social (ex. pacienților cu tuberculoză, HIV) și altor mecanisme de stimulare a aderenței la tratament. Aceste servicii ar putea fi finanțate strategic de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Bibliografie

1. Atun R, Richardson E, Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M, Sava V and Ancker S. Moldova: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008; 10(5): 1–138.
2. Parlamentul RM. Legea Nr. 122 din 23.12.2009 “Pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009 nr. 263-XVI din 11 decembrie 2008”. Monitorul Oficial Nr. 193-196 din 29.12.2009; art. Nr: 611.
3. Parlamentul RM. Legea Nr. 128 din 23.12.2009 “fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2010”. Monitorul Oficial Nr. 193-196 din 29.12.2009.
4. Parlamentul RM. Legea Nr. 1585 din 27.02.1998 „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală”. Monitorul Oficial Nr. 38-39 din 30.04.1998; art. Nr: 280.
5. Prioritățile Ministerului Sănătății și acoperirea financiară a acestora din bugetul public național pentru a.2010. Prezentare în plen. Ședința Consiliului sectorial pentru sănătate în domeniul asistenței externe din 11 decembrie 2009.
6. Raport privind activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în anul 2007.
7. Savin Ș, Soltan V. Analiza reformei în domeniul medicinei prin asigurări. Finconsultant. Chișinău, 2009, nr. 9, p. 71–93.
8. Sara Allin, Konstantina Davaki, Mossialos E. Paying for ‘free’ health care: the conundrum of informal payments in post-communist Europe. 2005
9. Shishkin S, Kacevicius G, Ciocanu M. Evaluation of Moldova’s 2004 Health Financing Reform. Health Financing Policy Paper. Division of Country Health Systems, WHO Europe. 2008.
10. Soltan V, Savin Ș, Furdui V, Cuza I, Barbă O. Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății publice. Chișinău 2009 (studiu finanțat de Biroul de Cooperare a Elveției în Moldova și implementat de Centrul PAS).
11. Stefanet S. Report on Patient satisfaction and access to health care services in Orhei and Chisinau pilot regions. Public health reform project. Chisinau 2005
12. Studiu al percepției subiective a cetățenilor Republicii Moldova despre impactul politicilor publice. CBS-AXA. 2006
13. The Republic of Moldova health policy note. Word Bank. Chisinau 2006
14. World Bank (2008) Decentralization & Subnational Regional Economics, <http://go.worldbank.org/9Y0IDD8C80>