

6. Jean-Michel Budet, Françoise Blondel, „L'hospitalisation publique et privée”, 3^e édition, Groupe Berger-Levrault Paris, 2004, p.365-368;
7. “Regionalization in local public health systems”, Californian Health Forum September 2007;
8. „Regionalizing hospital care”, by Mark Green, <http://www.kybiz.com/articles/article.cfm>;
9. ”Health System Optimization Planner”, George Boulton, Conseil Santé S. A., Health Investment Fund Project, 2006;

PREMIZELE IMPLEMENTĂRII CONTURILOR NAȚIONALE DE SANATATE ÎN R. MOLDOVA

Doina Banari

Centrul național de management în sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Premises of the implementation of NHA in Moldova

The requirement and premises of implementation of NHA (National Healthcare Accounts) that describe funding sources and define manners in which financial resources may be used by healthcare in our country have been discussed. NHA will allow establishing a basis for the assessment of the consequences derived from our national healthcare system as well as will provide support in allocation of funds assigned for healthcare.

Introducere

Sistemul Ocrotirii Sănătății din Republica Moldova în ultimii ani s-a găsit într-un amplu proces de reformare. În ultimul deceniu în Republica Moldova s-au înregistrat rezultate semnificative în domeniul ajustării și restructurării funcționale a sistemului de sănătate. Perfecționarea sistemului de organizare a ocrotirii sănătății trebuie să fie dirijată spre :

- obținerea unei stabilități financiare a sistemului de ocrotire a sănătății,
- perfecționării managementului acestui sistem,
- asigurarea drepturilor cetățenilor la obținerea serviciilor medicale calitative în cadrul sistemului de sănătate.

Dezvoltarea capacităților sistemelor de sănătate, îndreptată spre îmbunătățirea sănătății populației deservită, implică cheltuieli suplimentare însemnate pentru serviciile medicale. Eficiența sistemului de ocrotire a sănătății trebuie să fie estimată nu numai în raport cu nivelul bunătăților produse, ci și în conformitate cu repartiziile lor în societate. Dacă sistemul de ocrotire a sănătății poate fi examinat ca răspunsul societății la dorința cetățenilor ei de a obține anumite foloase sau rezultate cât și repartizarea lor echitabilă, eficiența sistemului de ocrotire a sănătății prezintă un indice al gradului de atingere ale scopurilor trasate. Astfel obținerea unei informații mai exacte privind finanțarea sistemului ocrotirii sănătății devine un element important în estimarea cheltuielilor pentru serviciile medicale în contextul Metodologiei Conturile naționale de sănătate în țară.

OBIECTUL SISTEMULUI CONTURILOR NAȚIONALE

Sistemul conturilor sau contabilității naționale (SCN) este un sistem de evidență și analiză macroeconomică utilizat în statistica țărilor cu economie de piață, în statisticile O.N.U. și ale altor organisme internaționale.

Apariția sa a fost impusă de necesitatea obținerii informații pentru efectuarea unor calcule și analize macroeconomice, devenind instrumentul principal de evidență și analiză macroeconomică folosit în statistica mondială. Obiectul său este de a reprezenta cantitativ realitatea economică într-o perioadă de timp sau la un moment dat. Activitatea economică are ca rezultat produse și servicii care au caracter de marfă și se realizează prin intermediul pieței, precum produse și servicii care nu au caracter de marfă și, ca atare, nu fac obiectul pieței.

Fluxurile de bunuri se numesc fluxuri materiale. Evidența acestora este necesară pentru ca, prin agregare, să se obțină indicatori care permit analiza dimensiunilor și rezultatelor obținute, privite ca valori de întrebuințare necesare pentru: satisfacerea nevoilor populației, producția de noi bunuri, acumularea de bunuri, stabilirea posibilităților de export și a necesităților de import. În procesul realizării valorilor de întrebuințare trebuie evidențiate și fluxurile de venituri sau financiare.

Evidențierea fluxurilor materiale și financiare răspunde unor nevoi diferite de informare și analiză economică. Fluxurile materiale și financiare, grupate pe categorii de produse și servicii, respectiv de venituri și cheltuieli, sunt evidențiate în conturi alcătuite după principiul dublei înregistrări. Categoriile economice utilizate în concepția SCN au la bază teoria economică pe care se fundamentează economia de piață.

Principiile care stau la baza SCN fac posibilă urmărirea echilibrului material și financiar la toate eşaloanele economiei și se referă la:

- egalitatea resurselor și utilizărilor în toate fazele reproducerii și la toate nivelele de agregare;
- egalitatea fluxurilor financiare și materiale, prin care se înfăptuiește circuitul economic;
- utilizarea sistemului de contabilitate în partidă dublă, adică unui proces de schimbare a deținătorului de valoare îi corespund două operațiuni contabile.

Un caz aparte în SCN reprezintă Conturile Naționale în Sănătate (CNS). La etapa actuală metoda CNS se aplică în mai mult de 50 de țări cu venit mediu și mic.

CNS cuprind toate cheltuielile în domeniul ocrotirii sănătății din țară, inclusiv cele de stat, private și ale donatorilor. Pe lângă determinarea faptului, câte mijloace din sursele financiare numite anterior revin ocrotirii sănătății, CNS urmăresc minuțios mișcarea fluxurilor financiare de la un sector al sistemului la altul, cum ar fi, de exemplu, distribuirea mijloacelor de la Ministerul Sănătății și CNAM către fiecare prestator de servicii medicale pentru achitarea serviciilor medicale. Un alt flux financiar care poate fi urmărit, poate fi constituit, spre exemplu, din sursele financiare ale donatorilor externi (Fondul Global de combatere a Malariei, Sida și TBC, Fondul Provocările Mileniului prin intermediul USAID, UNFPA/UNDP etc.) alocate sistemului de sănătate din R. Moldova. Altfel spus, CNS verifică pulsul financiar al sistemului național de sănătate și răspund la următoarele întrebări:

- Cine în țară plătește pentru ajutorul medical? Cât se cheltuiește și pentru ce tipuri de servicii?
- Cum se repartizează mijloacele financiare după tipurile de servicii medicale?
- Cine profită de cheltuielile pentru ocrotirea sănătății?

CNS constituie în esență un instrument elaborat pentru informarea conducătorilor din ocrotirea sănătății privind următoarele momente: elaborarea strategiei, realizarea ei, susținerea dialogului politic, precum și monitorizarea și aprecierea activității întregului sistem. În primul rând, acest sistem este destinat politicienilor și conducătorilor, care o pot utiliza pentru îmbunătățirea conducerii activității sistemului ocrotirii sănătății.

Informația CNS este utilă pentru procesul de luare a deciziilor, deoarece oferă posibilitatea de a aprecia folosirea mijloacelor la perioada curentă și poate fi utilizată pentru analiza comparativă a unui sistem de sănătate concret cu sistemele altor țări. Aceasta este important pentru determinarea sarcinilor și scopurilor.

Fiind utilizate regulat, CNS pot urmări tendințele cheltuielilor, fapt important pentru monitorizarea și aprecierea sistemului de sănătate. Metodologia CNS poate fi utilizată la prognozarea necesităților financiare ale sectorului ocrotirii sănătății în țară. Informația CNS fiind combinată cu datele nefinanciare, cum ar fi, de exemplu, nivelul de îmbolnăvire și nivelul întrebuințării mijloacelor financiare de către prestatorii de servicii medicale, permite politicienilor să primească hotărâri strategice argumentate și să le evite pe cele nefavorabile.

Astfel introducerea unei metodologii moderne și unificate de estimare a cheltuielilor pentru serviciile medicale poate influența planificarea strategică a resurselor și luarea deciziilor politico-economice cu referire la sistemul de sănătate.

UTILIZAREA SISTEMULUI CONTURILOR NAȚIONALE

Utilizarea CNS impune aplicarea unui șir de termeni standarde care explică momentele cheie ale procesului de dezvoltare a conturilor.

- **Sursele de finanțare:** instituțiile sau organizațiile, care defalcă mijloacele utilizate în sistem de organizațiile de finanțare;
- **Organizațiile de finanțare:** instituțiile sau organizațiile, care răspîndesc (repartizează) mijloacele defalcate de sursele de finanțare și care utilizează aceste mijloace pentru plata sau achiziționarea serviciilor în cadrul CNS;
- **Furnizorii:** organizațiile, care primesc bani în schimb sau pentru livrarea serviciilor în cadrul CNS;
- **Funcțiile:** tipurile de mărfuri și servicii, acordate și îndeplinite în cadrul CNS;
- **Costul (prețul) resurselor:** factorii sau mijloacele, utilizate de furnizori sau organizațiile de finanțare la producerea mărfurilor sau acordarea serviciilor consumate sau măsurile (acțiunile) îndeplinite în sistem;
- **Caracteristica demografică a consumatorilor:** gruparea categoriilor de persoane, care primesc mărfuri sau servicii în cadrul CNS, în corespundere cu politica stabilită – după vîrsta, sex, apartinența de rasă, locul de trai urban sau rural, apartinența etnică etc.;
- **Statutul social-economic al consumatorilor:** gruparea categoriilor de persoane, care primesc mărfuri sau servicii în cadrul CNS, în corespundere cu politica stabilită – după nivelul de educație, venit, situația materială sau ocupație etc.;
- **Starea de sănătate a consumătorilor:** gruparea categoriilor de persoane, care beneficiază de mărfuri sau servicii în cadrul CNS; în corespundere cu politica stabilită de obicei include starea sau starea de boală, statutul funcțional sau tipul de intervenție;
- **Regiunile:** grupele de organizații teritoriale în țară, care participă la finanțarea sau consumul mărfurilor și serviciilor, acordate în cadrul CNS.

Evaluarea echității repartiției resurselor financiare poate fi efectuată examinînd un șir de factori cu includerea grupelor de populație după nivelul de venit, vîrstă/sex, regiunea geografică, starea sănătății sau tipurile de intervenții medicale acordate. Cunoașterea faptului, în ce mod se reflectă rezultatele pozitive ale finanțării OS, în sensul expresiei lor financiare, prezintă un criteriu important de evaluare a echității repartiției resurselor financiare.

Flexibilitatea structurii CNS permite de a analiza datele pe grupurile de țintă ale populației sau pe măsurile, legate de programele concrete și de boli, de exemplu, cheltuielile pentru serviciul mamei și copilului sau programul HIV/SIDA.

Metodologia CNS

Metodologia CNS a împrumutat principiile sale fundamentale din sistemul conturilor în sănătate (SCS) al Organizației colaborării economice și de dezvoltare (OCED). În ghidul pe CNS se dă clasificarea internațională a conturilor naționale în sănătate (CICNS), unde toate tipurile de cheltuieli în ocrotirea sănătății sînt divizate pe categorii. Trebuie de spus, că clasificarea CNS s-a dovedit a fi deosebit de utilă în acele țări, unde sistemul ocrotirii sănătății este finanțat prioritar dintr-o singură sursă, ca în majoritatea țărilor OCED.

CNS utilizează CICNS, dar o divizează pe categorii, luînd în vedere necesitățile țării concrete. O așa mobilitate permite CNS să se ducă evidența cheltuielilor sistemelor de sănătate mai variate, care sînt caracteristice pentru țările cu venit mediu și mic, unde prestatorii serviciilor medicale pot beneficia de finanțare din mai multe surse și plata poate fi efectuată numeroșilor prestatori.

În culegerea-standard de tabele CNS informația pe cheltuieli pentru ocrotirea sănătății este organizată conform clasificării internaționale. Informația prezentată în așa mod poate fi ușor analizată și este înțeleasă chiar și de acei conducători, care nu au studii economice.

Tabelele CNS, în măsura posibilității, trebuie să corespundă structurii CICNS. Însă în structura CICNS, CNS permit țărilor să adapteze schema prin intermediul creării subcategoriilor, avînd în vedere specificul sistemelor lor de sănătate. Aceste subcategorii permit țărilor să includă în sistemul lor CNS acele caracteristici, pe care ei le consideră importante, în același timp

întreținând și utilizând standardele primite la nivel internațional. Subcategoriile efective trebuie să corespundă următoarelor criterii:

- Importanța politică. Crearea subcategoriilor noi este legată de muncă suplimentară, de aceea posibilitatea utilizării lor trebuie să corespundă politicii de sănătate existente.
- Standardele. În măsura posibilității, subcategoriile trebuie elaborate conform standardelor și regulilor internaționale, adică CICS.
- Mobilitatea. Necesitățile și interesele specifice ale țării trebuie să se supună regulilor generale.
- Excluderea reciprocă. Subcategoriile trebuie să fie complete și să se excludă reciproc, pentru ca fiecare operațiune să se refere doar la o singură categorie.
- Posibilitatea realizării. Pentru subcategorie este necesar de a face posibilă culegerea datelor pe cheltuieli.

Aceste criterii pot fi în contradicție între ele. Grupul specialiștilor privind CNS poartă răspundere pentru înlăturarea contradicțiilor în așa fel, ca să păstreze corespunderea CNS politicii respective.

Schema completă de clasificare include categorii pentru fiecare tip de cheltuieli, cu toate că în practică pot fi cazuri când grupului de specialiști în CNS îi va fi greu să atribuie unele cheltuieli la o categorie concretă. Structura CICS permite de a rezolva asemenea probleme, deoarece include o categorie suplimentară „neconcretizate pe tipuri” sau „n.t.”. În același timp utilizarea acestei categorii trebuie redusă la minim pentru a nu pune la îndoială veridicitatea calculului. Caracterul ciclic al CNS permite de a îmbunătăți calitatea datelor și, în așa mod, treptat să excludă din procesul clasificării categoria „n.t.”

Determinarea cheltuielilor în sănătate

După cum a fost spus mai devreme, în CNS sînt demonstrate cheltuielile pentru ocrotirea sănătății. Analiza cheltuielilor permite a aprecia mai exact folosirea efectivă a mijloacelor, decît analiza articolelor bugetare, deoarece mijloacele financiare, defalcate în baza devizului de cheltuieli, în rezultat final nu întotdeauna sînt utilizate corespunzător.

Deoarece cheltuielile constituie un element de bază al CNS, este important, ca echipa CNS să înțeleagă clar determinarea CNS și delimitarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății. Țărilor li se recomandă să utilizeze unele și aceleași determinări a categoriilor de cheltuieli, fapt care asigură posibilități mai favorabile pentru înfăptuirea analizei comparative a aprecierii cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în diferite țări.

În contextul CNS, cheltuielile naționale pentru ocrotirea sănătății constituie toate cheltuielile, legate de realizarea activității economice, îndreptate spre îmbunătățirea sănătății, schimbarea atitudinii față de sănătate sau schimbarea sistemelor de activitate sau finanțarea acestei activități pe parcursul unei perioade determinate de timp. Aceasta se referă la toate tipurile de instituții și organizații care finanțează asistența medicală. De exemplu, pînă la introducerea CNS cheltuielile ministerului pentru studiile medicale sau catedrele clinice nu erau luate în considerare la aprecierea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății. În mod analogic, conform CNS, nu toate măsurile ce le petrece ministerul sănătății, corespund determinării cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății. De exemplu, ministerul sănătății poate finanța activitatea caselor de copii, ceea ce poate fi privit ca cheltuieli ce nu se referă la ocrotirea sănătății. Astfel, echipele pentru implementarea CNS trebuie să hotărască, în primul rînd, dacă o măsură sau alta se referă la ocrotirea sănătății. În baza acestei divizări cheltuielile urmează să fie incluse sau excluse din tabelele CNS.

INSTITUȚIONALIZAREA CNS

Cu toate că multe țări cu nivel de venit mediu și mic au început să utilizeze CNS pentru calcularea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, relativ puține țări au întreprins măsuri pentru utilizarea regulată și sigură a CNS sau au făcut niște pași spre instituționalizarea lor.

Instituționalizarea reprezintă în sine un proces îndelungat, în cadrul căruia activitatea privind CNS, structurile și valorile respective create devin o parte integrantă a activității statului. După instituționalizare, departamentul sau o altă unitate organizatorică urmează să fie numită pentru coordonarea culegerii, analizei și prezentării datelor pe cheltuieli pentru sistemul sănătății, avînd tot sprijinul guvernului. Acest proces complicat poate lua ani întregi și poate fi însoțit de realizarea diferitor calcule, pînă cînd CNS nu vor fi complet integrate în structura oficială a țării. Însă, pentru aceea ca și pe viitor CNS să rămînă un instrument politic efectiv, instituționalizarea trebuie să fie scopul principal de la etapa inițială de utilizarea CNS.

În procesul instituționalizării CNS se disting patru etape de baza:

- Constientizarea persoanelor cu funcții de decizie a necesității instituționalizării CNS;
- Stabilirea locului gestionării CNS;
- Standardizarea culegerii și analizei datelor CNS;
- Aprobarea cerințelor privind alcătuirea rapoartelor CNS.

Instituționalizarea înseamnă că datele și metodele de evidență trebuie să aibă o formă standard, fapt care va permite să se facă anual o analiza comparativă. Procedurile și procesele verbale trebuie sistematizate în măsura creării sau perfecționării sistemului medico-informațional al țării.

Instituționalizarea CNS necesită completarea și reînnoirea continuă a datelor. Aceasta, la rîndul său, necesită sprijinul oficial pentru schimbul de date (uneori schimbul de date prezintă o problemă mai complicată decît lipsa datelor) între organizațiile care au atribuție la CNS atît în sectorul privat, cît și în cel de stat.

Cerința față de organizațiile care au atribuție la CNS de a prezenta datele grupului pentru CNS sau, în cel mai rău caz, oficiului central pentru CNS, perfecționează dările de seamă și permite integrarea lor în structura CNS. Cerințele față de dările de seamă reprezintă un element important pentru instituționalizarea cu succes a instituționalizării CNS.

Concluzii

Pentru implementarea cu succes a CNS în R.Moldova este necesar a efectua următorii pași:

1. Studiul posibilității aplicării practicii internaționale în implementarea Metodologiei conturilor de sănătate în Moldova
2. Trecerea în revistă a tuturor actorilor din sistemul de sănătate ținînd cont de ultimele modificări ale acestui sistem.
3. Evidența completă a tuturor cheltuielilor pentru sistemul de ocrotire a sanataii, cu identificarea surselor de finanțare, destinației și categoriei de cheltuieli a mijloacelor;
4. Monitorizarea și estimarea tuturor fluxurilor banesti, legate de cheltuielile pentru ocrotirea sanataii;
5. Elaborarea planului de implementare a conturilor naționale.

Bibliografie

1. Constantin Ețco Management în sistemul de sănătate, Chișinău, „Epigraf”, 2006
Capanu I.ș.a. Sistemul conturilor naționale și agregate macroeconomice, E.A.L.L., Buc.,1994.
2. M.Ciocanu „Sistemele de plată a furnizorilor de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii”,revistă științifico-practică -Sănătate publică, Economie și Management în Medicina, Chișinau 3/2003,pag.21
3. Dima I.C., Man M. Previziunea macroeconomică, Reprografia Univ. din Ciurlău C. Petroșani, 1995
4. Йёнс Вилкёнс Оцёнка расходов здравоохранёния в Ёвропё – потребнёность в НСЗ. Лёкция на 3-ь сэминарё «Национальные счета здравоохранения для стран СНГ, включая программы по ВИЧ/СПИД», Бишкек, Кыргызстан, 2006.

5. М.Чокану, Д.Банарь, Ю.Гузган Финансирование здравоохранения Республики Молдова, Доклад на 3-м семинаре «Национальные счета здравоохранения для стран СНГ, включая программы по ВИЧ/СПИД», Бишкек, Кыргызстан, 2006.
6. Guide to producing national health accounts
www.who.int/entity/nha/docs/English_PG.pdf
7. Руководство по введению национальных счетов здравоохранения
http://www.phrplus.org/nharus.html.

EVALUAREA RELEVANȚEI INDICATORILOR DE PERFORMANȚA IN AMP HIPERTENSIUNEA ARTERALĂ ȘI DEPISTAREA PRECOCE A CANCERULUI Angela Tomacinschii

Clinica Universitară de AMP a USMF „N. Testemițanu”

Summary

During five years of implementation of compulsory insurance of Health, approved by the Ministry of Health Order no. 375 in 29.12. 2003 in order to create motivation of personnel operating in the PHC (family doctors and nurses) through financial incentives (bonus) were applied to a range of performance indicators, they are changing the way that they can provide a serious impact activity of primary medical staff in public health.

Keywords: primary health care, insurance health, family physicians, performance indicators, public health.

Introducere

Astăzi în sistemele de sănătate din lume asistența medicală primară capătă un rol tot mai important. În pofida unui nivel precar de finanțare și resurse, RM a reușit să realizeze pași importanți prin intermediul reformelor în domeniul asistenței medicale primare. Pe parcursul a 10 ani au fost elaborate legi și regulamente fundamentale întru crearea unui mediu favorabil pentru medicina de familie și pentru reformele ce se desfășurau pe acest segment. Totodată, nu putem să nu remarcăm faptul că perioada de tranziție a avut un impact nefavorabil asupra sistemului național de ocrotire a sănătății și în general asupra sănătății populației republicii. Inegalitatea crescândă privind accesul la serviciile medicale conducea la deteriorarea sănătății populației sărace și, concomitent, restringea posibilitățile acestora de a participa la dezvoltarea economică și creșterea nivelului de trai. Deteriorarea sănătății este reflectată în dinamica indicatorilor mișcării naturale a populației. Rata mortalității a crescut de la 9,7 decedați la 1000 de locuitori în 1990 până la 11,7 în 2008, iar rata natalității s-a redus, respectiv, de la 13,0 născuți-vii la 1000 de locuitori până la 10,9. Reducerea natalității se constată atât în mediul urban, cât și în cel rural. Cele mai frecvente cauze ale morții sînt bolile aparatului cardiovascular și tumorile maligne.

Mortalitatea este înaltă printre populația de vîrsta apta de muncă (26,4 % din numărul total de decedați în 2007), în special printre bărbați (37,7 % din numărul total de bărbați decedați). După principalele cauze de deces se determină: pe I loc- Bolile aparatului cardiovascular (numărul total de decedați în anul 2008 a constituit – 656,2 cazuri 100 mii locuitori, în anul 2007 – 676,0 cazuri la 100 mii locuitori), pe locul II -IMA cu 42,4 cazuri în anul 2008 la 100 mii locuitori și respectiv 36,5 cazuri în anul 2007.

De menționat, că a sporit morbiditatea prin tumorile maligne, indicele morbidității generale prin tumori maligne în anul 2008 a constituit – 212,7cazuri la 100 mii locuitori, în anul 2007– 209,3 cazuri la 100 mii locuitori. Structura generală a morbidității oncologice în anul 2008, reprezintă următoarea succesiune: pe locul 1 este cancerul colorectal (12,0% cazuri), pe locul 2 - cancerul glandei mamare (11,8% cazuri), urmat de cancerul pulmonar (11,4% cazuri) – pe locul 3 și cancerul pielii (10,0% cazuri) pe locul 4, în anul 2007 se prezintă astfel: cancerul