

PERCEPȚIA ARANJAMENTELOR
DE ADMINISTRARE A ASIGURĂRILOR
OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Constantin EȚCO¹, Mihai CIOCANU²,
Mircea BUGA¹, Pavel URSU², Boris GOLOVIN²,
¹Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu;
²Centrul Național de Management în Sănătate

Summary

Insight on the management of mandatory health care insurance in the Republic of Moldova

In order to fine-tune the management process of the mandatory health care insurance system in the Republic of Moldova, an insight survey of mandatory social healthcare insurance scheme was carried out. As a tool in this respect, the methodology of key people's confidence was used. The confidence reveals the degree of trust the decision-makers or consumers give to the current situation or future perspectives of different programs, projects and interventions with social or economic aspects. The data related to the aspects of management in mandatory health care insurance were collected based on a questionnaire developed for this very purpose. The questionnaires were fulfilled only by administration members from local and central public authorities, patronages, syndicates and medical institutions. The interview was carried out during September - October 2008 on a sample size of 451 management staff. The survey showed that the representatives of patronages and syndicates are rather not fully informed about the main characteristics of the social health insurance systems. Also, the key people are rather not satisfied with the process of negotiation between the National Health Insurance Company and the healthcare institutions, in terms of amount, costs and quality of services. The interviewed people have a relatively positive insight on the current setting of centralized management of mandatory healthcare insurance funds. However, this subject shows a tendency towards a neutral attitude, a fact that proves the presence of many negative opinions regarding the centralized management of mandatory healthcare insurance funds. In order to reduce the pressure on the mandatory healthcare insurance funds, exercised by unreimbursed costs, the participants to the survey are confident that there should be established a regime of mandatory insurance for employees at their own businesses (farmers, patent owners), with a set of benefits covering at least the major risks. The survey showed a mutual practical insight of all participants on the need to extend the right to choose the healthcare provider. The key people are very much confident in their agreement to provide the opportunity for the patient to choose freely the specialists in polyclinics or consulting sections of the republican, municipal and district hospitals, as well as from hospital itself. The survey showed that in the Republic of Moldova, the politicians (in its broad meaning) are concerned with the sustainability of mandatory healthcare insurance system. The survey disclosed the fact that the key people are very much confident in supporting the mandatory healthcare insurance system in the future. It identified that the key people would choose to maintain a single common national fund of mandatory healthcare insurance rather than to plead for introducing the treasury concept of financial transactions of the contracted healthcare institutions.

Key words: social health insurance, insight of health insurance, rights of the insured.

Резюме

Восприятие механизмов администрирования системы обязательного медицинского страхования в Республике Молдова.

В целях усовершенствования процессов управления проведено исследование по изучению восприятия механизмов администрирования социального медицинского страхования в Республике Молдова. Данные об аспектах управления обязательного медицинского страхования были собраны при помощи специальной анкеты. Анкетирование проведено только среди ключевых лиц, занимающих высокие должности в центральной и местной администрации, патронажах, профсоюзах и медицинских учреждениях. В результате изучения мнения ключевых лиц было выяснено общее доверие, качество корпоративных переговоров, соблюдение принципа свободного выбора поставщика и устойчивости системы обязательного медицинского страхования в Республике Молдова. Исследование проведено в сентябре-октябре 2008 года на выборке из 451 управленцев. В результате исследования доказано, что представители патронажей и профсоюзов скорее всего не полностью осведомлены об основных особенностях систем социального медицинского страхования. Также, ключевые лица скорее не удовлетворены переговорным процессом на этапе заключения договоров между медицинскими учреждениями и Национальной Компанией Медицинского Страхования, особенно в отношении объемов услуг, их стоимости и качества. Ключевые лица положительно относятся к централизованному способу управления системой обязательного медицинского страхования, но общее мнение приближается к нейтральному уровню, а это свидетельствует о том, что многие не согласны с централизованным управлением фондов обязательного страхования. Для предотвращения случаев неоплаты медицинских услуг предложено ввести отдельные минимальные программы обязательного страхования, особенно для индивидуальных частных предпринимателей. Исследование доказало, что почти все ключевые лица ратуют за расширение прав застрахованных по выбору поставщиков медицинских услуг. Они твердо уверены в том, что пациенты должны свободно выбирать больницу и врачей-специалистов в поликлиниках. Ключевые лица считают, что система обязательного медицинского страхования будет поддержана и в дальнейшем.

Ключевые слова: медицинское социальное страхование, восприятие медицинского страхования, права застрахованных.

Introducere

Administrarea sistemelor asigurărilor sociale/obligatorii de sănătate reprezintă obiectul de studiu al multor cercetători. Administrarea constă în formularea intereselor și deciziilor, cu implicarea diverselor sectoare ale societății și a factorilor de decizie. În acest sens, administrarea este mai curând un proces decât o instituție. Asigurările sociale de sănătate dispun de unele particularități de administrare. În primul rând, aceasta combină interesele societății civile cu cele de reglementare ale guvernării. Această combinație a apărut cu mult înainte de „descoperirea” fenomenului de administrare de către analiștii politici în anii '90 ai secolului trecut. Rădăcinile istorice și culturale ale asigurărilor sociale/obligatorii de sănătate în diferite țări sunt esențiale pentru înțelegerea actualelor aranjamente de administrare în aceste sisteme. În plus, având în vedere faptul că aspectele istorice și culturale variază de la țară la țară, este foarte important de a lua în considerație nu numai caracteristicile comune ale administrării unui sistem de asigurări sociale de sănătate, ci și trăsăturile prin care sunt exprimate aspectele comune [20]. De obicei, în sistemele asigurărilor sociale de sănătate acțiunea de administrare se centrează pe actorii pluraliști, ale căror activități și decizii sunt aliniate prin intermediul tehnicilor corporatiste, implementate sub egida Statului. Partenerii, fiind și subiecții administrării, sunt mulți la număr și diferiți. În linii generale, din acest număr fac parte angajatorii, angajații, asigurătorii și prestatorii (în unele cazuri chiar și medicii particulari), care se întrunesc și stabilesc regulile jocului în domeniul asigurărilor în sănătate [6]. Partenerii acționează într-un mediu delegat de către Stat. Depășind intervențiile de reglementare tehnică, guvernele formulează și ajustează aranjamentele de administrare a asigurărilor sociale de sănătate. Rolul administrării constă în întrunirea partenerilor pentru negocieri structurate, stabilirea unui consens public și susținerea solidarității sociale. Partenerii nu sunt monolitici. Există angajatori mari sau mici, asigurați cu venit scăzut sau înalt, prestatori diferiți prin statutul lor de entitate lucrativă sau nelucrativă. Partenerii sunt grupați sub egida diferitelor organizații-umbrelă, de exemplu, asociațiile ce reprezintă patronatul sau diferite grupuri de pacienți. Mecanismele de dirijare vizează acordarea accesului la informații relevante privind tranzacțiile discutate, cum ar fi: utilizarea banilor, estimarea beneficiilor în termeni de cost, calcularea primelor de asigurare și ajustarea lor în modul corespunzător, gradul de acoperire a populației cu asigurări, mecanismele de reclamare a deciziilor în cadrul asigurărilor etc.

În sistemele de asigurări sociale de sănătate administrarea este consfințită prin lege, care stipu-

lează principalele reguli de activitate. Dacă toate prețurile, beneficiile și ratele de rambursare sunt decise la nivel național, sistemul pare a fi unul ierarhic unitar. La altă extremă este modelul descentralizat: o vastă varietate de forme de asigurare ce presupune o guvernare socială foarte redusă. Un model mediu atractiv este acela în care guvernul subvenționează semnificativ sistemul de asigurări sociale, utilizând în acest scop bugetul de stat. În asemenea caz, mecanismele de administrare vor evidenția o tensiune între sistemele orizontale și cele verticale de control și coordonare.

Deosebit de important este modul în care guvernarea încadrează negocierile și conduce sistemul spre obținerea rezultatelor finale. Durabilitatea mecanismelor de administrare este cu atât mai mare cu cât este mai pronunțată antrenarea în negocieri a tuturor partenerilor [15]. Mai mult decât atât, odată cu ajustarea sistemelor la exigențele noi, administrarea sistemelor de asigurări sociale de sănătate trebuie să caute modalități de menținere și diversificare a valorilor fundamentale, care stau la baza asigurărilor de sănătate. O dirijare bună se obține atunci când ea se bazează pe mecanisme de autoguvernare (de obicei, prin intermediul Consiliilor naționale de administrare corporativă) și reglementări transparente între finanțatori, prestatori și asigurători în sănătate. Instituționalizarea proceselor de administrare a sistemelor de asigurări sociale de sănătate reprezintă un obiect de preocupare în multe țări din regiune, care recent au aplicat în practică sisteme noi de finanțare a serviciilor de sănătate.

În scopul perfecționării proceselor de administrare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală, în Republica Moldova a fost realizat studiul de percepție a aranjamentelor de administrare a asigurărilor sociale de sănătate, implementate în anul 2004. Rezultatele studiului pot fi utilizate la elaborarea mecanismelor transparente de implicare a actorilor-cheie în procesul de elaborare a politicilor, prin stabilirea clară a periodicității și responsabilităților pe care le au la negocieri.

Metodologia utilizată

În calitate de instrument pentru evaluarea aspectelor de administrare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală a fost folosită metodologia confidenței persoanelor-cheie, elaborată de compania *Expert-Grup* [7]. Confidența denotă încrederea pe care persoanele de decizie sau consumatorii o atribuie situației actuale și de perspectivă a diverselor programe, proiecte și intervenții cu caracter social sau economic. Confidența este măsurată prin indici speciali, care condensează în expresii cantitative un fenomen în mare parte calitativ. Ea

este monitorizată constant de către instituții de cercetare în majoritatea țărilor europene, est-asiatice și nord-americane. Cunoașterea încrederii persoanelor participante la procesul decizional este extrem de utilă și pentru autoritățile publice, care formulează și implementează politici sociale și economice.

Datele referitoare la aspectele de administrare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală au fost colectate în baza anchetei elaborate special în acest sens. Anchetele au fost completate doar de persoane de conducere din cadrul autorităților publice centrale și locale, patronatelor, sindicatelor și instituțiilor medicale. Chestionarea a fost efectuată în lunile septembrie–octombrie 2008 pe un eșantion din 451 de persoane de conducere. Marja de eroare a fost de $\pm 2,5\%$. Chestionarul a fost compus pentru 6 domenii specifice ale administrării asigurărilor obligatorii de asistență medicală: *Încredere generală; Cadrul corporativ de negocieri; Libera alegere a prestatorului; Preocuparea privind durabilitatea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova; Beneficiile în cadrul asigurărilor; Libera alegere a prestatorului*. În total ancheta conține 50 de întrebări, fiecare cu câte cinci variante de răspuns.

Formularea concretă a variantelor de răspuns variază de la o întrebare la alta, dar intensitatea atitudinilor exprimate se situează în fiecare caz pe următoarea scală:

Integral pozitivă (++); **Pozitivă (+)**; **Neutră (0)**; **Negativă (-)**; **Integral negativă (--)**.

Pentru fiecare întrebare din cele cincizeci este calculat un indice individual **QX** care, luat în parte, exprimă încrederea persoanelor anchetate față de anumite aspecte importante ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Indicii individuali sunt calculați după formula generală:

$$QX = FX(++) + 0,5*FX(+) - 0,5*FX(-) - FX(--)$$

unde **FX(++)**, **FX(+)**, **FX(-)**, **FX(--)** sunt, respectiv, frecvențele (exprimate în procente) ale răspunsurilor integral pozitive, pozitive, negative și integral negative acumulate de întrebarea **X**. Așadar, conform metodologiei, din răspunsurile aflate de partea pozitivă a scalei se scad răspunsurile aflate de partea negativă, iar pentru a acorda o pondere mai mare răspunsurilor extreme, acestea sunt ponderate cu 1, iar cele intermediare – cu 0,5. Răspunsurile neutre sunt ignorate. Semnul „+” al indicelui individual **QX** atestă prevalența încrederii față de neîncredere, semnul „-” arată situația inversă. Să presupunem că la întrebarea 2 „*Ce părere aveți despre asigurările obligatorii de sănătate în general (de exemplu, din țările Europei Occidentale, așa ca Germania, Franța, Austria, Elveția, Olanda)?*” 49,4% din intervievați au răspuns

„total pozitivă”, 32,8% – „mai degrabă pozitivă”, 16,2% – „neutră”, 1,6% – „mai degrabă negativă”, 0,0% – „în mod sigur negativă”. Indicele individual **Q2** va fi calculat în felul următor:

$$Q2 = 49,4 + 0,5*32,8 - 0,5*1,6 - 0,0 = 65,0$$

Rezultatul denotă că încrederea pozitivă prevalează la un nivel semnificativ. Fiecare indice individual **QX** poate primi valori în segmentul [-100; +100]. Mai jos este explicat sensul indicilor pentru câteva cazuri importante.

QX = -100: 100% din răspunsurile date au fost integral negative, avem o lipsă totală de încredere a participanților vizavi de subiectul respectiv (evident, probabilitatea acestui caz este foarte mică);

QX = -50: prevalează atitudinile negative, avem o anumită neîncredere a participanților vizavi de subiectul respectiv;

QX = 0: prevalează atitudinile neutre sau atitudinile opuse se compensează reciproc;

QX = +50: prevalează atitudinile pozitive, avem o anumită încredere a participanților vizavi de subiectul respectiv;

QX = +100: 100% din răspunsurile date au fost integral pozitive, avem o totală încredere a participanților față de subiectul respectiv (evident, aici probabilitatea acestui caz este foarte mică).

Semnul „+” demonstrează că atitudinile pozitive ale persoanelor-cheie prevalează asupra celor negative, fapt care denotă că mai multe persoane anchetate au o percepție pozitivă a subiectului abordat.

Rezultate

Încrederea generală față de anumite aspecte ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Caracterul complex al sistemelor asigurărilor sociale de sănătate ridică unele întrebări privind manifestarea și performanța generală a acestora. De asemenea, complexitatea acestor sisteme provoacă un șir de preocupări importante privind provocările cu care se confruntă în prezent factorii de decizie în elaborarea politicilor pentru viitor. Aparenta stabilitate și flexibilitate a sistemelor de asigurări sociale de sănătate includ și un ansamblu de probleme practice, care ridică unele întrebări. Una dintre ele este următoarea: de ce sistemele de asigurări sociale de sănătate în unele țări s-au extins și au prosperat, iar în altele se pledează în favoarea finanțării sănătății în bază de impozitări? A doua întrebare se referă la faptul dacă sistemele asigurărilor sociale de sănătate sunt în realitate mai stabile decât sistemele finanțate din impozitări (de exemplu, sistemul național de sănătate din Marea Britanie, stabilit în 1948, sau serviciile spitalicești cu finanțare publică din Suedia, inițiate în 1864). O altă întrebare se referă la aparenta

Tabelul 1

Indicii individuali cu referire la încrederea generală a persoanelor anchetate față de anumite aspecte importante ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală

Nr.	Esența întrebării	Indicele individual QX
1.	Ce părere aveți despre asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova?	38,2
2.	Ce părere aveți despre asigurările obligatorii de sănătate în general (de exemplu, din țările Europei Occidentale, așa ca Germania, Franța, Austria, Elveția, Olanda etc.)?	65,1
3.	Cum credeți, asigurările obligatorii de asistență medicală implementate în Republica Moldova în anul 2004 au schimbat spre bine situația financiară din instituțiile medicale?	49,6
4.	Cum credeți, asigurările obligatorii de asistență medicală au contribuit la micșorarea efortului financiar al familiilor în caz de îmbolnăvire a unui membru al familiei (cheltuieli pentru spitalizare, medicamente, analize, consultațiile medicului etc.)?	37,0
5.	Cum credeți, pe viitor este sau nu este indicată gestionarea centralizată (directă) a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală de Compania Națională de Asigurări în Medicină?	14,0
6.	Dacă Dumneavoastră sunteți de părere ca fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală mai degrabă nu, ori în mod sigur nu trebuie să fie gestionate centralizat doar de Compania Națională de Asigurări în Medicină, atunci ce părere aveți despre transmiterea fondurilor spre gestionare agențiilor teritoriale ale CNAM?	3,4
7.	Sunteți sau nu sunteți de acord de a descentraliza gestionarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin mai multe companii de asigurări medicale de stat?	-4,4
8.	Sunteți sau nu sunteți de acord de a descentraliza gestionarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin mai multe companii de asigurări medicale private, cu caracter nonprofit?	-7,3
9.	Ce părere aveți despre principiul de rambursare (de plată) a prestatorilor de servicii medicale prin mecanisme obligatorii de ajustare a riscului (dacă se aplică acest principiu, atunci prestatorul care deservește, spre exemplu, mai multe persoane vârstnice ori deservește cele mai complicate cazuri de îmbolnăvire este plătit mai bine ș.a.m.d)?	50,2
10.	Sunteți de acord ca în cadrul asigurărilor medicale obligatorii, de rând cu instituțiile medico-sanitare publice, să fie contractate în calitate de prestatori de servicii și instituțiile medico-sanitare private?	21,4
11.	Sunteți de acord ca, de rând cu farmaciile de stat și farmaciile Centrelor medicilor de familie, să fie contractate în calitate de prestatori de servicii farmaceutice și farmaciile private?	27,1

contradicție dintre performanța tehnică generală a sistemelor asigurărilor sociale de sănătate și protecția oferită de aranjamentele sistemelor naționale de sănătate. De asemenea, țările cu sisteme de asigurări sociale de sănătate tind să extindă nivelul relativ înalt al cheltuielilor din PIB pentru sectorul de sănătate. Totodată, în toate statele cu sisteme de asigurări sociale de sănătate există grupuri de populație care au, în cel mai bun caz, rezultate similare, iar la unii indicatori de sănătate chiar mai joase față de țările cu finanțare din impozitari.

Sistemele asigurărilor sociale de sănătate se confruntă și cu dificultăți în dirijarea resurselor în scop de profilaxie și sănătate publică. Unele sisteme de asigurări sociale de sănătate (Belgia, Germania) au fost, de asemenea, subiectul unor critici pentru lipsa coordonării dintre asistența prestată în ambulatoriu și cea din spitale, criticile referindu-se în special la duplicitatea înaltă a investigațiilor diagnostice extinse și lipsa unei supravegheri și îmbunătățiri sistematice a calității asistenței. Pe lângă acestea, există provocări politice majore privind viitorul sistemelor asigurărilor sociale de sănătate din Europa de Vest. Întrebarea-cheie este: „Cât timp poate supraviețui un sistem stabil într-un mediu atât de dinamic și cât de durabile din punct de vedere economic, politic și social vor fi aceste sisteme în următorii 10-20 de ani?” [2, 11, 23].

Pe baza datelor studiului, relatate în tabelul 1, se poate de constatat că persoanele-cheie care reprezintă autoritățile publice locale și centrale, instituțiile medicale, sindicatele și patronatele au mai degrabă o atitudine pozitivă (38,2%) față de sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova. În același timp, sistemele occidentale de asigurări sociale de sănătate (Germania, Franța, Austria, Elveția, Olanda) sunt percepute cu o doză dublă de încredere (65,1%). Acest fapt vorbește despre existența unor rezerve în administrarea și organizarea asigurărilor de sănătate autohtone.

Atitudinea relativ pozitivă față de asigurările obligatorii de asistență medicală se datorează faptului că acestea au schimbat spre bine situația financiară din instituțiile medicale. Putem afirma că subiectul respectiv se bucură de o atitudine pozitivă (49,6%), ceea ce semnifică că persistă o anumită încredere a participanților vizavi de eficiența noului sistem de mobilizare a resurselor financiare pentru sănătate. De asemenea, persoanele-cheie au încredere că asigurările obligatorii de asistență medicală au contribuit la micșorarea efortului financiar al familiilor în caz de îmbolnăvire a unui membru (reducerea cheltuielilor directe pentru spitalizare, medicamente, analize, consultațiile medicului etc.). Indicele individual de percepție a acestui aspect important al asigurărilor obligatorii de asistență medicală constituie 37,0%.

Persoanele-cheie participante la anchetare au o viziune mai degrabă pozitivă (14,0%) despre aranjamentele actuale de gestionare centralizată (directă) a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală doar de Compania Națională de Asigurări în Medicină. Totodată, în acest subiect se observă o înclinare a opiniei spre atitudinea neutră, ceea ce înseamnă că există și multe opinii negative despre gestionarea centralizată a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Studiul a demonstrat că o parte din persoanele de conducere susțin administrarea descentralizată a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, dar nu sunt încrezute că agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină vor face față acestei provocări (3,4%). Participanții la anchetare mai degrabă nu susțin gestionarea descentralizată a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin mai multe companii de stat de asigurări medicale (-4,4%), sau prin mai multe companii de asigurări medicale private, cu caracter nonprofit (-7,3). Aceste rezultate nu semnifică o situație de incertitudine, ci mai degrabă vorbesc despre existența unui consens social asupra acestui subiect; în acest sens, pe termen mediu, nu trebuie efectuate modificări legislative.

Studiul a demonstrat că persoanele de conducere au ferma încredere că plata prestatorilor de servicii medicale trebuie efectuată prin mecanisme obligatorii de ajustare a riscului sau în funcție de complexitatea cazului tratat (50,2%). În această ordine de idei, este necesar de a opera ajustări în formulele de plată prin capitație în funcție de vârstă, sex, statutul social al persoanelor asigurate etc. Plata spitalelor trebuie făcută prin introducerea unui sistem de rambursare în baza performanței și DRG.

Concomitent, persoanele-cheie sunt de părere că în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, de rând cu instituțiile publice, trebuie contractate atât instituțiile medicale private (21,4%), cât și farmaciile private (27,1%). Se consideră că aceste schimbări, care sunt și derivate ale relațiilor de piață, vor spori concurența între prestatori, cu convingerea că aceștia, la rândul lor, vor îmbunătăți atât eficiența, cât și calitatea.

Guvernarea și cadrul corporativ de negocieri.

Un loc aparte în atingerea unei durabilități politice și economice a sistemelor de asigurări sociale de sănătate îl ocupă guvernarea. Guvernarea este procesul de formulare a intereselor și deciziilor, în contextul tradițiilor și aranjamentelor instituționale, cu implicarea diferitelor sectoare ale societății și a factorilor de decizie. Provocarea pentru o guvernare eficientă constă în crearea mecanismelor prin care toate părțile să părăsească negocierile fără a avea senzația că au fost

dezavantajate. Mecanismele de guvernare trebuie să acorde acces la informații relevante privind: tranzacțiile preconizate; modalitățile de garantare, de către companiile de asigurări, a accesului adecvat și a calității serviciilor medicale, metodele de estimare corectă a costului beneficiilor; ajustarea corespunzătoare a primelor de asigurare și, ceea ce este deosebit de important, să indice care sunt mecanismele de reclamare a deciziilor. Astfel, guvernarea asigurărilor sociale de sănătate poate fi percepută ca un proces de luare a deciziilor responsabile, care trebuie să țină cont de interesele diferitelor sectoare menționate anterior. Asociațiile profesionale medicale, autoritățile municipale, regionale și naționale, inclusiv alți furnizori precum companiile farmaceutice, toți sunt părți componente ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate [6, 17, 21].

În procesul participativ al guvernării asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova, de rând cu autoritățile statale, sunt incluse patronatele și sindicatele. Această reglementare, stipulată în Decretul Președintelui Republicii Moldova nr. 206 din 28 septembrie 1992 *Cu privire la Comisia tripartită pentru reglementarea problemelor socio-economice în Republica Moldova*, în *Legea Sindicatelor* nr. 1129-XIV din 07.07.2000 și *Legea Patronatelor* nr. 976-XIV din 11 mai 2000, acordă dreptul Confederației Sindicatelor și Confederației Naționale a Patronatului să realizeze dialogul social cu guvernul în vederea coordonării intereselor diferitelor părți și grupe sociale în domeniul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În calitate de organ al sistemului dialogului social la nivel național intervine Comisia națională pentru consultări și negocieri colective, în care participă reprezentanții guvernului, patronatelor și sindicatelor. Ședințele tripartite au loc de obicei la etapa de stabilire a cotelor de participare ale angajatorului și angajatului, la formarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, care se stabilesc anual. De rând cu acestea, în dezbateri sunt abordate și problemele ce țin de volumul asistenței medicale care urmează să fie inclus în Programul Unic.

Rezultatele evaluării aspectelor administrării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova au scos în evidență punctele tari și cele slabe ale guvernării asigurărilor obligatorii de asistență medicală din țara noastră (tabelul 2). Persoanele-cheie participante la studiu au remarcat că aranjamentele legislative ale proceselor de autoreglementare și contractare în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală mai degrabă nu satisfac (-28,0%) doleanțele tuturor partenerilor implicați ale patronatelor, sindicatelor, asociațiilor profesionale ale medicilor, asociațiilor pacienților, asociațiilor prestatorilor de servicii medicale etc.).

Tabelul 2

Indicii individuali privind perceperea de către persoanele anchetate a cadrului corporativ de negocieri

Nr.	Esența întrebării	Indicele individual QX
1.	Cum credeți, actualele aranjamente legislative ale proceselor de autoreglementare și contractare în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală satisfac sau nu satisfac doleanțele tuturor partenerilor implicați (ale patronatelor, sindicatelor, asociațiilor profesionale ale medicilor, asociațiilor pacienților, asociațiilor prestatorilor de servicii medicale etc.)?	-28,0
2.	În viziunea Dumneavoastră, patronatele și sindicatele sunt pe deplin informate asupra caracteristicilor esențiale ale sistemelor sociale de asigurări ale sănătății?	-9,8
3.	Cum credeți, trebuie sau nu trebuie de implicat mai activ patronatele, sindicatele, asociațiile profesionale ale medicilor și prestatorilor, asociațiile pacienților în procesul de autogovernare și luare a deciziilor în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală?	55,7
4.	Sunteți satisfăcuți de procesul direct de negocieri dintre Compania Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile medicale referitor la volumul, costul și calitatea serviciilor?	-24,3

În viziunea lor, patronatele și sindicatele mai degrabă nu sunt pe deplin informate asupra caracteristicilor esențiale ale sistemelor sociale de asigurare a sănătății (-9,8). De asemenea, persoanele-cheie nu sunt satisfăcute de procesul negocierilor dintre Compania Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile medicale, în termeni de volum, cost și calitate a serviciilor (-24,3%). Absoluta majoritate a participanților la studiu în mod sigur au remarcat necesitatea implicării mai active a patronatelor, sindicatelor, asociațiilor profesionale ale medicilor, a prestatorilor și a pacienților în procesul de autogovernare și luare a deciziilor în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală (55,7%).

Așadar, urmând logica rezultatelor obținute, se poate de afirmat că în Republica Moldova încă nu există mecanisme transparente și instrumente sigure de implicare a actorilor-cheie în procesul de elaborare a politicilor, deși există un cadru legislativ în acest sens. Punctele slabe ale procesului participativ în administrarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală constau în lipsa instrumentelor pentru procesul de dialog social care ar contribui la realizarea cadrului legislativ, capacitatea redusă a partenerilor sociali în lansarea propunerilor constructive. Mecanismele transparente de implicare a actorilor-cheie

în procesul de elaborare a politicilor, prin stabilirea clară a periodicității și responsabilităților pe care le au la negocieri, sunt importante pentru asigurarea durabilității sistemului.

Libera alegere a prestatorului de servicii medicale. Din punct de vedere juridic, într-o societate evolutivă și democratică, examinarea explicită a drepturilor pacientului la asistența medicală este un element relevant. În cadrul asigurărilor sociale de sănătate, relația cumpărător-pacient include în sine două valori esențiale: dreptul (social) la asistența medicală și autonomia pacientului, interpretată în termeni de drept la alegere a prestatorului. Libertatea în alegere este o condiție necesară pentru individ în vederea realizării scopurilor și intereselor proprii. În țările cu sisteme de asigurări sociale de sănătate nu există o parte a sistemului care să joace rolul de „portar la intrarea în sistem”, cu excepția Olandei. Prin urmare, pacienții au libertatea de a merge la orice prestator ales. Totodată, acest drept de liberă alegere este deseori limitat de prestatorii contractați prin instituirea coplăților sau a schemelor specifice de rambursări. În Olanda persoanele asigurate se înregistrează prin liberă alegere la medicul-generalist, care activează ulterior ca „portar” spre specialiști și asistența spitalicească. Totodată, conform trimiterii, ulterior pacientul are dreptul la liberă alegere a prestatorului de specialitatea respectivă. Un interes deosebit trezește tensiunea dintre accesul liber tradițional și tendințele recente ale aranjamentelor, precum ghidurile pentru asigurați, de a se înregistra voluntar la medicul-generalist *ca portar în sistemul de sănătate*. În Israel decizia pentru introducerea controlului asupra accesului la specialiști la spitale îl au casele spitalicești. În prezent, cea mai mare casă spitalicească limitează accesul direct la specialiști, pe când celelalte trei case oferă acces liber. Coplăți există în toate țările (între € 4 și € 10/zi, cu excepția Belgiei, care percepe pentru prima zi câte € 35). Aceste plăți au fost introduse sau sporite în ultimii zece ani [18]. Aceeași situație apare și în cazul preparatelor farmaceutice. Multe medicamente originale au fost anulate din pachetul de beneficii, dar a crescut numărul medicamentelor generice pentru care compensarea constituie 100%.

Legislația națională din Republica Moldova oferă populației dreptul de alegere a medicului de familie și a instituției medicale primare. În același rând, eficacitatea mecanismelor de alegere rămâne problematică, deoarece aceasta este condiționată de locul de reședință și accesul la informație. Este relevant că și persoanele-cheie au scos în evidență această problemă (tabelul 3). În viziunea lor, în Republica Moldova mai degrabă nu se asigură dreptul persoanelor asigurate la alegerea liberă a medicului

de familie și a instituției de asistență medicală primară (-18,5%). Studiul a constatat o viziune practic unanimă a tuturor participanților asupra necesității instituționalizării și extinderii dreptului de alegere a prestatorilor de servicii medicale. Persoanele-cheie sunt ferme în acordul lor de a da posibilitate pacientului să aleagă liber medicii specialiști din policlinici sau din secțiile consultative ale spitalelor raionale, municipale, republicane (71,0%), precum și spitalul (61,1%).

Tabelul 3

Indicii individuali privind percepere de către persoanele anchetate a principiului de liberă alegere a prestatorului

Nr.	Esența întrebării	Indicele individual QX
1.	Cum credeți, în Republica Moldova se asigură dreptul persoanelor asigurate de a alege liber medicul de familie și instituția de asistență medicală primară?	-18,5
2.	Sunteți sau nu sunteți de acord de a da posibilitate pacientului să aleagă liber specialistul din policlinici sau din secțiile consultative ale spitalelor raionale, municipale, republicane?	71,0
3.	Sunteți sau nu sunteți de acord de a da posibilitate pacienților asigurați să aleagă liber spitalul unde să se trateze?	61,1
4.	Sunteți de acord de a introduce coplățile (aproximativ 1-2% din costul serviciului sau al cazului tratat în staționar) pentru pacienții asigurați, achitate la momentul adresării la medicul-specialist?	13,2

Realizarea acestui drept va conduce însă la suprasolicitarea unor instituții medicale, de regulă republicane și municipale, fapt care va provoca extinderea listelor de așteptare. Pentru a micșora solicitările neargumentate la serviciile prestate de medicii-specialiști din policlinici și spitale, pot fi aplicate coplățile directe, achitate de pacienți la momentul adresării. Participanții la studiu sunt de părere că în Republica Moldova coplățile mai degrabă trebuie aplicate (13,2%). Evident, mărimea și condițiile de achitare a coplăților trebuie diversificate astfel încât ele să nu afecteze accesibilitatea serviciilor medicale, inclusiv în situații de urgență.

Durabilitatea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Chiar dacă specialiștii nu susțin afirmația că sistemele asigurărilor sociale de sănătate sunt în primul rând sisteme economice, provocările adresate durabilității economice apar la orice nivel al conceptului instituțional: la nivel național, supranațional (spre exemplu, UE) și global. Actualmente incertitudinea este controlată relativ bine, totodată aceasta crește și pare să se

amplifice în viitor. În prezent politicienii și cercetătorii sunt preocupați de reducerea tensiunii inerente dintre caracterul social al sistemelor asigurărilor sociale de sănătate, pe de o parte, și cerințele specifice ale unei economii de piață eficiente, pe de altă parte.

La nivel național există unele provocări majore. Durabilitatea financiară se află în fruntea listei de preocupări pe viitor. Presiunea financiară este generată de îmbătrânirea rapidă a populației și, în consecință, de reducerea proporției dintre numărul populației angajate și numărul pensionarilor din aceste țări (Israelul este excepție). Germania, de exemplu, a reacționat prin corelarea creșterii veniturilor generale ale asigurărilor sociale de sănătate cu rata măririlor de salariu din care se plătesc contribuțiile. Olanda, în baza unor obiective politice similare, a convenit asupra instituirii unei plăți suplimentare achitate de asigurat, sub noțiunea de „*primă nominală*” [8, 21]. Franța a recurs la limitarea cheltuielilor pentru asistența medicală prin scoaterea din pachetul public rambursat a medicamentelor costisitoare neesențiale, pe când Belgia, în anul 1993, a mărit ratele de coplată și coasigurare [14]. Implicațiile primelor sporite în asigurările sociale de sănătate, de asemenea, exercită un impact asupra competitivității afacerilor naționale, deoarece majorarea primelor determină mărirea costurilor salariale pe oră și, implicit, costul produselor finale pe piața internațională. A doua provocare economică de nivel național, pentru viitorul sistemelor de asigurări sociale de sănătate, este capacitatea de a funcționa mai eficient. Pare a fi inevitabil faptul că același fenomen ce evidențiază „*ineficiența organizațională*”, cu care s-au confruntat sistemele cu finanțare în bază de impozite în anii '90, va fi cunoscut și sistemelor asigurărilor sociale de sănătate în prima decadă a secolului XXI [20].

Fenomenul limitei maxime a contribuțiilor pentru asigurarea socială de sănătate reprezintă un alt subiect de discuții la nivel național. Această limită a contribuțiilor există în Austria, Germania, Israel, Luxemburg și Olanda și este practic inexistentă în Belgia sau Franța, unde aceasta se limitează la regimurile pentru angajații în propriile afaceri. În Franța, Luxemburg și Israel stabilirea limitelor maxime depinde de aranjamentele securității sociale și salariul minim. În alte țări, limita maximă a contribuțiilor este stabilită fără a lua în considerație aceste aspecte. De exemplu, în Germania și Olanda aceasta este diferențiată conceptual de pragul de membru obligatoriu

Provocări economice în sistemele asigurărilor sociale de sănătate apar și la nivel internațional sau supranațional, reflectând, în special, conflictele create de evoluția continuă a inițiativelor de stabilire a unei piețe unice pentru țările UE.

Presiunile economice asupra sistemelor asigurărilor sociale de sănătate pe plan global sunt legate de necesitatea de a menține la nivelele atinse exportul din aceste țări și de a asigura competitivitatea pe piețele internaționale. Acest fapt implică preocupări privind necesitatea constrângerilor riguroase la nivel de salarii și beneficii, cu limitări pentru contribuțiile de 50% ale angajaților (tipic) la primele de asigurări sociale de sănătate (numai două din cele opt state deviază dramatic de la această divizare: 96% în Franța și 0% în Israel) și, de asemenea, la impozitele sociale suplimentare achitate de angajați pentru sprijinirea subvențiilor de stat. Factorii de decizie din unele țări precum Germania și Austria sunt îngrijorați și de impactul negativ al primelor mari de asigurare medicală asupra competitivității industriei locale, deoarece produsele provenite din țările în curs de tranziție din Europa centrală, în care salariile sunt mici, înlocuiesc treptat mărfurile autohtone [9, 12].

Stabilitatea politică de lungă durată a sistemelor asigurărilor sociale de sănătate poate fi atribuită ancorării lor la societatea civilă și nu la stat, parteneriatului public–privat bine calculat și preferinței majorității partenerilor de a continua aceste aranjamente relativ de succes. Dilema cea mai mare pentru asigurările sociale de sănătate este abilitatea sistemelor de a-și menține acest patrimoniu politic pentru următoarele generații. Conform celor menționate anterior, rolul Statului în procesul de dirijare și luare a deciziilor pentru sistemele asigurărilor sociale de sănătate pare a fi schimbător. În mod tradițional, acest rol este relativ puternic. Legislația de domeniu, de regulă, a împuternicit companiile/casele spitalicești și prestatorii să identifice de sine stătător bugetul și aranjamentele de prestare a serviciilor necesare, un aranjament care poate fi denumit „*autoreglementare impusă*” [23]. Responsabilitatea Statului este de a interveni doar în cazul în care se violează reglementările stabilite sau în cazul unei stagnări ce ar pune în pericol accesul populației la serviciile de sănătate. Una dintre schimbările importante în sistemele asigurărilor sociale de sănătate din ultimii zece ani este angajamentul sporit al Statului de a sista aceste relații tradiționale și de a interveni cu o serie de reglementări noi și, în rezultat, aparenta contribuție la unele aspecte importante ale aranjamentelor tradiționale de autoreglementare învechite. Consolidarea tot mai mare a dreptului Statului de a revizui mecanismele tradiționale de autoreglementare pot duce la implicații majore pentru legitimitatea socială a instituțiilor asigurărilor sociale de sănătate, angajamentul partenerilor de a investi resurse substanțiale, credibilitatea negocierilor de autoreglementare și alte procese de rutină. Un exemplu ar fi situația din Belgia, unde în 2001, din inițiativa Asociației

Medicilor, s-au amânat pentru un timp negocierile tradiționale cu casele spitalicești, argumentul fiind că Statul oricum planifica să intervină în stabilirea ratelor de plată. Ca rezultat, mulți prestatori de servicii medicale au fost în pragul falimentului [10]. Această trecere la o structură de guvernare dirijată de Stat pune la îndoială supraviețuirea modelului unic de reprezentare democratică, pe care l-au adoptat sistemele asigurărilor sociale de sănătate [1].

Un alt aspect al provocărilor politice în sistemele asigurărilor sociale de sănătate se referă la rolul Curții Europene. În acest caz, o serie de opțiuni de corectare sau de protecție a consumatorilor de servicii medicale vor avea consecințe nefavorabile asupra sistemelor de asigurări medicale naționale. Precedentul juridic posibil stabilit de Curtea Europeană, bazat nu pe reglementări de piață unică, ci mai mult pe principiile fundamentale privind libertățile individuale ale cetățenilor, va reduce drepturile sistemelor asigurărilor sociale de sănătate naționale de a defini limitele pachetului de servicii medicale acoperite și de a direcționa pacienții spre prestatorii și instituțiile naționale interne. În consecință, destrămarea controlului poate afecta la o etapă inițială spațiile transfrontaliere din vecinătate și unele condiții de tratament al pacienților. Pe termen lung, acestea pot avea însă un efect mai general asupra integrității sistemelor naționale de asigurări sociale de sănătate [17].

Conform opiniei multor cercetători, sistemele asigurărilor sociale de sănătate sunt bazate, în primul rând, pe un șir de valori și concepte sociale bine argumentate, iar beneficiile lor neeconomice sunt înțelese și conștientizate atât de cetățeni, cât și de factorii de decizie în mod egal, uneori mai mult decât beneficiile strict economice ale unor asemenea sisteme. Până în prezent, relațiile dintre avantajele sociale și cele economice s-au menținut într-un echilibru mai mult sau mai puțin rezonabil. Totodată, o întrebare foarte importantă pentru viitor este măsura în care provocările economice descrise anterior vor eroda punctele-forțe și aria acestor valori sociale fundamentale, care, la rândul lor, vor reduce substanțial beneficiile neeconomice ale modelului asigurărilor sociale de sănătate. Se presupune că un asemenea dezechilibru ar putea pune sub semnul întrebării supraviețuirea pe termen lung a întregului model [1, 4].

Studiul nostru a stabilit că și în Republica Moldova politicienii (în sensul larg al acestui termen) sunt preocupați de durabilitatea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală (*tabelul 4*). Am constatat că persoanele-cheie în mod sigur sunt încrezute că sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală va fi susținut pe viitor, la nivel politic (50,3%). O parte a participanților înclină spre majorarea anuală

treptată a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală (26,8%). În același timp, în vederea asigurării unei durabilități a asigurărilor medicale, trebuie extinse competențele și atribuțiile membrilor Consiliului de Administrare al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, deoarece acestea în prezent mai degrabă nu asigură reprezentarea democratică a intereselor tuturor participanților la asigurările obligatorii de asistență medicală (-11,8%). De asemenea, trebuie realizate campanii susținute de informare a populației referitoare la principiul solidarității sociale, deoarece acesta mai degrabă nu este pe deplin înțeles de populația țării (-37,5%).

Tabelul 5

Indicii individuali privind perceperea de către persoanele anchetate a durabilității sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală din RM

Nr:	Esența întrebării	Indicele individual QX
1.	Cum credeți, va fi susținut pe viitor, la nivel politic, sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală?	50,3
2.	Susțineți sau nu susțineți majorarea treptată a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală?	26,8
3.	Cum credeți, componența și atribuțiile membrilor Consiliului de Administrare al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină asigură reprezentarea democratică a intereselor tuturor participanților la asigurările obligatorii de asistență medicală?	-11,8
4.	Cum credeți, principiul solidarității sociale, care stă la baza asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova, este pe deplin înțeles de populația țării?	-37,5
5.	Cum credeți, principiul solidarității sociale, care stă la baza asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova, este acceptat pe deplin de reprezentanții patronatelor din țara noastră?	-7,4
6.	Ce părere aveți despre personificarea contribuțiilor plătite de participanți în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală (este nevoie de menționat că nici o țară din lume nu a personificat contribuțiile în fondurile asigurărilor sociale de sănătate)?	-17,7
7.	Susțineți sau nu reglementarea actuală prin care persoanelor neasigurate li se permite procurarea polițelor de asigurare pe parcursul întregului an la momentul îmbolnăvirii sau accidentării? (Actualmente, dacă persoanele în cauză plătesc o amendă stabilită de legislație, ele pot procura polița de asigurare în orice moment și chiar în ziua achitării pot apela după servicii medicale asigurate. S-a constatat că aceste persoane consumă de 5 ori mai multe servicii spitalicești față de media pentru toate persoanele asigurate).	-16,0

8.	Ce părere aveți referitor la instituirea unui regim de asigurări obligatorii pentru angajații în propriile afaceri (fermieri, cei cu patente) cu un pachet de beneficii care acoperă doar riscurile majore (de exemplu, urgențele medico-chirurgicale majore), când boala sau accidentul pune în pericol viața?	37,9
9.	Cum credeți, este necesar de a crea un cadru de proceduri juridice speciale pentru a acționa în judecată Compania Națională de Asigurări Medicale sau instituția medicală, dacă persoana asigurată nu este satisfăcută de tratamentul oferit în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală?	30,3
10.	Sunteți sau nu sunteți de acord cu regula „unei limite maxime a contribuțiilor/primelor” pentru persoanele care au venituri lunare mult mai mari decât media pe economia națională (aceasta înseamnă că dacă, de exemplu, se stabilește o limită maximă a contribuțiilor de 10 ori mai mare decât cea calculată din salariul mediu pe economia națională, atunci în cazul unei persoane care are, de exemplu, un venit lunar de 20 ori mai mare decât salariul mediu pe economia națională, contribuția lui în fondurile asigurărilor obligatorii de sănătate se va calcula doar din venitul care este egal cu 10 salarii medii lunare pe economia națională)?	3,0
11.	Ce părere aveți despre posibila includere a pensionarilor în lista persoanelor care vor achita o cotă procentuală din pensia proprie pentru calitatea de membru al sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală?	-56,4
12.	Ce părere aveți despre posibila atribuire a statutului de persoane asigurate copiilor, soțului/soției, dacă unul dintre părinți este angajat sau a procurat, în condițiile reglementate prin lege, o poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală?	11,8
13.	Ce părere aveți, trebuie sau nu trebuie de menținut pe viitor finanțarea investițiilor capitale în instituțiile medicale (construcțiile noi, reparațiile capitale, procurarea tehnicii medicale costisitoare) din bugetul de stat (impozite generale) sau de finanțat investițiile capitale prin contribuții salariale în fondurile asigurărilor obligatorii (evident, în acest caz contribuția salarială trebuie majorată: de ex., dacă în anul 2009 contribuțiile salariale ale angajatului și angajatorului vor constitui 3,5 și 3,5%, atunci ele trebuie majorate cel puțin până la 5,0 și 5,0% respectiv)?	-10,9

Principiul solidarității sociale, care stă la baza asigurărilor obligatorii de asistență medicală, mai degrabă nu este acceptat pe deplin și de reprezentanții patronatelor (-7,4%). În absența unei implicări mai ample a patronatelor în procesul decizional, va fi deosebit de dificil de a majora cota de participare a lor în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Un alt subiect controversat, neacceptat în nici unul dintre sistemele contemporane de asigurări sociale de sănătate, dar vehiculat în Republica

Moldova, este personificarea contribuțiilor plătite de persoanele asigurate în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Participanții la studiu sunt de părere că personificarea contribuțiilor mai degrabă nu trebuie acceptată, deoarece această reglementare contravine principiului fundamental de solidaritate socială (-17,7%). S-a constatat că persoanele-cheie mai degrabă nu susțin reglementarea actuală prin care persoanelor neasigurate li se permite procurarea polițelor de asigurare pe parcursul întregului an, la momentul îmbolnăvirii sau accidentării (-16,0%). În scopul diminuării presiunii asupra fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, exercitate de cheltuielile nerambursabile pentru acoperirea unor tipuri de servicii medicale prestate persoanelor neasigurate, participanții la studiu sunt convinși că trebuie de instituit un regim de asigurări obligatorii pentru angajații în propriile afaceri (fermieri, deținători de patente), cu un pachet de beneficii care ar acoperi cel puțin riscurile majore (37,9%). S-a constatat, de asemenea, că în prezent, pentru a proteja drepturile asiguraților, este necesar de a elabora și a implementa un cadru procedural de sancționare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină sau a instituției medicale, dacă persoana asigurată nu este satisfăcută de calitatea serviciilor oferite în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală (30,3%). Persoanele-cheie au o viziune mai degrabă neutră asupra necesității instituirii „unei limite maxime a primelor de asigurare” pentru persoanele care au venituri lunare mult mai mari decât media pe economia națională (3,0%). Majoritatea persoanelor anchetate în mod sigur nu au susținut includerea pensionarilor în lista persoanelor care pot să achite o cotă procentuală din pensia proprie pentru calitatea de membru al sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală (-56,4%). În același timp, în vederea extinderii gradului de acoperire a populației cu asigurări, participanții la studiu înclină spre ideea atribuirii statutului de persoană asigurată copiilor, soțului/soției, dacă unul dintre părinți este asigurat prin efectul legii sau a procurat, în condițiile reglementate prin lege, o poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală (11,8%). Participanții la studiu mai degrabă nu susțin includerea cheltuielilor legate de investițiile capitale în contribuțiile salariale, optând pentru acoperirea lor din bugetul de stat (-10,9%).

Pachetul de beneficii din cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Una dintre caracteristicile principale ale sistemelor asigurărilor sociale de sănătate constă în existența beneficiilor definite la care au dreptul asigurații. Această caracteristică este revăzută frecvent. În anul 2001, în Olanda s-a stabilit că dreptul la asigurările de asistență de

lungă durată (AWBZ) se va garanta independent de costurile asociate cu acestea. Conținutul real al pachetelor de beneficii, precum și procesele aplicate pentru definirea acestora diferă de la țară la țară, totodată variind de la o listă de beneficii stipulată de lege (în Israel) sau decrete (în Olanda) până la negocieri între casele spitalicești și prestatorii de servicii (în Germania). Printre diferențele importante se numără următoarele: includerea beneficiilor din afara asistenței medicale curative, în special măsuri de promovare a sănătății și asistența de lungă durată. Germania și Olanda au scheme separate de asigurări sociale care acoperă aceste măsuri. În majoritatea țărilor cu sisteme sociale de asigurare a sănătății, cele mai mari cheltuieli sunt percepute la rambursarea serviciilor prestate de medic (aproximativ 30%) și spitale (aproximativ 30%), urmate de cheltuielile pentru medicamente (până la 20%) [2, 22].

În Republica Moldova pachetul de beneficii acoperă în linii mari serviciile medicilor și ale spitalelor în cazurile acute, și mai puțin medicamentele pentru tratamentul bolilor în condiții de ambulatoriu, serviciile de protezare și de reabilitare a pacienților. Acest lucru este confirmat și de rezultatele studiului (tabelul 5).

Tabelul 5

Indicii individuali cu referire la încrederea generală a persoanelor anchetate față de pachetul de beneficii din cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală

Nr.	Esența întrebării	Indicele individual QX
1.	Cum credeți, trebuie sau nu trebuie de extins lista medicamentelor compensate în cadrul Programului unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru tratamentul bolilor în condiții de ambulatoriu?	57,3
2.	Cum credeți, trebuie sau nu trebuie majorată cota compensată a costurilor medicamentelor (în prezent aceasta constituie 50% din costul medicamentului)?	49,9
3.	Cum credeți, lista beneficiilor prevăzute de Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală satisface sau nu satisface necesitățile medicale ale persoanelor asigurate?	-20,0
4.	Cum credeți, la momentul actual, serviciile de protezare trebuie sau nu trebuie de inclus în lista beneficiilor pentru persoanele asigurate?	37,8
5.	Cum credeți, serviciile de reabilitare a pacienților gravi, după faza acută a bolii, trebuie sau nu trebuie de inclus în lista beneficiilor pentru persoanele asigurate?	63,0

Persoanele-cheie sunt de părere că lista beneficiilor prevăzute de Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală mai degrabă nu

satisface necesitățile medicale ale persoanelor asigurate (-20,0%). În viziunea lor, în lista beneficiilor, în mod sigur, trebuie incluse serviciile de reabilitare a pacienților gravi, după faza acută a bolii (63,0%), și mai multe medicamente compensate pentru tratamentul maladiilor în condiții de ambulatoriu (57,3%). S-a constatat că există și necesitatea majorării cotei de compensare a medicamentelor, care în prezent constituie 50% din prețul medicamentului (49,9%). Respondenții susțin că în pachetul de beneficii mai degrabă trebuie de inclus și serviciile de protezare, cum ar fi protezarea glandei mamare după intervențiile chirurgicale oncologice etc. (37,8%).

Relațiile dintre Compania Națională de Asigurări în Medicină și prestatorii de servicii.

Datorită separării plătitorului de prestator, care este o caracteristică importantă a tuturor sistemelor asigurărilor sociale de sănătate (cu mici excepții în Israel), contractele sunt particularități standarde ale asigurărilor de sănătate. Totodată, în mod tradițional, contractarea a stabilit o relație statică între casele spitalicești și prestatori, fără a constitui un mijloc de impregnare a concurenței. Caracterul schimbător al contractării pe parcursul anilor '90 în unele sisteme de asigurări sociale de sănătate au trezit un interes deosebit. În Belgia, Franța, Israel și Luxemburg unele beneficii specifice sunt definite de către Stat, lăsând volumul și prețurile pe seama partenerilor participanți la contractare. În Germania un pachet de beneficii detaliat, precum și prețurile de rambursare sau volumul rambursărilor totale ale unei regiuni erau subiectul unor negocieri, care ulterior se formulau în formă de contract (la nivel federal). În anul 1997 s-a produs o mișcare spre relațiile de piață, care au anulat nivelele de rambursare totale și au reintrodus modelul de plată per serviciu cu negocierea prețurilor. Totodată, acest fapt a fost, la rândul său, anulat în 1998 de noua guvernare de atunci social-democratică [3].

În toate țările, cu excepția Israelului și Olandei, contractele colective erau modele prevalente pentru serviciile nespitalicești. Totodată, contractele colective din cadrul unii stat nu erau echivalente cu cele din alte țări. În primul rând, termenul este utilizat cu ambiguitate atât pentru contractele colective bilaterale între fondurile de asigurări și asociațiile prestatorilor, cât și pentru contractele colective unilaterale (de regulă, în asistența medicală ambulatorie), și între toate fondurile și prestatorii individuali. În al doilea rând, contractele colective pot fi finale și obligatorii (ca cele dintre fonduri și asociațiile de medici în Germania, unde medicii individuali nu dispun de relații contractuale cu fondurile/casele spitalicești) sau colective unilaterale adiționale (precum cele dintre toate fondurile și medicii individuali în Austria), sau

aprobate de către prestatorii individuali (precum în Belgia, unde medicii pot să refuze contractul colectiv bilateral). În Israel, începând cu 2001, cele patru fonduri existente trebuie să negocieze juridic contractele colective cu prestatorii de asistență medicală. Similar, în Olanda casele spitalicești întocmesc încă contracte colective cu medicii-generalști.

Contractarea colectivă dintre toate fondurile și toți prestatorii a constituit o normă pentru țările cu sisteme de asigurări sociale de sănătate, deseori ca urmare a eforturilor depuse de Stat pentru standardizarea beneficiilor și prestarea acestora. În majoritatea țărilor contractele selective sunt, prin urmare, ilegale, chiar dacă Germania a permis, începând cu 1997, contractarea selectivă în anumite condiții. În Olanda, totodată, contractarea selectivă a fost stimulată începând cu anul 1992. În conformitate cu *Actul Anti-Cartel* din 22 mai 1997, contractele colective în asistența medicală, după o perioadă de cinci ani, trebuiau să fie anunțate ilegale [5]. Întrucât spitalele nu s-au supus reglementării date în acea perioadă, Autoritatea Anti-Cartel a anunțat că va acționa în judecată casele spitalicești care nu contractează selectiv prestatorii de asistență medicală [4].

Schimbările recente parvenite în procedura de contractare au stipulat limitele ratelor de creștere a cheltuielilor totale, introducerea bugetelor sau limitele de cheltuieli pentru toate tipurile de medici, integrarea rambursării pentru servicii (pentru înlocuirea rambursării per articol individual) și includerea serviciilor medicilor în bugetele spitalelor. În cadrul asistenței spitalicești, noile măsuri au presupus introducerea bugetelor explicite sau introducerea formelor de plată în baza Grupurilor Definite de Diagnoze (DRG). Obiectul principal al contractelor dintre casele spitalicești și prestatori (atât medicii, cât și spitalele) în toate țările a fost, prin urmare, mai puțin axat pe structura de plată și mai mult pe detaliile structurii, dar mai ales pe volumul de rambursări, fie acestea în formă de plată per serviciu sau bugete. În cazul spitalelor, în special, relațiile de finanțare dintre casele spitalicești pot fi suplimentate prin plăți directe pentru servicii obținute din impozitări. Cea mai pronunțată subvenționare se atestă în Elveția, unde cantoanele acoperă 50% din cheltuielile de spitalizare ordinare [16].

Finanțarea prin buget global (în special, a spitalelor) este, de regulă, separată de plățile pentru costurile operaționale. Totodată, plățile separate nu înseamnă obligatoriu plătitori separați, întrucât costurile capitale pot fi încă asigurate de casele spitalicești, precum în Olanda. Alte țări au combinat sistemele. În Belgia 60% din cheltuielile capitale sunt asigurate de regiune și 40% – de guvernul național prin plăți pentru o zi de spitalizare [14]. Există și ex-

periența plasării cerințelor pentru finanțările capitale integrale pe banii publici (16 regiuni în Germania). În majoritatea țărilor cu sisteme de asigurări sociale de sănătate există tendințe de a include cel puțin o parte din investițiile capitale în plățile operaționale.

În domeniul farmaceutic, reformele de stat (și nu contractele) au determinat pentru prima dată introducerea prețurilor de referință și a limitelor cheltuielilor totale, precum și tendința de a readuce prețurile la medicamente la media internațională [17, 19].

Rezultatele studiului nostru (*tabelul 6*) demonstrează că persoanele-cheie consideră că în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova mai degrabă trebuie instituită contractarea colectivă dintre Compania Națională de Asigurări în Medicină și asociațiile prestatorilor de servicii medicale (15,1%). În prezent Compania Națională negociază cu prestatorii contracte individuale. În viziunea noastră, absența contractării colective se datorează, în mare parte, faptului că în țară nu există asociații ale prestatorilor de servicii medicale (asociația prestatorilor de servicii primare, asociația spitalelor, asociația prestatorilor de servicii medicale urgente, etc.).

Este semnificativ faptul că participanții la studiu consideră că pentru toate tipurile de servicii medicale plățile efectuate de Compania Națională de Asigurări în Medicină nu acoperă integral cheltuielile prestatorilor. Analizând rezultatele obținute, se poate face concluzia că această situație este mai accentuată în domeniul asistenței medicale spitalicești. Marea majoritate a celor anchetați au specificat că plățile către spitale mai degrabă, sau în mod sigur, nu acoperă cheltuielile integrale (45,3%). Cu toate că valoarea negativă a indicelui individual de percepere a acestui subiect pentru celelalte tipuri de servicii este de trei ori mai mic, totuși persoanele anchetate înclină spre opinia că plățile efectuate către serviciul de urgență (-16,7%), asistența medicală specializată de ambulatoriu (-15,4%) și asistența medicală primară (-7,4%) mai degrabă nu acoperă toate cheltuielile. În viziunea noastră, această situație se datorează în mare parte faptului că instituțiile medicale, în special spitalele, încă nu și-au ajustat structurile organizatorică și funcțională la noile condiții de activitate.

Un alt aspect important, care asigură încrederea generală față de sistemul de asigurări, îl reprezintă salarizarea medicilor și asistentelor medicale. Participanții la studiu sunt convinși aproape unanim că salariile lunare în mod sigur nu asigură o existență decentă și pe măsura eforturilor pe care ei le depun (-80,7%). Este evident că politicile în domeniul salarizării trebuie perfecționate. Acest lucru însă trebuie efectuat în deplină concordanță cu eliminarea cheltuielilor neproductive din instituțiile medicale și în

funcție de eficiența activităților lucrătorilor medicali. În acest context este necesar de a stabili criterii clare de evaluare a raportului dintre resursele financiare implicate și volumul de lucru efectuat.

În viziunea participanților la studiu, instituțiile medicale contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină nu au înlăturat încă impedimentele care stau în calea eficienței, reducerii costurilor fixe, promovării productivității prin stimulente financiare. Prestatorii de servicii nu sunt împuterniciți să răspundă noilor stimulente. În viziunea persoanelor-cheie, în prezent CNAM mai finanțează încă unele instituții medicale, pentru a întreține infrastructura existentă, care în multe cazuri este supradimensionată (8,6%). Conducerea instituțiilor medicale nu prea dispune de autonomie reală în gestionarea resurselor provenite din asigurările obligatorii (-12,4%). În mare parte ineficiența este condiționată și de tehnologiile medicale învechite. Persoanele-cheie consideră că tehnologiile medicale utilizate în deservirea pacienților asigurați în mod sigur nu corespund exigențelor și standardelor internaționale (-57,3%). În ceea ce privește necesitatea de optimizare (redistribuire, micșorare) a fondului de paturi în instituțiile spitalicești, opinia generală a participanților la studiu înclină spre neutralitate (-6,2%), ceea ce semnifică existența părerilor opuse.

Studiul a identificat și opțiunile persoanelor-cheie în domeniul reglementărilor juridice de finanțare a asigurărilor obligatorii. Participanții la studiu mai degrabă optează pentru menținerea unui singur fond comun național al asigurărilor obligatorii de asistență medicală (9,8%) și nu pledează pentru introducerea acceptului trezorerial al tranzacțiilor financiare ale instituțiilor medico-sanitare contractate (-21,6%). De asemenea, intervievații consideră că nu trebuie de atribuit Companiei Naționale de Asigurări în Medicină dreptul exclusiv de a decide ce organizații trebuie să contracteze. Studiul a stabilit o percepție duplicitară a receptivității CNAM față de politicile Ministerului Sănătății (3,3%). Acest fapt indică că capacitățile ministerului pentru elaborarea și supravegherea politicilor de finanțare a sănătății trebuie fortificate, iar funcțiile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în calitate de „agenție de implementare” a politicilor de finanțare, trebuie reglementate prin lege.

Persoanele-cheie pledează pentru elaborarea mecanismelor transparente de implicare a actorilor-cheie în procesul de elaborare a politicilor, prin stabilirea clară a periodicității și responsabilităților pe care le au la negocieri, deoarece acestea în prezent mai degrabă lipsesc (-28,3%). Asociațiile profesionale ale medicilor, asociațiile prestatorilor și ale pacienților trebuie atrase în procesul de negocieri tripartite.

Tabelul 6

Indicii individuali privind perceperea de către persoanele anchetate a relațiilor dintre Compania Națională de Asigurări în Medicină și prestatorii de servicii

Nr.	Esența întrebării	Indicele individual QX
1.	Ce părere aveți despre instituirea contractării colective dintre CNAM și asociațiile prestatorilor de servicii medicale (asociația prestatorilor de servicii medicale primare, asociația spitalelor, asociația prestatorilor de servicii medicale urgente etc.)? (În prezent CNAM negociază cu prestatorii contracte individuale)	15,1
2.	Cum credeți, rambursările (plățile) efectuate de CNAM acoperă sau nu acoperă integral cheltuielile prestatorilor de servicii medicale în cazul:	
	a) asistenței medicale urgente?	-16,7
	b) asistenței medicale primare?	-7,4
	c) asistenței medicale specializate de ambulatoriu (în policlinici)?	-15,4
	d) asistenței medicale spitalicești?	-45,3
3.	Cum credeți, salariile lunare ale medicilor și asistentelor medicale sunt suficiente pentru o existență decentă și pe măsura eforturilor pe care ei le depun? (Salariul mediu lunar al medicilor în anul 2007 a constituit 2 357 lei, iar a asistentelor medicale – 1446 lei)	-80,7
4.	Cum credeți, trebuie sau nu trebuie de menținut un singur fond comun național de asigurări obligatorii de asistență medicală?	9,8
5.	Cum credeți, administrația instituțiilor medico-sanitare publice contractate de CNAM dispun de autonomie reală în gestionarea resurselor provenite din asigurările obligatorii?	-12,4
6.	Cum credeți, tehnologiile medicale utilizate în deservirea pacienților asigurați corespund exigențelor și standardelor internaționale?	-57,3
7.	Cum credeți, trebuie sau nu trebuie optimizat (redistribuit, micșorat) fondul de paturi în instituțiile spitalicești?	-6,2
8.	Cum credeți, este sau nu este indicată introducerea acceptului trezorerial pentru tranzacțiile financiare ale instituțiilor medico-sanitare?	-21,6
9.	Cum credeți, trebuie de atribuit CNAM dreptul de a decide ce organizații trebuie să contracteze?	-25,4
10.	Cum credeți, CNAM este pe deplin receptivă la politicile Ministerului Sănătății?	3,3
11.	Cum credeți, în Republica Moldova există mecanisme transparente de implicare a actorilor-cheie (patronatelor, sindicatelor, autorităților publice centrale, asociațiilor prestatorilor de servicii medicale, asociațiilor pacienților etc.) în procesul de elaborare a politicilor, prin stabilirea clară a prerogativelor și responsabilităților pe care le au la negocieri?	-28,3
12.	Cum credeți, în prezent CNAM mai finanțează încă unele instituții medicale în corespundere cu „necesitatea de a întreține infrastructura existentă”?	8,6

13.	Cum credeți, sistemul informațional medical asigură factorii de decizie cu date și informații autentice și complete pentru achiziționările strategice în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală?	-20,0
-----	---	-------

Mecanismele de raportare și informare s-au schimbat prea puțin și nu asigură monitorizarea rezultatelor asupra cărora s-a căzut de acord în cadrul contractării. Fragmentarea sistemelor de raportare mai degrabă nu facilitează informarea adecvată a deciziilor de dirijare și de achiziționare strategică (-20,0%). Organizarea evidenței caracteristicilor medico-demografice a persoanelor asigurate trebuie realizată, deoarece se va îmbunătăți informatizarea procesului de achiziționare strategică a serviciilor. În scopul excluderii neconcordanțelor în informarea factorilor de decizie este necesar de a crea un sistem informațional național unic al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

Concluzii

1. Reprezentanții patronatelor și sindicatelor nu sunt pe deplin informați despre caracteristicile esențiale ale sistemelor sociale de asigurare a sănătății. De asemenea, persoanele-cheie mai degrabă nu sunt satisfăcute de procesul negocierilor dintre Compania Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile medicale, în termeni de volum, cost și calitate a serviciilor.

2. Persoanele-cheie participante la anchetare au o viziune mai degrabă pozitivă despre aranjamentele actuale de gestionare centralizată a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Concomitent, în acest subiect se observă o înclinare a opiniei spre atitudinea neutră, ceea ce atestă existența mai multor opinii negative privind gestionarea centralizată a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

3. În scopul diminuării presiunii asupra fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, exercitate de cheltuielile nerambursabile, participanții la studiu sunt convingeți că trebuie de instituit un regim de asigurări obligatorii pentru angajații în propriile afaceri (fermieri, deținători de patente), cu un pachet de beneficii care ar acoperi cel puțin riscurile majore.

4. Studiul a constatat o viziune practic unanimă a tuturor participanților asupra necesității instituționalizării și extinderii dreptului de alegere a prestatorilor de servicii medicale. Persoanele-cheie sunt ferme în acordul lor de a oferi posibilitate pacientului să aleagă liber medicii-specialiști din policlinici sau din secțiile consultative ale spitalelor raionale, municipale, republicane, precum și a spitalului.

5. Studiul a stabilit că în Republica Moldova politicienii (în sensul larg al acestui termen) sunt preocupați de durabilitatea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală. S-a constatat faptul că persoanele-cheie în mod sigur sunt încredute că sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală va fi susținut pe viitor.

6. Studiul a identificat că persoanele-cheie mai degrabă optează pentru menținerea unui singur fond comun național al asigurărilor obligatorii de asistență medicală și nu pledează pentru introducerea acceptului trezorerial al tranzacțiilor financiare ale instituțiilor medico-sanitare contractate.

Bibliografie

1. Altenstetter C., *From solidarity to market competition. Values, structure and strategy in German health policy, 1883-1997*, în *Health Care Systems in Transition: An International Perspective*, London, 1999. p. 47-88.
2. Busse R., *Health Care Systems in Transition-Germany*. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2000, 322 p.
3. Busse R. and Riesberg A., *Health Care Systems in Transition – Germany*, European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2003, 354 p.
4. Ciocanu M., *Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*, Chișinău, 2009, 320 p.
5. De Roo A.A., *Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance schemes*. Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility, Buckingham, Open University Press, 2003, p. 34-39.
6. Den Exter A., Hermans H., Dos Lak M. et al., *Health Care Systems in Transition - the Netherlands*, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen, 2002, 268 p.
7. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, 2006, 864 p.
8. Evans P., *Government action, social capital and development: reviewing the evidence of synergy*, în *World Development*, London, 1996, vol. 24(6), p. 1119-1132.
9. *Indicele de încredință a consumatorului*. Metodologie EXPERT-GRUP, Chișinău, 2006.
10. Fox J., *How does civil society thicken. The political construction of social capital in rural Mexico*, în *World Development Mexico*, 1996, nr. 24(6), p. 1089-1103.
11. Haari R., Haari-Oberg, I., Schilling K. and Torrasi M., *Analyse des effets de la LAMal: Differences intercantionales en matiere de couts de la sante*, în *Analyse des politiques cantonales*. Research report, Berne, 2002, 87 p.
12. Hermesse E.J. and Beekmans J., *L'assurance soins de sante: organisation financement et remboursement*, în *Journal d'economie medicale*, Paris, 1998, nr. 16, p. 5-20.
13. Hermesse J., *Supplementary Private Health Insurance (PHI) in Belgium*. Alliance Nationale des Mutualites Chretiennes, Brussels, 2001, 76 p.
14. Hof B., *Auswirkungen und Konsequenzen der demografischen Entwicklung fur die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung*, Koln, 2001, 98 p.
15. Hofmarcher M.M., Rohrling G., *Health expenditure in the EU: comparability is ailing. Focus: forecast of health expenditure in Austria*. Soziale Sicherheit, 2003, 287 p.
16. Kerr E., *Health Care Systems in Transition: Belgium*. European Observatory on Health Care Systems, 2000, 243 p.
17. Maarse H., *Health Insurance Reform (again) in the Netherlands: will it Succeed*, in *Euro Observer*, 2002, nr. 4(3), p. 1-3.
18. Minder A., Schoenholzer H., Amier M., *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, 2007, 254 p.
19. Mossialos E., *Regulating expenditure on medicines in European Union countries*, în R.B. Saltman, J. Figueras and C. Sakellrides (eds), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham, Open University Press, 1998, p. 261-286.
20. Mossialos E., *Healthcare and cost containment in Luxembourg*. *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, 1999, p. 261-286.
21. Mossialos E., Mrazek M., Welley T., *Regulating the Cost and use of Pharmaceuticals in Europe*. Buckingham: Open University Press, 2004, p. 234 - 281.
22. Saltman R.B., *Convergence vs. social embeddedness: debating the future direction of healthcare systems*, în *European Journal of Public Health*, 1997, vol. 7(4), p. 449-453.
23. Saltman R.B., *EJPH Policy Forum: risk adjustment strategies in three social health insurance (SHI) countries*, în *European Journal of Public Health*, 2001, vol. 11 (2), p. 121-122.
24. Saltman R.B., Busse R., *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice*, în R.B. Saltman, R. Busse, E. Mossialos (eds), *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press, 2002, p. 3-52.
25. Schieber G.J., *Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries*, în *Health Policy*, Berne, 1995, nr. 32, p. 279-293.

Prezentat la 27.07.2009