

9. Morar S. Aspecte etice ale relației medic-societate. Revista Română de Bioetică, 5 (2), 37-41, aprilie-iunie, 2007.
10. WHO Global Report: Innovative care for chronic conditions: building blocks for actions. Geneva, 2002, <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccglobalreport.pdf>

**EVALUAREA ALOCĂRILOR FINANCIARE SERVICIULUI ASISTENȚEI
MEDICALE PRIMARE DIN MUNICIPIUL CHIȘINĂU
ÎN PERIOADA IMPLEMENTĂRII
ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ**

Galina Buta

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

*The assessment of financial allocations directed
to the primary health care services in Chisinau municipality during
the implementation of mandatory health insurance*

Viability of the current system of medical assistance, in decisive way is driven by the financial capacity. During the years 2004-2010, in Chisinau, the primary health care income grew annually from 89,433,600 lei in 2004 to 277,257,500 lei in 2010, which is 3.1 times more. The most important percentage in forming of global budget has National Health Insurance Company allocations, which is 75.0 to 93.0% of financial burden. The logical evolution of this phenomenon reveals a growing trend of Primary Health Care income, with an medium annual rate of + 97.0% total incomes and + 129.2% respectively of total incomes and National Health Insurance Company allocations, increasing the tempo corresponding to 12, 2% and 24.1%. According to the calculations, in 2013 the total incomes of the Primary Health Care services in Chisinau will amount to 400000 thousands lei, of which 330000 thousands lei or 82.5% will be National Health Insurance Company allocations.

The accumulated financial resources were used as intended primarily for wages (47.0 ± 1.21%). However, decreases the maintenance costs for institutions, in the context of prices increasing, which cause the damage of assets and create the unsanitary working conditions.

Rezumat

Viabilitatea actualului sistem de asistență medicală, în măsură decisivă este determinată de capacitatea financiară. În perioada anilor 2004-2010 veniturile AMP în mun. Chișinău au crescut anual, de la 89433,6 mii lei în anul 2004 până la 277257,5 mii lei în anul 2010, ceea ce este de 3,1 ori mai mult. Ponderea principală în formarea bugetului global o au alocațiile CNAM, povara suportată fiind de 75,0-93,0%. Evoluția logică a acestui fenomen pune în evidență tendința de creștere continuă a veniturilor AMP, cu rata medie anuală de + 97,0% și +129,2% respectiv venituri totale și alocații CNAM, tempoul de creștere fiind corespunzător de +12,2% și 24,1%. Conform calculelor, în anul 2013 veniturile totale ale serviciului AMP din municipiul Chișinău se vor cifra la 400000 mii lei, dintre care 330000 mii lei sau 82,5% vor constitui alocațiile CNAM.

Sursele financiare acumulate au fost utilizate, conform destinației, prioritar pentru salarizare (47,0±1,21%). Totodată, se diminuează cheltuielile pentru întreținerea instituțiilor, pe fondal de majore continuă a tarifelor, ceea ce induce deteriorarea mijloacelor fixe și crearea condițiilor de muncă insolubile.

Actualitatea

Dezvoltarea sistemului medical din Republica Moldova după obținerea independenței țării,

s-a bazat pe reforme organizatorice fundamentale. Aceste reforme au inclus trecerea graduală de la etapa de prestare a serviciilor de asistență medicală asigurată integral în mod gratuit de către stat la etapa de acordare a asistenței medicale gratuite minime garantate de stat paralel cu prestarea serviciilor medicale contra plată (anii 1993-2003), implementarea medicini de familie (2000), separarea serviciului de asistență medicală primară de cel spitalicesc, accentuarea rolului medicini de familie (2004-2008), implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală (2004). Reformele s-au efectuat ținând cont de experiența internațională - obținută în multe țări în curs de dezvoltare, cât și economic dezvoltate [1, 8].

Demersul istoric al reformelor sistemului Asistenței Medicale Primare (AMP) se deosebește prin cronologia obținerii autonomiei Centrelor de Sănătate (CS) – în municipiul Chișinău acest proces a debutat în anul 2004, în raioanele republicii în anul 2008, conform ordinului MS nr. 405 din 12 decembrie 2007.

Viabilitatea actualului sistem de asistență medicală, în măsură decisivă este determinată de capacitatea financiară [1, 8, 9].

În acest articol ne-am propus să evaluăm alocările financiare ale serviciului AMP din mun. Chișinău.

Materiale și metode

S-au analizat veniturile și repartizarea resurselor financiare din IMSP ale serviciului AMP, în baza rapoartelor anuale ale Direcției Sănătății a Consiliului mun. Chișinău și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM). Au fost utilizate analiza seriilor cronologice, care cuprind a. 2004-2010, care includ și prognoze până în anul 2013 [2].

Rezultate și discuții

Principiile de organizare a actualului sistem de asistență medicală primară sunt următoarele: - finanțarea separată a sistemului primar de cel specializat și de staționar; - asigurarea concurenței și autonomiei în gestionarea instituțiilor medicale; - finanțarea prioritară a serviciilor medicale în teritorii; - descentralizarea funcțiilor manageriale; - excluderea dublării serviciilor medicale; - planificarea volumului serviciilor în baza necesităților reale ale populației.

Asistența Medicală Primară în mun. Chișinău din anul 2004 până în prezent este acordată în 12 Centre ale Medicilor de Familie (CMF), incluse în cadrul a 5 Asociații Medicale Teritoriale (AMT) și 14 Centre de Sănătate autonome, ca fondatori fiind Consiliul mun. Chișinău și consiliile locale ale suburbiilor municipiului. Asistența medicală specializată de ambulator se acordă de către medicii specialiști de profil din 5 Centre Consultativ - Diagnostic (CCD) din cadrul AMT.

Sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală a fost instituit, prin Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu modificările ulterioare și implementat începând cu 1 ianuarie 2004, legiferat apoi prin adoptarea a 4 Legi organice și 18 Hotărâri de Guvern care vizează: mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare, condițiile de asigurare a cetățenilor străini, aprobarea Statutului și crearea Agențiilor Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, constituirea Consiliului Național de Administrare a CNAM, Regulamentul despre administrarea fondurilor asigurărilor obligatorii, Contractul-tip de asigurare obligatorie, Polița de asigurare, modelele de registre pentru evaluarea volumului de servicii medicale, Contractul-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurărilor, Programul Unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală, Regulamentul cu privire la Statutul juridic, modul de activitate economico-financiară și gestionare a surselor financiare a instituțiilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii, tarifele la serviciile medico-sanitare, etc. [3-7].

Valoarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală, în sumă fixă achitată de persoanele fizice a crescut anual, astfel încât în anul 2010 costul ei era de 5,6 ori mai mare versus a. 2004. În același timp, cu toate că asigurările în medicină sunt obligatorii, cota încadrării populației RM cu asigurări oscilează în limitele 62,8%-80,8% în anii 2004-2010. În mun.

Chișinău încadrării în asigurări este superioară în comparație cu cea de nivel național, înregistrând fluctuații ne semnificative în raport cu mediul de reședință – rural sau urban (fig. 1).

Un aspect ce influențează viabilitatea sistemului de AMP este modalitatea de finanțare și structura contribuțiilor.

Veniturile AMP au crescut anual, de la 89433,6 mii lei în anul 2004 până la 277257,5 mii lei în anul 2010, ceea ce este de 3,1 ori mai mult.

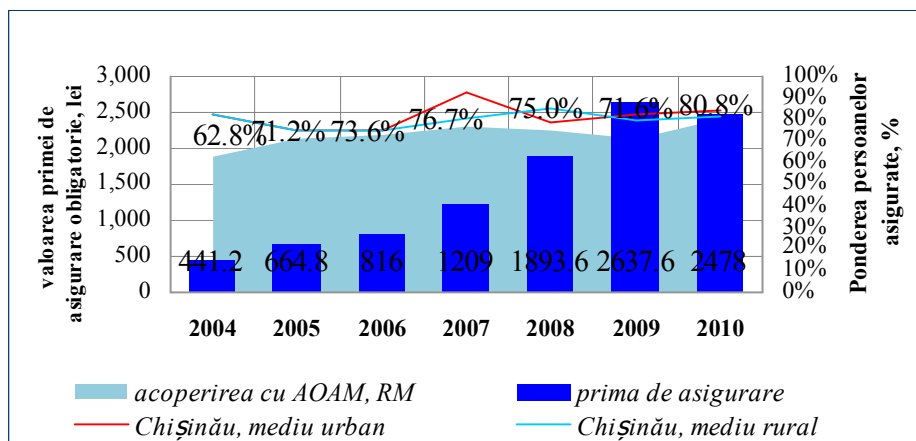


Figura 1. Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, în sumă fixă achitată de persoanele fizice și gradul de încadrare în asigurări obligatorii în sănătate.

Ponderea majoră în formarea bugetului global o au alocațiile CNAM, povara suportată oscilând în limitele 68,7 - 85,2%, constituind în mediu $77,6 \pm 29,82$ (fig. 2), urmată apoi de alocațiile din mijloace financiare extrabugetare $10,3 \pm 2,33\%$, din bugetele locale ($5,3 \pm 1,56\%$) și cele provenite din alte surse ($5,1 \pm 1,48\%$).

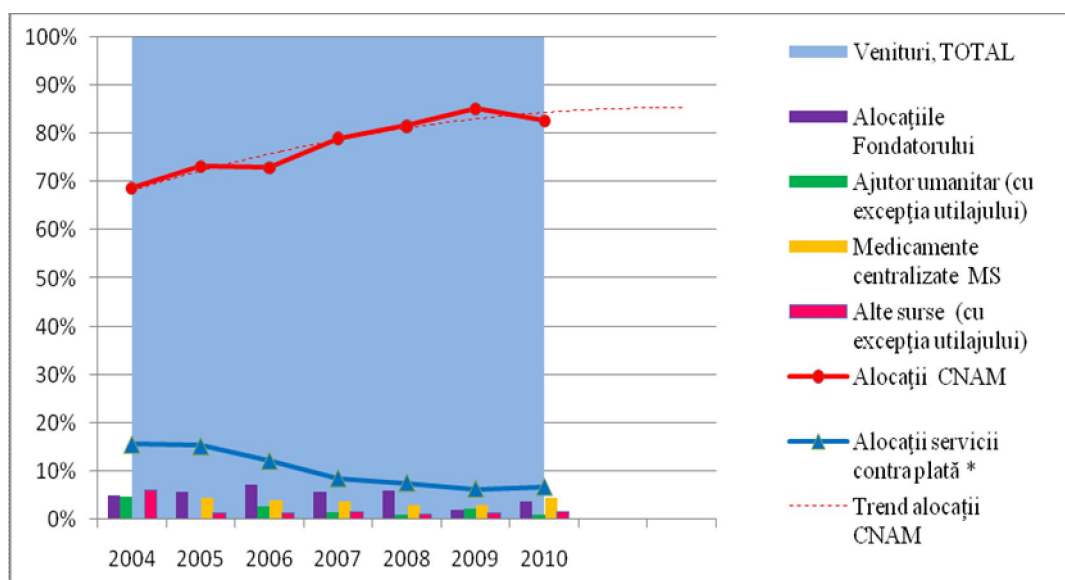


Figura 2. Dinamica și structura finanțării serviciului AMP din mun. Chișinău.

Evoluția logică a acestui trend pune în evidență tendința de creștere continuă a veniturilor AMP, cu rata medie anuală de + 97,0% și +129,2% respectiv venituri totale și alocații CNAM, timpul de creștere fiind corespunzător de +12,2% și 24,1%.

Pentru prognoze a fost important de a găsi descrierea matematică a proceselor de

acumulare a veniturilor în perioada aflată sub observație. Astfel, cu o certitudine de $p \leq 0,05$, prognozele pot fi făcute după următoarele ecuații:

- pentru veniturile total: $y = 1702x^2 + 23071x + 49839$; $R^2 = 0,956$
- pentru alocările CNAM: $y = 1442x^2 + 21563x + 25716$; $r^2=0,95$.

Astfel, conform calculului, în a. 2013 veniturile totale ale serviciului AMP din municipiul Chișinău se vor cifra la 400000 mii lei, dintre care 330000 mii lei sau 82,5% vor constitui alocările CNAM.

Din anul 2004 se constată o scădere anuală a alocărilor din servicii contra plată, ceea ce denotă creșterea adresabilității la medicul de familie și utilizarea îngrijirilor medicale prevăzute de Programul Unic.

În perioada 2004-2010 volumul cheltuielilor a fost în creștere cu 75% în termeni reali. Realizarea bugetului înscrie unele fluctuații, în mediu fiind de $106,3 \pm 5,17\%$.

Pentru organizarea eficientă a sistemului de sănătate este important, din punctul de vedere al managementului contemporan, să apreciem cum sunt repartizate resursele financiare. Despre utilizarea mijloacelor financiare obținute de la CNAM ne indică structura cheltuielilor suportate de către instituțiile medicale municipale la unele compartimente ale activității de bază (tab.1).

Tabelul 1. Structura repartizării resurselor financiare (%)

Articol cheltuieli	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	M	±m
Cheltuieli, TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Salarizarea	47,3	46,1	42,0	43,9	49,4	50,9	49,1	47,0	1,21
Contribuții la buget	13,4	13,1	11,3	11,7	12,9	13,1	12,9	12,6	0,30
Energie electrică	2,1	2,1	1,4	1,2	1,3	1,2	1,4	1,5	0,16
Gaze	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,01
Energie termică	2,2	2,2	1,4	2,2	1,9	1,8	2,0	1,9	0,10
Alimentare	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,02
Medicamente	14,9	17,0	16,6	15,4	15,5	15,9	13,3	15,5	0,46
Combustibil (cărbune)	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,04
Cheltuieli transport	0,8	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,09
Apa și canalizarea	1,5	1,3	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,13
Reparații capitale	2,5	0,9	0,6	2,4	2,3	0,8	1,9	1,6	0,31
Procurare de utilaj	3,3	1,5	1,9	2,7	5,0	2,5	6,2	3,3	0,65
Alte cheltuieli, total	12,0	14,7	23,3	18,9	10,2	12,5	11,8	14,8	1,78

Sursele financiare acumulate, conform cheltuielilor suportate de către instituțiile medicale municipale au fost utilizate prioritar pentru salarizare ($47,0 \pm 1,21\%$), procurarea medicamentelor ($15,5 \pm 0,46\%$), contribuțiile la buget ($12,6 \pm 0,30\%$) și acoperirea serviciilor comunale ($3,6 \pm 0,53\%$). Pe parcursul perioadei de observație la capitolul medicamente și amestecuri adoptate contribuțiile au rămas practic constante, însemnând $15,5 \pm 0,46\%$ și $0,2 \pm 0,02\%$.

În condițiile de majorare a alocărilor pentru AMP, se constată o sporire mai considerabilă a salariului mediu a MF și se diminuează cheltuielile pentru întreținerea instituțiilor, pe fondal de majore continuă a tarifelor, ceea ce induce deteriorarea mijloacelor fixe și crearea condițiilor de muncă insolubile.

Considerăm important de a atenționa, cu toate că salariu mediu al medicilor de familie a crescut de circa 3,5 ori în comparație cu anul de referință (2004), valoare raportului dintre salariu mediu în sfera bugetară și salariu mediu în AMP rămâne practic la același nivel, ceea ce demonstrează că statutul social a acestei categorii de medici a rămas neschimbat, cu toate că obiectivul principal al reformei în sistemul de sănătate a fost consolidarea medicinei de familie,

ca fiind cu cel mai înalt grad de cost-eficiență. .

De menționat, deși alocările la buget cresc progresiv, gradul de acoperire a necesităților instituțiilor medicale municipale cu medicamente compensate și parțial compensate înregistrează o creștere de 3,1 ori în comparație cu anul de referință, de la 12486 mii lei până la 38111,7 mii lei în a. 2010. Cu toate acestea ponderea lor în structura cheltuielilor totale înscriu o ușoară descreștere de la 17,0% în anul 2005 până la 13,3% în anul 2010. În mediu pe perioada a. 2004.2010 însemnând $15,5 \pm 0,46\%$.

Datele respective demonstrează elocvent că cheltuielile la compartimentul menționat nu poate asigura calitatea serviciilor prestate la nivelul Protocoalelor clinice, conform standardelor medico-economice.

Un aspect principal, ce creează impedimente în estimarea obiectivă și exhaustivă a eficienței implementării AOAM este faptul că până în prezent nu sunt aplicate instrumente de eficientizare a calității în medicina primară.. Drept dovadă, în tabelul ce urmează prezentăm modalitatea de alocare a resurselor financiare de către CNAM instituțiilor medico-sanitare publice din sectorul AMP (tab.2).

Tabelul 2. Metodele de alocare a resurselor financiare de către CNAM pentru AMP

Perioada	Modalitatea de finanțare	Indicii de manitorizare
2004	Per capita	
2005	Per capita + bonificație pentru îndeplinirea planului indicatorilor de calitate	
2006-2009	Per capita +Bonificație pentru îndeplinirea planului indicatorilor de calitate + Finanțarea pe caz tratat (în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu)	<ul style="list-style-type: none">• volumul de asistență medicală primară prevăzut în PU;• serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie;• medicamente compensate;• indicatori de calitate
2010	Per capita ajustat la vârstă	<ul style="list-style-type: none">• volumul de asistență medicală primară prevăzut în PU;• serviciile medicale paraclinice la trimiterea medicului de familie;• medicamente compensate;

Concluzii

1. Reformarea sistemului de sănătate a contribuit la sporirea esențială a nivelului de finanțare din IMSP ale AMP municipale de la 89433,6 mii lei a. 2004 până la 277257,5 mii lei în a. 2010 ceea ce este de 3,1 ori mai mult.

2. Cele mai semnificative ameliorări produse după implementarea AOAM sunt:

• obținerea instrumentelor legale de mobilizarea resurselor pentru sănătate și de utilizarea echitabilă a lor;

• majorarea salariilor în mediu de 3,5 ori;

• sporirea volumului resurselor alocate pentru medicamentele compensate necesare tratamentului în condiții de ambulator aproximativ de 3,1 ori (a. 2004-2010).

Bibliografie

1. Ețco C., Reabova E., Ciobanu M, Goma L. Managementul serviciilor în sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiență, calitate. Chișinău: Epigraf SRL, 2000, 139 p
2. Jaba E. Statistica. București: Economica, 1998. 464 p.

3. Hotărîrea Guvernului nr. 1593 din 29 decembrie 2003, despre aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.
4. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998.
5. Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr.1593-XV din 26.12.02.
6. Legea pentru modificarea și completarea unor acte legislative Nr.173 din 10.04.2003.
7. Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995.
8. Mereuta I., Cojocaru V., Etcu C. etc. Managementul financiar al sistemului sanatatii. Chișinău: Epigraf SRL 2004, 173 p
9. Рябова Е., Ецко К., Рябов С. Современные аспекты экономики и организации здравоохранения: менеджмент эффективности и качества. Chișinău: Epigraf SRL, 2009. 208 с.

UNELE ASPECTE ALE SĂNĂTĂȚII MIGRANȚILOR

Larisa Spinei, Artiom Jucov

Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Some aspects of the migrants health

Health of migrants has been and remains one of the most important issues on the political agenda of the Republic of Moldova. The impact of migration on migrants' health is still very poorly studied. Given study is only one approach to some aspects of the migrants health.

Rezumat

Sănătatea migranților a fost și rămîne una din problemele cele mai importante de pe agenda politică a Republicii Moldova. Impactul fenomenului migrației asupra sănătății migranților este încă foarte slab studiat. Studiul dat este doar o abordare a unor aspecte ale sănătății migranților

Actualitatea

Încă din timpurile vechi istoria a fost marcată și modelată de circulații masive ale populațiilor. Această circulație interstatală și intercontinentală aoamenilor rămîne o caracteristică esențială a lumii globalizate de astăzi, devenind mai esențială în modelarea realității sociale globale. Diferențierile în dezvoltarea social-economică a diferitelor state și regiuni, plus liberalizarea și intensificarea fluxurilor de capital, bunuri și servicii, alături de eficientizarea sistemelor de comunicații duc la mobilitatea persoanelor, totodată, și a forței de muncă.[1,2]

Statistica de astăzi indică că în ultimele decenii, numărul de cetățeni care trăiesc în afara țării lor a crescut constant și la moment acesta constituie peste 190 milioane de persoane.[11,12]

În context național, migrația forței de muncă din Republica Moldova către alte țări a devenit o realitate în perioada independenței, ce confirmă încă o dată faptul că, din perspectivă istorică, intensificarea migrațiilor este un proces aferent fazelor de tranziție de orice formă.

Acest fenomen afectează nu doar țările post-socialiste, pentru care emigrarea masivă a fost și este o realitate începând cu anii 90, dar și alte țări.[13] Acest fenomen este deja depășit pentru Irlanda, Italia, Turcia, în timp ce pentru altele se menține perioade lungi de timp (Mexic, Republica Dominicană, El Salvador și multe altele). Republica Moldova, fiind parte componentă a fostei URSS, a cunoscut diferite forme de emigrare a forței de muncă încă din perioada sovietică, când fusese promovată migrarea planificată a forței de muncă în interiorul uniunii