

ASIGURĂRILE MEDICALE – PREMIZE DE ÎMBUNĂTĂȚIRE A ASISTENȚEI MEDICALE ACORDATE POPULAȚIEI

MEDICAL INSURANCE - PREMISES FOR IMPROVEMENT OF MEDICAL ASSISTANCE TO POPULATION

Mircea BUGA, dr. șt. med., conf. univ.

Catedra de management și psihologie, Universitate de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

În lucrare s-au evidențiat particularitățile economice, juridice și de sănătate ale populației, ca urmare a implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Totodată, s-au evidențiat noi metode de eficientizare a activității structurilor sistemului național de sănătate publică, în baza unei metodologii originale a fost cuantificată opinia mai multor experți și parteneri din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM). Cercetările efectuate au stat la baza dezvoltării sistemului de contractare a serviciilor medicale pe parcursul AOAM.

Cuvinte-cheie: asigurarea obligatorie de asistență medicală; sistem național de sănătate publică; servicii medicale; sănătatea populației; finanțarea instituțiilor medico-sanitare.

Summary

In the work were highlighted particularities of the economical, legal and health effects of the mandatory health insurance implementation. At the same time, there were systematized new methods to increase efficiency of the national public health structures, based on a very original methodology there was evaluated the opinion of the experts and partners of the mandatory healthcare insurance (MHI) system. The research led to the development of health services contracting system during the MHI.

Key-words: mandatory health insurance; national public health system; health of population; medical services financing.

Introducere. Sănătatea populației constituie unul din elementele de bază ale dezvoltării armonioase a unei societăți, fiind valoarea esențială a securității sociale, economice și politice ale statului. Criteriile eficienței unei politici sociale în medicină (*speranța de viață a populației, nivelul și dinamica pozitivă a indicatorilor demografici și a morbidității populației*) se mențin la nivel înalt prin promovarea unor reforme eficiente în domeniul sistemului național de sănătate publică (SNSP). Tendința fenomenelor medico-sociale, demografice și socio-economice a impus elaborarea unor noi strategii de reorganizare a structurilor SNSP [1, 2].

Așadar, reformele sistemului național de sănătate publică au fost orientate spre rezolvarea a trei grupuri mari de obiective: 1) reorganizarea rețelei instituționale de asistență medicală, îndreptată spre fortificarea capacităților instituționale ale acestora și consolidarea responsabilității manageriale pentru activitatea instituțiilor; 2) reformarea sistemului de finanțare, cu aplicarea pe larg a pârghiilor economice, urmată cu creșterea eficienței serviciilor medicale prestate populației și cu diversificarea surselor de finanțare a structurilor SNSP; 3) fortificarea promovării unui mod de viață sănătos, a eficienței măsurilor profilactice și a standardelor de trai ale populației din republică [3, 4, 5].

În această ordine de idei, pentru realizarea reformei a sistemului național de sănătate publică are nevoie de a reorganiza și revizui: 1) structura și formele învechite de finanțare a

serviciilor medicale prestate populației; 2) prioritatea strategiei de reformare; 3) mecanismele de creștere a calității serviciilor medicale; 4) raportul în structurile sistemului național de sănătate publică [2, 12].

Despre necesitatea acestor reforme în Republica Moldova se vorbește de la începutul anilor nouăzeci ai sec. XX. Anume în această perioadă este propusă formarea unei structuri organizatorice noi a sistemului de sănătate cu revederea modalităților de finanțare a lui. Evoluția propunerilor în cauză o vedem în numeroasele lucrări la temă, apărute în perioada anilor 1998-2003: (Ion Prisacari, Constantin Ețco, Gheorghe Russu, Dumitru Tintiuc, Ion Mereuță, Mihail Ciocanu, Valeriu Sava, Ghenadie Damașcan s.a.), în care au fost puse în discuție aspectele practice ale unui sistem de sănătate bazat pe relații de piață [1, 5, 10, 11, 13].

În anul 2004, au fost făcuți „pași concreți” în această direcție odată cu implementarea sistemului de asigurări obligatorii de sănătate. Imperativ al timpului a devenit formarea pieței serviciilor medicale, divizarea funcțiilor de prestator și cumpărător și introducerea sistemului de contractare a serviciilor medicale [2, 11].

Actualmente, locul central în sistemul de sănătate îl ocupă sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) achită tuturor persoanelor care dețin poliță de asigurări obligatorii de asistență medicală (AOAM) serviciile de asistență medicală, finanțează

procurarea medicamentelor și a echipamentului medical [8].

Pentru prestarea serviciilor medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, CNAM încheie contracte cu instituțiile medico-sanitare. La procurarea serviciilor și încheierea contractelor CNAM ia în considerare necesitățile persoanelor asigurate, precum și scopul de utilizare a banilor de către instituțiile medicale. CNAM nu se implică în managementul instituțiilor medicale, așa se asigură obiectivitatea finanțării. În Republica Moldova se aplică sistemul solidar de asigurare obligatorie de asistență medicală: toate persoanele asigurate beneficiază de aceleași servicii de asistență medicală, indiferent de mărimea contribuției sale bănești, riscului de sănătate personală sau vârstei [8].

Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova se bazează pe principiile aprobate la nivel internațional: 1) creșterea acoperirii populației cu AOAM; 2) pachetul de AOAM trebuie să fie cât mai mare, astfel că sistemul solidar de AOAM să ofere cel mai mare, complex și modern pachet de servicii medicale; 3) lărgirea pachetului de AOAM, astfel încât acesta să ofere servicii medicale complexe și moderne [8].

Materiale și metode. Lucrarea prezintă o cercetare complexă, întemeiată pe studii cantitative și calitative. Cercetarea științifică a fost realizată în mai multe etape și a cuprins perioada anilor 2000-2017. În procesul de studiu au fost utilizate următoarele metode de cercetare: istorică - metoda abstracției științifice, statistică, sociologică, de observație, analiză, experimentală (de modelare și prin expertizare). După volumul eșantioanelor studii au fost integrale și selective.

În calitate de obiect al cercetării a servit sistemul de plată pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Subiectele cercetării au fost: 1) tendințele de dezvoltare a metodologiilor de procurare a serviciilor medicale; 2) manifestarea avantajelor și dezavantajelor metodelor utilizate de plată în condițiile sistemului AOAM din Republica Moldova, în diferite perioade de timp; 3) influența metodelor de plată asupra accesibilității și calității serviciilor furnizate; 4) particularitățile influenței metodelor de plată asupra comportamentului instituțional al furnizorilor de servicii medicale; 5) așteptările beneficiarilor sistemului AOAM (utilizatorilor de servicii medicale).

Rezultate

Analiza situației medico-demografice, începând cu ultimul deceniu al secolului XX, a demonstrat înrăutățirea principalilor indicatori de sănătate. Astfel, numărul copiilor născuți vii s-a micșorat de la 72.020 în anul 1991 până la 36.471 în 2003. Indicele natalității a înregistrat o diminuare semnificativă, și în anul 2003 a constituit 10,1‰ (iar în anul 2017 este 9,6‰) în comparație cu 16,5‰ în anul 1991. La rândul său, mortalitatea generală a crescut semnificativ pe întreaga perioadă analizată și în anul 2003 a atins nivelul de 11,9‰ (iar în anul 2017 este 10,4‰), față de 10,5‰ în anul 1991. Ca urmare a acestei situații nefavorabile, începând cu anul 1999, sporul natural al populației în Republica Moldova, pentru prima oară în perioada postbelică, a devenit negativ și a constituit „-1,8” în anul 2003 (anul 2017 este „-0,8”) [6, 7, 11].

Subiectul finanțării sistemelor de sănătate a fost unul dintre cele mai discutate în ultimii 20 de ani, deseori cu abordări controversate. Pentru a avea o imagine de ansamblu a acestei

componente, trebuie luate în considerație următoarele: 1) sursele și modalitățile de colectare a fondurilor; 2) nivelul de finanțare; 3) metodele de alocare a fondurilor în sănătate.

În anul 1998 Republica Moldova deținea una dintre cele mai extinse rețele de instituții medicale din regiune. Numărul de spitale (inclusiv spitale departamentale) era de 6,42±0,4 la 100 mii de locuitori, în comparație cu media UE de 3,27±0,3 la 100 mii de locuitori și cu media din Europa Centrală și de Est de 2,18 la 100 mii de locuitori. La fel, numărul de paturi spitalicești la 10 mii de locuitori era de 1,6 ori mai mare decât media din țările UE (104,6 și 65,9 paturi la 10 mii de locuitori respectiv). Durata medie de spitalizare în spitalele de profil general, unde se tratau pacienții cu stări acute, era semnificativ mai mare față de mediile din țările UE, fapt care demonstrează un nivel foarte scăzut al eficienței serviciilor spitalicești deosebit de costisitoare. Totodată, numărul de instituții medicale de ambulatoriu la 100 mii de locuitori (inclusiv din asistența medicală primară) în Republica Moldova, în comparație cu țările membre ale UE, era semnificativ mai mic și nu acoperea cu servicii medicale de bază întreaga populație. Conform estimărilor, 19,8% din populația țării în anul 2003 nu avea acces deplin la serviciile medicilor de familie [2, 5, 11].

În baza Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 668 din 17.07.1997 „Cu privire la aprobarea concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economiei noi pentru anii 1997-2003”, pe parcursul anilor 1988-1999 au fost lichidate 195 de spitale rurale, care în trecut aveau o capacitate de 40-80 paturi și erau ineficiente din punct de vedere economic și medical. Numărul de spitale s-a micșorat de la 245 în anul 1998 până la 65 în anul 2000. Concomitent, s-a redus și numărul absolut de paturi – de la 38169 în anul 1998 până la 21813 în anul 2003 [2, 5, 11].

Deteriorarea semnificativă a stării de sănătate a populației, inechitatea pronunțată în accesul la serviciile medicale și costurile crescute ale plăților din buzunar au servit drept argumente pentru implementarea AOAM în Republica Moldova. Principalele obiective ale introducerii acestui sistem au fost sporirea și stabilizarea finanțării publice a SNSP și creșterea accesului la servicii medicale de calitate.

Istoria în date a sistemului de asigurării obligatorii de asistență medicală [6, 7]

1998 – Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la AOAM – primul act legislativ care a pus începutul reformei sistemului de finanțare în sănătate.

2001 – Fondarea CNAM; Constituirea Consiliului de coordonare a implementării AOAM.

2002 – Aprobarea Statutului CNAM; Fondarea Consiliului de Administrație – organ suprem de conducere a CNAM; Aprobarea Regulamentului despre constituirea și administrarea FAOAM; Aprobarea modelului de poliță AOAM; Fondarea a 11 Agenții Teritoriale ale CNAM; Legea nr.1593 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM – al 2-lea act legislativ după importanță; Aprobarea modelului de contract-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM; Aprobarea primului Program Unic al AOAM pentru anul 2003, în baza căruia a fost acordată asistența medicală persoanelor asigurate în cadrul proiectului-pilot în raionul Hîncești.

2003 – Abrogarea Legii nr.267-XIV din 3 februarie 1999 privind minimul de asistență medicală gratuită, garantat de stat, odată cu implementarea SAOAM a decăzut necesitatea acestei

legi; 1 iulie a fost inițiat proiectul-pilot în raionul Hîncești; Elaborarea și implementarea SI automatizat „AOAM”; În contul unic al CNAM se înregistrează prima sumă transferată de la bugetul de stat pentru cheltuielile curente în sumă de 900,0 mii lei; Din fondul de rezervă al AOAM s-a decis acoperirea asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească, în caz de urgențe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viața persoanei, și asistența medicală primară acordată, cu recomandarea investigațiilor și tratamentului persoanelor neasigurate; A fost stabilită baza juridică a salarizării angajatorilor din IMSP încadrate în SAOAM; Aprobarea Statutului-tip al IMSP încadrate în SAOAM.

2004 – Implementarea SAOAM pe întreg teritoriul RM; Includerea în AOAM a rezidenților învățământului postuniversitar obligatoriu și gravidelor, parturientelor și lăuzelor ca persoane asigurate din contul bugetului de stat; Trecerea CNAM și a IMSP de la Planul de conturi al evidenței contabile privind executarea devizelor de cheltuieli ale instituțiilor bugetare la Planuri de conturi contabile ale activității economico-financiare a întreprinderilor.

2005 – Elaborarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM; Introducerea indicatorilor de performanță în AMP și AMU; Includerea în Programul unic al parțial, sau integral compensate din FAOAM; Tratamentul în condiții de ambulator, staționar de zi și la domiciliu în cadrul AMP contractat de CNAM.

2006 – Modificarea modalității de calculare a sumei transferului din bugetul de stat în FAOAM pentru asigurarea categoriilor vulnerabile de populație – o cotă procentuală din totalul cheltuielilor de bază aprobate ale bugetului de stat nu mai mică decât 12,1%; Includerea în AOAM a persoanelor care îngrijesc la domiciliu un copil invalid cu severitatea I sau un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat cu vârsta de până la 18 ani și a mamelor cu șapte și mai mulți copii ca persoane asigurate din contul bugetului de stat.

2007 – Legea FAOAM este elaborată pe programe și subprograme.

2008 – Aplicarea pentru prima oară a reducerii de 50% la mărimea primei de AOAM stabilită în sumă fixă; Fondarea AT Bender în scopul cuprinderii cu asistență medicală obligatorie a cetățenilor RM domiciliați în raioanele din stînga Nistrului; Acoperirea cheltuielilor de tratament al persoanelor neasigurate afectate de maladii social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice în cadrul AMS; Îngrijirile medicale la domiciliu contractate de CNAM; Înregistrarea persoanelor la medicul de familie, cu posibilitatea de alegere liberă a acestuia; AMP delimitată juridic de AMS la nivel raional.

2009 – Ca urmare a modificării parametrilor macroeconomici și a efectelor crizei economico-financiare asupra acumulărilor în FAOAM, la Legea FAOAM pe anul 2009 au fost operate modificări prin care pentru prima oară au fost micșorate cheltuielile FAOAM cu 10,7% față de cele inițiale și aprobat un deficit de 250,8 mil. lei; Modificarea structurii aparatului central al CNAM prin crearea Serviciului de audit intern, Serviciului relații cu publicul și Direcției evaluare și control; Includerea în AOAM a persoanelor din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social ca persoane asigurate din contul bugetului de stat.

2010 – Aplicarea pentru prima dată a reducerii de 75% la mărimea primei de AOAM stabilită în sumă fixă pentru

proprietarii de terenuri cu destinație agricolă; Modificarea metodelor de contractare a AMP prin ajustarea sumelor „per capita” la risc de vârstă; Persoanele neasigurate beneficiază de tot pachetul de servicii medicale de urgență și primare, precum și de AMSA în cazul unor maladii social-condiționate, cu impact major asupra sănătății publice (HIV/SIDA); Prescrierea medicamentelor parțial sau integral compensate tuturor persoanelor (asigurate și neasigurate); Îngrijirile medicale prestate în condiții de hospice contractate de CNAM; Crearea fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale; Schimbarea accentului de prioritate către cetățean – motivează acțiunea de relansare a identității corporative a CNAM din 10 septembrie 2010.

2011 – A fost derulat în 9 IMS proiectul-pilot Sistemul de plată a spitalelor în funcție de complexitatea cazurilor DRG (CASE-MIX); Asigurarea accesului persoanelor neasigurate la AMSA în cazul tuberculozei prin modificările operate la Programul unic al AOAM, realizându-se astfel unul din obiectivele sistemului de sănătate, orientat spre a asigura protecția financiară și accesul populației la serviciile medicale esențiale; Prescrierea medicamentelor parțial, sau integral compensate persoanelor neasigurate, doar a medicamentelor din grupele psihotrope, anticonvulsivante și antidiabeticele orale (în a doua jumătate a anului 2011); CNAM în colaborare cu Fondul de Asigurări în Sănătate din Estonia a inițiat proiectul „Suport logistic pentru organizarea și dezvoltarea SAOAM din RM”. Obiectivul principal al acestui proiect este suportul logistic în dezvoltarea și fortificarea SAOAM; În contextul acțiunilor dedicate unui deceniu de la fondarea CNAM și aproape opt ani de la implementarea SAOAM, a fost organizată conferința jubiliară „Sistemul de finanțare a sănătății din Republica Moldova” în colaborare cu Biroul OMS din Republica Moldova.

2012 – Prin Decizia Consiliului de administrație al CNAM a fost aprobată Strategia de dezvoltare instituțională a CNAM pentru anii 2013-2017; Au fost contractate 9 IMS, în cadrul asistenței medicale spitalicești, în baza noului sistem de plată DRG (CASE-MIX); Modificarea structurii aparatului central al CNAM prin crearea Direcției dezvoltare strategică și resurse umane; Pe 10 aprilie 2012 a fost organizată prima ediție a Galei Premiilor în Sănătate – cel mai important eveniment medical al anului, menit să încurajeze recunoașterea și aprecierea medicilor, personalităților care au obținut rezultate remarcabile în domeniul sănătății, în parteneriat cu OMS; CNAM și Centrul de Governare Electronică din RM au semnat un Acord de colaborare, obiectul căruia este Proiectul Serviciu Electronic „e-CNAM”. Serviciul electronic „e-CNAM” va fi disponibil 24/24 pe portalul guvernamental Guvern pentru cetățeni - www.servicii.gov.md și pe site-ul www.cnam.md. Acest serviciu va economisi din timpul persoanelor juridice și instituțiilor responsabile de activarea sau dezactivarea statutului angajaților și celor 14 categorii de persoane asigurate de Guvern; CNAM și Școala de Management în Sănătate Publică au semnat Acordul de colaborare în domeniul analizei și dezvoltării politicilor de sănătate, a intervențiilor de sănătate publică și susținerea consolidării sistemului de sănătate; CNAM și Eesti Haigekassa au semnat Acordul de colaborare privind dezvoltarea și fortificarea cooperării în domeniul sistemului de finanțare în sănătate; CNAM și Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate au semnat Acordul de colaborare și conlucrare din domeniul managementului sănătății publice, primul acord al CNAM cu reprezentanții societății civile din sectorul de sănătate.

2013 – Introducerea alegerii libere a spitalelor de același nivel în zone pilot; Dezvoltarea și introducerea plăților pentru performanță în AMP în mărime de 15%; Includerea a 188 servicii de diagnostic și tratament costisitoare noi; Introducerea în lista medicamentelor compensate de noi medicamente pentru tratamentul bolilor endocrine, astmului bronșic, diabetului zaharat tip I insulindependent (insuline), epidermolizei buloase, bolilor de sistem și autoimune, maladiilor oftalmologice, miasteniei gravis și mucoviscidozei; Reglementarea trimerii la unele investigații de înaltă performanță, direct de către medicul de familie; Includerea a celei de a 15-a categorie asigurată medical de către Guvern (cetățenii străini, pe durata includerii într-un program de integrare desfășurat în RM); Extinderea categoriilor asigurate de către Guvern (toate persoanele care îngrijesc persoane cu dizabilități severe, toți șomerii înregistrați la Agențiile teritoriale ale Agenției Naționale pentru Ocuparea Forței de Muncă și toți studenții, rezidenții și doctoranzii care își fac studii peste hotarele țării).

2014 – Modificarea structurii aparatului central al CNAM și listei agențiilor teritoriale ale CNAM; Lansarea serviciului telefonic „Linia Verde”; Elaborarea și aprobarea Regulamentului privind controlul prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în SAOAM, exercitat de către CNAM, cu publicarea ulterioară în Monitorul Oficial al RM; Elaborarea și aprobarea Metodologiei de planificare a controlului de stat asupra activității de întreprinzător în baza analizei criteriilor de risc a CNAM (HG nr.380 din 27 mai 2014); Implementarea mecanismului de aplicare a contravențiilor pentru dezafectarea mijloacelor FAOAM; Elaborarea și implementarea indicatorilor de performanță bazați pe rezultat în AMP; Majorarea mărimumi primei de AOAM în cotă procentuală în raport cu salariul și cu alte recompense, în conformitate cu prevederile politicii bugetar-fiscale, la 8,0%; Introducerea indicatorilor de performanță colectivă și individuală și evaluarea performanțelor angajaților CNAM.

2015 – Organizarea studiului sociologic privind nivelul de satisfacție al populației de serviciile de sănătate în RM; Organizarea primei misiuni de audit extern a serviciilor de sănătate; Elaborarea și implementarea metodologiei auditului codificării în sistemul DRG; Majorarea mărimumi primei de AOAM în cotă procentuală în raport cu salariul și cu alte recompense, în conformitate cu prevederile politicii bugetar-fiscale, la 9,0%; Actualizarea și aprobarea noilor proceduri de sistem și operaționale în cadrul CNAM; Elaborarea și aprobarea Metodologiei cu privire la evaluarea performanței colective și competenței individuale a angajaților CNAM.

2016 – Includerea în Programul unic al AOAM a serviciilor noi prin acoperirea costurilor pentru: exoprotezele și implanturile mamare, protezele individuale și consumabilele necesare reabilitării chirurgicale și protetice a pacienților cu tumori maligne ale capului, gâtului și ale aparatului locomotor; testele de screening prenatal al gravidelor din grupul de risc, pentru depistarea malformațiilor congenitale; serviciile de intervenție timpurie acordate copiilor de la naștere până la 3 ani cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit; Modificarea și extinderea Listei medicamentelor compensate până la 134 de denumiri comune internaționale; Introducerea tratamentului cu medicamente compensate în staționare de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu; Lansarea campaniei de informare despre substanța activă din medicamente „Aceași substanță activă! De ce achitați mai mult?”; Elaborarea și

aprobarea reglementărilor aferente liberei alegeri a medicului de familie oricând pe parcursul anului.

2017 – Modificarea structurii aparatului central al CNAM și listei agențiilor teritoriale ale CNAM; Efectuarea, din FAOAM, a 30 de operații minim-invazive la copii cu malformații cardiace congenitale în cadrul programului „Cardiologie intervențională pediatrică”; Efectuarea și tratarea, din FAOAM, a 112 cazuri în cadrul programului nou „Studiu electrofiziologic și ablații”, prin intermediul căruia a fost aplicată o metodă inovativă în diagnosticarea și tratarea dereglărilor de ritm cardiac; Finanțarea a 3 IMS private pentru prestarea a 30 de proceduri de fertilizare in vitro; Asigurarea cu medicamente compensate a copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani.

Analiza SWOT integrează analiza și asigură un rezumat de management al sistemului de asigurării obligatorii de asistență medicală – SAOAM [8]:

Puncte forte:	Puncte slabe:
<ul style="list-style-type: none"> - O instituție cu o istorie în jur de 15 ani și reputație în creștere în sistemul de sănătate; - O anumită cultură organizațională revizuită în conformitate cu scopurile strategice; - Personalul cu pregătire în domenii diferite (<i>atât în domeniul medical, cât și în alte domenii înrudite sau complementare</i>), ceea ce crește capacitatea de rezolvare a unor problematice complexe; - Disponibilitatea de a lucra peste orele de program; - Orientarea spre dezvoltare și performanță; - Motivarea personalului în baza sistemului de evaluare a competențelor individuale și performanțelor colective; - Stagii peste hotare pentru acumularea de noi experiențe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sistem de management insuficient; - Capacități de analiză slabe; - Coordonarea slabă a gestionării proceselor; - Salarii necompetitive; - Un climat organizațional care nu favorizează munca în echipă; - Managementul competențelor nedezvoltat la nivelul personalului de execuție; - Motivație intrinsecă scăzută, din cauza slabei capacități de diferențiere între persoanele cu eficiență diferită; - Lipsa unui plan de carieră pentru angajați, promovare și a unei politici coerente de pregătire, menținere și motivare a personalului; - Condiții de muncă defectuoase; - Lipsa unui sistem informațional integrat 100% funcțional, fără erori de administrare; - Transparență insuficientă a acțiunilor și rezultatelor; - Suport informațional redus și lipsa datelor necesare gestionării proceselor de bază.
Oportunități:	Riscuri:
<ul style="list-style-type: none"> - Sănătatea este un domeniu cu impact social major, care poate furniza argumente pentru adoptarea unor politici; - Ratificarea de către toate statele membre ale UE a Acordului de Asocieră cu UE; - Aderarea la rețele internaționale în domeniul AOAM; - Crearea sistemului informațional în domeniul AMP; - Obiective guvernamentale noi privind modernizarea sistemului de sănătate (<i>calitatea serviciilor de sănătate, accesul populației la serviciile medicale, protejarea drepturilor persoanelor asigurate</i>); - Cooperarea cu organizațiile internaționale și să beneficieze de dezvoltarea abilităților personalului CNAM; - Schimbarea atitudinii comportamentale pentru valoarea sănătății din partea 	<ul style="list-style-type: none"> - Înrăutățirea tendințelor demografice, emigrarea din țară a persoanelor în vârstă aptă de muncă, creșterea numărului persoanelor în etate, etc.; - Asigurarea insuficientă cu cadre medicale; - Schimbări ale nevoilor asiguraților; - Instabilitatea economică a țării și pericolul pentru dezvoltarea durabilă AOAM. Rata înaltă a șomajului și a sărăciei; - Modificări frecvente ale structurii și priorităților Ministerului Sănătății; - Nivelul jos de creștere a FAOAM pentru durabilitatea sistemului de sănătate și pentru reformele sistemice; - Nivelul scăzut al culturii juridice; - Lobismul puternic din partea companiilor private de asigurări în scopul liberalizării sistemului AOAM, care poate fragmenta finanțarea sistemului de

populației pentru promovarea unui mod de viață sănătos și a profilaxiei bolilor; - Sporirea concurenței pe piața a serviciilor de sănătate, crearea valorii de calitate și eficiență la prestarea serviciilor.	sănătate și reduce substanțial accesul la serviciile de sănătate; - Atitudinea prejudicioasă și încrederea redusă a populației și a mass-mediei în sistemul AOAM; - Adoptarea unor reglementări legislative restrictive sau cu impact nefavorabil.
---	--

Totodată, tendința diminuării ponderii alocațiilor Guvernului în veniturile FAOAM (de la 66,7% în anul 2004 până la 56,9% în anul 2014), creșterea numărului categoriilor de persoane asigurate de către Guvern poate avea drept consecință instabilitatea finanțării pe termen lung a serviciilor de sănătate și, prin urmare, a sistemului AOAM.

În anul 2015 populația economic activă (populația ocupată plus șomerii) a Republicii Moldova a constituit 1339,2 mii persoane, fiind aproximativ, la nivelul anului 2014 (+0,8%). Structura populației active s-a modificat după cum urmează: ponderea populației ocupate a scăzut de la 96,4% la 95,9%, iar ponderea șomerilor s-a majorat de la 3,7% la 4,1%. În republică în anul 2015 locuiau 16,2 % persoane în vârstă de 60 ani și peste, ce constituie din numărul total al populației stabile. Pe parcursul ultimilor ani, ponderea persoanelor în vârstă de peste 60 ani a fost în creștere. Îmbătrânirea populației ridică probleme extrem de complexe pentru sistemul de asigurări sociale și cel de asigurări medicale, cu creșterea cheltuielilor pentru pensii, asistență socială și sănătate [8].

Astfel, funcționarea eficientă a sistemului AOAM este posibilă în condiția majorării primei de AOAM în cotă procentuală, care va permite (menținerea accesului persoanelor la serviciile medicale prestate în cadrul SAOAM) evitarea agravării situației economico-financiare a prestatorilor de servicii medicale. Așadar, creșterea mărimii primei de asigurare obligatorie de asistență medicală sub formă de contribuție procentuală s-a făcut gradual, câte 1% în anii 2007-2009. În anul 2007 mărimea primei a crescut până la 5% (câte 2,5% achitate de angajator și angajat), în anul 2008 – până la 6% (câte 3% pentru fiecare parte) și în anul 2009 – până la 7% (câte 3,5%). Iar, în anul 2014 prima de AOAM în cotă procentuală a fost majorată până la 8%, în anul 2015 – 9%. Totodată, funcționarea eficientă a sistemului AOAM este posibilă în condiția majorării continue a primei de AOAM în cotă procentuală, care va permite evitarea agravării situației economico-financiare a prestatorilor de servicii medicale. Pentru minimalizarea riscurilor și continuarea dinamicii pozitive de dezvoltare a sistemului de sănătate este necesară: 1) menținerea cel puțin a ponderii existente de 4,5% în PIB a FAOAM; 2) majorarea primei de la 9 la 10 procente. Totodată, prima de asigurare rămâne cea mai mică comparativ cu țările europene (*media de 13% cu sisteme similare de asigurări obligatorii de sănătate*) [2, 11].

Discuții

Contractarea serviciilor medicale este considerată drept una dintre cele mai esențiale schimbări ale sistemului de finanțare a sănătății apărută odată cu implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală.

Așadar, metodele de plată utilizate în cadrul contractării influențează esențial performanțele sistemului medical. Obiectivul principal al procesului de procurare a serviciilor medicale este utilizarea optimă a resurselor, acțiunile urmând a fi axate pe servicii necesare, sigure și de înaltă calitate. Modelul

elaborat de contractare a prestatorilor de servicii medicale a fost adecvat sistemului de sănătate autohton al Republicii Moldova.

Odată cu introducerea acestui model au fost puse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății, politica de finanțare fiind schimbată de la *"finanțarea pentru menținerea instituțiilor medicale"* la *"finanțarea ca rezultat a procurării serviciilor medicale"*. Sistemul AOAM a permis ameliorarea accesibilității persoanelor asigurate la serviciile medicale, în AMU numărul solicitărilor crescând cu 56,8%, iar în AMS numărul cazurilor tratate – cu 18,7% [11].

Pe de altă parte, s-a stabilit și o serie de fenomene nedorite: sporirea neargumentată a numărului de persoane înscrise pe lista medicului de familie, care în doar doi ani a crescut cu 9,9%; inechitate privind acoperirea volumelor prestate de asistență medicală, diferența în costurile medii estimative ale unei vizite prestate în diferite instituții primare fiind de 4,4 ori și faptul că metoda nu a încurajat medicul de familie să folosească măsurile preventive, ponderea vizitelor cu scop profilactic fiind în scădere de la 31,1% în a. 2005 până la 27,5% în a. 2009. Cu toate acestea, studiile au arătat că forma de plată menționată nu trebuie schimbată, ci se impune căutarea unor combinații de metode care ar diminua dezavantajele acesteia [11].

Totodată, s-a constatat că implementarea modelului elaborat de înregistrare la medicul de familie și a sistemului informațional „Registru persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul AOAM” a scos la iveală un tablou demografic diferit de cel al Biroului Național de Statistică, permițând stabilirea loturilor afiliate de persoane la nivel de prestator, acesta fiind punctul cheie pentru estimarea corectă a volumelor contractuale. Sistemul menționat a permis obiectivizarea procesului de contractare a prestatorilor de asistență medicală primară și a creat posibilitatea de corecție a finanțării prin ajustare la risc de vârstă [11].

În cadrul AOAM a avut loc o sporire considerabilă a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate, fapt demonstrat prin: creșterea de 22,5 ori a cheltuielilor efective pentru acoperirea procurării medicamentelor compensate; extinderea de 9 ori a listei medicamentelor compensate în aspectul Denumirilor Comune Internaționale; majorarea de 2,6 ori a numărului contractelor încheiate între instituțiile farmaceutice și CNAM; creșterea de 4,4 ori a numărului de rețete compensate, eliberate beneficiarilor sistemului.

În urma implementării mecanismului de plată pe caz tratat pe profil, a avut loc o creștere esențială a productivității în cadrul instituțiilor medicale spitalicești manifestată prin sporirea nivelului de spitalizare pentru persoanele asigurate de la 166‰ până la 249‰, creșterea ponderii utilizării patului de la 75,4% până la 87,7%, rotației patului de la 25 până la 30, creșterea numărului mediu de zile-pat exploatate pe an de la 241 până la 281 zile. În opinia a 71,2% din conducătorii instituțiilor spitalicești [2, 11].

Așadar, mecanismul de relatare a cazurilor la „grup de plată” în cadrul sistemului DRG este considerabil mai eficace în comparație cu mecanismul „pe caz tratat pe profil” deoarece prevede validarea codurilor diagnostice și a procedurilor prestate, ține cont de prezența comorbidităților și complicațiilor care s-au dezvoltat în timpul episodului de îngrijiri [2, 11].

Concluzii. Preocuparea de bază a sistemului de sănătate trebuie să fie nivelul serviciilor furnizate și nu nivelul finanțării.

De aceea organizarea și finanțarea sistemului trebuie făcută în așa fel, încât să se asigure că fondurile sunt utilizate în cel mai eficient mod care să permită furnizarea unor servicii medicale de calitate și adecvate nevoilor pacienților. Altfel spus, nu doar nivelul finanțării este important, dar mai ales modul în care sunt utilizate aceste resurse. Este nevoie de dezvoltat un sistem de alocare a resurselor în sănătate bazat pe criterii transparente și pe evidențe medicale. Pentru alocarea resurselor între diferite tipuri de servicii, trebuie avute în vedere acele servicii care pot contribui cel mai bine la reducerea îmbolnăvirilor și la scăderea ratei deceselor evitabile, cu accentul pus pe alocarea către sectorul de îngrijiri primare și către serviciile de prevenție și promovare a sănătății, cu încurajarea celor mai eficiente forme

de practică în aceste domenii.

Metodologia combinată a studiului a permis de sistematizat experiențe naționale și internaționale a unui sistem de finanțare a prestatorilor de asistență medicală pentru condițiile asigurării medicale obligatorii din Republica Moldova. Sistemul AOAM presupune combinarea mecanismelor de plată per buget, per serviciu și per bonificare. În cazul în care sistemul de plată permite utilizarea formelor evolutive înalte ale bugetului global, acesta trebuie să devină mono mecanism de plată, iar mecanismele per serviciu și bonificare trebuie transformate în forme de evidență a îndeplinirii indicatorilor măsurabili ale bugetului (indicatorii de proces și de rezultat).

Bibliografie

1. Barbaroșie A., Curocichin Gh., Damașcan Gh., Ețco C., Glavan A., Grejdeanu T., Palanciuc M., Poliudov S., Prisacaru A., Savin V., Spinei L., Tintuc D., Zarbailov N. Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale. Chișinău, 2007, 211 p.
2. Buga M. Aspecte socio-economice și juridice ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Autoreferat dr. șt. med. Chișinău 2011, 30 p.
3. Buga M., Ețco C., Ciocanu M. Preocupările importante în elaborarea politicilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate în țările din Europa de Vest. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2007, nr. 6 (21), p. 35-42.
4. Ciocanu M. Argumentarea direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate. Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău, 2007, nr. 6 (31), p. 27-31.
5. Ciocanu M. Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Chișinău: Epigraf, 2009, 320 p.
6. Compania Națională de Asigurări în Medicină. Raport de activitate al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în anul 2017. Chișinău, 2018, 58 p.
7. Compania Națională de Asigurări în Medicină. Raport de activitate al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în anul 2016. Chișinău, 2017, 58 p.
8. Compania Națională de Asigurări în Medicină. Strategia de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru anii 2016-2020. Chișinău, 2016, 38 p.
9. Cremonesi P, Montefiori M, Resta M. Hospital emergency department: an insight by means of quantitative methods. Health Econ J. 2012, nr.1, p. 26-35.
10. Damașcan Gh. Mecanisme de plată pentru asistența medicală spitalicească. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2005, nr. 1, p. 8-10.
11. Damașcan Gh. Metodologii de contractare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate. Autoreferat dr. hab. șt. med. Chișinău 2015, 50 p.
12. Ețco C., Damașcan Gh. Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Științe Medicale. Chișinău 2006, nr.3, p. 24-30.
13. Ețco C., Damașcan Gh. Metoda de contractare a nașterii în cadrul sistemului asigurării medicale obligatorii din Republica Moldova. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2006, nr. 1, p. 4-7.
14. Levaggi R, Montefiori M. Definition of a prospective payment system to reimburse emergency departments. BMC Health Serv Res. 2013. Disponibil la: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852522/>>
15. Шейман И. М. Новые экономические процессы в европейском здравоохранении. În: Общественные науки и современность. 2009. № 2. С. 48-63.
16. Шейман И. М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения. În: Здравоохранение. 2011. № 8. С. 28-34.
17. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи: доклад Государственного университета Высшей школы экономики. М., 2009, 65 p.
18. Шляфер С. И., Матвеева Д. А., Эрлмук Е. Н., Горохова Т. А. Анализ эффективности использования коечного фонда. Здравоохранение Российской Федерации. 2007, № 5, стр. 33-35.
19. Щепин О.П. и др. Организация и технология взаимодействия учреждений здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1995, nr. 3, p. 44-48.