

**PARTICULARITĂȚILE SERVICIILOR MEDICALE
DIN CADRUL PROGRAMULUI UNIC AL ASIGURĂRII
OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DIN REPUBLICA
MOLDOVA**

**THE PARTICULARS OF MEDICAL SERVICES UNDER THE UNIQUE
PROGRAM OF MANDATORY MEDICAL ASSISTANCE IN THE REPUBLIC
OF MOLDOVA**

Tatiana TOFAN, ORCID: 0009-0005-9098-7922
Universitatea de Stata din Moldova
Chișinău, Republica Moldova

Aliona SERBULENCO, ORCID:
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"
Chișinău, Republica Moldova

CZU: 338.465:368.042:616-082(478)

e-mail: tataianatofan@yahoo.com
e-mail: aliona.serbulenco@usmf.md

The topic of medical services included in the Single Program of Mandatory Medical Assistance Insurance (PU of AOAM) was and remains an important topic, addressed by politicians, civil society, but also a research topic, taking into account the multiple aspects, which meets. Thus, in the specialized literature, there are multiple studies analyzing the PU of the AOAM, but until now no study has been carried out regarding the cost of the Single Program (PU) of the AOAM, with all the medical services included in it! Currently, there is no document that would explicitly stipulate the spectrum of medical services, fully or partially covered by the AOAM, in accordance with certain needs of the population. The purpose of the research consists in the analysis of the Single Program of Mandatory Medical Assistance Insurance from the perspective of the structure, the inclusion of medical services in it, the distribution and use of financial resources, resulting from the observance of the principles of mandatory medical assistance insurance, through the lens of the social responsibility of citizens, for the improvement quality, access and equity of the population of the Republic of Moldova to health services. The conclusions and recommendations for different actors with decision-making power could favor the consolidation and strengthening of the capacities of the National Medical Insurance Company for a sustainable activity, through the fair distribution of financial resources, based on the real needs of the population, and improving the quality of medical services, but and by ensuring the financial protection of the population against additional and informal payments in the system.

Keywords: *Mandatory Medical Assistance Insurance, Unique Program, compensated drugs, insured person, National Medical Insurance Company.*

INTRODUCERE

Sistemul Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală (AOAM) în Republica Moldova a fost introdus în a.2004, finanțat de stat, cu un pachet de beneficii gestionat de un singur cumpărător, Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), cu scopul de a spori stabilitatea financiară a sistemului sănătății și de a garanta accesul la serviciile medicale și protecția cetățenilor de riscurile financiare, în accederea spre serviciile de sănătate. [1, p.7] Mai multe reforme în sistemul sănătății (de la crearea CNAM) au avut ca scop îmbunătățirea eficienței, reducerea inegalităților sociale și sporirea protecției financiare a grupurilor vulnerabile. În perioada anilor 2004-2017, Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să aloce anual, cel puțin, 12% din bugetul de stat pentru sănătate. [1, p.7] În pofida creșterii cheltuielilor publice în timp, cota plăților de buzunar pentru sănătate rămâne înaltă, la nivelul de 46% în 2016 (OMS, 2019). Elaborarea de politici suferă din cauza lipsei dovezilor fiabile și abilităților de a utiliza dovezile la măsurarea impactului social asupra celei mai sărace pătri ale populației, iar organizațiile de pacienți nu se implică activ în definitivarea și implementarea politicilor. [1, p.7]

Tema serviciilor medicale incluse în Programul Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (PU al AOAM) a fost și rămâne un subiect important, abordat de politicieni, de societatea civilă, dar și un subiect de cercetare, ținând cont de multiplele aspecte, pe care le întrunește. Astfel, în literatura de specialitate, sunt multiple studii de analiză a PU al AOAM, dar până în prezent nu s-a efectuat nici un studiu privind costul Programului Unic (PU) al AOAM, cu toate serviciile medicale incluse în acesta! La ora actuală, nu există nici un document ce ar stipula explicit spectrul de servicii medicale, acoperite deplin sau parțial de către AOAM, în corespundere cu anumite necesități ale populației. [1, p.7]

Scopul cercetării constă în analiza Programului Unic al Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (PU al AOAM) din perspectiva structurii, includerii serviciilor în acesta, a distribuției și utilizării resurselor financiare, prin prisma responsabilizării sociale, pentru îmbunătățirea calității, accesului și echității populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate.

Pentru a atinge acest scop ne-am trasat următoarele obiective de cercetare:

- 1) Studiarea actelor normative în vigoare privind principiile sistemului autohton de asigurare obligatorie de asistență medicală.
- 2) Analiza Fondurilor Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală pentru perioada 2015-2019.
- 3) Identificarea mecanismelor existente de protecție financiară a populației asigurate din Republica Moldova.
- 4) Studiarea acoperirii populației cu servicii medicale și a accesului la pachetul PU al AOAM.
- 5) Elaborarea recomandărilor pentru fortificarea capacităților de aplicare a instrumentelor de monitorizare a executării bugetului AOAM și privind mecanismele de ajustare a cheltuielilor pentru prestatorii de servicii medicale.

METODE ȘI MATERIALE APLICATE

Studiul prezent a fost realizat în baza datelor statistice oficiale, a Rapoartelor CNAM, a datelor oficiale ale Ministerului Sănătății (MS), a Rapoartelor statistice ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP) și ale Ministerului Finanțelor (MF). La fel, au fost studiate Rapoartele Organizației Mondiale ale Sănătății (OMS), analizate studiile și cercetările științifice autohtone și internaționale, pe subiectul de interes, precum și literatura de specialitate și actele normative în vigoare, cu referire la obiectivele de cercetare.

Pentru a atinge scopul și obiectivele cercetării, am selectat perioada aa.2015-2019, pentru a caracteriza sistemul autohton de sănătate în condiții de activitate obișnuită, deoarece anii 2020-2021 au fost anii, în care nu numai sistemul autohton, dar întregul glob a fost cuprins de pandemia COVID-19, or, toate resursele, preponderent, au fost concentrate și direcționate pentru stoparea răspândirii și tratamentul doar a unei infecții – COVID-19. Respectiv, cercetarea s-a realizat în câteva etape:

➤ *La prima etapă*, a fost îndeplinit studiul secundar, de analiză a cadrului legislativ și normativ, care reglementează realizarea și implementarea PU al AOAM. La fel, s-au analizat datele statistice ale principalilor indicatori de sănătate ai populației din Republica Moldova. Am studiat literatura de specialitate și cercetările efectuate în Republica Moldova privind subiectul de interes, rapoartele OMS.

➤ *La etapa a doua* a fost realizat studiul descriptiv retrospectiv, după volumul eșantionului, selectiv. Pentru efectuarea studiului, au fost selectate aleatoriu raioanele din trei zone ale Republicii Moldova:

Nord: Edineț, Soroca, Sângerei;

Centru: Orhei, Ungheni, Nisporeni;

Sud: Căușeni, Cimișlia, Cantemir.

S-au selectat cinci servicii medicale, din diferite domenii de asistență medicală, pentru a studia accesul populației din aceste teritorii administrative la serviciile respective, comparând datele cu datele oficiale la nivel de țară. Selecția serviciilor a fost aleatorie, punând accent pe serviciile care au impact medical și socio-economic asupra populației din țară:

1) Prescrierea medicamentelor compensate – din asistența medicală primară (AMP);

2) Asistența medicală spitalicească chirurgicală programată - din asistența medicală spitalicească (AMS);

3) Investigații prin rezonanța magnetică nucleară (RMN) – servicii de înaltă performanță (SÎP);

4) Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu (SÎMD);

5) Servicii de promovare a sănătății și educație pentru sănătate.

➤ *La etapa a treia* s-a efectuat analiza și prezentarea rezultatelor, compararea cu datele statistice, inclusiv, după teritorii administrative și după grupe de populație, sex și vârste. În baza concluziilor conchise, s-au elaborat recomandări, pentru diferiți actori cu putere de decizie.

Suportul metodologic al cercetării științifice se bazează pe abordarea sistemică și utilizarea diverselor metode, cele mai frecvente fiind: normativă, statistică, biostatistică, grafică și dinamică.

De asemenea, au fost utilizate și alte metode de cercetare, cum ar fi: sinteza, analiza, compararea, observația, inducția și deducția.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Asigurarea obligatorie de asistență medicală (AOAM) reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune). Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală oferă cetățenilor posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative [2]. În Republica Moldova, sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este gestionat de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, iar sarcina de bază a acesteia este de a acoperi cheltuielile sistemului de sănătate, pentru tratamentul și profilaxia maladiilor persoanelor asigurate. De remarcat este faptul, că cele mai multe servicii medicale sunt consumate de către copii și bătrâni, grupuri sociale, care nu achită personal primele de asigurare. Plătitorii de prime din salariu utilizează serviciile medicale relativ mai puțin. Când aceștia nu vor mai activa în câmpul muncii, cheltuielile pentru tratament vor fi suportate de către viitorii angajați. Potrivit datelor din rapoartele CNAM, omul în perioada copilăriei și la vârsta de pensionare folosește un volum de servicii medicale, costul cărora este cel puțin la nivelul contribuțiilor sale în perioada activă a vieții sociale. Respectiv, cu cât vom fi mai mulți în SAOAM, cu atât mai multe servicii și medicamente asigurate vom avea, instituții medicale mai performante și lucrători medicali mai bine plătiți. Calitatea serviciilor depinde direct de contribuțiile noastre în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Principiile de organizare și funcționare a asigurării obligatorii de asistență medicală sunt următoarele: [www.cnam.md]

- **principiul unicității**, potrivit căruia statul organizează și garantează sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală bazat pe aceleași norme de drept;

- **principiul egalității**, potrivit căruia tuturor participanților la sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală (plătitori de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală, prestatori de servicii medicale și beneficiari de asistență medicală) li se asigură un tratament nediscriminatoriu în ceea ce privește drepturile și obligațiile prevăzute de lege;

- **principiul solidarității**, potrivit căruia plătitorii primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală achită contribuțiile respective în funcție de venit, iar persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală în funcție de necesități;

- **principiul obligativității**, potrivit căruia persoanele fizice și juridice au, conform legii, obligația de a participa la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, iar drepturile de asigurări medicale se exercită corelativ cu îndeplinirea obligațiilor;

• **principiul contributivității**, potrivit căruia fondurile de asigurări medicale se constituie pe baza primelor de asigurare achitate de către plătitorii stabiliți de legislație;

• **principiul repartiției**, potrivit căruia fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală realizate se redistribuie pentru plata obligațiilor ce revin sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, conform legii;

• **principiul autonomiei**, potrivit căruia sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se administrează de sine stătător, în baza legii, iar prestatorii de servicii medicale care acordă asistență medicală în sistemul respectiv activează pe principii de autofinanțare și nonprofit.

Reforma finanțării sistemului de sănătate din Republica Moldova s-a lansat la începutul anului 2004, odată cu introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM). De atunci, AOAM a devenit un mecanism durabil de finanțare. [3].

Implementarea AOAM a influențat pozitiv nivelul de finanțare și relațiile dintre subiecții de bază din sistemul de sănătate. Finanțarea serviciilor medicale, prin intermediul mecanismului de AOAM, are ca scop protecția față de riscurile financiare, asociate cu serviciile de sănătate, echitatea, în ceea ce privește utilizarea și distribuția acestora.

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este organizat conform principiilor de acces universal la serviciile medicale de bază, iar prin combinarea primelor, sub formă de contribuții salariale, și transferurilor bugetare într-un singur fond de acumulare, contribuie la asigurarea echității și solidarității în cadrul sistemului.

Rata persoanelor care dețin asigurare obligatorie este în creștere, constituind 87,7% (în 2019) [4 ,p.3]. Volumul serviciilor cuprinse în Programul unic a fost extins pe parcursul ultimilor ani, prin includerea îngrijirilor medicale la domiciliu și a celor paliative, precum și a unui număr mai mare de medicamente compensate (de la 54 de denumiri comune internaționale (DCI) la 153 în a.2020) [5]. Mijloacele fondurilor AOAM, destinate protecției financiare a populației în domeniul ocrotirii sănătății, sunt constituite, preponderent, din prime AOAM și transferuri bugetare. [6].

În sistemul de asistență medicală al Republicii Moldova s-a reușit consolidarea și prioritizarea asistenței medicale primare, începând cu anii 1990. Raționalizarea serviciilor specializate dublate rămâne, în continuare, o provocare cheie, cu care se confruntă sistemul sănătății din Moldova. [3].

Alte provocări includ: deficitul de lucrători medicali (în special în mediul rural) și îmbunătățirea echității în finanțarea și accesul la asistență medicală, prin reducerea plăților neformale și suplimentare.

Programul Unic (PU) reprezintă un pachet universal de servicii, care ar satisface adecvat necesitățile populației determinate de: tendințele demografice, morbiditatea caracteristică populației Republicii Moldova, prioritățile în sănătatea publică; garanțarea echității, accesului la servicii medicale esențiale, sigure și calitative, precum și de asigurare a continuității asistenței medicale, cu accent pe grupurile defavorizate și pe grupurile de risc; corespunderea cu gradul de utilizare a serviciilor medicale de către populația asigurată și cu perspectivele de organizare a serviciilor eficiente și efi-

ciente, în raport cu costul, orientate spre prevenirea și depistarea precoce a maladiilor și afecțiunilor [7].

PU al AOAM cuprinde lista maladiilor și stărilor, care necesită asistență medicală, și stabilește necesitățile populației de servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor Fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) aprobate pe anul respectiv. Serviciile medicale, pentru beneficiarii AOAM, sunt prestate de către prestatorii de servicii medicale, publici și privați, nemijlocit contractați și plătiți de CNAM.

Legea Fondurilor Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (FAOAM) este un act legislativ anual, prin care se aprobă totalitatea veniturilor, cheltuielilor și surselor de finanțare, destinate pentru realizarea funcțiilor și gestionarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală și care stabilește reglementări specifice acestor fonduri, pentru anul bugetar respectiv.

Principiile, care stau la baza încheierii contractelor cu prestatorii de servicii medicale, repartizarea mijloacelor pe tipuri de asistență medicală, particularitățile de contractare ale tipurilor de asistență medicală, prevăzute în PU, și prestatorilor de servicii medicale sunt stabilite prin Criteriile de contractare ale instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate anual prin ordinul comun al MS și CNAM, în baza sumelor aprobate în Legea FAOAM, pentru anul respectiv [8, p.25].

Persoanele încadrate în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală beneficiază de toată gama de servicii, oferite la toate nivelurile de asistență medicală (urgentă prespitalicească, primară, specializată de ambulator, spitalicească, serviciile medicale de înaltă performanță, îngrijirile comunitare și la domiciliu) prevăzute în PU al AOAM. Totodată, pentru asigurarea accesului universal la servicii medicale, asistența urgentă prespitalicească și cea primară sunt acordate gratuit atât persoanelor asigurate cât și celor neasigurate.

Persoanele neasigurate, în cazul maladiilor social-condiționate, precum: tuberculoza, afecțiunile oncologice, psihiatrice, HIV/SIDA, maladii infecțioase, beneficiază de servicii gratuite, inclusiv la nivel de asistență medicală specializată de ambulator și de cea spitalicească. [9].

Evoluția indicatorilor macroeconomici pentru anii 2015-2019 atestă un trend în creștere a produsului intern brut (PIB), precum și a cheltuielilor mijloacelor bugetului public național (BPN), inclusiv, a cheltuielilor aferente ocrotirii sănătății de la 6,5 mlrd. lei în anul 2015 la 8,6 mlrd. lei în anul 2019. Totodată, ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății (inclusiv FAOAM) în cheltuielile BPN denotă o scădere a ratei de la 14 % în 2015 la 13,1% în a.2019, iar ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății (inclusiv FAOAM) în PIB - o diminuare de la 4,5 % (2015) la 4,1 % (2019). [5].

În Republica Moldova, FAOAM reprezintă o importantă sursă de finanțare a întregului sistem de ocrotire a sănătății.

Prin urmare, sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății, prin constituirea unor fonduri bănești, destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate. Constituirea FAOAM se face din primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în cotă procentuală, achitate de angajați, precum și de persoanele fizice în sumă fixă, din transferuri de la bugetul de stat și din alte venituri.

Analiza dinamicii veniturilor FAOAM, prin evaluarea ponderii acestora în PIB și în totalul veniturilor BPN pe perioada 2015-2019 denotă o constantă, variind între 3,5% - 3,6% în PIB și 11,0% - 11,2% în BNP figura 1.

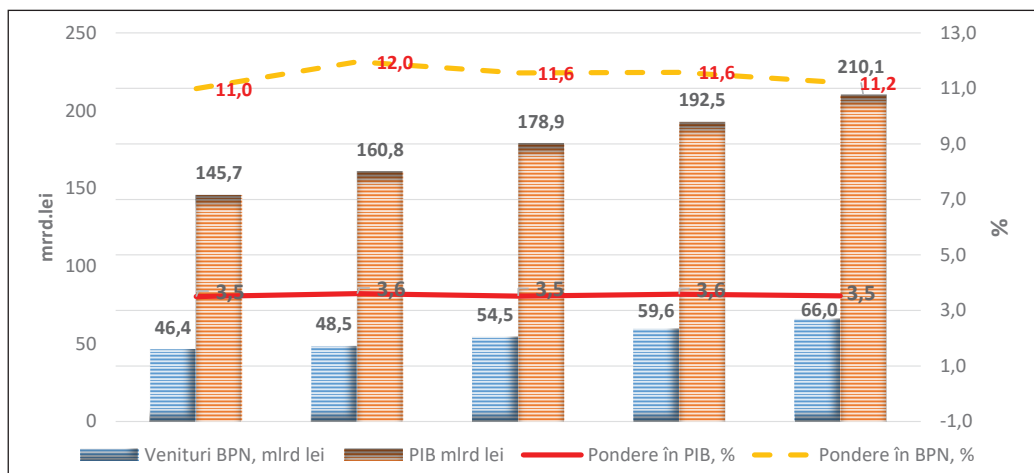


Figura 1. Evoluția veniturilor FAOAM, 2015-2019, mlrd. lei, %

Sursă: www.mf.gov.md [10]

Analiza efectuată referitor la evoluția veniturilor și cheltuielilor FAOAM pentru anii 2015-2019 atestă un trend în creștere atât a veniturilor cât și a cheltuielilor FAOAM.

La finele anului 2019 veniturile au fost acumulate cu 50,8% mai mult comparativ cu anul 2015. În structura veniturilor, mai mult de jumătate o constituie veniturile proprii, 63,1% din veniturile totale ale FAOAM, urmate de transferurile de la bugetul de stat 36,9% [10].

Pe parcursul ultimilor ani este tot mai evidentă tendința de majorare constantă a ponderii veniturilor proprii și, respectiv, de diminuare a ponderii transferurilor curente cu destinație generală, încasate de la bugetul de stat, pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern.

Astfel, pe parcursul anilor 2015-2019 primele de AOAM, în totalul veniturilor FAOAM, s-au majorat de la 56,4% (2015) la 62,4% (2019). Respectiv, pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern, în totalul veniturilor FAOAM,

pe parcursul perioadei similare s-a inversat, micșorându-se de la 42,0% (2015) la 35,6% (2019), figura 2.

Potrivit cadrului normativ în vigoare, în fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) sunt direcționate anual nu mai puțin de 94% din veniturile FAOAM. Astfel, în perioada aa.2015-2019, cheltuielile fondului de bază, destinate achitării serviciilor medicale și farmaceutice, acordate în conformitate cu contractele încheiate, au constituit 95,1% (2015), majorându-se la 97,9% (2019) din totalul cheltuielilor FAOAM, fiind în creștere cu 2 434,1 mln. lei față de anul 2015. Cheltuielile fondului de bază sunt urmate de cheltuielile fondului de administrare (1,4% (2015) și 1,0% (2019) și fondului de dezvoltare (3,0% (2015) și 0,7 % (2019) [10].

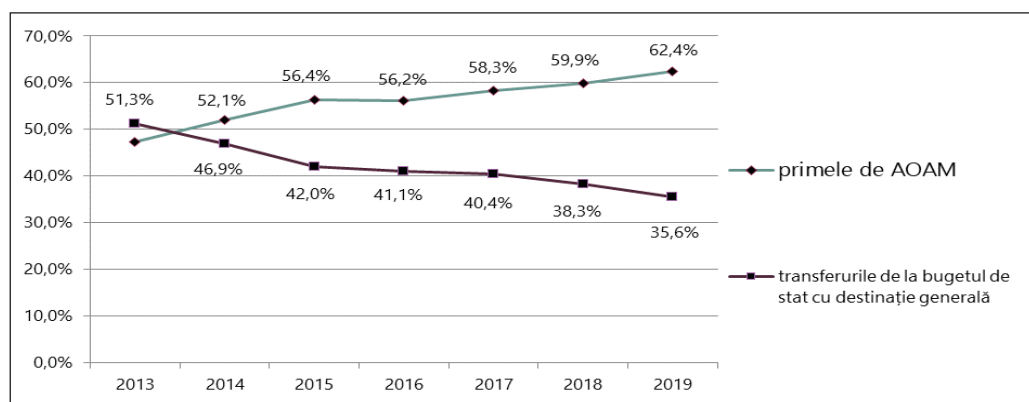


Figura 2. Evoluția ponderii primelor AOAM și a transferurilor bugetare cu destinație generală, 2013-2019, %

Sursă: elaborat de autor, în baza Rapoartelor anuale privind executarea FAOAM [5]

Pentru asigurarea realizării programelor naționale de sănătate, și creșterea calității vieții pacienților, a fost instituit fondul măsurilor de profilaxie, căruia îi revine 1% din mijloacele FAOAM. [11].

În pofida prevederilor în vigoare, mijloacele fondului măsurilor de profilaxie în perioada anilor 2015-2019 au înregistrat o executare semnificativ de redusă, fiind atinse cotele maxime de 0,3% din totalul cheltuielilor FAOAM doar la finele anului 2015 și, respectiv, la finele anului 2019, iar pe parcursul anilor 2016-2018 se denotă o executare și mai mică (0,1-0,2%).

Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) este destinat pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, prin acordarea serviciilor medicale sub forma unui pachet universal, care ar satisface adecvat necesitățile populației în domeniul ocrotirii sănătății. Evoluția mijloacelor financiare executate ale fondului de bază, inclusiv pe tipuri de asistență medicală, în perioada anilor 2015-2019 este reflectată în tabelul 1.

Tabelul 1

Evoluția cheltuielilor fondului de bază, 2015-2019, mil.lei, %

Indicatori	2015		2016		2017		2018		2019	
	executat, mil.lei	executat, mil.lei	% majorării	executat, mil.lei	% majorării	executat, mil.lei	% majorării	executat, mil.lei	% majorării	
Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază), mii lei, total:	4 899,6	5 570,2	113,7	6 162,9	110,6	6 586,4	106,9	7 333,7	111,3	
<i>inclusiv:</i>										
Asistență medicală urgentă prespitalicească	428,1	456,6	106,7	544,1	119,2	561,6	103,2	613,7	109,3	
Asistență medicală primară	1 525,2	1 729,2	113,4	1 876,7	108,5	1 885,5	100,5	2 112,1	112,0	
<i>Servicii medicale în asistenta primară</i>	<i>1 245,5</i>	<i>1 304,3</i>	<i>104,7</i>	<i>1 352,8</i>	<i>103,7</i>	<i>1 377,5</i>	<i>101,8</i>	<i>1 516,2</i>	<i>110,1</i>	
Medicamente compensate	279,7	424,9	151,9	523,9	123,3	508,0	97,0	595,9	117,3	
Asistență medicală specializată de ambulator	360,3	389,2	108,0	423,6	108,8	504,6	119,1	712,2	141,1	
Asistență medicală spitalicească	2 401,2	2 827,7	117,8	3 118,1	110,3	3 368,4	108,0	3 620,3	107,5	
Servicii medicale de înaltă performanță	176,9	158,8	89,8	191,2	120,4	209,3	109,5	213,5	102,0	
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	7,9	8,7	110,1	9,2	105,7	57,0	619,6	61,9	108,6	

Sursa: datele CNAM [5]

Potrivit datelor analizate, se constată, în anul 2019 (comparativ cu anul 2015), majorarea alocațiilor aferente tuturor categoriilor de servicii medicale, finanțate din fondul de bază, de la 120,7% pentru serviciile medicale de înaltă performanță, până la 783,5% pentru serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu [5].

Majorarea cheltuielilor pentru acordarea serviciilor de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu - de mai bine de șapte ori se explică prin faptul că, începând cu anul 2018, în cadrul îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu au fost integrate serviciile de sănătate mintală și cele de sănătate prietenoase tinerilor, anterior atribuite la asistența medicală primară.

Pe parcursul anilor 2015-2019 se denotă menținerea ponderii fiecărui tip de asistență în totalul fondului de bază. Ilustrarea structurii fondului de bază, după tipuri de asistență medico-sanitară, în perioada anilor 2015-2019, se expune în figura 3.

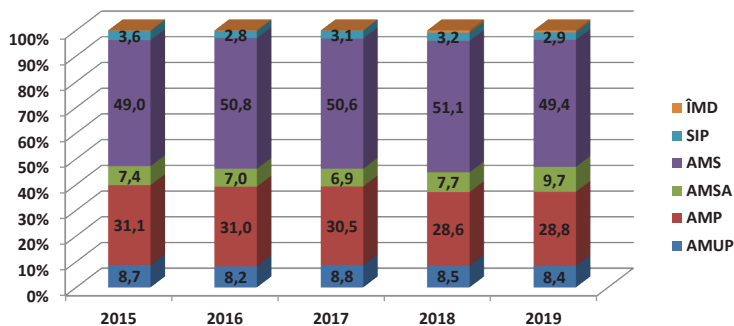


Figura 3. Structura fondului de bază, după tipurile de asistență medico-sanitară, 2015-2019, %

Sursa: elaborat de autor, în baza datelor CNAM [5]

Transferurile de la bugetul de stat pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală a anumitor categorii de persoane sunt divizate în transferuri pentru asigurarea unor categorii de persoane neangajate, transferuri pentru compensarea veniturilor ratate ale FAOAM.

Guvernul are calitatea de asigurat pentru persoanele neangajate, cu excepția persoanelor obligate prin Legea nr.1585/1998 să se asigure în mod individual (copii 0-18 ani, pensionari, gravide, șomeri înregistrați, etc.). Conform prevederilor actuale, suma transferurilor din bugetul de stat în FAOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate, se stabilește anual prin Legea bugetului de stat, reprezentând suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat în FAOAM pentru anul precedent, indexată cu indicele prețurilor de consum pentru anul precedent.

Este de precizat, că prevederile date se aplică începând cu anul 2018. Analiza evoluției acestui tip de transfer în perioada anilor 2015-2019 atestă o majorare a mijloacelor executate, figura 4.

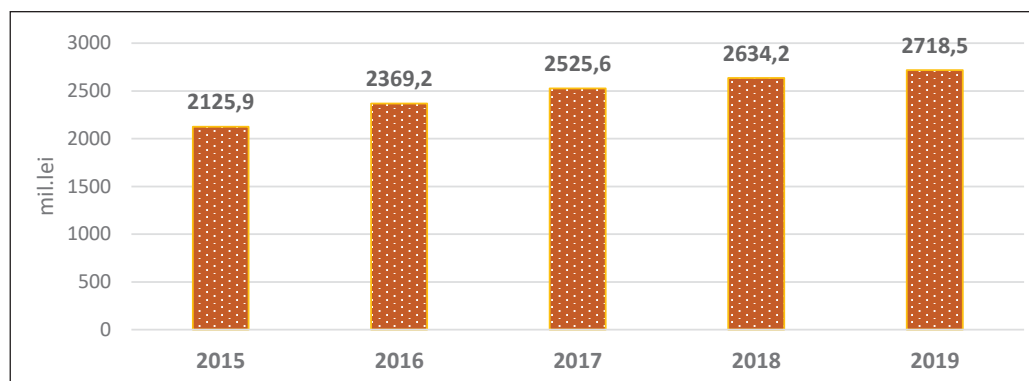


Figura 4. Evoluția transferurilor de la BS către FAOAM pentru asigurarea unor categorii de persoane neangajate, pentru care Guvernul are calitatea de asigurat, 2015-2019, mil. lei
Sursă: Rapoartele anuale privind executarea FAOAM [5]

Conform legislației în vigoare, până la 1 decembrie 2017, contribuția financiară a Guvernului pentru asigurarea medicală a categoriilor de populație neangajate a constituit „o cota procentuală a cheltuielilor din bugetul de stat, dar nu mai puțin de 12,1%”. De fapt, această prevedere legală nu a fost întotdeauna respectată de Ministerul Finanțelor (MF) și a fost întotdeauna subiectul dezbaterilor controversate dintre MSMPS și MF, dar în mare parte, în Parlament, pe parcursul procesului de elaborare a bugetului anual. În pofida modificărilor respective a prevederilor legale, nu a fost atins nivelul de acoperire de către Guvern a primelor AOAM pentru categoriile respective de persoane.

Potrivit datelor analizate se atestă, că primele de AOAM în formă de contribuție procentuală, achitate din mijloacele salariaților și angajatorilor, pentru o persoană angajată, în anul 2019 au constituit 5 310,79 lei, sau cu 2 059,13 lei (+63,3%) mai mult com-

parativ cu anul 2015 (3 251,66 lei), pe când Guvernul pentru asigurarea unei persoane în anul 2019 a achitat doar 1 606,99 lei sau cu o creștere de doar 336,69 lei (+26,5%) comparativ cu anul 2015 (1 270,30 lei) [12].

Totodată, este necesar de menționat, că în anul 2015 Guvernul a transferat pentru asigurarea unei persoane de 2,6 ori mai puțin față de suma achitată de angajator și salariat, iar în anul 2019 Guvernul a transferat de 3,3 ori mai puțin, ceea ce reprezintă respectiv 31,3% și 39,6% din mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală, în sumă fixă de 4056 lei, care se menține din anul 2014 [12].

Respectiv, prin neactualizarea cadrului legal aferent modului de calculare a transferurilor de la bugetul de stat, pentru asigurarea de către Guvern a persoanelor neangajate, precum și aplicarea în continuare a formulei existente, nu se asigură stabilitatea sistemului AOAM și nu se permite evaluarea nivelului de acoperire a costurilor suportate, la acordarea serviciilor medicale către pacienți.

Potrivit prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, articolul 7, alineatul (41), CNAM realizează programe cu destinație specială în domeniul ocrotirii sănătății, din contul transferurilor de la bugetul de stat, prevăzute pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății.

Astfel, pentru realizarea programelor naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății, în special “Controlul și profilaxia diabetului zaharat”, din contul bugetului de stat, în perioada anilor 2015-2019, au fost executate mijloace către FAOAM. Analiza evoluției acestor transferuri în perioada anilor 2015-2019 redată în figura 5.

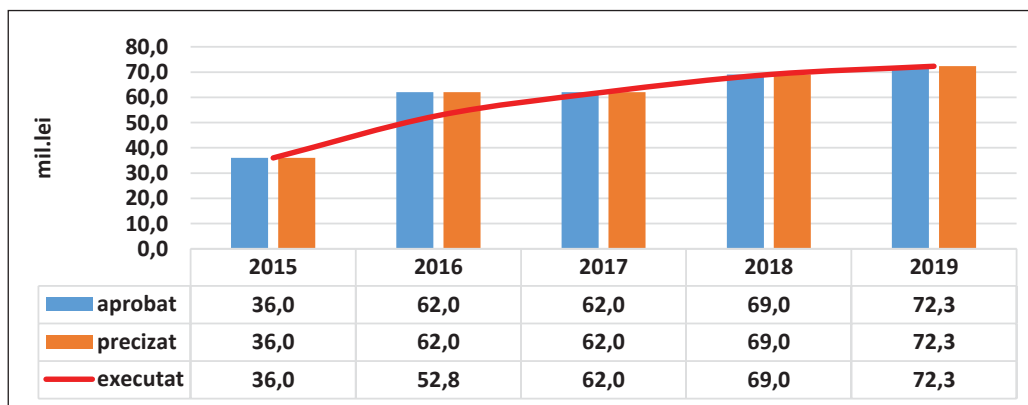


Figura 5. Evoluția transferurilor de la BS pentru realizarea programelor naționale (pentru controlul și profilaxia diabetului zaharat), 2015-2019, mil. lei

Sursă: Rapoartele anuale privind executarea FAOAM [12]

Totodată, începând cu anul 2015, în veniturile FAOAM au fost planificate și executate transferuri de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului “Modernizarea sectorului sănătății”. Executarea transferurilor respective pe perioada anilor 2015-2019 este redată în tabelul 2.

Datele tabelului demonstrează o scădere a executării transferurilor de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului ”Modernizarea sectorului sănătății” în a. 2015 35,1 mil. lei la 22,1 mil. lei în a.2019 [12].

Tabelul 2

Executarea transferurilor de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului ”Modernizarea sectorului sănătății”, 2015-2019, mil. lei

Tipul transferului	Executat în anul				
	2015	2016	2017	2018	2019
Transferurile de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului “Modernizarea sectorului sănătății”	35,1	90,0	4,6	24,0	22,1

Sursă: Rapoartele anuale privind executarea FAOAM [12]

Crearea mecanismelor de protecție a pacienților în raport cu prestatorii de servicii și a unui cadru concurențial adecvat, reprezintă una din principalele probleme ale sistemului de sănătate.

În pofida introducerii AOAM în 2004 și sporirea continuă a cheltuielilor publice pentru domeniul sănătății, măsura în care populația este protejată împotriva consecințelor financiare ale unei stări proaste de sănătate nu s-a îmbunătățit pe atât de mult pe cât s-a dorit [13, p.38].

Plățile din buzunar constituie o sursă majoră de venituri pentru prestatorii de servicii medicale și persistența plăților informale în aceste venituri este îndeosebi de îngrijorătoare, deoarece cei neasigurați trebuie să achite mai multe plăți din buzunar, decât cei asigurați. Această ordine a lucrurilor are clare implicații asupra protecției financiare, deoarece o mare parte din cei neasigurați sunt din grupuri vulnerabile [14 ,p.58].

Cu toate acestea, cele mai mari costuri pentru cetățenii moldoveni sunt costurile achitate pentru produsele farmaceutice: cheltuielile pentru medicamente reprezintă 73,1% din toate cheltuielile achitate din buzunar în 2010 [15]. Serviciile spitalicești sunt al doilea cel mai mare determinat al cheltuielilor catastrofale pentru toate quintilele, cu excepția celei mai bogate. Principalul accent al politicii de sănătate cu privire la protecția financiară s-a concentrat pe îmbunătățirea volumului de cuprindere cu AOAM, în timp ce raza de cuprindere era constrânsă de realitățile fiscale, ceea ce înseamnă că compensarea produselor farmaceutice în cadrul AOAM a rămas una limitată. Raza limitată de cuprindere și provocările induse de plățile informale pentru profunzimea acoperirii cu AOAM poate duce la reducerea volumului de acoperire perceput de populație, ceea ce este un factor ce afectează substanțial îmbunătățirea volumului de cuprindere, în care cei angajați pe cont propriu trebuie să fie încurajați să-și cumpere polițe de asigurare de sine-stătător [3].

Atingerea echității în finanțare este un obiectiv notoriu al politicii Guvernului moldovenesc, exprimat clar în Strategia de dezvoltare a sistemului sănătății în perioa-

da 2008-2017. Din aceste motive, populația neangajată este acoperită de AOAM prin contribuțiile bugetare, pe când contribuțiile salariale proporționale acoperă majoritatea populației ocupate în câmpul muncii. Scopul urmărit este cel de a obține acoperirea universală în cadrul AOAM.

Totuși, această politică încă nu și-a atins impactul dorit și n-a îmbunătățit acoperirea scontată [13, p.46]. Cu toate acestea, dinamica evoluției ne arată, că procentul acoperirii crește anual, deși treptat. Principala provocare în atingerea obiectivului de echitate în finanțarea sănătății ține de volumul exuberant al plăților din buzunar, care au constituit 44,9% din cheltuielile totale pentru sănătate în 2010, și de faptul că proporția acestora nu s-a modificat nici după introducerea AOAM în 2004. Cota plăților achitate din buzunar pentru asistența medicală de ambulator sau în condiții de staționar este destul de mică, însă finanțarea generală a sistemului nu poate fi considerată drept progresivă, până la atingerea nivelului în care mult mai multe cheltuieli pentru sănătate vor fi preplătite. Plățile informale reduc transparența, majorează barierele de acces și sporesc povara financiară. Acestea în mare parte sunt regresive și afectează mai mult cele mai sărace gospodării [13,p.56].

Incidența cheltuielilor catastrofale pentru sănătate în Republica Moldova este cea mai înaltă în regiunea europeană a OMS. Este mai înaltă decât în așa state ca Kyrgyzstan și Ucraina, unde plățile de buzunar reprezintă o cotă similar de înaltă a cheltuielilor curente pentru sănătate [16, p.12].

Pachetul de beneficii finanțat de stat (pachetul CNAM) este definit în PU al AOAM, elaborat de MS și aprobat de Guvern. Acoperirea cu servicii variază în funcție de statutul de asigurat/neasigurat. Toată populația, indiferent de statutul de asigurat, are dreptul la servicii finanțate de stat: [5]

- asistența medicală urgentă prespitalicească și asistența medicală primară;
- programe de screening;
- medicamente pentru anumite boli;
- medicamente psihotrope și anticonvulsivante și medicamentele cu administrare pe cale orală pentru diabetul zaharat;
- servicii spitalicești pentru persoanele cu tuberculoză, psihoze și alte tulburări mintale și de comportament, alcoolism și narcomanie, afecțiuni oncologice și hematologice maligne confirmate, HIV/SIDA și sifilis, și alte maladii infecțioase.

Toate celelalte servicii medicale, finanțate de stat, sunt disponibile doar persoanelor asigurate de CNAM.

Medicamentele prescrise pentru administrare ambulatorie (medicamente compensate), acoperite de CNAM, sunt incluse într-o listă determinată de MS și CNAM. Lista medicamentelor compensate a fost extinsă în timp, de la 54 de denumiri comune internaționale (DCI) în 2007, până la 148 în 2018. Majoritatea acestor medicamente sunt supuse co-plăților procentuale de 30%, 50% sau (din 2018) 70%. În 2019, aproximativ jumătate din medicamentele acoperite sunt supuse co- plăților procentuale de 30% și 50% [17]. Cheltuielile legate de compensarea medicamentelor din listă se efectuează

din contul mijloacelor FAOAM. Totodată, acoperirea cheltuielilor pentru medicamentele compensate din FAOAM se realizează în cadrul subprogramului ”Asistența medicală primară”, prin stabilirea sumei fixe a acestora [18].

Cheltuielile efective ale FAOAM pentru medicamentele compensate, în anul 2019 au constituit 598 994,1 mii lei, fiind de 2,14 ori mai mult comparativ cu anul 2015. Respectiv, pe parcursul anului 2019, de medicamente compensate au beneficiat cu +41% mai multe persoane față de anul 2015 (590 mii persoane). Totodată, se constată, că cheltuielile pentru un beneficiar s-au majorat de la 600,2 lei în anul 2016 la 719,54 lei în anul 2019, figura 6.

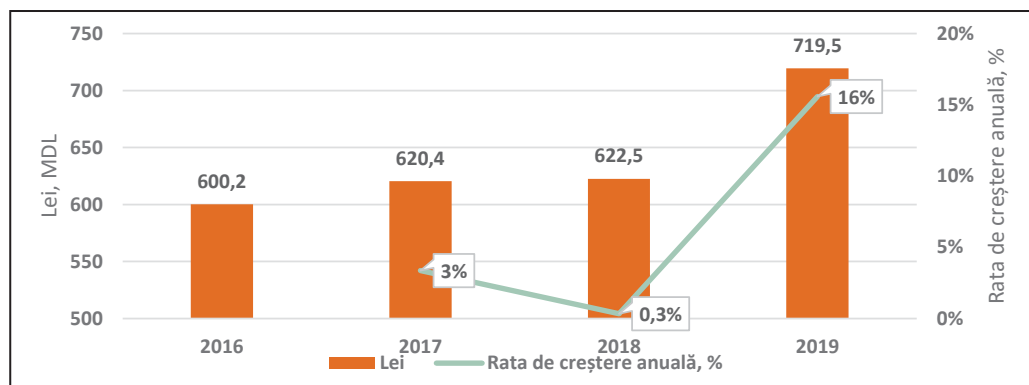


Figura 6. Evoluția cheltuielilor medicamentelor compensate pentru un beneficiar, 2016 –2019, %

Sursa: Datele CNAM [5]

Cât privește cheltuielile pentru un beneficiar de medicamente compensate, în cele 9 teritorii administrative selectate în cercetare, se constată, că acestea pe parcursul anilor 2017-2019 sunt cu mult mai mici comparativ cu cele medii pe țară, redată în figura 7.

Datele denotă, că cheltuielile pentru un beneficiar de medicamente compensate în teritoriile administrative selectate oscilează: în anul 2017 de la 368,26 lei în raionul Cantemir la 476,88 lei în raionul Cimișlia, ceea ce constituie respectiv cu 40,6% și 23,1% mai puțin comparativ cu cele medii pe țară (620,4 lei). În anul 2018 de la 400,12 lei în raionul Cantemir până la 528,41 lei în raionul Cimișlia, ceea ce constituie respectiv cu 35,7% și 15,1% mai puțin comparativ cu cele medii pe țară (622,5 lei). Iar în anul 2019 de la 447,32 lei în raionul Sângerei până la 586,50 lei în raionul Cimișlia, ceea ce constituie respectiv cu 37,8% și 18,5% mai puțin comparativ cu cele medii pe țară (719,5 lei).

Gradul de informare privind prescriere medicamentelor compensate de către medicul de familie, de asemenea, nu este un factor care să crească accesul la medicamente compensate. O parte semnificativă dintre cetățeni sunt eligibili pentru medicamente compensate, dar nu le primesc. Cauza principală, pentru care nu primesc medicamente

compensate, este pentru că medicul nu a prescris asemenea medicament (39%), urmată de faptul, că nu cunoștea că poate beneficia de compensare (18%), iar 16% considerau, că nu se compensează preparatele pentru maladia respectivă [4].

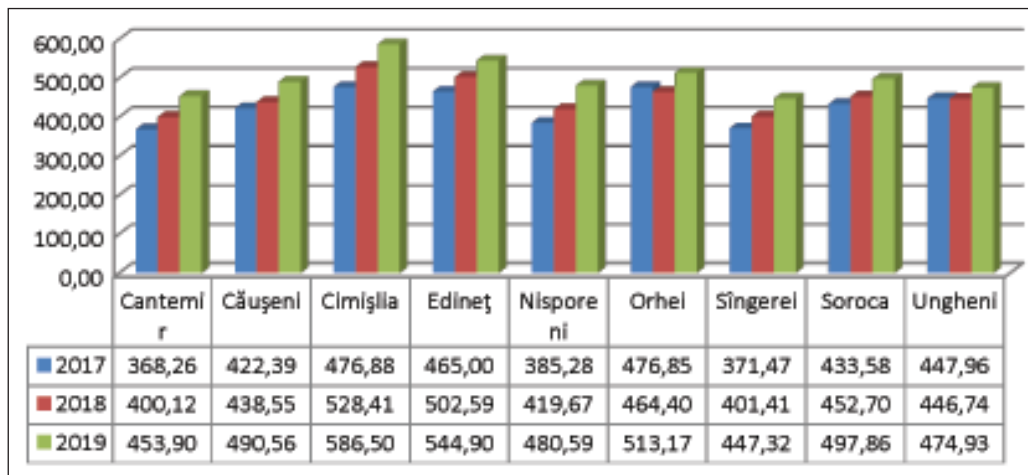


Fig. 7. Evoluția cheltuielilor medicamentelor compensate, pentru un beneficiar, 2017 –2019, MDL

Sursa: elaborat de autor, în baza datelor CNAM [12]

În practica medicului de familie, una din activitățile specificate în PU al AOAM, pentru asistența medicală primară, este activitatea de consiliere, *promovarea stilului sănătos de viață, educația pentru sănătate*, în prevenirea și combaterea factorilor de risc.

Astfel, pentru susținerea acestor tendințe, prin asigurarea realizării programelor naționale de sănătate, și creșterea calității vieții pacienților, a fost instituit fondul măsurilor de profilaxie, căruia îi revine 1% din mijloacele FAOAM.

Consiliul coordonator comun al MS/CNAM stabilește prioritățile de finanțare din fondul măsurilor de profilaxie (FMP), pentru anul de gestiune. Analizând planul precizat și cheltuielile FAOAM, pe perioada aa.2015-2019, constatăm, că în timp ce FAOAM are o tendință continuă de creștere a sumelor planificate, de la 5260,1 mln lei (a.2015) la 7709,8 mln lei (a.2019), adică cu aproximativ 32%, rata planificată a fondului măsurilor de profilaxie înregistrează o descreștere amenințătoare [12]. Dacă în a.2015 planul precizat al FMP constituia 0,96%, atunci în a.2016 – 0,3%; a.2017 – 0,09%; a.2018 – 0,19% și tocmai în a.2019 - 0,35%, dar, departe de valoarea specificată în actele normative în vigoare.

De menționat, că FMP, pe parcursul perioadei analizate, nu numai că a fost în descreștere, dar a înregistrat și curențe de neexecutare a planului precizat, cu excepția a.2017. Pe când în a. 2015 planul FMP a fost executat la 25%, în a. 2016 – 14,12%; în a. 2018 – 91%; în a.2019 - executarea a constituit 81,4%, fiind planificate cu 23,8 milioane lei mai puțin decât în a.2015 [12].

Deși CNAM declară că se realizează activități profilactice din fondul de bază (AMP), în Raportul de executare a FAOAM nu sunt reflectate cheltuielile suportate în acest sens, iar aceasta nu oferă posibilitatea de informare a publicului și de evaluare a activităților realizate și a cheltuielilor suportate, pentru componenta profilactică. Astfel, dacă pentru activitățile de promovare a sănătății și educația pentru sănătate în a. 2015 – s-au alocat total 9507,3 mii lei, ceea ce a constituit 74% din sumele FMP executate în anul respectiv, atunci, ulterior, sumele alocate au fost în descreștere semnificativă, așa ca în anul 2019, pentru aceste activități să fie alocate 0 (zero) lei (tabelul 3.)

Tabelul 3

Evoluția finanțării activităților de educație pentru sănătate și promovare a sănătății, din FMP a FAOAM, 2015 -2019, mln lei, %

Anul	Suma planificată pentru FMP, mii lei	Suma executată a FMP, mii lei	Sumele alocate pentru activități de educație pentru sănătate și promovarea sănătății, mii lei	Ponderea cheltuielilor pentru activitățile de educație pentru sănătate și promovarea sănătății din FMP executat, %
2015	50800	12900	9507,3	74%
2016	17700	2500	854,1	34%
2017	6000	6000	960,9	16%
2018	13000	11800	820,4	7%
2019	27000	22000	-	-

Sursa: elaborat de autor, în baza datelor Companiei [12]

Asistența medicală spitalicească (AMS) se efectuează în conformitate cu normele metodologice de aplicare a PU al AOAM, aprobate de MS și CNAM și se acordă persoanelor asigurate, în cazul maladiilor și stărilor menționate în PU, de către instituțiile medico-sanitare spitalicești, contractate de către CNAM.

Au fost analizate datele despre **asistența medicală spitalicească chirurgicală programată** în cele 9 raioane selectate, în baza datelor obținute de la CNAM, generate din aplicația Sistemului Informațional ”Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG”, pe perioada aa.2015-2019.

În perioada raportată, numărul total al cazurilor tratate de intervenții chirurgicale programate, pe țară, este în creștere – de la 60670 (a.2015) la 75872 (a.2019), ceea ce semnifică o sporire de 1,25 ori, comparativ cu anul 2015. La fel, în creștere este numărul

rul total de cazuri tratate de intervenții chirurgicale programate, pe raioane, de la 8377 (a.2015) la 9713 (a.2019), echivalentul la 1,16 ori mai mult decât în a.2015.

În raioanele Sângerei, Cantemir, Cimișlia este o tendință constantă de diminuare a operațiilor programate. Dacă e să comparăm datele între spitalele de același nivel (conform clasificăției MS): Sângerei, Cantemir, Cimișlia, Nisporeni – atestăm, că la Nisporeni, numărul intervențiilor programate, pe tot parcursul perioadei de referință, este cel mai mare, decât în celelalte raioane similare. Dacă în a.2015 la Nisporeni valoarea depășea în mediu de 2 ori numărul total al celorlalte spitale, atunci în a.2019 de aproximativ 5 ori mai mult s-a operat la Nisporeni decât la Cantemir, de 7,2 ori mai mult decât la Cimișlia și de 14,2 ori mai mult decât la Sângerei, figura 8.

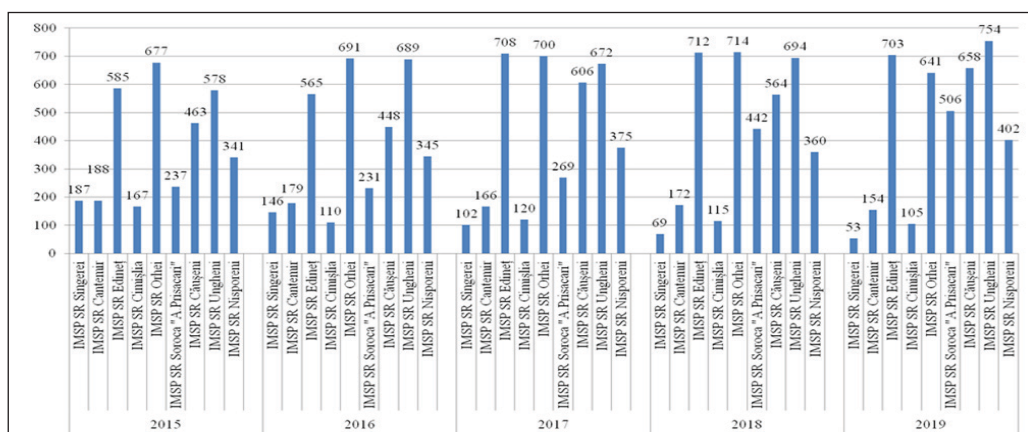


Figura 8. Evoluția intervențiilor chirurgicale programate, pe raioane, 2015-2019, abs.

Sursa: elaborat de autor, în baza datelor Companiei

Ce ține de spitalele de nivelul 2: Edineți, Orhei, Soroca, Căușeni și Ungheni - la Ungheni se înregistrează o creștere constantă în timp – de la 578 de intervenții în a.2015 la 754 în a.2019. Cel mai mic indice în perioada de referință l-a fixat în a.2015 spitalul din Soroca, care a avut doar 237 de operații planificate. În a.2019 spitalul din Soroca, la fel, înregistrează cel mai mic număr de intervenții chirurgicale programate, comparativ cu celelalte spitale din grup.

Pentru a analiza structura intervențiilor chirurgicale programate, în cele nouă raioane selectate, după diagnosticul principal la externare și după apartenența pe sex a persoanelor operate, a fost analizat anul 2019, deoarece, datele statistice pentru fiecare an în parte, nu conțin diferențe esențiale în structura patologiilor, care necesită intervenție chirurgicală, la nivel de raion, și care, în fond, caracterizează activitatea chirurgicală.

În toate raioanele selectate, numărul anual al intervențiilor planificate, după patologia chirurgicală, este mic și foarte mic, comparativ cu media pe țară.

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu (SÎMD), analizând datele CNAM pentru perioada aa.2015-2019, se constată, că numărul prestatorilor de servicii în cauză s-a

diminuat, de la 160 (a.2015) la 145 (a.2019), inclusiv, cu 14 prestatori publici și unul privat, tabelul 4.

Tabelul 4

Servicii de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu, 2015-2019, abs.

ÎMD	Anul 2015	Anul 2016	Anul 2017	Anul 2018	Anul 2019
Nr. prestatori	160	147	143	148	145
<i>IMS Publici</i>	146	134	131	136	132
<i>IMS Privajați</i>	14	13	12	12	13
Beneficiari (persoanele asigurate)	2 419 871	2 188 714	2 225 566	2 248 365	2 245 119
Suma contractată (mii MDL)	6 031,9	6 506,4	6 520,9	7 053,8	6 970,2
Suma efectuată (mii MDL)	6 417,1	6 609,1	7 098,6	7 296,6	7 459,2
Cost unei vizite de ÎMD, MDL	91,44	91,44	131,59	137,25	137,25

Sursa: Datele CNAM [12]

Costul unei vizite pentru serviciul de îngrijire medicală la domiciliu crește în perioada aa.2015-2019 de la 91,44 MDL la 137,25 MDL, adică cu aproximativ 46 MDL (+33,4%).

Datele obținute de la ANSP, ne-a permis să suprapunem (pentru verificare cu datele CNAM) numărul de vizite executate, în perioada aa.2015-2019, în plus, numărul beneficiarilor de servicii ÎMD.

S-a constatat, că în unele teritorii ale aceluiași raion, serviciile de ÎMD, sunt insuficiente (Orhei, Căușeni, Cimișlia, Nisporeni, Edineț). Totodată, numărul beneficiarilor este foarte mic, raportat la populația raionului, dar, posibil, și la numărul celor, care necesită aceste servicii. Nu este clar cine și cum estimează necesitățile reale de servicii ÎMD, care, ulterior sa fie negociate cu CNAM și, repartizate, după capacitățile prestatorilor (publici și privați) din teritoriul administrativ, reieșind și din careva indicatori de performanță, care la moment nu sunt elaborați de instituțiile competente.

Diagnosticul beneficiarului de ÎMD ne-ar indica, aproximativ, argumentarea sau necesitatea numărului de vizite per persoană, pentru a judeca intervalul de la 9,4 vizite per persoană până la 52 vizite și mai mult, în mediu, per persoană. Se constată, că nici CNAM și nici ANSP nu duce o evidență exhaustivă privind beneficiarii de servicii ÎMD și calitatea acestor servicii (prin monitorizarea unor indicatori măsurabili),

ca urmare, nici analiza comprehensivă a acestor servicii nu poate fi realizată după structura: vârstei, sexului, diagnosticului, cost-eficienței serviciilor, starea în dinamică, satisfacția, etc.

În scopul acordării serviciilor medicale de înaltă performanță (SÎP) din fondul de bază a fost alocată în anul 2019 suma de 220 888,0 mii lei, fiind contractate 49 instituții medico-sanitare (9 republicane, 6 municipale, 2 departamentale, 6 raionale și 26 private) [12].

Contractarea serviciilor medicale de înaltă performanță a fost efectuată după principiul „per serviciu”. Suma valorificată a constituit 213 475,5 mii lei, cu 4 127,3 mii lei mai mult în comparație cu anul 2018, fiind efectuate circa 632 mii de investigații, în creștere cu 18,2 mii față de anul de comparație (peste 613,7 mii).

Astfel, se observă o continuă creștere a numărului investigațiilor de înaltă performanță prestate, care la rândul lor sunt corelate direct cu suma alocațiilor acordate. Se constată o majorare a numărului de servicii medicale prestate, per total, în baza tehnologiilor înalt specializate, cele mai multe servicii fiind din grupul Investigații genetice (ARN, ADN, agenți patogeni în materialul biologic), deși în comparație cu anul 2018 acestea s-au redus cu peste șapte mii investigații sau cu circa 11,2%.

Analizând datele privind acordarea serviciilor medicale de înaltă performanță și, anume, *Imagistica prin Rezonanță Magnetică (IRM/RMN)* pe perioada aa.2015-2019, am constatat următoarele.

Pe parcursul ultimilor 5 ani, de către CNAM au fost contractați 11 (aceiași) prestatori de servicii IRM, dintre care 2 – publici (IMSP Institutul de Medicină Urgentă și IMSP Centrul Republican de Diagnostică medicală) și 9 privați. Datele generale, privind numărul total de investigații RMN, contractate de către CNAM, în perioada aa.2015-2019, atestă o diminuare a numărului total de investigații RMN. Dacă (conform datelor obținute de la CNAM) în a.2015 s-au efectuat 19505 investigații prin RMN total, atunci către a.2019 – 16399, adică cu 3106 investigații mai puțin.

În același timp, analiza datelor, obținute de la ANSP (unde raportează și instituțiile private), cu privire la datele statistice privind investigațiile prin rezonanță magnetică, relevă creșterea numărului de investigații prin RMN de la 37256 (a.2015) la 58592 (a.2019), adică necesitatea reală a populației în aceste servicii este ca minimum de 1,6 ori mai mare.

Astfel, dacă raportăm suma totală, contractată de CNAM pentru RMN, la numărul total de servicii prestate, în anul respectiv, obținem, costul aproximativ al unei investigații prin RMN, redate în figura 9.

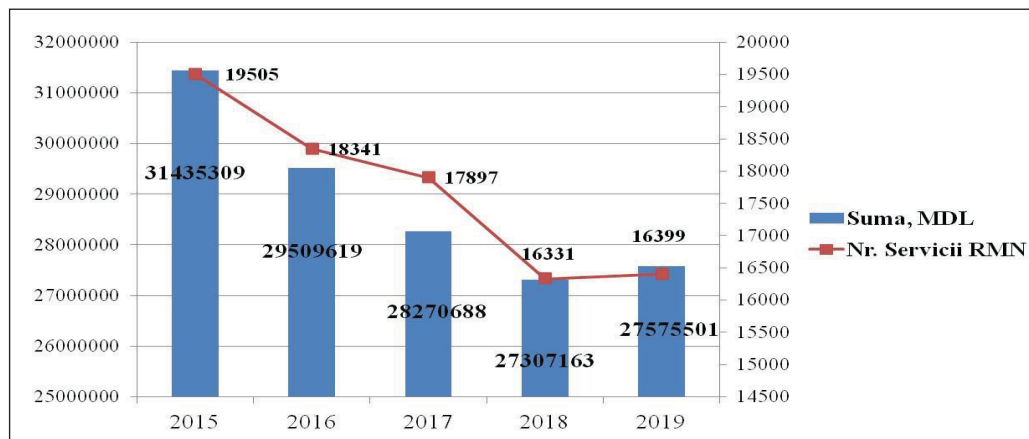


Figura 9. Numărul total de investigații RMN și sumele alocate de CNAM, 2015-2019, abs., MDL

Sursa: elaborat de autor, în baza datelor Companiei [12]

În a.2019, s-a înregistrat un decalaj mare între valorile medii a prețurilor la RMN a prestatorilor publici și celor privați. Cel mai mic preț mediu înregistrat este de 1468 lei [12].

Desigur, este practic imposibil, de a compara aceste valori, când nu dispunem de informația detaliată a serviciilor RMN și a costurilor lor (de exemplu, RMN a creierului sau a coloanei vertebrale; cu sau fără contrast; RMN a regiunii lombare sau a coloanei vertebrale integral, ș.a.m.d.). Informația accesibilă de la CNAM nu permite analiza investigațiilor RMN după: de la ce specialist este îndreptarea, pacient urgent sau programat; după criteriul de vârstă; după sex; după diagnosticul prezumptiv (până la investigație); după RMN (pentru justificarea investigației)); după bugetele planificate și executate, pentru fiecare prestator.

În această ordine de idei, nu avem o claritate, care sunt criteriile, clare și transparente, de contractare pentru prestatorii de servicii prin RMN, la momentul negocierii CNAM cu respectivii actori. La fel, nu este clar, cum se estimează cost-eficiența serviciilor RMN, dacă nu este o evidență strictă a îndreptărilor (Forma 027e), după numărul de identitate din buletin, care să excludă dublările investigației, fie prin trimitere de la diferiți specialiști, fie trimiteri repetate într-o perioadă de timp de un an (pentru investigația similară), și cât de justificată este repetarea RMN. Ipotetic, am putea presupune, că fără această evidență, o persoană asigurată ar putea face abuz de aceste investigații.

Din numărul total de RMN, efectuate anual populației din Republica Moldova, marea majoritate sunt executate în instituțiile medico-sanitare private. Rata acestora cuprinde limita de la 79,7% (2015) la aproximativ 85% (2019).

Analiza datelor privind numărul persoanelor, din cele nouă raioane selectate, care au avut acces la investigațiile prin RMN, la diferite organe, în perioada analizată, indiferent de statutul asigurat sau neasigurat, cu diferite patologii, indiferent de vârsta persoanei (copil sau matur) a fost imposibilă, deoarece nici CNAM și nici ANSP nu dețin așa evidență, sau, nu este transparentă pentru publicul larg.

CONCLUZII

În urma cercetărilor realizate putem constata următoarele:

1. Odată cu implementarea în Republica Moldova a AOAM în a.2004, au fost create bazele unei economii de piață în domeniul sănătății, prin modificarea mecanismului de finanțare și contractare a instituțiilor medicale, prestatoare de servicii medicale. AOAM au ca scop îmbunătățirea eficienței, reducerea inegalităților sociale și sporirea protecției financiare a grupurilor vulnerabile, prin realizarea principiilor de organizare și funcționare: egalității, unicității, solidarității, obligativității, contributivității, repartiției, autonomiei.

2. Aprobarea și implementarea PU al AOAM, până în prezent, nu a avut niciodată o evaluare exhaustivă a tuturor componentelor, per fiecare serviciu medical, pentru a scoate în evidență accesul populației, de facto, la serviciile incluse în pachet, pornind de la necesitățile populației în aceste servicii, costul real al lor, cost-eficiența, impactul socio-medical, economico-financiar. Respectiv, nu se cunoaște costul real al pachetului de servicii al PU al AOAM.

3. Actualmente nu există nici un document ce ar stipula explicit spectrul de servicii medicale, acoperite deplin sau parțial de către AOAM, în corespundere cu anumite necesități reale ale populației.

4. Una din cele mai importante constrângeri cu care se confruntă sistemul medical național este asigurarea cu resurse financiare suficiente. În perioada anilor 2015-2019, ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB a înregistrat o reducere de la 4,5% (2015) până la

4,1%, (a.2019) și diminuarea de la 14,0% până la 13,1% a ponderii cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în cheltuielile BPN. Anual FAOAM are o tendință de creștere continuă a sumelor planificate, cu aproximativ 32%. Totodată, pe parcursul aa.2015 - 2019, reieșind din necesitățile acoperirii cheltuielilor necesare realizării PU al AOAM, veniturile suplimentare au fost direcționate în fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază).

5. Concomitent, și sumele din contul fondului măsurilor de profilaxie au fost direcționate către fondul de bază. Astfel, rata planificată a fondului măsurilor de profilaxie înregistrează o descreștere amenințătoare, de la 0,96% la 0,35%. Neconcordanța între cadrul legislativ și cel normativ, determină riscul neatingerii scopurilor FMP, ceea ce indică formalitatea planificării și realizării măsurilor din contul acestuia. Pentru activitățile de promovare a sănătății și educația pentru sănătate, în anul 2019, CNAM nu a alocat nimic, (0)MDL.

6. Guvernul Republicii Moldova s-a angajat să aloce anual, cel puțin, 12% din bugetul de stat pentru sănătate. Real se atestă o tendință de reducere a nivelului de acoperire de către Guvern a primelor AOAM. Pe parcursul ultimilor ani este tot mai evidentă tendința de majorare constantă a ponderii veniturilor proprii și, respectiv, de diminuare a ponderii transferurilor curente cu destinație generală, încasate de la bugetul de stat, pentru asigurarea medicală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern. Respectiv, atestăm o relație invers proporțională dintre transferurile de la bugetul de stat și veniturile acumulate din primele de AOAM și alte venituri.

7. În pofida creșterii cheltuielilor publice în timp, cota plăților de buzunar pentru sănătate rămâne înaltă, la nivelul de 46% în 2016 (OMS, 2019). Protecția financiară este insuficientă în Republica Moldova, în comparație cu multe state din Europa, inclusiv țările unde plățile de buzunar reprezintă o cotă similar de înaltă a cheltuielilor curente pentru sănătate.

8. Criteriile de contractare ale instituțiilor medico-sanitare, în cadrul sistemului AOAM, nu fac referință la o metodologie transparentă de selectare a prestatorilor de servicii medicale, precum și nu setează careva indicatori de performanță sau eficiență, căror trebuie să le corespundă prestatorii. La baza contractării prestatorilor de servicii medicale de către CNAM și a repartizării acestor servicii medicale în teritorii, nu stau careva criterii clare, concrete, estimate și analizate (pentru fiecare teritoriu administrativ separat) sau careva indicatori/date statistice justificatoare, care ar asigura, ulterior, repartizarea argumentată, transparentă și echitabilă, atât a serviciilor medicale, cât și sumelor alocate de către CNAM.

9. Există rezistența la transparență (la toate nivelele sistemului de sănătate). Rolul ONG-urilor, OSC-urilor este extrem de important în buna guvernare generală a sistemului de sănătate, însă participarea acestora limitată la etapa de implementare a politicilor de sănătate, este un domeniu ce trebuie abordat în continuare. Organizațiile de pacienți nu se implică activ în definitivarea și implementarea politicilor. Participarea sporadică, adesea formală și limitată a societății civile în procesul decizional înseamnă, de fapt, nesoluționarea necesităților grupurilor vulnerabile și sub-reprezentate, interes public neprotejat, iar funcțiile Guvernului neîndeplinite.

Referințe:

1. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, *Accesul populației la serviciile de sănătate. Rezultatele studiului în gospodării*, 2017.
2. Legea nr. 1585 din 27-02-1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.
3. *Analiza strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2018-2017 în Republica Moldova*, Chișinău, 2020.
4. Centru PAS, *Barometru de sănătate a populației Republicii Moldova 2019*, Chișinău, 2020.

5. Guvernul RM, CNAM, *Raport anual privind executarea fondurilor Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală*, 2019.
6. Hotărârea Curții de Conturi nr.43/2019 „*Cu privire la Raportul auditului financiar asupra Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2018*”.
7. ETCO C. et al., *Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective*. Chișinău, 2011.
8. Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 „*Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală*”.
9. Legea nr. 1585 din 27-02-1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.
10. <http://www.mf.gov.md> evoluția indicatorilor macroeconomici (accesat 27.11.22)
11. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.594/2002 despre *aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală*.
12. <http://www.cnam.md/?page=129&> (accesat 28.11.22)
13. JOWETT M, SHISHKIN S., *Extinderea acoperirii populației în schema națională de asigurări în medicină în Republica Moldova: opțiuni strategice*. Copenhaga, 2010.
14. RICHARDSON E et al., *Acoperirea asigurării medicale și accesul la asistența medicală în Moldova. Politici de sănătate și planificare*, 27(3):204-212, 2012.
15. Ordinul MS și CNAM nr. 600/320 din 24.07.2015 *cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală*.
16. OMS, „*Noi dovezi privind gradul de protecție financiară în domeniul sănătății din Republica Moldova*”, OMS, 2019.
17. Ordinul MSMPS și CNAM nr.754/236A din 15 iunie 2018 „*Cu privire la aprobarea maladiilor prioritare pentru care urmează a fi depuse dosare spre evaluare a medicamentelor în scopul includerii spre compensare din FAOAM pentru anul 2018*”.
18. Hotărârea Guvernului nr.1372 din 23.12.2005 „*Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală*”.