

## **IMPLEMENTAREA ASIGURĂRILOR MEDICALE - ETAPĂ NOUĂ ÎN DEZVOLTAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE**

**Constantin Ețco**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Ghenadie Damașcan**, dr. în medicină,  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

În structura oricărei societăți, sistemul de sănătate publică este un sector de primă importanță, pentru că el interesează întreaga populație a țării. Printre factorii care influențează esențial performanțele acestui sistem, unul dintre cei mai importanți este finanțarea lui. Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a propriilor modele de finanțare a sistemelor de sănătate publică, problema devenind deosebit de acută pe parcursul ultimilor 10-15 ani (T.Tulchinsky, 1999). Aceasta are loc din mai multe cauze: îmbătrânirea populației, costurile ridicate ale noilor tehnologii medicale, creșterea exigențelor pacienților etc., care, în cele din urmă, duc la sporirea costurilor de întreținere a întregului sistem de sănătate publică (B.Dubois, 1987; G.De Pourville, L.Comar, 1994; J.Chern, T.Thomas, 2002; I.Ababii, D.Tintiuc, C.Ețco, M.Ciocanu, 2005).

Conform datelor lui M. D'Intignano (2002), cheltuielile pentru medicină, nelimitate de restricții ale sistemelor de finanțare, pot reduce substanțial bugetul țării, oricât de bogată ar fi ea. Deci, paralel cu creșterea necesităților sistemelor de sănătate publică, întotdeauna se va cere revederea regulilor stabilite de retribuire a lor, pentru ca, în cele din urmă, finanțarea fiecărui sistem în parte să fie cost-eficientă și să reiasă din posibilitățile țării respective. Soluționarea acestor probleme diferă de la o țară la alta, fiind în funcție de posibilitățile financiare, tradițiile și structurile sistemelor de sănătate formate istoric. Astfel, pentru Republica Moldova, una dintre ex-republicile Uniunii Sovietice, a fost

caracteristică o dezvoltare extensivă a sistemului de sănătate publică, ea fiind bazată pe administrarea centralizată directă și pe lipsa atenției față de factorii economici de reglare (I.Prisacari, M.Cecan, 1992; C.Ețco, D.Tintiuc, I.Mereuță, 1999). Retribuția spitalelor depindea de numărul de paturi și de cel al personalului medical, fiind absolut ignorată relația dintre finanțare și rezultatul final al tratamentului.

Toate acestea au creat o situație paradoxală, în care sistemul de sănătate publică, finanțat sub limitele necesităților populației, nu folosea eficient resursele în scopul tratamentului efectiv al fiecărui pacient în parte, dar susținea extinderea sistemului, construind edificii medicale noi și sporind numărul de medici. În acele timpuri insuficiența resurselor financiare era mult agravată de lipsa unei strategii de folosire rațională a lor. Astfel, ineficiența susținerii unei rețele neargumentat de largi a instituțiilor medicale spitalicești era agravată de lipsa etapizării procesului curativ-diagnostic, având ca rezultat o rată mare a spitalizărilor neargumentate. Totodată, pregătirea unui număr de cadre medicale peste necesități submina organizarea efectivă a lucrului personalului medical. Toate acestea provocau pierderi economice mari și, în cele din urmă, au cauzat o gravă degradare a întregului sistem de sănătate publică a Republicii Moldova în ultimii zece ani. Era evidentă necesitatea schimbărilor radicale în modelul de finanțare al sistemului de sănătate publică, el fiind pârghia cea mai importantă în redresarea lui (Gh.Russu, 1999, C.Ețco, D.Tintiuc, 2000).

Despre necesitatea reformării sistemului de sănătate publică în Republica Moldova se vorbește de la începutul anilor '90 ai sec. al XX-lea (I.Prisacari, E.Popușoi, C.Ețco, D.Tintiuc, I.Mereuță ș.a). Anume în această perioadă este propusă formarea unei structuri organizatorice noi a sistemului de sănătate publică cu revederea modalităților de finanțare a lui. Evoluția propunerilor în cauză este descrisă în numeroase lucrări la temă, publicate între anii 1993 - 1998 (C.Ețco, D.Tintiuc, I.Mereuță, Gh.Russu, M.Cecan, M.Ciobanu, V.Sava ș.a), care atrăgeau atenția asupra aspectelor practice ale unui sistem de sănătate publică bazat pe relații de piață. Ulterior aceste experiențe au influențat forțele politice din țară ca să demareze lucrările asupra implementării unui sistem de asigurări medicale obligatorii. S-au făcut pași concreți în această direcție prin adoptarea Legii Republicii Moldova „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală” nr. 1585-XII din 27 februarie 1998, precum și prin fondarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, care și-a început activitatea în mai 2002. Începând cu iulie 2003, asigurările medicale obligatorii au fost implementate în raionul-pilot Hâncești, iar din ianuarie 2004, ele au demarat pe întreg teritoriul țării.

În așa mod, din punctul nostru de vedere, o dată cu implementarea asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova s-a început o etapă nouă în organizarea sistemului de sănătate, care îi unice și cea mai reușită cale aleasă de comunitatea medicală și susținută de conducerea de vârf a țării. În acest context voi aminti de cele 2 principii, care stau la baza unui sistem de asigurări publice.

Primul principiu – *obligativitatea*, care asigură acoperirea universală a populației prin faptul că anumiți membri ai societății trebuie să contribuie obligatoriu la un fond de asigurări.

Al doilea principiu – *solidaritatea*. Conform acestui principiu, contribuțiile individuale sunt stabilite în funcție de riscurile individuale asociate vârstei, sexului sau morbidității. Serviciile medicale sunt acordate indivizilor potrivit nevoilor și independent de valoarea contribuției plătite.

**Rezultate și discuții.** Experiența asigurărilor medicale obligatorii implementate în țară deja a permis realizarea mai multor obiective:

#### **A. Pentru persoana asigurată:**

Crește accesul la serviciile medicale:

- de sporit numărul de solicitări în asistența medicală de urgență;
- de majorat numărul de vizite la medicii de familie și la medicii specialiști de profil;
- de sporit numărul de spitalizări.

Este necesar un spectru mai larg de garanții de sănătate:

- Prevederile Programului Unic, care reglementează spectrul de garanții.
- Medicamente compensate în asistența primară.
- Tratament gratis în condiții de ambulator.

- Pentru prima dată în 2006 s-a introdus noțiunea de caz tratat la domiciliu.
- Investigații de înaltă performanță care se contractează aparte, de aceea prestatorul este cointerestat să le facă.

#### ***B. Pentru sistemul de sănătate publică:***

- S-a realizat principiul de echitate, care are o importanță socială deosebită.
- Acoperirea universală a populației cu asistență medicală.
- Distribuția echitabilă a efortului financiar pentru contribuabili: cine are venituri mici plătește puțin.
- Înlăturarea discrepanțelor în cheltuieli pe cap de locuitor. Utilizarea resurselor se face nu în funcție de banii depuși, ci de patologie.
- Reacția rapidă la nevoile pacienților. Gestionare fără intermedierea trezoreriei. Finanțarea este ritmică și la timp. Termenele se respectă cu strictețe. În așa mod conducătorii instituțiilor medicale pot planifica real activitățile.
- Îmbunătățirea treptată a calității serviciilor medicale și acordarea acestora în funcție de nevoi.

#### ***C. Pentru prestatori:***

- Schimbarea statutului furnizorilor de servicii medicale. Instituțiile medico-sanitare publice se afla la autofinanțare și autogestiune.
- Drepturi depline în gestionare financiară.
- Flexibilitate mai înaltă în finanțarea instituțiilor medicale.
- Oferirea instrumentelor legale de mobilizare a resurselor.
- Motivarea lucrătorilor medicali în funcție de performanțe (bonificație pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate).

#### ***D. Pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale:***

- Bani urmează pacientul (dreptul la opinie);
- Standarde de tratament (medicamente, investigații).
- Presiunea adițională exercitată de condițiile contractuale. Serviciile necalitative nu se validează și nu se plătesc.
- Standarde de tratament (medicamente, investigații).
- În cadrul Companiei Naționale de Asigurări Medicale sunt prevăzute structuri de control al calității (expertiza medicală).
- Acreditarea instituțiilor medicale. Conform legii, instituțiile medicale neacreditate nu se contractează.

De menționat că doi ani de implementare a asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova este un termen prea mic pentru a considera că deja au fost soluționate problemele existente în sistemul de sănătate. Germania care a implementat asigurările medicale (Bismarc) încă o sută de ani în urmă până în prezent este în căutarea unor căi de perfectare a acestui sistem și îmbunătățire a calității serviciilor medicale.

Care sunt cele mai importante probleme, care necesită a fi soluționate în viitorul apropiat?

Una din ele, în primul rând, este problema asigurării integrale a populației. Actualmente 25% din populație este neasigurată, în primul rând, țăranii din gospodăriile individuale, care au venituri mizere și nu pot să procure polița de asigurare.

În rândul al doilea, se impune îmbunătățirea esențială a bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare. În majoritatea instituțiilor tehnica medicală, aparatajul, echipamentul sunt uzate atât fizic, cât și moral. Pentru renovarea lor se cer mijloace considerabile și timp. La inițiativa Președinției și a Guvernului în prezent se lucrează activ în acest domeniu și va fi adoptat un plan de măsuri cu termen concret pentru amenajarea fiecărei instituții.

O altă problemă, care deja este în curs de soluționare, este dezvoltarea sistemului informațional integrat în sistemul de sănătate, prin intermediul căruia se va obține informația veridică și operativă necesară pentru a lua decizii corecte.

Sporirea calității serviciilor medicale, de asemenea, constituie una din problemele prioritare pentru instituțiile medicale. Precum s-a menționat mai sus, deja sau întreprins unele măsuri. În acest context trebuie elaborate și aprobate normativele de activitate a serviciilor de asistență medicală primară specializată de ambulator, spitalicească, inclusiv stabilirea normativelor pentru consumurile hoteliere și cele nemijlocit legate de procesul de tratament în cadrul asistenței medicale. În prezent se impune perfectarea standardelor medico-economice și elaborarea protocoalelor clinice de diagnostic și tratament. De asemenea, trebuie de creat condiții favorabile pentru dezvoltarea medicinei private ca formă alternativă celei publice.

În plan organizatoric urmează a fi soluționate următoarele probleme:

- Separarea prestatorilor necesită de asistență medicală primară cu organizarea lor în persoane juridice separate. Crearea unor condiții atractive pentru angajarea lucrătorilor medicali în sectorul rural (condiții de muncă, de trai, aprovizionarea cu transport, motivarea corespunzătoare etc.).

- Completarea echipelor de asistență medicală de urgență cu medici cu pregătirea respectivă. Crearea echipelor specializate. Dotarea cu mijloace de transport.

- În domeniul asistenței medicale spitalicești:
  - selectarea argumentată a pacienților pentru spitalizare prin elaborarea criteriilor de spitalizare, programată pentru nivelurile raional (municipal) și republican;
  - revederea spectrului profilurilor instituțiilor spitalicești;
  - revederea proceselor de etapizare a pacienților pentru acordarea asistenței medicale spitalicești;
  - crearea centrelor zonale și republicane de performanță.

În ultimii ani în cadrul catedrei Economie și Management a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” s-au întreprins câteva cercetări în domeniul asigurărilor medicale. Unele din ele (Gh.Damașcan, I.Malanciuc, M.Buga) sunt consacrate asigurărilor obligatorii, în baza cărora am realizat analiza situației, prezentată în acest articol.

În același timp, în cadrul catedrei a fost elaborată o teză consacrată asigurărilor facultative de sănătate (V.Idricean).

Asigurările facultative de sănătate (AFS) constituie un sistem facultativ, suplimentar celui de asigurări obligatorii de sănătate, care acoperă asiguraților serviciile medicale în condițiile legislației privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală.

Majoritatea programelor AFS conțin servicii medicale incluse în programul unic, care nu-l suplinesc, ci servesc ca alternativă serviciilor prestate prin asigurări obligatorii de sănătate.

Conlucrarea de durată pe piața de asigurări a mai multe forme de asigurare de sănătate se adeverește a fi forma cea mai adecvată pentru organizarea sistemului sanitar. Concurența intervenită în aceste relații impune instituțiile medicale să presteze servicii calitative, determinate atât de practicarea metodelor performante de investigații și tratament, cât și de ridicarea calității și condițiilor de deservire.

În continuare arătăm în ce măsură este cuprinsă populația cu asigurările facultative de sănătate în țările Uniunii Europene.

## Nivelul de cuprindere a populației prin AFS în țările Uniunii Europene

Nr.	ȚARA	% de cuprindere prin AFS
1.	Austria	13,0 (cheltuieli staționar), 2,0 achitări cheș, stat.
2.	Belgia	30,0
3.	Danemarca	28,0
4.	Finlanda	33,0 (copii), 10,0 (maturi)
5.	Franța	85,0 (plăți în comun) 20,0 (alte tipuri de AFS)
6.	Germania	8,9
7.	Grecia	10,0
8.	Irlanda	42,0
9.	Italia	5,0
10.	Luxemburg	75,0 (persoanele angajate)
11.	Olanda	28,9
12.	Portugalia	10,0
13.	Spania	17,6
14.	Elveția	0,5
15.	Marea Britanie	11,5

Din datele prezentate în *tab. 1*, observăm că nivelul cuprinderii populației prin AFS este de la 0,5% în Elveția, 5% în Italia, până la 75% în Luxemburg și 85% în Franța. În Republica Moldova după calculele noastre acest indice alcătuiește  $\approx 0,2\%$ .

În același timp, chestionarea a 500 de persoane din diferite localități ale republicii demonstrează că 80% din acestea sunt de acord să suporte cheltuieli suplimentare pentru servicii medicale calitative, iar 10% sunt gata să încheie contracte cu AFS. Pe de altă parte, 65% din respondenți n-au putut aprecia diferența dintre AOS și AFS (*fig. 1*).

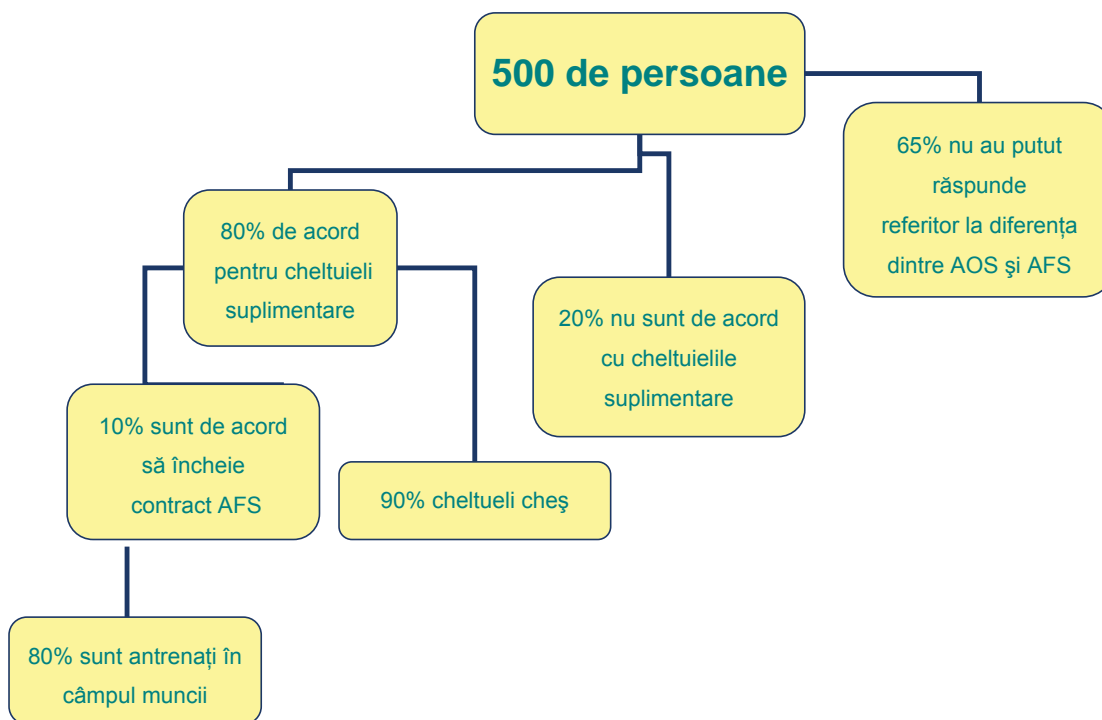


Figura 1. Acceptarea de către populația Republicii Moldova a cheltuielilor suplimentare pentru servicii medicale calitative

În baza rezultatelor cercetărilor efectuate de noi am ajuns la concluzia că cele mai importante avantaje ale asigurărilor facultative de sănătate sunt:

- În cadrul asigurării facultative persoana asigurată este activă atât în ceea ce privește consumul, cât și estimarea serviciilor de care beneficiază.
- Serviciile medicale sunt prestate în instituțiile medicale solicitate de către deținătorii poliței de AFS.
- Asigurările facultative de sănătate creează resurse financiare suplimentare pentru instituțiile medicale și serviciile medicale și au un caracter complementar.

### Concluzii

- Toate țările lumii se află într-o continuă reformă a propriilor sisteme de sănătate publică. Îmbătrânirea populației, costurile ridicate ale noilor tehnologii medicale, creșterea exigențelor pacienților etc. în cele din urmă duc la sporirea costurilor de întreținere a acestui sistem.
- Cheltuielile pentru medicină nelimitate de restricții ale sistemelor de finanțare pot irosi bugetul țării, oricât de bogat ar fi.
- Implementarea asigurărilor medicale obligatorii a permis “reanimarea” sistemului de sănătate publică din Republica Moldova.
- Actualmente un imperativ al timpului a devenit necesitatea conlucrării diferitelor forme de asigurări medicale, în scopul diversificării garanțiilor de sănătate și sporirii posibilităților financiare ale sistemului autohton de sănătate publică.
- Combinarea AOS și AFS trebuie să prevadă relații complementare: programele AFS cuprind servicii medicale peste volumul serviciilor incluse în AOS.
- Întru îmbunătățirea în continuare a finanțării instituțiilor medicale și ridicarea nivelului calității serviciilor prestate de ele se cer eforturi și conlucrare în comun din partea Guvernului, Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în vederea soluționării problemelor existente.

### Bibliografie selectivă

1. Ababii I., Tintiuc D., Ețco C., Ciobanu M., *Prioritățile asigurării populației rurale cu asistență medicală în condițiile actuale și de perspectivă* // Conferința Națională. Comunitățile rurale și renașterea satului, Chișinău, 2005, 28 februarie, p. 16-21.
2. Chern J., Thomas T. et al., *The Impact of the Prospective Payment System on the technical Efficiency of Hospitals* // Journal of Medical Systems, 2002, 24(3), p.159-172.
3. De Pourville G., Comar L., Bouvier V., *Le paiement a la pathologie des hopitaux: l'experience francaise* // Revue d' Epidemiologie et de Sante Publique. 1994, vol. 42(1), p. 68-78.
4. D'Intignano M., *Economie de la sante* // Presses universitaires de France, 2002, p. 439.
5. Dubois B., *Le marketing management hospitalier* // Berger – Levrault Paris 1987, p. 376.
6. Ețco C., *Reformarea procesului de conducere a instituției medicale – un pas spre succes* // Materialele congresului II al specialiștilor în domeniul sănătății Publice și Managementului sanitar, Chișinău, 1999, p. 83.
7. Ețco C., Malanciuc Iu., Idriceanu V., *Avantajele asigurărilor facultative de sănătate* // Materialele conferinței „Știința. Tehnica. Medicina și Bioetica în strategia de existență umană”. CEP „Medicina”, Chișinău, 2002, p. 235-237.
8. Ețco C., Russu Gh., Damașcan Gh., *Managementul instituțiilor medicale în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală* // Sănătate publică, Economie și Management în medicină, nr. 1, 2004,.
9. Mereuță I., *Aspecte conceptuale ale reformei sistemului sănătății în Republica Moldova* // Materialele Congresului II al specialiștilor în domeniul sănătății publice și managementului sanitar, Chișinău, 1999, p. 81.
10. Prisacari I., Cegan M., *Scopul de bază al reformei sistemului de sănătate* // Tezele conferinței științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova (12-15 mai, 1992, p.70).
11. Tintiuc D., *Prioritățile reformei sistemului de sănătate în Republica Moldova* // Materialele

congresului II al specialiștilor în domeniul sănătății Publice și managementului sanitar, Chișinău, 1999, p. 117.

12. Tulchinsky T., Varavikova E., *The new public health* // Beseder Ltd., Jerusalem, 1999, p. 1027.

### **Rezumat**

În acest articol se discută rolul și importanța asigurărilor medicale în sistemul de sănătate. Autorul face o totalizare a rezultatelor implementării asigurărilor de sănătate în anii 2004 – 2005. Se subliniază obiectivele care au fost stabilite pentru persoana asigurată, sistemul de sănătate, prestator și obținerea calității serviciilor medicale. De asemenea se prezintă cele mai valoroase probleme, care necesită a fi soluționate pe viitor. La fel se argumentează necesitatea conlucrării dintre asigurările obligatorii și facultative de sănătate.

### **Summary**

The role and importance of medical insurance in the Public Health system is analyzed in this article. The author sums up the results of medical insurance implementation during the period of 2004/2005. Also the essential targets of this process are underlined, including some personal advantages for people, for Public Health System and for medical services quality providing. At the same time, some significant problems of medical system, necessary to be solved in the future, are discussed in the article. Also, the necessity of co-working between obligatory and optional health insurances is motivated.