

## FINANȚAREA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE CU ECONOMIA ÎN TRANZIȚIE

*Valeriu CAPSÎZU, Dumitru LASCU\*, Olga COVALI\**

*Catedra Teoria Economică și Metodologia Cercetării*

*\*Catedra Finanțe și Bănci*

For putting in application a sanitary policy it's very important to elaborate a perfect mechanism for its finance. This mechanism comprises the resource correction for medical assistance payment, the allocation of resource and payment of production evidences (fulfillment of medical services).

În țările cu economie de piață dezvoltată, reformarea sistemului de îngrijire a sănătății a fost condiționată de **imposibilitatea creșterii finanțării în acest domeniu** în ritmuri comparabile cu cele ale creșterii necesităților populației față de diversitatea și, mai ales, calitatea serviciilor medicale. Aceasta a determinat direcționarea restructurării către creșterea eficienței sistemului de îngrijire a sănătății, bazată atât pe o mai bună organizare a întregului sistem, cât și pe investiții îndreptate către acest scop.

În țările cu economie de tranziție (așa-numitele țări post-socialiste), reformele au fost condiționate de **imposibilitatea creșterii diversității și calității serviciilor medicale** bazată numai pe alocările de la bugetul de stat, fiind astfel necesară o extindere a surselor de finanțare (exemplu: contribuțiile obligatorii ale populației) și, implicit, a fluxurilor financiare.

Înlocuirea ideologiei socialiste cu cea de piață a determinat orientarea reformelor în domeniul îngrijirii sănătății către modelele utilizate în țările cu o economie de piață dezvoltată. Această alegere a fost încurajată și de experții occidentali, care expuneau ideile lor privind organizarea sistemului de îngrijire a sănătății, respectiv adaptarea acestui domeniu, cât mai mult posibil, la condițiile de piață.

Primele state ex-socialiste/comuniste care au pășit pe calea reformei sistemului de îngrijire a sănătății au fost: Ungaria, Vietnam, Slovenia, Estonia, Lituania, Cehia și Rusia.

În Ungaria, Vietnam, Slovenia și Estonia, asigurarea medicală pe bază de contribuții obligatorii a fost introdusă în anul 1992, în Lituania, Cehia și Rusia – în anul 1993, după care au urmat Albania și Mongolia – în anul 1994 și, mai târziu, Georgia și Kazahstan – în 1997.

La baza implementării modelelor de asigurare a îngrijirilor de sănătate au stat următoarele principii:

- Finanțarea sistemului din fondul de colectare a primelor/cotelor de asigurare, achitate de triada: patronat (angajatori), sindicate (salariați) și stat (pentru șomeri, populația pauperă, persoanele private de libertate, persoanele care satisfac stagiul militar etc.);
- Participarea populației asigurate, în calitate de consumator, la finanțarea sistemului (exemple: contribuțiile personale, coplată);
- Concurența dintre producătorii/furnizorii de servicii medicale la încheierea contractelor de furnizare a serviciilor medicale;
- Dreptul asiguraților în alegerea liberă a furnizorilor de servicii medicale și a asiguratorului.

Formarea surselor financiare pentru asigurarea medicală obligatorie a avut în vedere introducerea contribuțiilor obligatorii pentru asigurarea medicală – atât pentru angajatori, cât și pentru angajați.

Practic, în toate țările resursele suplimentare (în completare) pentru finanțarea îngrijirilor de sănătate sunt **alocațiile bugetare**, care reprezintă o compensare a contribuțiilor pentru populația care nu lucrează (populația pauperă) sau pentru unele categorii speciale (de exemplu, pensionarii).

Colectarea contribuțiilor în majoritatea țărilor se realizează prin fondurile de asigurări de sănătate, gestionate de casele medicale (casele de asigurări de sănătate).

În **Kazahstan** funcția de colectare a contribuțiilor pentru asigurările medicale obligatorii a fost trecută în anul 1998 în sarcina organelor fiscale. Pe cale de consecință, gradul de colectare a sumelor destinate îngrijirilor de sănătate s-a micșorat la finele anului 1998 cu 18% (în prețuri comparabile) față de finele anului 1997. Organele fiscale considerau aceste plăți ca fiind de importanță secundară, acordându-se prioritate taxelor și impozitelor de stat. Față de fondul asigurărilor medicale obligatorii, organele fiscale nu întrebunțau activ sancțiuni și amenzi pentru neachitarea contribuțiilor pentru asigurările medicale obligatorii.

Fenomenul a fost asemănător și în **Estonia**, când după transferul (în anul 1999) sarcinii colectării de la casele medicale către agențiile fiscale s-a înregistrat o reducere a surselor acumulate cu această destinație.

Prin urmare, calitatea de asigurator al sistemului de îngrijiri de sănătate a fost preluată de către instituții specializate, create de stat (fondul asigurărilor medicale, casele medicale sau casele de asigurări de sănătate), care dispuneau de rețele teritoriale proprii. În toate țările, instituțiile specializate în asigurări de sănătate sunt, de regulă, autonome față de bugetul de stat și de Ministerul de Finanțe, deși nivelul acestei autonomii diferă de la caz la caz.

În majoritatea țărilor, structurile din teritoriu ale instituțiilor specializate au monopolizat funcțiile de asigurare și decontare a serviciilor medicale pentru toți locuitorii cu domiciliul pe teritoriul țării respective, așa încât nu au putut fi create premisele creării unei concurențe a asiguratorilor în scopul atragerii unui număr cât mai mare de asigurați (în România există o concurență – casele „paralele”, care la fel au un caracter de instituție publică, ce se va întări mai mult prin apariția caselor private conform Legii nr.85/2006 (Titlul X) concomitent cu dispariția caselor „paralele”).

Politica creării condițiilor de concurență între asiguratorii a fost pusă în aplicare doar în câteva țări.

De exemplu: în **Cehia**, în afara Fondului central de asigurări medicale (care acoperă cca 83% din populație) au fost înființate 28 de companii de asigurări private, specializate în asigurarea angajaților din unele sectoare ale economiei, după care ulterior s-au redus la 17. Asiguratorii erau puși în condiții de concurență:

- Orice cetățean are dreptul să-și schimbe asiguratorul până la de trei ori pe an;
- Asiguratorii nu au dreptul să refuze asigurarea nici unei persoane care i se adresează.

Un model asemănător se folosește și în Slovacia, unde Fondul central asigură 87% din populație.

Privatizarea furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice a reprezentat una dintre direcțiile prioritare ale reformei îngrijirilor de sănătate în toate țările din Europa de Est. Aproape pretutindeni era stimulată privatizarea cabinetelor medicale din asistența medicală primară (medicina de familie), a celor din ambulatoriul de specialitate (clinice, paraclinice, stomatologice) și mult mai puțin unitățile sanitare din asistența medicală prespitalică (de urgență) și aproape deloc sesizabilă – privatizarea unităților sanitare cu paturi (spitalele).

De exemplu, în **Cehia**, încă din anul 1995 asistența medicală ambulatorie de specialitate a fost practic integral privatizată, iar în paralel guvernul a încercat să stimuleze și privatizarea spitalelor, încurajându-i pe medici să le răscumpere în parteneriat și cu sprijinul statului. Această încercare a fost întreruptă datorită insuficienței cadrelor medicale.

În general, privatizarea mai consistentă a spitalelor și policlinicilor în țările Europei de Est nu a avut loc, în primul rând din cauza atitudinii conservatoare a medicilor, care se temeau să piardă finanțarea de la stat (inclusiv cuantumul mic al salariilor, dar sigur).

O excepție de la regulă a reprezentat-o **Germania de Est**. După unificarea țării în anul 1990 au fost lichidate aproape toate policlinicile de stat, iar medicii care lucrau în ele au fost nevoiți fie să părăsească această specialitate, fie să continue activitatea în cabinete particulare. Clădirile fostelor policlinici au fost oferite în închiriere/concesiune medicilor din cabinetele particulare spre a le răscumpăra.

Dorința de a înlocui instituțiile vechi de îngrijire a sănătății, care erau gestionate de stat, nu a fost acompaniată întotdeauna de o analiză detaliată a alternativei celei mai bune. Tranziția de la vechiul sistem al îngrijirilor de stat (care și-a arătat inconsistența și proasta gestionare a finanțării exclusive prin bugetul statului) la sistemul asigurărilor de sănătate a reprezentat la început mai degrabă o fugă de vechiul sistem decât o acțiune foarte bine gândită.

Spre exemplu, în **Estonia**, odată cu introducerea în anul 1992 a sistemului asigurărilor de sănătate obligatorii, nu a fost prevăzut un mecanism al redistribuirii veniturilor încasate de sistem între regiuni, în scopul nivelării condițiilor de finanțare a serviciilor de sănătate pentru toți cetățenii țării. Corecția s-a realizat însă în anul 1994, când a fost înființată Casa Medicală Centrală.

În cele ce urmează vom analiza **experiența Republicii Moldova în domeniul asigurărilor de asistență medicală**.

Apariția asigurărilor obligatorii de asistență medicală, sub aspectul analizării mediului socioeconomic și al fezabilității introducerii noului sistem, a avut în vedere următorii parametri:

- Starea sănătății populației în perioada de până la implementarea asigurărilor obligatorii, ale cărei niveluri scăzute demonstrau eficacitatea scăzută a vechiului sistem;

- Situația din sistemul de sănătate, sub aspectul pregătirii instituțiilor medicale pentru implementarea asigurărilor obligatorii. În acest sens, Republica Moldova deținea una dintre cele mai extinse rețele de instituții medicale din regiune;

- Revirimentul mediului socioeconomic care a urmat crizei economice din anul 1997, respectiv creșterea PIB din perioada 1997-2002;

- Testarea asigurărilor de sănătate din municipiul Chișinău, în perioada anilor 1996-1998, care a demonstrat ca în cadrul asigurărilor facultative inițiate se poate obține o finanțare suplimentară a instituțiilor medicale, raționalizarea cheltuielilor, utilizarea metodelor economice de dirijare, stimulente materiale pentru medici în funcție de performanțe, precum și o receptivitate mai înaltă a sistemului de sănătate față de preferințele pacientului;

- Procesul de pregătire și implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în raionul-pilot Hâncești. Cercetările au demonstrat că în ce privește modul de acoperire a asistenței medicale, ponderea maximală a populației s-a pronunțat pentru medicina parțial plătită – 60,04%, pentru asistența medicală gratuită – 34,90% și numai 5,06% din respondenți pentru asistența medicală integral plătită (E.Popușoi).

În conformitate cu principiile Politicii Naționale de Sănătate, a fost adoptat un set important de acte normative, printre care:

- Legea ocrotirii sănătății, nr.411-XIII/1995;
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII/1998;
- Lege cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr.1593-XV/2002;

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la fondarea Companiei Naționale de Asigurări de Medicină, nr.950/2001;

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Regulamentului de constituire și administrare a fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală, nr.594/2002;

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, nr.1636/2002;

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova despre aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, nr.1593/2003;

- Hotărârea Guvernului Republicii Moldova cu privire la aprobarea și implementarea sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, nr.507/2003.

Conform acestor legi, asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, în baza primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate. Volumul asistenței medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se prevede în Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Programul unic cuprinde lista maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală. În cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență, asigurator este Compania Națională de Asigurări în medicină și agențiile ei teritoriale. Asigurarea obligatorie se efectuează conform principiilor teritoriale și pe ramuri de producție și cuprinde toată populația Republicii Moldova.

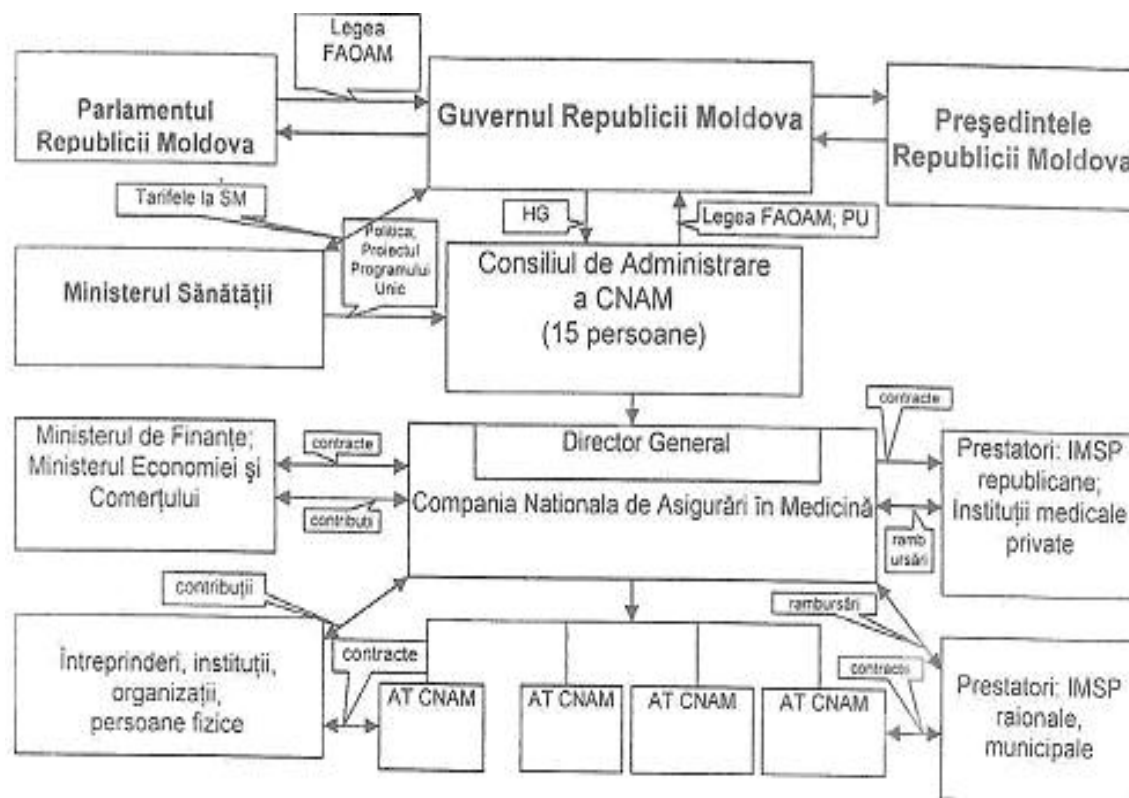
În condițiile economice noi, luând în considerație relațiile de piață, finanțarea insuficientă a sistemului sănătății, dezvoltarea serviciilor medicale cu plată a devenit un proces actual și extrem de necesar, având următoarele sarcini:

- a) extinderea posibilităților și accesului populației la servicii medicale calitative;
- b) sporirea nivelului de deservire medicală;
- c) extinderea serviciilor medico-sociale;
- d) stimularea financiară a instituțiilor medicale autogestionare (de profil consultativ, fizioterapeutic, stomatologic, secții spitalicești de îngrijire a bolnavilor etc.);
- e) dezvoltarea serviciilor medicale de diagnostic, tratament și îngrijire la domiciliu;
- f) optimizarea utilizării aparaturii medicale.

În cadrul implementării asigurărilor medicale obligatorii, **pachetul de bază de servicii medicale garantate** se va considera punctul de plecare pentru elaborarea Programului de asigurare de stat. Adoptarea pachetului de bază de servicii medicale presupune prestarea către populație, de către instituțiile medicale, a unor servicii

medicale contra plată. Volumul de realizare a acestor servicii depinde de posibilitățile populației în acoperirea cheltuielilor. Dat fiind că în instituțiile medicale nu sunt dezvoltate serviciile medicale cu plată, 80% din plățile actuale nu sunt incluse în contabilitatea instituțiilor medicale, astfel favorizând economia tenebră în sistemul sănătății.

Prezentăm mai jos graficul administrării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova.



Conform estimărilor Organizației Mondiale a Sănătății și ale altor organizații internaționale, Republica Moldova în ultimii doi ani a înregistrat rezultate pozitive în domeniul consolidării sistemului de sănătate. Optimizarea fondului de paturi în spitale, dezvoltarea susținută a asistenței medicale de urgență și a asistenței medicale primare, implementarea reușită la nivel național a asigurărilor obligatorii de asistență medicală – toate acestea reprezintă exemple distincte de reușită a programelor guvernamentale focusate pe sporirea accesibilității populației la servicii medicale de bază.

În contextul programului de acțiuni guvernamentale, întreaga populație a țării a fost repartizată în sectoare, în cadrul cărora asistența medicală se va oferi cu prioritate de către medicul de profil general (de asistență medicală primară). Astfel, au fost create 36 Centre ale Medicilor de Familie (conform structurii fostelor policlinici raionale) în orașele – centre de județe și în orașele foste centre raionale.

S-au creat deja Centre de Sănătate cu câte 2 sau până la 15 cabinete ale medicilor de familie și cu o structură de servicii auxiliare, care activează sub egida centrelor medicilor de familie.

În municipiul Chișinău, policlinicile pentru maturi, copii și consultațiile pentru femei au fost reorganizate în policlinici teritoriale mixte, care actualmente poartă denumirea de Centre ale Medicilor de Familie.

Totuși, în conformitate cu Cadrul de Cheltuieli pe Termen Mediu, pentru următorii ani se prevede majorarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală de la 5% în 2007, la 6% în 2008 și la 7% în 2009 (prin comparație, în România se realizează un proces invers, de diminuare a cotelor de contribuție de la 7% în 2006, la 6,5% în 2007, respectiv, la 5,5% în 2008 și la 5,2% în 2009).

Pe cale de consecință, cheltuielile bugetului public național pentru ocrotirea sănătății vor crește substanțial în perioadele următoare. Sursele planificate de a fi colectate vor fi destinate cu preponderență pentru acordarea serviciilor medicale individuale, serviciile publice (programele naționale) și supravegherea sanitar-epidemiologică de stat. Cota cheltuielilor pentru dezvoltarea infrastructurii și procurarea dispozitivelor medicale nu vor depăși 5-7 procente din aceste sume, fapt care necesită atragerea de fonduri externe pentru aceste necesități.

În ultimii ani, însă, pe piața serviciilor medicale se face tot mai vizibil sectorul privat al asigurărilor de sănătate, sub formă de întreprinderi individuale, unități medico-sanitare, puncte medicale, spitale private (în anul 2000 în Republicii Moldova funcționau 8 spitale private cu o capacitate de 55 paturi și 334 instituții de ambulatoriu unde activau 701 medici și 402 specialiști formând personalul medical mediu; majoritatea instituțiilor medicale private sunt de profil stomatologic, diagnostic și fizioterapeutic).

Ca o concluzie, prezentăm mai jos o succintă analiză SWOT (puncte tari/puncte slabe) a sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală:

### 1) Puncte forte:

- Apărarea intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, în baza primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate;

- Privatizarea instituțiilor de sănătate;
- Înființarea unor noi instituții medicale;
- Adoptarea unui șir de programe naționale în domeniul sănătății publice;
- Finanțări internaționale în domeniul sănătății publice.

### 2) Puncte slabe:

- Durata medie de viață se micșorează continuu;
- Creșterea mortalității populației;
- Insuficiența cadrelor medicale;
- Finanțarea insuficientă a sistemului sănătății;
- Situația precară în domeniul sănătății mamei și copilului;
- Agravarea situației maladiilor sociale (narcomania, alcoolismul, tuberculoza);
- Scăderea numărului de spitale.

Pentru politica îngrijirilor de sănătate la nivel mondial și european sunt importante, în opinia noastră, doua documente, și anume:

a) **DECLARAȚIA DE LA ALMA ATA** (12 septembrie 1978);

b) **DECLARAȚIA PRIVIND ASIGURAREA CALITĂȚII** (Maastricht, 23 iunie 1993).

*Declarația de la Alma Ata* este rezultatul Conferinței internaționale asupra îngrijirilor primare de sănătate și exprimă necesitatea unei acțiuni urgente din partea tuturor guvernelor, a tuturor lucrătorilor din domeniul sanitar și a comunității mondiale pentru promovarea sănătății tuturor popoarelor lumii.

Această Conferința internațională asupra îngrijirilor primare de sănătate cheamă la acțiune națională și internațională urgentă și efectivă în scopul dezvoltării și implementării îngrijirilor primare de sănătate în lume, în special în țările în curs de dezvoltare, într-un spirit de cooperare tehnică în concordanță cu Noua Ordine Economică Internațională. Ea cere, din partea guvernelor, OMS, UNICEF, a altor organizații internaționale, a agențiilor bilaterale, a organizațiilor neguvernamentale, din partea tuturor lucrătorilor din domeniul sanitar și din partea întregii comunități mondiale, să susțină implicarea națională și internațională în îngrijirile primare de sănătate și să canalizeze spre acestea ajutorul tehnic și financiar, în special spre țările în curs de dezvoltare. Conferința cheamă pe cei menționați mai sus să colaboreze la introducerea, dezvoltarea și menținerea îngrijirilor primare de sănătate în concordanță cu spiritul și conținutul acestei Declarații.

În ce privește *Declarația privind asigurarea calității*, de la Maastricht, aceasta este rezultatul Conferinței care a avut loc în Olanda, pentru promovarea colaborării în domeniul asigurării calității în sănătate. Conferința a fost ținută sub egida Societății Internaționale de Asigurare a Calității Sănătății (ISQA) și a fost organizată de CBO (Organizația Națională de Asigurare a Calității în spitale din Olanda).

La sfârșitul Conferinței, toți participanții au adoptat Declarația asupra Asigurării Calității în Sănătate. S-a sugerat ca fiecare țară să dezvolte recomandările conținute în Declarație prin adăugarea unor amendamente naționale în funcție de specificul fiecărei țări.

**Bibliografie:**

1. Maynard A., Dixon A. Voluntary health insurance and medical savings account: theory and experience. Funding health care: options for Europe. - Buckingham: Open University Press, 2002.
2. Schreyogg J., Stargard T., Velasco-Garrido M., Busse R. Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries // European Journal of Health Economics, suppl. 1, 2005.
3. Ciocanu M. Caracteristicile asigurărilor obligatorii de sănătate în raionul-pilot Hâncești // Curierul medical (Chișinău). - 2003. - Nr.3. - P.40-41.
4. Prisăcari I., Ciocanu M. Scopul de bază al reformei sistemului de sănătate. - În: Tezele Conferinței Științifice a USMF „N. Testemițanu”, 12-15 mai 1992. - Chișinău, 1992, p.70.
5. Ciocanu M., Ciobanu M. Asigurările sociale de sănătate // Societate, om, sănătate. - 1995. - Nr.8. - P.1-2.
6. Ciocanu M. Argumentarea științifică a strategiei de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova: Teză de doctorat. - Universitatea de Medicină „Nicolae Testemițanu”.
7. Manole Gh. Asigurările sociale de sănătate, 1998, p.14-17.

*Prezentat la 31.10.2008*