

Eficiența și transparența sistemului de sănătate din Republica Moldova

Autori:

Dumitru Budianschi

Dumitru Pinte

Mihail Ciocanu

Silvia Morgoci

Tatiana Savva

Ianuarie, 2018



Prezentul document a fost elaborat de Centrul Analitic Independent Expert-Grup în cadrul proiectului „Procesul bugetar în Republica Moldova: monitorizarea transparenței și promovarea controlului public” finanțat de Fundația Soros-Moldova.

Totodată, numai autorii sunt responsabili de afirmațiile din acest document, care nu sunt în mod necesar împărtășite de finanțator sau de persoanele care au făcut comentarii.

Expert-Grup nu adoptă poziții colective.

Contribuțiile majore a autorilor la studiul “Eficiența și transparența sistemului de sănătate din Republica Moldova” sunt:

Dumitru Budianschi, capitolul „Sistemul de sănătate al Republicii Moldova, aspecte generale” (coordonatorul studiului);

Dumitru Pintea, capitolul „Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, o reușită a bunăstării statului”;

Tatiana Savva, la capitolul „Transparența în sistemul de sănătate al Republicii Moldova”;

Silvia Morgoci, capitolul „Deficiențele din sectorul de asistență medicală primară”;

Mihail Ciocanu, capitolul „Sectorul spitalicesc: necesități reale în consolidare și optimizare”

Cuprins

Introducere	4
Sistemul de sănătate al Republicii Moldova, aspecte generale	5
Abordarea sistemică în sănătate	5
Starea sănătății în Republica Moldova	8
Tipul sistemului de sănătate în Republica Moldova	11
Concluzii și recomandări.....	14
Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății - o reușită a bunăstării statului.....	16
Aspecte generale privind finanțarea sistemului de sănătate	16
Mecanismul de finanțare a sistemului național de ocrotire a sănătății.....	18
Resursele publice destinate ocrotirii sănătății	21
Programul unic al AOAM.....	22
Sustenabilitatea sistemului de sănătate autohton	24
Concluzii și recomandări.....	27
Transparența sistemului de sănătate al Republicii Moldova	29
Ce înseamnă transparența în sănătate și care este rolul ei?	29
Abordări de open data în sănătate.....	32
Care sunt datele deschise în sănătate?	32
Evaluarea transparenței sistemului de sănătate al Republicii Moldova	41
Metodologia de evaluare a cadrului de transparență a sistemelor globale de sănătate	41
Concluzii și recomandări.....	48
Deficiențele sectorului de asistență medicală primară	50
Apariția și implementarea conceptului „medicina de familie” în Republica Moldova	50
Norme, reglementări și realități	51
Concluzii și recomandări.....	56
Sectorul spitalicesc: necesități reale în consolidare și optimizare	58
Eficiența și eficacitatea sectorului spitalicesc	58
Conceptul de consolidare a spitalelor în Republica Moldova	62
Concluzii și recomandări pentru sectorul spitalicesc.....	64
Concluzii și recomandări generale	66

Introducere

Fiecare țară în funcție de parcursul istoric, conceptul statului și dezvoltarea economică și-a dezvoltat propriul sistem de sănătate. În ciuda faptului că sistemele de sănătate sunt atât de diverse, totuși acestea au și foarte multe lucruri în comun, deoarece, în esență, îndeplinesc aceleași funcții și au aceleași scop. Astfel, în anumite condiții schimbul de experiență între țări privind rezolvarea unor probleme similare sau a modului de a răspunde la provocărilor comune sunt foarte utile. Pentru Republica Moldova – un stat în tranziție de la o societate bazată pe proprietatea de stat și o economie centralizată, experiența altor state la acest subiect are o importanță și mai mare deoarece poate fi utilizată în procesul de reformare a sistemului de sănătate.

Scopul acestui studiu este de a contribui la deschiderea sistemului de sănătate prin oferirea unei viziuni integratoare asupra transparenței sistemului de sănătate și să scoată în evidență rezultatele și modul în care sistemul este finanțat și gestionat. Astfel, în studiu sunt abordate subiecte ce țin de funcționalitatea sistemului în ansamblu, și mai puțin domeniile specifice ale sistemului de sănătate. Studiul conține 5 capitole de bază, introducerea și un capitol de concluzii și recomandări generale. Fiecare capitol de bază conține la rândul său un subcapitol de concluzii și recomandări specifice.

Primul capitol este dedicat abordării sistemice în sănătate. În acesta sunt descrise cele mai importante noțiuni, funcțiile, obiectivele și componentele sistemului de sănătate. În primul subcapitol au fost prezentate rezultatele recente înregistrate de sistemul de sănătate moldovenesc utilizând cei mai importanți indicatori, inclusiv și indicii de acces și calitate (HAQ). Pentru evaluarea eficienței sistemului de sănătate a fost utilizat și HAQ raportat la cheltuielile totale din sănătate. Cel de-al doilea subcapitol a fost dedicat problemei clasificării sistemelor de sănătate și identificării tipului sistemului moldovenesc, respectiv din această perspectivă a fost prezentată și o analiză succintă a sistemului pe dimensiunea finanțării, prestării serviciilor și modului de reglementare.

Subiectul finanțării sistemului de sănătate a fost analizat detaliat în **capitolul doi**. În acest capitol sunt descrise mecanismele de finanțare ale sănătății, proveniența resurselor financiare, precum și modalitatea de acumulare și alocare ale acestora. De asemenea, a fost evaluată și sustenabilitatea sistemului de sănătate.

Subiectul central al acestui studiu, transparența sistemului de sănătate din Republica Moldova este descris în **capitolul trei**. Pentru prima dată în Republica Moldova, utilizând o metodologie consacrată la nivel internațional, a fost efectuată o evaluare a nivelului de transparență în sănătate. De asemenea, a fost descris conceptul datelor deschise în sănătate și prezentate toate informațiile cu privire la metodologia aplicată.

În **capitolul patru** sunt descrise principalele probleme cu care se confruntă sectorul de asistență medicală primară. În acest sens, a fost dezvoltat conceptul de „medicina de familie”, apariția și implementarea acestuia în Republica Moldova. De asemenea, a fost analizat cadrul normativ cu privire la acest sector și identificate problemele pe cinci dimensiuni, inclusiv pe funcționalitatea sistemului de programare, durata timpului de așteptare pentru consultație și circuitul pacientului în ciclul: medic de familie-pacient-medic specialist-investigații/examinări paraclinice.

Ultimul din capitolele de bază este dedicat sectorului spitalicesc. Acesta conține o analiză succintă a modului în care acest sector este organizat și funcționează. De asemenea, este prezentată și o nouă perspectivă asupra conceptului de consolidare a spitalelor în Republica Moldova.

Studiul se încheie cu un capitol de concluzii și recomandări generale.

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova, aspecte generale

În capitol este dezvăluită esența sistemului de sănătate prin prezentarea celor mai importante noțiuni, elemente, funcții și obiective ale acestuia. O importanță deosebită a fost acordată evaluării nivelului de performanță a întregului sistem în comparație cu un grup de țări relevante, precum și estimarea eficienței rezultatelor sistemului de sănătate în baza indicelui de acces și calitate (HAQ), dar și cheltuielilor totale în sănătate. De asemenea, este analizată tipologia sistemelor de sănătate existente pentru a identifica tipul sistemului de sănătate al Republicii Moldova.

Abordarea sistemică în sănătate

În viața de zi cu zi oamenii utilizează noțiunea de „sănătate” fără a întâmpina careva greutăți în înțelegerea acestei noțiuni. Totodată, atunci când vine vorba despre organizarea serviciilor de sănătate, perceperea intuitivă este insuficientă. Cu cât mai mult ne gândim la semnificația acestei noțiuni, ne dăm seama că în realitate avem de a face cu un concept profund, dinamic și cuprinzător. Ce este sănătatea? Este sănătatea o resursă limitată prin care se manifestă însăși viața și cu care indivizii sunt înzestrați la naștere? Este o stare biologică, sau ține și de relațiile și interacțiunea indivizilor și colectivităților? Este un bun sau o resursă economică? Acestea sunt doar câteva din întrebările care pot apărea atunci când încercăm să definim noțiunea de Sănătate.

Una din cele mai utilizate definiții date de Organizația Mondială a Sănătății este¹:

„Sănătatea este o stare completă de bunăstare fizică, mentală și socială și nu doar o absență a bolii sau a infirmității.”

Aceasta este doar una din multiplele definiții, care relevă aspecte noi ale sănătății. Definirea și înțelegerea noțiunii de sănătate este foarte importantă în contextul definirii altor noțiuni fundamentale în raport cu sănătatea, cum ar fi: serviciile medicale, politicile de sănătate, prestarea serviciilor medicale, organizarea și prestarea acestora.

Una din noțiunile de bază ale acestui sector ce rezultă direct din termenul de sănătate este **„sistemul de sănătate”**. Ca și orice sistem, sistemul de sănătate este format din elemente, relațiile dintre ele ce se formează și se manifestă ca un întreg, inclusiv prin urmărirea scopului (scopurilor) intrinsec. Astfel, în raportul² OMS din 2000 sistemul de sănătate a fost definit ca „toate activitățile ale căror scop principal este de a promova, restabili sau menține sănătatea” și conține 3 obiective fundamentale³:

- îmbunătățirea sănătății populației (obiectivul primordial);
- a răspunde la așteptările populației (vis a vis de sănătate);
- oferirea unei protecții financiare împotriva costurilor în caz de boală.

Din elementele sistemului de sănătate fac parte: guvernul, asiguratorii, prestatorii de servicii, pacienții, instituțiile de expertiză, angajatorii, asociațiile etc. Din altă perspectivă, sistemul de sănătate poate fi caracterizat prin funcțiile pe care acesta le îndeplinește⁴: *supervizare, prestare de servicii, finanțare asigurare cu resurse* (forța de muncă, cunoștințe, etc). O

¹ Constituția Organizației Mondiale a Sănătății, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

² World Health Organization, The World health report 2000 : health systems : improving performance. ISBN 92 4 156198 X

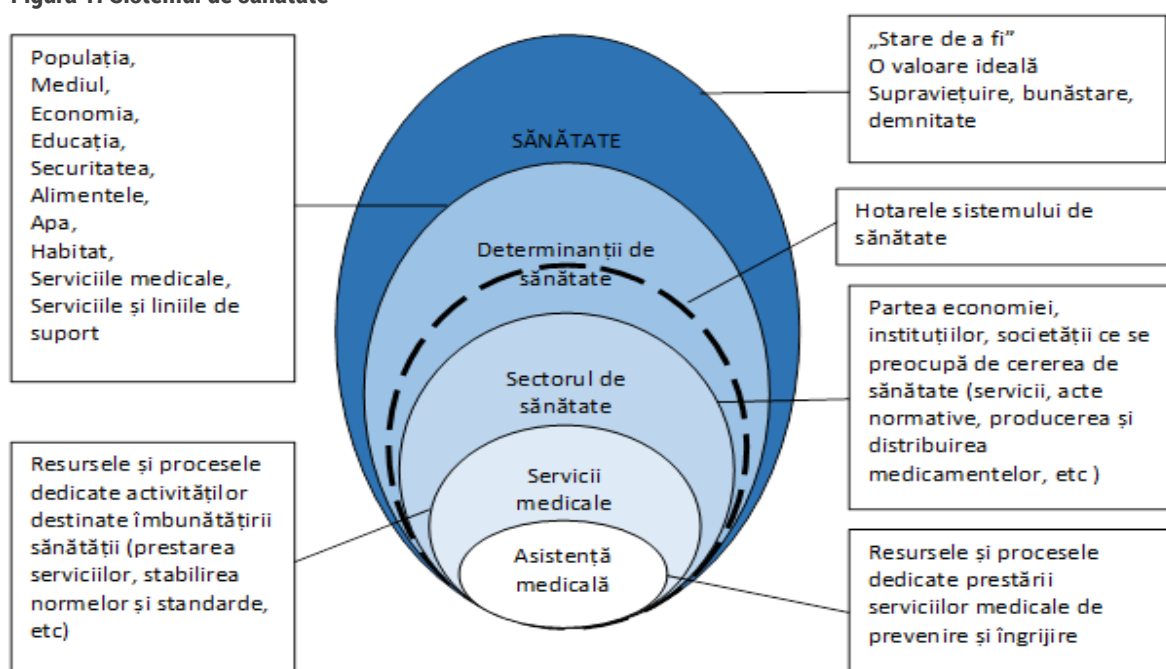
³ idem

⁴ Healthy Development: The World Bank Strategy for HNP Results, Annex L—April 24, 2007

reprezentare a sistemului de sănătate⁵ în conformitate cu definiția dată de OMS este prezentată în Figura 1. Linia întreruptă din figură reprezintă hotarul sistemului de sănătate.

După cum se poate vedea sistemul de sănătate este un sistem deschis, creat de oameni pentru sănătatea umană și, în consecință, diferă în funcție de regiune, țară, nivel etc. Mai mult ca atât, însuși conceptul de sistem de sănătate se află într-o permanentă evoluție și schimbare. Definirea sistemului de sănătate, dezvoltarea acestui concept la nivel teoretic permite determinarea hotarelor și principalelor elemente, funcțiilor și obiectivelor sistemului de sănătate, care pot servi la o mai bună evaluare și comparare ale acestora. În acest context, sarcina evaluării și comparării sistemelor de sănătate a fost și rămâne pe agenda celor mai importante organizații internaționale ce se ocupă de acest sector, OMS; OECD, BM; UE, dar și diferitor proiecte și programe.

Figura 1. Sistemul de sănătate



Sursa: Preluat din „Review of world bank's experience with country-level health system analysis”⁶

Pentru a dispune de mecanisme clare de evaluare și comparare a performanțelor sistemelor de sănătate, în primul rând, este necesară o definiție clară a sistemului de sănătate⁷. Astfel, în Figura 2 reprezintă sistemul de sănătate prin gruparea elementelor acestuia în trei componente de bază: *contextul, sistemul serviciilor de sănătate și rezultatele de impact*. În dezvoltarea modelelor teoretice este important ca acestea să ajute la clarificarea relațiilor dintre inputuri, elementele contextuale și rezultatele de impact. În modelul prezentat componenta de impact are patru dimensiuni care trebuie luate în vedere la evaluarea performanțelor sistemelor: *factorii de risc, echitatea, impactul economic și sensibilitatea*⁸.

La analiza sistemului de servicii medicale este important ca serviciile medicale să includă cele patru valori comune adoptate de țările membre a UE: *universalitatea, solidaritatea, echitatea, calitatea înaltă a serviciilor*⁹. Pentru evaluarea comprehensivă a

⁵ Ricardo Bitrán, Paulina Gómez, Liliana Escobar and Peter Berman, HND discussion paper: Review of world bank's experience with country-level health system analysis, BM, 2010

⁶ idem

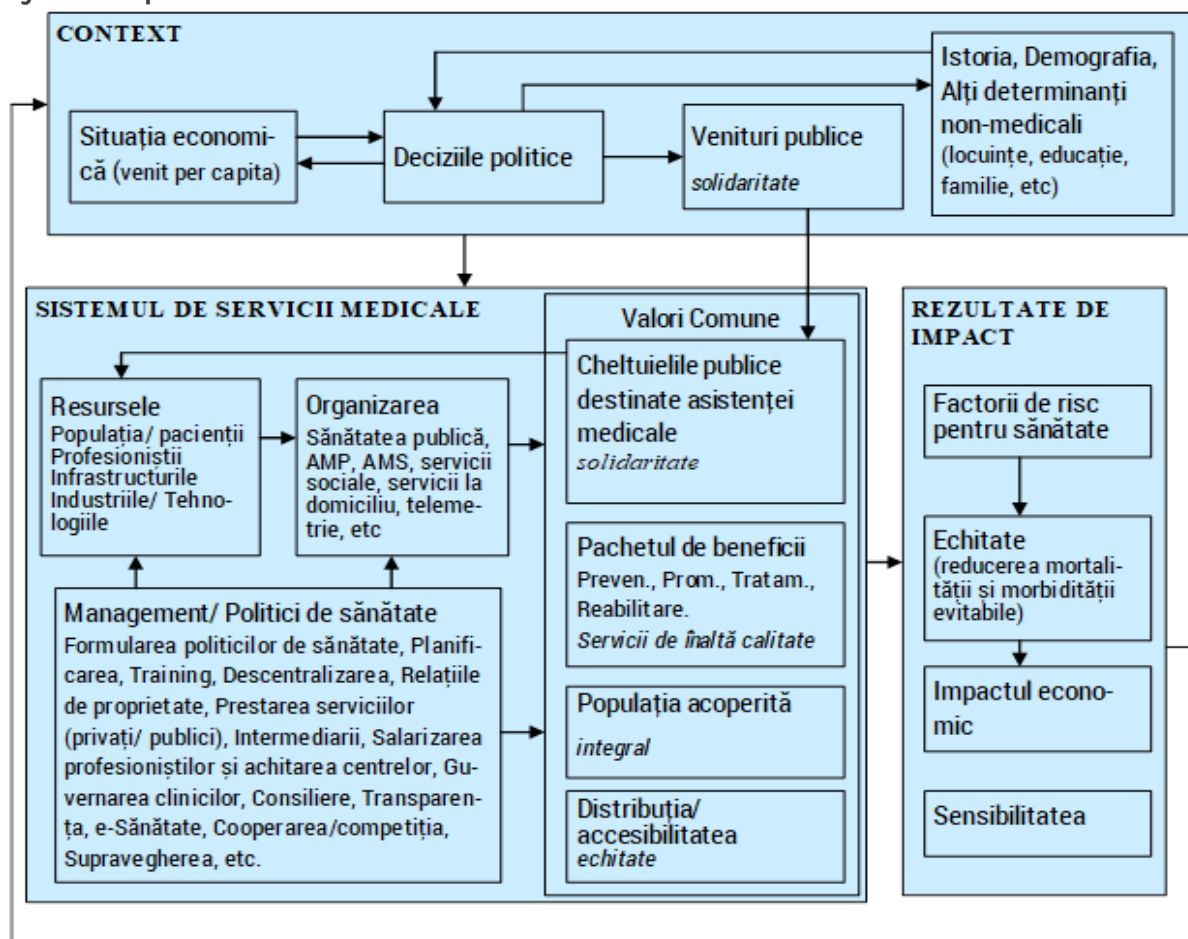
⁷ Expert Panel on effective ways of investing in Health: Definition and Endorsement of Criteria to Identify Priority Areas When Assessing the Performance of Health Systems, 2014

⁸ idem

⁹ *Universalitatea*, înseamnă "că nimănui nu i se interzice accesul la îngrijiri medicale"; *Solidaritatea*, - este o dimensiune cheie, care implică o "finanțare echitabilă", care poate asigura solidaritatea riscului de îmbolnăvire și solidaritatea veniturilor (cei mai bogați îi sprijină pe cei săraci); *Echitatea*, de obicei este împărțită în două părți, în echitatea la utilizarea serviciilor medicale și în echitatea la finanțare; *Accesul la îngrijire de bună calitate* se referă la coșul de

performanței sistemului de sănătate, la nivel internațional au fost elaborate mai multe seturi de indicatori. Setul sub denumirea „Principalii indicatori de sănătate în Europa” (EHI) este rezultatul unei cooperări pe termen lung dintre statele membre ale UE, Comisia Europeană, Eurostat, OMS, OECD și alte organizații internaționale, cu scopul de a crea un sistem de informații și cunoștințe comparabile în domeniul sănătății. Principalul scop al acestui set este monitorizarea sănătății la nivelul UE. Astfel, în prezent lista cuprinde 88 de indicatori care acoperă 12 domenii de politici, din care circa 60 de indicatori deja sunt completați cu datele respective¹⁰.

Figura 2. Componentele sistemului de sănătate



Sursa: Preluat din „Expert Panel on effective ways of investing in Health”¹¹, traducerea autori

Din definiția sistemului și reprezentările grafice de mai sus se poate observa că sistemul de sănătate conține și elemente care nu se află sub controlul total, sau măcar parțial al autorităților responsabile de sănătate, în cazul Republicii Moldova, a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. În special acest lucru se referă la următorii determinanți ai sănătății: economia, mediul, populația, educația, alimentele, etc. Astfel, ținând cont de faptul că sistemul de sănătate este unul deschis, este necesar ca Ministerul să îmbunătățească legătura pe fiecare determinant. Factorii care sporesc riscul de apariție a cancerului și altor boli, traume, sunt, deseori, în afara controlului instituțiilor din sistemul de sănătate, însă aceștia influențează puternic rezultatele de impact ale sistemului de sănătate. Prin urmare, pentru a obține rezultate de impact bune,

îngrijire a sănătății la care cetățenii au dreptul (în sistemul public de îngrijire a sănătății) și calitatea acestor servicii. În afară de gama de servicii incluse, include și tipul de furnizori care oferă serviciile, etc.

¹⁰ Indicatorii principali de sănătate europeni (EHI), cunoscuți anterior ca Indicatori de sănătate ai Comunității Europene, sunt rezultatul unei cooperări pe termen lung între statele membre ale UE și Comisia Europeană. Trei proiecte ECHI (1998-2001, 2001-2004, 2005-2008) finanțate în cadrul programelor UE în domeniul sănătății au stabilit primele liste de indicatori ECHI, având ca scop crearea unui sistem de informații și cunoștințe comparabile privind sănătatea pentru monitorizarea sănătății la nivelul UE.

¹¹ idem

sistemul de sănătate trebuie să fie capabil să diminueze influența factorilor de risc (ceea ce presupune o bună colaborare cu instituțiile din afara sistemului), iar pe de altă parte, să evalueze cât mai bine situația pentru a crea cele mai bune mecanisme de reacție la influențele acestora asupra stării de sănătate.

Prin Strategia¹² națională de prevenire și control al bolilor netransmisibile pentru anii 2012–2020 se dorește anume crearea unui „complex de măsuri la nivel interministerial și local de prevenire, control, informare” pentru „evitarea morții premature și reducerea semnificativă a poverii bolilor netransmisibile în rândul populației”. Însă, implementarea acestei Strategii are loc destul de lent, iar rolul instituțiilor din sistemul de sănătate în implementarea politicilor orizontale este destul de redus. Acțiuni recente, în această direcție au fost elaborarea și aprobarea legii cu privire la controlul tutunului, aprobată cu mari dificultăți și concesiile pentru industria de tutun, dar și aprobarea „Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2021” și „Planul de acțiuni privind implementarea acestuia” de către Guvernul RM. În alte domenii, rolul autorităților din sistemul de sănătate este limitat sau chiar lipsește, de exemplu securitate, mediu, alimente, promovarea modului sănătos de viață.

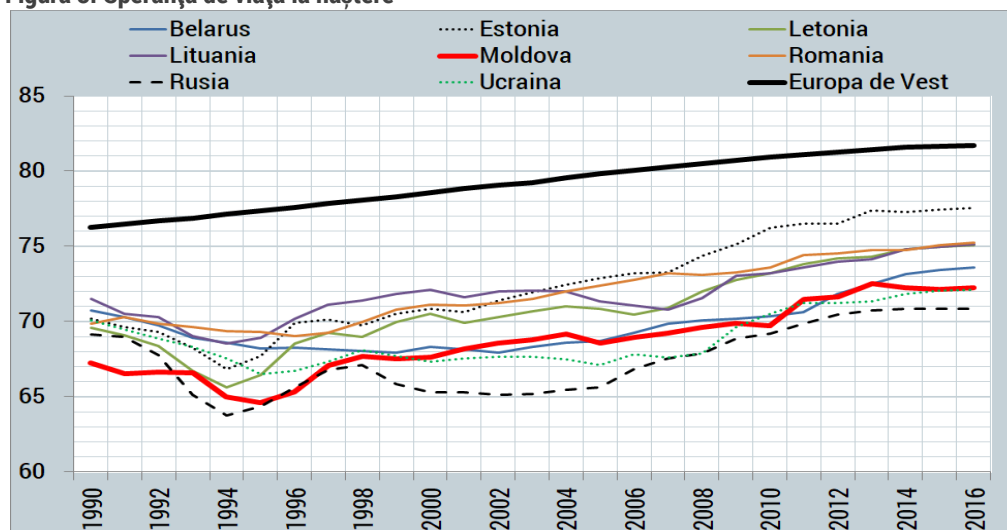
Starea sănătății în Republica Moldova

Ținând cont de definiția termenului de sănătate și a sistemului de sănătate este important să definim modalitățile prin care poate fi măsurat nivelul de sănătate. În acest sens, la nivel internațional sunt utilizați un șir de indicatori, printre care și:

1. Speranța de viață la naștere
2. Mortalitatea copiilor sub 5 ani (sub un an și 1-4 ani)
3. Ani de viață ajustați la incapacitate (reprezintă anii de viață sănătoși pierduți)
4. Indicatorul de acces și calitate a serviciilor medicale (Healthcare Access and Quality Index)

Pentru analiza generală a stării de sănătate vor fi analizați indicatorii menționați în perioada anilor 1990-2016, dar și raportați la alte țări. La alegerea țărilor s-a ținut cont preponderent de proximitatea geografică și de condițiile inițiale ca sisteme sociale. De asemenea, pentru referință sunt reprezentate și datele pe grupul țărilor din Europa de Vest.

Figura 3. Speranța de viață la naștere

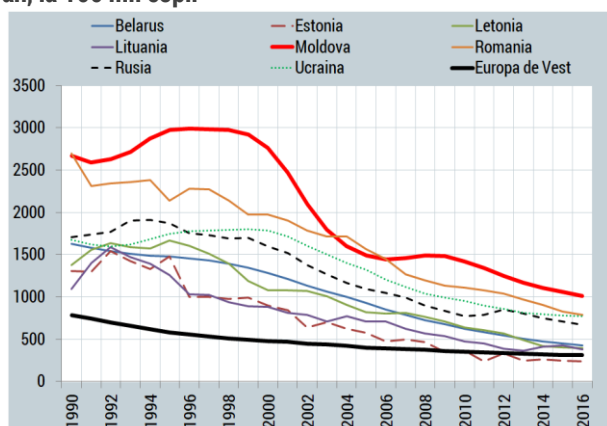


Sursa: Calculele autorului în baza datelor Global Burden of Disease

¹² Strategia a fost aprobată prin Hotărârea Parlamentului nr. 82 din 12.04.2012, <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=343682>

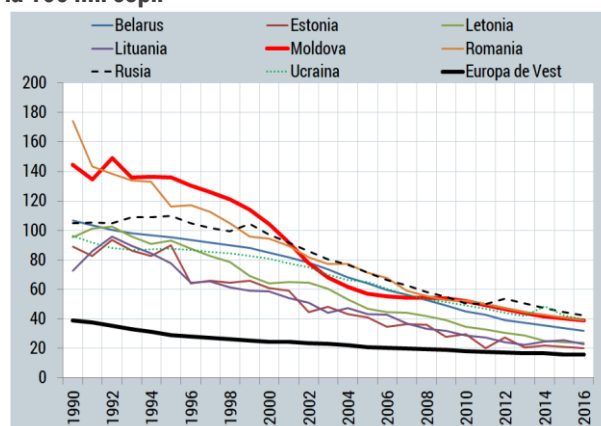
Republica Moldova face parte din grupul de țări cu cea mai joasă speranță de viață din Europa (Figura 3), în 2016 aceasta a fost de 72,2 ani, alături de Rusia (70,9 ani) și Ucraina (72,1 ani). La începutul perioadei, din toate țările analizate, Republica Moldova avea cel mai jos nivel al speranței de viață, înregistrând o creștere relativ bună față de anul 1990, de 5 ani. Totodată, această creștere a fost insuficientă pentru a diminua decalajul față de grupul de referință (țările din Europa de vest), care a înregistrat un progres de 5,4 ani, astfel decalajul chiar a sporit de la 9 ani în 1990 la 9,4 ani în 2016. Estonia a reușit să se apropie cel mai mult de grupul de referință, având în 2016 un decalaj de doar de 4,1 ani în timp ce Rusia a înregistrat cel mai mare decalaj de 10,1 ani.

Figura 4. Rata mortalității la copii cu vârsta de până la un an, la 100 mii copii



Sursa: Calculele autorului în baza datelor Global Burden of Disease.

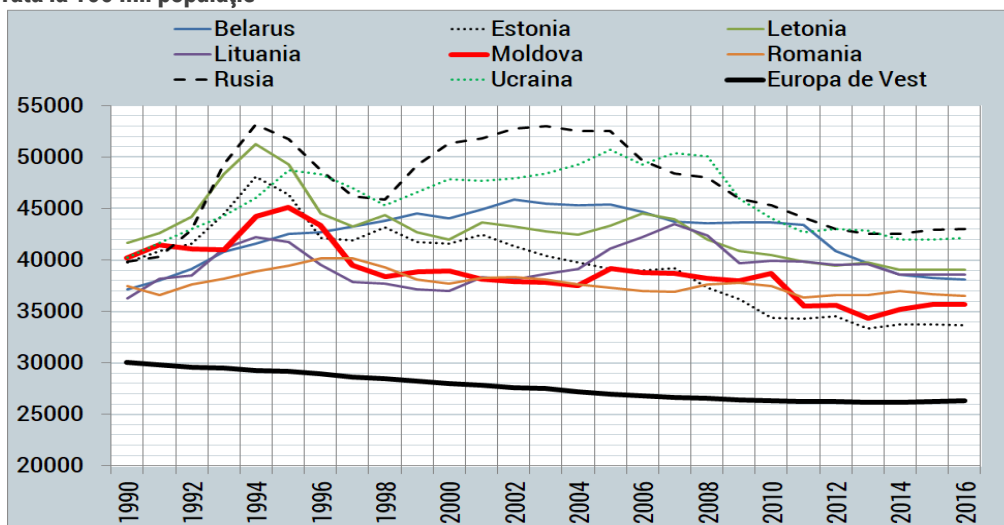
Figura 5. Rata mortalității la copii cu vârsta de la 1 la 4 ani, la 100 mii copii



Sursa: Calculele autorului în baza datelor Global Burden of Disease

Un alt indicator folosit la măsurarea stării de sănătate este mortalitatea copiilor cu vârsta de până la 5 ani. Analiză situației la acest capitol va fi efectuată separat pe 2 categorii de vârstă: de până la un an (Figura 4) și cu vârsta de la 1 la 4 ani (Figura 5). Cu părere de rău, pe ambele categorii de vârstă Republica Moldova înregistrează printre cele mai joase rezultate din Europa. Chiar dacă în timp acești indicatori în cazul Republicii Moldova, au înregistrat cele mai mari progrese, în comparație cu alte țări, situația continuă să fie destul de îngrijorătoare. În mod special, pe grupa de vârstă de până la un an situația este extrem de alarmantă. Pentru ambele grupe de vârstă țările baltice sunt un bun exemplu, care au reușit să se apropie de media pe țările din Europa de Vest, iar Estonia la categoria de vârstă de până la un an a reușit chiar să depășească grupul de referință.

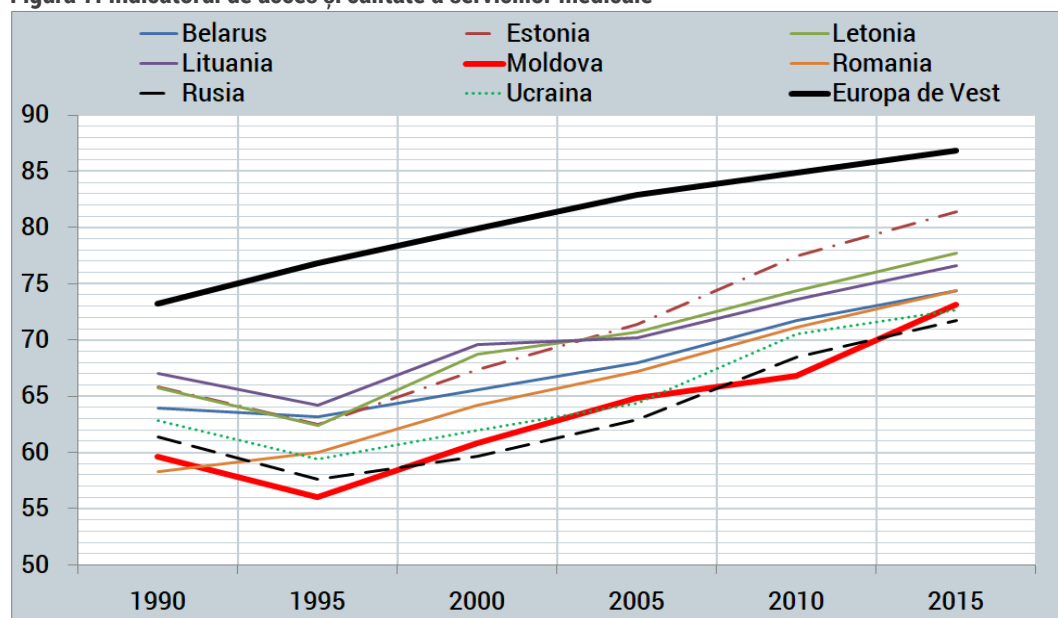
Figura 6. Ani de viață ajustați la incapacitate (reprezintă anii sănătoși de viață pierduți), rata la 100 mii populație



Sursa: Calculele autorului în baza datelor Global Burden of Disease

Un alt indicator integrator utilizat la evaluarea performanței generale a sistemului de sănătate este numărul de ani sănătoși pierduți din viață ¹³, acesta reprezintă suma anilor de viață trăiți cu dezabilitate și a anilor pierduți din cauza decesului prematur (Figura 6). Conform acestui indicator Moldova ocupă o poziție mai bună, comparativ cu alte țări din Europa de Est. Totodată, în comparație cu evoluția mediei din grupul țărilor de referință, Moldova a redus foarte puțin din decalaj. Potrivit acestui indicator, Estonia a înregistrat cel mai bun rezultat, inclusiv și în apropierea față de țările din Europa de Vest.

Figura 7. Indicatorul de acces și calitate a serviciilor medicale



Sursa: Calculele autorului în baza datelor Global Burden of Disease

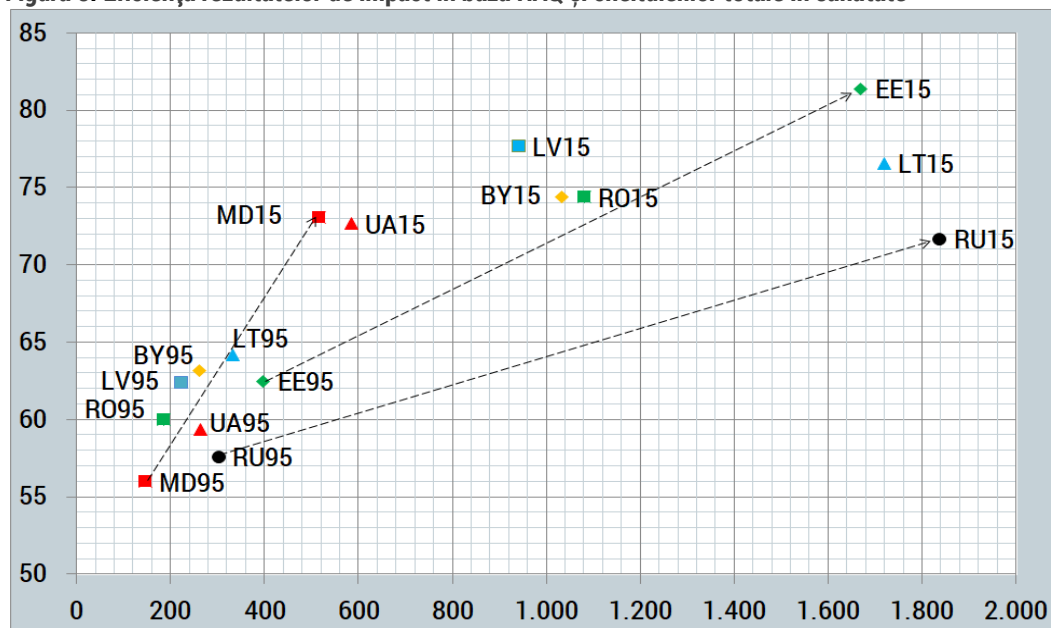
Indicatorul de acces și calitate al serviciilor medicale (Healthcare Access and Quality Index) este un alt mod de a măsura performanța sistemului de sănătate. Acesta este un indicator agregat care se calculează în baza ratelor de mortalitate din cauze care nu ar trebui să fie fatale în prezența unor servicii medicale efective. Indicatorul poate lua valori de la 0 la 100, o valoare mai mare înseamnă un rezultat mai bun. Conform acestui indicator, Republica Moldova demonstrează un rezultat și o evoluție inferioară comparativ cu întreg grupul de țări analizate. Cel mai grav este că în 25 de ani Republica Moldova nu a reușit să reducă din diferența față media pe țările din Europa de Est. Mai rău, acest decalaj chiar s-a majorat față de anul 1995 de la 13,6 puncte la 13,7 în 2015, cu o medie pe toată perioada de circa 17 puncte (Figura 7).

Pentru a evalua eficiența rezultatelor de impact al sistemului de sănătate din Moldova s-a utilizat indicele HAQ raportat la cheltuielile totale per cap de locuitor, calculat în dolari USA, la paritatea puterii de cumpărare. În Figura 8 sunt reprezentate pozițiile țărilor în anul 1995 și 2015 în funcție de volumul cheltuielilor totale per cap de locuitor ¹⁴ și a nivelului HAQ. Astfel, putem observa și compara rezultatul obținut, comparativ cu efortul financiar depus pentru fiecare țară. Rezultatele, în cazul Republicii Moldova, relevă o eficiență bună și cel mai înalt randament. Din figură se poate observa că, de exemplu, Rusia înregistrează un rezultat mai jos decât Moldova, însă cheltuielile de câteva ori mai multe. Se mai poate observa că Estonia a cheltuit și ea destul de mult pentru a obține rezultate bune, în rândul țărilor analizate, cu toate acestea nu putem afirma univoc că Estonia nu este eficientă, din motiv că dependența dintre cheltuieli și rezultat nu este una liniară, pentru fiecare unitate suplimentară a HAQ costurile cresc neliniar.

¹³ Anii de viață ajustați la handicap (DALY) reprezintă suma anilor de viață cu dizabilități temporare (YLD) și anilor pierduți în rezultatul decesului prematur (YLL). Acest indicator se mai numește anii sănătoși de viață pierduți (din cauze temporare sau deces prematur), Global Burden of Disease (GBD).

¹⁴ Ținând cont că datele pentru cheltuieli nu au fost disponibile pentru anul 2015 iar indicele HAQ nu este disponibil pentru 2014, au fost folosite datele privind cheltuielile prezentate pentru 2014.

Figura 8. Eficiența rezultatelor de impact în baza HAQ și cheltuielilor totale în sănătate



Sursa: Calculurile autorului în baza datelor Global Burden of Disease și OMS

Notă: Axa verticală reprezintă valoarea HAQ (valori de la 0 la 100 puncte), iar axa orizontală cheltuielile totale pentru sănătate per cap de locuitor în Dolari SUA la paritatea de cumpărare. Cifrele după codul țării reprezintă anul, astfel pentru fiecare țară este prezentată poziția în 1995 și cea din 2015. Totodată, ținând cont că datele pentru cheltuieli nu au fost disponibile pentru anul 2015 iar indicele HAQ nu este disponibil pentru 2014, au fost folosite datele privind cheltuielile prezentate pentru 2014.

În același timp, rezultatul bun al Republicii Moldova la capitolul eficiență, comparativ cu alte țări poate fi pus la îndoială de acuratețea cu care sunt evaluate cheltuielile private. În primul rând, aici ne referim la acuratețea evaluării cheltuielilor informale efectuate de gospodării. Astfel, în condițiile unei evaluări mai exacte a plăților informale, rezultatul înregistrat de Moldova nu ar fi atât de bun, deoarece cheltuielile ar crește. Cu toate acestea, Republica Moldova și-ar menține un rezultat relativ bun în comparație cu țările analizate.

Analiza datelor prezentate ne arată că rezultatele sistemului de sănătate sunt destul de slabe în comparație cu țările din Europa de Vest și chiar cu fostele țări socialiste din regiune. Această concluzie se referă nu doar la nivelul rezultatelor actuale, ci și la întreaga evoluție din perioada analizată. Chiar dacă anumite progrese au fost înregistrate, acestea, de regulă, nu au fost suficiente pentru a diminua discrepanța dintre rezultatul țărilor din Europa de Vest și Moldova, mai rău pe anumite poziții discrepanța chiar s-a majorat. Rezultatul relativ bun înregistrat la capitolul eficienței sistemului trebuie tratat cu mare grijă și precauție. Pentru a menține un nivel bun cu privire la eficiență, Moldova trebuie să majoreze cheltuielile în conformitate cu obiectivele ce urmează a fi atinse. În caz contrar, există riscul că majorarea cheltuielilor nu va produce și un rezultat pe măsură, astfel eficiența sistemului de sănătate va descrește dramatic. Analiza datelor pe mai multe țări ne sugerează că sporirea cu o unitate a performanței sistemului de pe o poziție mai înaltă necesită mai multe resurse decât pentru pozițiile de mai jos. Astfel, pentru diminuarea riscurilor de alocare inefficientă a resurselor sunt necesare măsuri efective de planificare strategică și crearea unui mediu de activitate a prestatorilor de servicii ce ar garanta o eficiență înaltă în procesul de prestare a serviciilor medicale.

Tipul sistemului de sănătate în Republica Moldova

Clasificarea sistemelor de sănătate este importantă din mai multe puncte de vedere, cum ar fi compararea între țări, identificarea tendințelor generale, sistematizarea bunelor practici și a experienței. În prezent, la nivel european și mondial au existat mai multe încercări de clasificare. Analiza literaturii pe acest subiect relevă faptul că, în acest moment, nu există o singură clasificare care ar cuprinde toate aspectele și tendințele de schimbare ale sistemelor. Una dintre abordările în

clasificarea sistemelor de sănătate are la baza criteriul de proprietate, aplicat pe 3 dimensiuni¹⁵: *finanțare, prestare de servicii și de reglementare* (guvernare). Astfel, dacă pentru fiecare dimensiune luăm în calcul posibilitatea implicării a 3 tipuri de actori: (a) publici, (b) non-guvernamentali (sau societali) și (c) privați, pot fi definite 27 tipuri de sisteme. Dintre acestea, putem distinge 3 tipuri „ideale”, în care toate cele trei dimensiuni sunt bazate exclusiv pe un singur tip de proprietate, adică¹⁶: (i) finanțarea publică, prestarea publică, reglementarea publică; (ii) finanțarea privată, prestarea serviciilor de sectorul privat, reglementarea privată (iii) finanțarea societală, prestarea serviciilor de către asociații și reglementarea efectuată de asociații. Aceste se numesc „ideale” deoarece este foarte mică probabilitatea ca toate cele trei dimensiuni să fie bazate pe un singur tip de actori.

De asemenea, pe lângă tipurile „ideale” mai există un șir de tipuri puțin probabile, tipuri, care, de exemplu, ar fi reglementate integral de sectorul privat, sau ar presta servicii integral de sectorul non-guvernamental. În realitate tipurile sistemelor de sănătate sunt mixte și diferă în funcție de cota parte deținută de unul din sectoarele menționate, public sau cel privat. În continuare vom prezenta poziția pe care se clasează Republica Moldova, în funcție de cele 3 dimensiuni.

Finanțarea

Din punct de vedere al finanțării sistemului de sănătate, Republica Moldova este o țară cu o pondere mare de finanțare din surse private. În perioada 2005-2014, acestea au constituit în medie 52,5% din cheltuielile totale pentru sănătate. În comparație cu alte țări europene, Republica Moldova face parte din cele 6 țări cu ponderi, în medie de peste 50% ale finanțării private din total. Ponderi la fel de mari se mai înregistrează doar în Albania (52,9%), Cipru (55,4%), Armenia (55,8%), Georgia (80,6%), Azerbaidjan (80,7%). În timp ce cele mai mici ponderi sunt înregistrate în Luxemburg (14,7%), țări ca România și Estonia înregistrează ponderi de 19,5% și respectiv 21,5%.

Astfel, pe dimensiunea finanțării, Republica Moldova poate fi clasificată drept o țară cu o finanțare preponderent privată a sistemului de sănătate. Această constatare în sine nu are o semnificație pozitivă sau negativă, deoarece nu există o opinie internațional acceptată privind structura optimă de finanțare, ca distribuție între sursele publice și cele private. De regulă, structura de finanțare este rezultatul tipului politic și structurii statului, dar și a capacităților economice ale acestuia. Totodată, sursa de finanțare este importantă în determinarea rolului statului în sistemul de sănătate și dezvoltarea acestuia. În acest sens, este important ca toate veniturile colectate în sistemul de sănătate să fie contabilizate, iar sectorul public de sănătate să-și definească în mod realist și strict capacitatea financiară de a oferi servicii medicale. Aceasta ar oferi un nivel de referință pentru reformele menite să sporească protecția financiară împotriva costurilor în caz de boală, cu o ulterioară diminuare a finanțării din surse private în favoarea celor publice, atunci când capacitatea economică permite.

Prestarea serviciilor

Cea mai mare parte din serviciile medicale din Moldova sunt prestate de sectorul public. Circa 94% din totalul vizitelor la medic se fac în sectorul public¹⁷. Totodată, după **numărul de unități**, situația diferă semnificativ în funcție de tipul instituțiilor medicale. Astfel, ponderea spitalelor publice este de circa 84%, în timp ce ponderea **instituțiilor medicale de tip ambulatoriu sau policlinica care acorda ajutor medical populației** este de doar 42%. În aceste condiții rezultatele potrivit cărora 94% de vizite la medic se fac în instituțiile publice nu arată credibil, deoarece numărul vizitelor în ambulatoriu în instituțiile private

¹⁵ Claus Wendt, Lorraine Frisina and Heinz Rothgang, Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison, Social Policy & Administration, Vol. 43, No. 1, February 2009, pp. 70–90, ISSN 0144–5596 DOI: 10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x

¹⁶ Fără a intra în discuții mai profunde privind structura societății, în linii mari se poate spune că societatea este constituită din 3 sectoare: (i) sectorul public, constituit din autoritățile publice, instituțiile publice și agenții economici cu un capital majoritar al acestora, (ii) sectorul privat, ce este reprezentat de cetățenii și agenții economici formați de aceștia, și (iii) sectorul asociativ, care reprezintă asociații non-profit formate de cetățeni sau de alte asociații. În materialul prezentat noțiunile sectorul non-guvernamental, asociativ și societal se utilizează ca sinonime.

¹⁷ Accesul populației la serviciile de sănătate, 2017, BNS

este subestimat din cauza deficiențelor legate de procedurile de înregistrare și raportare. Astfel, datele disponibile ne sugerează că, în prezent, prestarea serviciilor de sănătate este efectuată, preponderent, de către sectorul public.

Este bine de menționat că Republica Moldova în timpul URSS a avut un sistem de sănătate în care aproape 100% din serviciile medicale erau prestate de către sectorul public. În țările din Europa de Vest, sectorul public ocupă un loc important în prestarea serviciilor, acesta a crescut odată cu creșterea finanțării din surse publice, chiar dacă inițial prestarea serviciilor a fost în totalitate oferită de către sectorul privat. În Moldova, procesul de tranziție de la prestarea serviciilor de către sectorul public spre cel privat încă nu a fost finalizat. Totodată, procesul de tranziție nu înseamnă transferarea integrală a dimensiunii de prestare a serviciilor către sectorul privat, ci formarea unui echilibru mixt care ar asigura o ofertă calitativă și accesibilă tuturor cetățenilor. Acest echilibru poate fi atins doar prin reglementarea adecvată, nediscriminatorie a activității tuturor prestatorilor de servicii, care ar motiva eficiența și preluarea rapidă a inovațiilor din domeniul de sănătate.

Reglementarea

Una din căile de îmbunătățire a performanței sistemelor de sănătate este modificarea modului de reglementare a sectorului. Astfel, studierea experienței și tendințelor internaționale în domeniul reglementării poate servi drept sursă de inspirație pentru autoritățile naționale în sporirea calității și eficienței serviciilor medicale. În ultimele decenii au fost efectuate tot mai multe cercetări la solicitarea unor autorități naționale și/sau organizațiilor internaționale pentru a identifica tendințele de reglementare¹⁸ pe domenii particulare, dar și pe întreg sistemul de sănătate. Ținând cont de faptul că sistemele de sănătate diferă de la țară la țară, principala sarcină metodologică o constituie identificarea unui cadru comun de evaluare a subiectelor reglementate. Analiza lucrărilor la acest subiect ne arată că la nivel internațional deocamdată nu există o metodologie consacrată prin care s-ar putea face comparații ale diferitor sisteme de sănătate.

Fenomenele legate de asigurarea competiției și factorii ce conduc la eșecul agențiilor economice sunt destul de bine cunoscute. Pe partea ce ține de activitatea prestatorilor de servicii în sănătate în Republica Moldova se cunoaște mai puțin. Pornind de la necesitatea înlăturării eșecurilor în sectorul serviciilor medicale, precum și asigurarea accesului și altor obiective politice se poate menționa că obiecte ale reglementării în sistemele de sănătate sunt¹⁹: pregătirea profesională a personalului (medici, specialiști, asistenți, etc); norme, standarde, etică; corespunderea funcțiilor și procedurile de sancționare; înregistrarea și procesul de înregistrare; asigurarea competențelor și recertificarea și alte aspecte.

În aceste condiții, pentru a evalua nivelul implicării actorilor guvernamentali, societali sau/și privați în reglementarea sistemului de sănătate în primul rând este necesară stabilirea unui cadru de reglementare a sistemului de sănătate în Moldova. Totodată, pentru a avea o imagine despre poziția Moldovei în raport cu alte țări pe dimensiunea reglementării este necesară o abordare unică în evaluare tuturor țărilor cu care se dorește această comparație. Cu părere de rău, în Republica Moldova, la moment nu există un studiu special dedicat acestui subiect, și nici un alt studiu în care Moldova ar face parte din panelul de țări evaluate. Unicul raport public identificat în care este prezentată o analiză mai comprehensivă a cadrului de reglementare este *"Health Systems in Transition: Republic of Moldova, health system review" (2012)*.

Astfel, putem constata că reglementarea existentă este efectuată preponderent de către actori publici. Din aspectele de reglementare prezentate în raportul menționat anterior cum ar fi reglementarea sistemului de asigurare, a prestatorilor de servicii, înregistrarea și planificarea resurselor umane, activitatea farmaceutică, reglementarea în domeniul echipamentelor medicale, ajutorului umanitar și investițiilor capitale rezultă că în toate domeniile menționate autoritățile publice sunt cele care efectuează reglementarea. În acest context, este bine de amintit că obiectivul analizei prezentate în acest capitol nu constă în evaluarea calității cadrului de reglementare a sistemului de sănătate, ci doar în determinarea tipologiei sistemului

¹⁸ Vezi proiectul European Observatory on Health Systems and Policies implementat de un grup de țări și organizații internaționale <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> de asemenea cercetări efectuate de către RAND Europe în 2009 și 2016.

¹⁹ Mai detaliat cadrul de reglementare din Republica Moldova vezi în *"Health Systems in Transition: Republic of Moldova, health system review" (2012)*

de sănătate. La fel ca și pentru dimensiunile anterioare este bine de menționat că gradul de implicare în reglementarea sistemului de sănătate a actorilor publici vis a vis de cei privați sau societali nu reprezintă în sine o deficiență sau un avantaj. Mult mai important este cât de efectivă este reglementarea, în funcție de structura și tendințele sistemului de sănătate, relațiile constituite în societate dintre prestatorii de servicii și pacienți/ public în general.

În concluzie, în încercarea de a descrie tipologia sistemului de sănătate din Moldova se poate afirma că acesta are o **finanțare preponderent privată – prestează servicii mixte, cu un rol decisiv al sectorului public și este reglementat aproape în întregime de sectorul public**. Această tipologie a sistemului de sănătate autohton nu reprezintă în sine un avantaj sau dezavantaj, ci mai degrabă oferă o perspectivă de evaluare a sistemului de sănătate în tendința de perfecționare a acestuia. Astfel, pe dimensiunea de finanțare, la elaborarea politicilor pe termen lung este necesară formularea expresă a rolului și ponderii finanțării private. Pe dimensiunea prestatorilor de servicii, în prezent nu este clar dacă dezvoltarea sectorului privat vine să completeze serviciile publice, sau să le preia (integral sau parțial în funcție de domenii) în baza unei competiții deschise între sectorul public și privat. În acest sens, este necesară o viziune a Guvernului privind rolul și dezvoltarea sectorului privat în acest domeniu. Cea mai complicată situație se atestă pe dimensiunea de reglementare, unde pot fi observate mai multe probleme. Cele mai importante se pot grupa în 2 categorii: (i) se referă la lipsa unui mecanism clar de protecție a pacienților și (ii) la condițiile în care prestatorii de servicii privați și publici intră în competiție. Ambele grupe de probleme necesită o rezolvare urgentă. Scandalurile recente din sistemul de sănătate, legate de îngrijirea accesului la servicii și prestarea unor servicii necalitative cu urmări deosebit de grave, relevă lipsa unor instrumente importante de reglementare, care ar diminua semnificativ sau chiar elimina riscul apariției unor cazurilor similare în viitor.

Concluzii și recomandări

Judecând în baza indicatorilor de impact al sistemului de sănătate, se poate observa că în ultimii 25 de ani, Republica Moldova a progresat față de anul 1990, însă rămâne și în continuare codașă în rândul țărilor din estul Europei (cu excepția indicatorului: anii sănătoși de viață pierduți). O îngrijorare majoră rămâne și mortalitatea copiilor cu vârsta de până la 5 ani, precum și speranța de viață la naștere. De asemenea, în conformitate cu Indicele de acces și calitate a serviciilor medicale (Healthcare Access and Quality Index, HAQ) care măsoară performanța sistemului de sănătate, Republica Moldova are un rezultat și o evoluție slabă în comparație cu grupului de țări analizate. În 25 de ani, Republica Moldova nu a reușit să reducă din diferența față de media înregistrată în țările din Europa de Est, ci din contra, a majorat-o față de anul 1995 de la 13,6 puncte la 13,7 în 2015, cu un decalaj mediu al perioadei de circa 17 puncte.

Totodată, din punct de vedere al eficienței se poate afirma că Republica Moldova are un sistem de sănătate destul de eficient. Această concluzie poate fi făcută în baza evoluției cheltuielilor totale per cap de locuitor destinate sănătății și evoluției indicelui de acces și calitate (HAQ). Analiza relevă un randament foarte bun în comparație cu țările analizate, în special, cu Rusia care are un HAQ chiar mai jos decât Moldova, dar și Ucraina, România, Belarus, etc. Totodată, este bine de menționat că acest rezultat foarte mult depinde de raportarea tuturor cheltuielilor din sănătate, inclusiv acuratețea evaluării cheltuielilor private, în contextul în care Moldova operează cu un nivel înalt al plăților informale.

Sistemul de sănătate este un sistem deschis și prin urmare atingerea unor rezultate bune este imposibilă fără o implicare mai activă a tuturor actorilor care pot influența determinanții sănătății. În acest sens, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale trebuie să joace un rol mai activ în promovarea și implementarea politicilor orizontale care au un efect major asupra sănătății. Un pas important a fost aprobarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020, însă implementarea acesteia are loc destul de lent.

Sistemul de sănătate din Moldova după forma de proprietate a actorilor implicați are o finanțare preponderent privată, cu prestatori de servicii publici și privați, însă cu un rol decisiv al sectorului public și o reglementare aproape, în întregime, publică. Tipul sistemului de sănătate nu vorbește despre performanța acestuia, ci doar ajută la o mai bună înțelegere a

sistemului existent, a tendințelor în dezvoltarea acestuia și la o aplicare adecvată a practicilor și experienței internaționale. Astfel, reieșind din tipul sistemului de sănătate din Moldova și dimensiunile analizate se poate menționa următoarele: (i) pe dimensiunea de finanțare, politicile enunțate nu conțin expres așteptări privind rolul și dimensiunea surselor private față de cele publice; (ii) pe dimensiunea prestatorilor de servicii, nu a fost identificată o politică privind rolul prestatorilor privați și a celor din sectorul asociativ; (iii) cea mai complicată situație este pe dimensiunea de reglementare, care nu relevă reacții de corectare a multiplelor probleme legate de calitatea serviciilor, accesul la servicii și condițiile de competiție a prestatorilor de servicii.

Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății - o reușită a bunăstării statului

Ocrotirea și menținerea stării de sănătate este unul din serviciile de bază garantate de stat în cadrul unei societăți. Nivelul resurselor financiare alocate pentru sănătate, ca și a celor pentru educație, pot fi considerate un indicator privind dezvoltarea unei națiuni. În contextul corelării celor două caracteristici de care poate dispune o persoană (sănătate și educație) rezultă termenul de capital uman²⁰, un factor deosebit de important al creșterii și dezvoltării social-economice. Astfel, în majoritatea țărilor cu economii avansate, resursele alocate pentru finanțarea sistemului de sănătate sunt o premisă pentru generații cât mai sănătoase, apte din punct de vedere economic, care să poată susține o dezvoltare sustenabilă a societății pe termen lung. Reieșind din importanța caracteristicii date, în acest capitol vom încerca să descriem care este mecanismul ales pentru asigurarea finanțării sistemului medical național, de unde acesta își acumulează resursele și cum ulterior aceste resurse sunt redistribuite. De asemenea, vom analiza cât cheltuie statul și cât cheltuie individual cetățenii Republicii Moldova pentru menținerea stării de sănătate și care sunt perspectivele, dar și constrângerile existente.

Aspecte generale privind finanțarea sistemului de sănătate

De rând cu prestatorii de servicii medicale și organele de reglementare, mecanismul de finanțare a sistemului de sănătate este unul din principalele elemente care asigură funcționarea acestuia în timp. De asemenea, una din cele mai importante abordări în clasificarea sistemelor de sănătate ține de evaluarea dimensiunii de finanțare din perspectiva criteriului de proprietate (finanțare publică/privată), a instrumentelor de finanțare utilizate sau a volumului de resurse alocate. În acest context, practica mondială ne prezintă o varietate de combinații ale instrumentelor de finanțare, corelate cu forma de proprietate a resurselor utilizate. Elementul central în cadrul acestui mecanism este modul în care prestatorul de servicii medicale este plătit: direct de beneficiar în momentul oferirii unui bun sau serviciu, sau în relația dată mai apar și alți intermediari.

Modelele de finanțare ale sistemului de sănătate, sunt la fel de diverse ca și statele în care acestea s-au dezvoltat, cu toate acestea, principiile de bază privind funcționarea lor rămân, de cele mai multe ori, comune. Fiecare stat pune în aplicare un mecanism de finanțare în funcție de strategia și modelul de dezvoltare a societății, evident corelat cu ideologia politică existentă la moment. Respectiv, nu putem spune că o țară sau alta a adoptat în formă pură unul dintre modelele descrise în Caseta 1, ci mai degrabă, s-a luat în calcul o corelație de elemente ale acestora. Diferite țări s-au bazat pe un acces universal la un pachet de servicii de bază în timp ce altele, gradual, au extins opțiunile beneficiarilor de servicii medicale prin implementarea mai multor pachete de servicii. De asemenea, în statele cu un sistem financiar dezvoltat, asigurările private apar ca o soluție alternativă la mecanismul de asigurare public, ceea ce, în final, lasă loc pentru mai multă alegere.

Caseta 1. Tipuri de sisteme de sănătate după modul de finanțare

După modul de finanțare, la nivel mondial putem distinge 3 sisteme de sănătate tradiționale, cu elemente comune și individuale, și alte 2 particulare:

Sistemul "Beveridge" - Marea Britanie, Finlanda, Norvegia, Suedia, Danemarca

Finanțat de la bugetul central al statului, organizat și gestionat de stat, din resurse colectate prin sistemul public de

²⁰ Capital uman - stocul de cunoștințe profesionale, deprinderi, abilități de sănătate, care pot conduce o persoană la sporirea capacităților sale creative și, implicit a veniturilor scontate a se obține în viitor.

taxe și impozite. Se axează pe un pachet de servicii de bază, restul fiind achitate din buzunar sau de asigurarea privată. Limitele acestui model se referă la pachetul de servicii de bază adesea redus și timp îndelungat pe listele de așteptare.

Sistemul "Bismark" - Germania, Austria, Olanda, Franța, Belgia, România, Moldova

Finanțarea serviciilor medicale are loc în baza principiului asigurărilor sociale, prin cotizarea unei părți din venituri de către angajatori și angajații. Este preferat în țările unde masele de salariați sunt deosebit de consistente, deoarece colectarea fondurilor nu a întâmpinat dificultăți. Limitele acestui model se referă la dificultățile de colectare a resurselor, pe fondul îngustării bazei sociale de finanțare.

Sistem "Semashko" - Foste sau actuale state socialiste

Sursa de finanțare o reprezintă impozitele și taxele generale care formează Bugetul de Stat. Se deosebește de modelul Beveridge prin obligativitatea pacienților de a utiliza doar serviciile din zona lor de rezidență și se deosebește de modelul Bismarck prin faptul că funcționează într-un mediu economic în care asigurările medicale private lipsesc.

Sistem de finanțare privată prin asigurări benevole - SUA

Sursa de finanțare o constituie contribuțiile individuale ale persoanelor la diferite organisme de asigurări private, volumul serviciilor medicale depinzând de tipul ales. Pentru cei care nu își permit să-și cumpere o asigurare privată există sistemul Medicaid și Medicare care permite accesul la servicii medicale pe principiul asistenței sociale.

Sistem în baza plăților din buzunar

Cel mai primitiv mod de asigurare a accesului la servicii medicale, prezent cel mai des în zonele de conflict sau statele instabile. Accesul la servicii și bunuri medicale se realizează în cadrul relației prestator – beneficiar în baza plăților din buzunar.

Sursa: Compilația autorului

O serie de factori tind să influențeze nivelul resurselor alocate sistemului de sănătate, fapt ce determină dezvoltarea continuă a instrumentelor utilizate și ajustarea mecanismului de finanțare. Astfel, resursele alocate sistemului de sănătate trebuie privite într-un ansamblu mult mai larg, împreună cu caracteristicile generale ale unei societăți. Există probabilitatea ca indicatorii demografici extrem de activi din ultimii ani (cum ar fi reducerea și îmbătrânirea populației) și modelul epidemiologic să genereze o influență sporită asupra cererii de bunuri și servicii de sănătate. De asemenea, factorii economici corelați cu dezvoltarea noilor tehnologii, de asemenea, tind să aibă o influență semnificativă asupra acestei cereri.

Astfel, volumul fondurilor alocate pentru sănătate depinde de factori atât individuali la nivel de persoană, cât și globali – la nivel de societate. În cazul resurselor private acestea depind de posibilitățile și veniturile fiecărei persoane în parte, starea de sănătate, oferta de servicii și, nu în ultimul rând, de cultura și obiceiurile individuale de menținere a stării de sănătate. Respectiv, în statele fără un sistem de asigurare privat (sau aproape absent) o mare parte din cheltuielile private de sănătate sunt reprezentate de plățile din buzunar oferite de populație în schimbul unor bunuri sau servicii de sănătate. De cealaltă parte, în cazul statelor cu un sistem privat de asigurare medicală, cheltuielile private sunt reprezentate de primele de asigurare facultative ale persoanelor, conform modelului general al asigurărilor.

Disponibilitatea unor fonduri suficiente ce pot fi alocate pentru domeniul sănătății este o problemă fundamentală pentru toate statele lumii. În multe țări, resursele alocate sistemului de sănătate rămâne sub pragul critic pentru asigurarea unor servicii medicale de bază. În țările dezvoltate, provocarea ține de faptul că cheltuielile de sănătate cresc în urmare îmbătrânirii populației și creșterii costurilor alimentate de progresul tehnologic. De cealaltă parte, provocarea pentru statele sărace este de a crește resursele disponibile pentru a furniza servicii necesare și calitative. Respectiv, volumul de finanțare canalizat către sistemul de sănătate derivă din situația generală a finanțelor publice și a celor private, politicile din sector, cultura și obiceiurile individuale precum și alți factori. Totodată, modalitatea de finanțare pe care o alege o țară, împreună cu tipul de organizare a sistemului de ocrotire a sănătății, determină, în ultimă instanță, fluiditatea accesului la serviciile de sănătate, costul acestora și calitatea bunurilor și serviciilor care sunt oferite populației.

În cele din urmă, pentru cuantificarea și evaluarea nivelului de resurse financiare utilizate în cadrul sistemului de sănătate este utilizat termenul de *cheltuieli pentru sănătate*. Acestea sunt definite drept cheltuielile destinate pentru contractarea bunurilor și serviciilor de sănătate, precum și investițiile în vederea menținerii sau protejării sănătății²¹. Definiția dată urmărește îndeaproape conceptele furnizate de Sistemul cadru de conturi în domeniul sănătății elaborat de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și cuprinde cheltuielile guvernului în domeniul ocrotirii sănătății (cheltuieli publice) și cheltuielile private, care pot fi sub forma plăților din buzunar, cotizațiilor de asigurare privată de sănătate, sau alte forme de cheltuieli private. În multe cazuri, fondurile destinate atingerii obiectivelor de bază ale sistemului de sănătate trec printr-o serie de entități înainte ca acestea să fie în cele din urmă efectiv cheltuite pe servicii și produse de sănătate, cum ar fi spitale, produse farmaceutice sau asigurări de sănătate.

Mecanismul de finanțare a sistemului național de ocrotire a sănătății

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este parte componentă a sferei sociale și are ca scop asigurarea sănătății întregii societăți și a fiecărui cetățean în parte. Sistemul dat include în sine toate instituțiile medicale, atât publice cât și private, personalul medical și cel auxiliar implicat în procesul prestării de servicii medicale, regulatori, asiguratori precum și totalitatea resurselor financiare antrenate. De asemenea, statul, prin intermediul cadrului legislativ și normativ este cel care definește politica generală în materie de asigurare a stării de sănătate a populației, precum și mecanismul ce finanțează sistemul dat. Astfel, relațiile financiare cu scopul acumulării și distribuirii resurselor financiare compun mecanismul de finanțare a sistemului național de sănătate.

Deoarece sistemul de sănătate este reprezentat de componenta publică și de cea privată, relațiile financiare pot avea un caracter diferit. În cazul componentei publice, la prima etapă, are loc acumularea resurselor financiare în contul Fondurilor de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală (FAOAM) din diferite surse – impozite generale, contribuții medicale aplicate angajaților și angajatorilor, granturi externe. De cealaltă parte, în cadrul componentei private, acumularea de resurse are loc prin intermediul circuitului economic și reprezintă veniturile private ale populației, restul fiind canalizate către asigurările medicale private. Etapa de distribuție are loc prin participarea intermediarului Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) în cazul resurselor publice și direct de către beneficiari sau companii de asigurări în cazul resurselor private. În cele din urmă, resursele financiare sunt utilizate de către prestatorii de servicii medicale, reprezentați de instituțiile medico-sanitare publice și private, la bază fiind contractele încheiate cu CNAM, cele cu companiile de asigurări sau relațiile directe beneficiar-prestator. Astfel, sistemul național de ocrotire a sănătății este unul bazat pe asigurări medicale obligatorii de tip Bismarck și se bazează pe capacitatea de plată a asiguratului (CNAM), dincolo de limita dată fiind implicat direct beneficiarul prin intermediul plăților private.

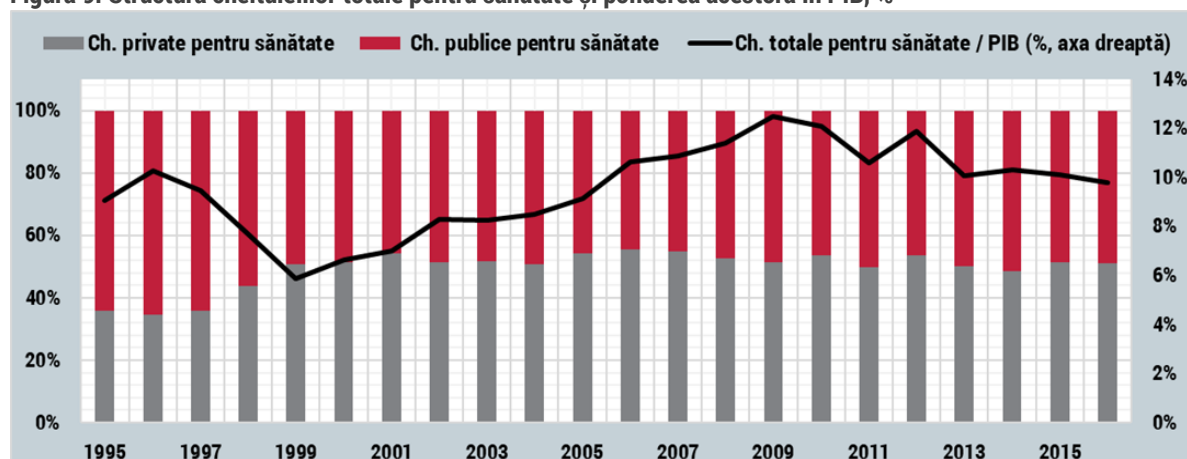
În cadrul sistemului național de sănătate sunt antrenate atât resurse financiare publice cât și private, inclusiv asistență financiară externă. Ținând cont că o bună parte din cheltuielile instituțiilor medicale publice rămân a fi finanțate și din contul serviciilor medicale oferite contra plată pacienților (cheltuieli private), termenul „*cheltuieli de sănătate*” se referă la toate fondurile utilizate de furnizorii de bunuri și servicii de sănătate și includ fonduri publice, precum și fonduri private (cheltuieli personale) suportate de către populație atunci când procură bunuri și servicii de sănătate. Acestea din urmă sunt caracterizate de plățile oficiale și cele neoficiale. Cele oficiale apar sub forma de taxe percepute de instituțiile medicale private și cele publice, precum și plățile efectuate pentru procurarea de medicamente, iar cele neoficiale reprezintă sumele în natură sau în numerar acordate benevol de pacienți pentru a-și exprima recunoștința. Totodată, cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății sunt reflectate la nivelul bugetului și transpun politica statului în acest domeniu, pe când cheltuielile private pentru sănătate reprezintă, mai degrabă, nevoia și posibilitatea cetățenilor de a completa oferta publică de servicii medicale.

Impulsionate de creșterea veniturilor populației și reforma sistemului de sănătate din 2004, nivelul resurselor totale alocate sistemului de sănătate au înregistrat o creștere continuă în ultimii 15 ani. Ritmul de creștere a fost unul susținut în anii

²¹ System of Health Accounts 2011 (SHA 2011), WHO, <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>

următori reformei, astfel încât, de la 8,5% pondere în PIB în 2004, s-a ajuns la circa 12,5% în anul 2009. Ulterior a urmat o micșorare până în anul 2012, perioadă în care cheltuielile alocate ocrotirii sănătății au crescut într-un ritm mai lent decât cel de creștere a PIB. Astfel, începând din acest moment, indicatorul ponderii cheltuielilor totale în PIB s-a stabilizat în jurul valorii de 10%, fără careva oscilații semnificative în următorii ani (Figura 9). Din punct de vedere al stabilității financiare a sistemului medical, trecerea la un model finanțat în baza asigurărilor obligatorii de asistență medicală a sporit volumul de finanțare asigurat din surse publice. De cealaltă parte, volumul remitențelor a alimentat creșterea veniturilor gospodăriilor casnice, și, implicit, a generat o alocare individuală mai consistentă de resurse financiare private pentru menținerea stării de sănătate.

Figura 9. Structura cheltuielilor totale pentru sănătate și ponderea acestora în PIB, %



Sursa: Calculele autorului în baza datelor OMS, CNMS

În ceea ce privește cheltuielile publice pentru sănătate, atât la nivel internațional cât și regional, țara noastră înregistrează cele mai mici rezultate. Respectiv, în statele în curs de dezvoltare, în special cele ex-sovietice, ponderea plăților din buzunar este una semnificativă, pe când statele nordice au printre cele mai dezvoltate sisteme publice de sănătate, iar cheltuielile destinate sănătății sunt finanțate preponderent din bani publici.

În anul 2016, consumul de bunuri și servicii de sănătate în Republica Moldova este evaluat la circa 13,2 mlrd. MDL, ceea ce corelat cu numărul populației²² reprezintă aproximativ 3,7 mii MDL/locuitor. Raportată la mărimea economiei naționale, aceasta sumă reprezintă 9,8% din PIB, nivel relativ constant cu cel înregistrat în ultimii patru ani. Totodată, deși valoarea acestui indicator este caracteristică unor țări dezvoltate, acesta se obține în condițiile unei economii naționale relativ mici, de aproximativ 2 mii USD/locuitor, ceea ce nici pe departe nu semnifică același volum de bunuri și servicii medicale procurate. De asemenea, această valoare este rezultatul cheltuielilor efectuate pe plan intern, iar dacă am lua în calcul și cheltuielile efectuate de populația indigenă peste hotarele țării, această sumă ar fi relativ mai mare. În ultimii ani se atestă apariția fenomenului de turism medical, în special, servicii de recuperare, însă contabilizarea acestora este una dificilă, respectiv, volumul resurselor financiare alocate de populația țării pentru menținerea stării de sănătate ar putea fi relativ mai mare.

Tabelul 1. Sursele de finanțare a cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății în Republica Moldova, mlrd. MDL

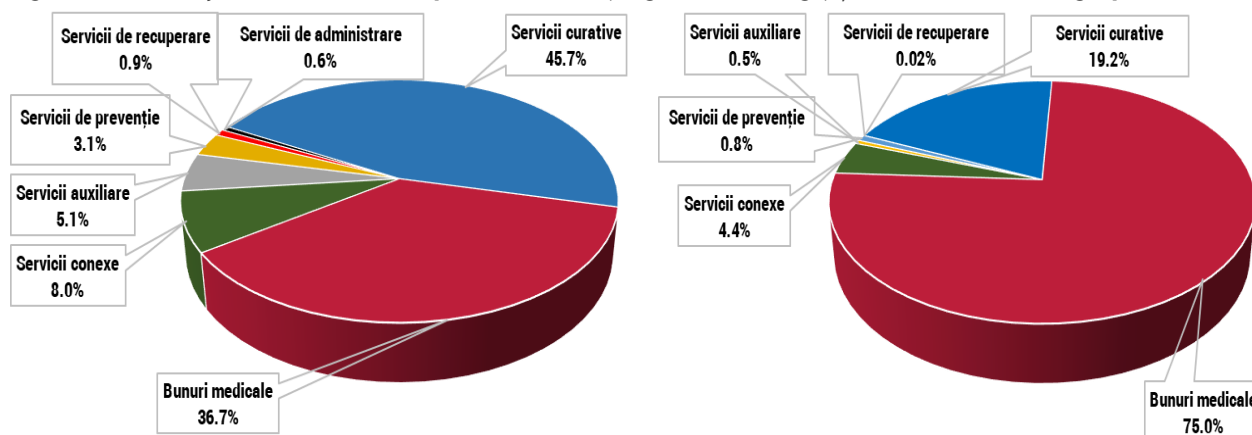
	2014		2015		2016	
	mlrd. MDL	%	mlrd. MDL	%	mlrd. MDL	%
Surse publice	5,948	53.3%	6,006	48.6%	6,470	49.1%
Surse private	4,542	40.7%	5,883	47.6%	6,050	46.0%
<i>din care: gospodării casnice</i>	<i>4,419</i>	<i>39.6%</i>	<i>5,759</i>	<i>46.6%</i>	<i>5,867</i>	<i>44.6%</i>
<i>alte surse private</i>	<i>123</i>	<i>1.1%</i>	<i>124</i>	<i>1.0%</i>	<i>183</i>	<i>1.4%</i>
Resurse externe	658	5.9%	457	3.7%	644	4.9%
Total	11,159	100.0%	12,359	100.0%	13,165	100.0%

²² Numărul populației conform datelor prezentate de Biroul Național de Statistică, www.statistica.md

Constrâns de limitele bugetare existente, statul, în special prin intermediul CNAM, finanțează aproximativ jumătate din totalul cheltuielilor destinate domeniului sănătății. Astfel, în anul 2016 cheltuielile finanțate din resurse publice a acoperit doar 49% din total, restul fiind puse pe seama gospodăriilor casnice sau unor proiecte cu finanțare externă (Tabelul 1). Totodată, raportul dintre cheltuielile publice și cele private demonstrează discrepanța dintre cererea pentru servicii de sănătate și capacitatea resurselor publice de a le finanța, acesta fiind un element important al sistemului medical autohton. Mai mult decât atât, dacă în statele dezvoltate marea majoritate a cheltuielilor private în domeniul sănătății apar sub forma unor asigurări private, mecanism care apare ca o soluție în completarea finanțării publice, atunci în Republica Moldova acestea apar cel mai des sub forma unor plăți din buzunar achitate în schimbul procurării unor bunuri sau servicii de sănătate.

În anul 2016, resursele alocate pentru serviciile medicale cu destinație curativă și pentru procurarea medicamentelor continuă să fie în topul cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății. În funcție de tipul serviciilor prestate, cea mai mare parte din cheltuieli revine serviciilor medicale cu destinație curativă. Pentru asigurarea acestora au fost alocate circa 6 mlrd. MDL sau 46% din totalul cheltuielilor, resursele fiind preponderent publice. Următoarea categorie este destinată procurării de bunuri medicale, volumul căreia în 2016 a atins cifra de 4,8 mlrd. MDL sau 37% din total. Bunurile medicale sunt reprezentate aproape în totalitate de medicamentele procurate de către pacienți din surse proprii de la farmacii. Astfel, medicamentele reprezintă peste 98% din volumul bunurilor medicale procurate, resursele financiare fiind de cele mai multe ori private sub forma unor plăți din buzunar. Alte categorii de servicii pentru care sunt alocate surse financiare mult mai reduse sunt serviciile de prevenție, cele de recuperare, de administrare sau cele auxiliare și conexe. În total pentru acestea sunt alocate circa 2,3 mlrd. MDL sau 17% din totalul cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății (Figura 10).

Figura 10. Distribuția cheltuielilor totale pentru sănătate (diagrama din stânga) și a celor efectuate de gospodăriile casnice



Sursa: Conturile Naționale în Sănătate

Totodată, o bună parte de cheltuielile totale destinate ocrotirii sănătății sunt reprezentate de cheltuielile private alocate din sursele gospodăriilor casnice²³. Acestea vin să completeze sursele publice alocate anual de către stat și, în final, tind să acopere cererea de bunuri și servicii de sănătate existente în cadrul societății. Cheltuielile gospodăriilor casnice apar sub forma plăților din buzunar, atât în mod formal, în urma procurării unui bun sau serviciu de sănătate, cât și în mod informal, sub forma unor plăți necontabilizate acordate de pacienți medicilor și personalului medical. În anul 2016, majoritatea plăților efectuate de gospodăriile casnice (75%) au fost orientate spre achiziția de bunuri medicale, în special, procurarea de medicamente, volumul total al cărora a constituit peste 4 mlrd. MDL. Acestea au fost urmate la mare distanță de serviciile curative, pentru care gospodăriile casnice au alocat circa 1 mlrd. MDL sau 19% din total, respectiv sumele alocate pentru celelalte tipuri de servicii fiind mult mai mici.

²³ Cheltuielile gospodăriilor casnice pentru sănătate sunt calculate anual de către Biroul Național de statistică în baza *Sondajului bugetelor gospodăriilor casnice*. Tehnica de estimare folosită pentru acestea au la bază principalii indicatori ai agenților economici ce desfășoară comerț cu amănuntul cu produse farmaceutice (BNS), Medicamentele compensate prescrise de CNAM și co-plățile de populație (CNAM) și datele prestatorilor de servicii medicale.

În aceste condiții, spre deosebire de alte state, constatăm că cea mai mare parte a cheltuielilor private sunt orientate către procurarea de medicamente. În lipsa unor scheme de asigurări private de medicamente, statul nu are capacitate să acopere necesarul și cererea populației. Astfel, în anul 2016, CNAM a compensat medicamente în volum de **425 mil. MDL**, aproximativ de 10 ori mai puțin decât necesarul existent. În același timp, ponderea persoanelor beneficiare de medicamente compensate a variat, în medie, de la 19% până la 25% în numărul total al persoanelor înregistrate la medicul de familie²⁴. Numărul mare de medicamente generice, lipsa unor mecanisme pe deplin funcționale ale statului și informarea redusă a populației, sunt doar câțiva din factorii care creează distorsiuni pe piața farmaceutică. În rezultat, această piață este caracterizată de un mediu concurențial slab pe segmentul de comercializare a medicamentelor cu amănuntul, de multe ori consumatorii fiind cei nevoiți să achite prețuri nejustificat de mari.

Pe lângă sistemul public de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală (AOAM), la un nivel mult mai modest, este sistemul privat de asigurări medicale susținut de companiile de asigurări. În lipsa unui cadru legal care să stimuleze interesul pentru asigurările medicale private, cele mai multe dintre companiile de asigurări încheie polițe de asigurare pentru perioada plecării persoanelor peste hotare, aceasta fiind de cele mai multe ori obligatorii. Acest fapt este confirmat și de numărul polițelor emise în afara țării și cele active în interiorul țării, raportul cărora pentru anul 2016 a fost de 1:68 și de volumul primelor subscrise și al despăgubirilor achitate în anul 2016 - 72 mil. MDL, respectiv 13 mil. MDL. În aceste condiții, companiile de asigurări care să ofere acces la serviciile medicale complexe clienților asigurați în cazul agravării stării de sănătate practic lipsesc, iar cele existente încheie contracte cu instituțiile medicale doar pentru un anumit volum de servicii medicale.

Resursele publice destinate ocrotirii sănătății

Introducerea contribuțiilor obligatorii de asistență medicală (AOAM) în cadrul sistemului de sănătate a însemnat adoptarea unui nou mecanism de finanțare ce include elemente esențiale ale modelului Bismark. Spre deosebire de cel anterior (Semashko - sistem centralizat de stat finanțat din impozite, taxe și alte prelevări), sistemul AOAM presupune colectarea de contribuții obligatorii în formă procentuală și în sumă fixă, de la angajați, angajatori sau alte categorii ale populației, precum și transferuri de la Bugetul de Stat pentru categoriile de persoane care sunt asigurate de către Guvern. Totuși, sistemul de asigurare medicală implementat nu are o acoperire integrală în baza contribuțiilor achitate de angajați și angajatori, statul având în continuare calitate de asigurator pentru 16 categorii de persoane²⁵, neangajate în câmpul muncii, cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate.

Odată cu implementarea sistemului AOAM, cea mai mare parte din cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății sunt administrate de CNAM, instituție care dirijează mecanismul financiar în baza FAOAM. CNAM are drept atribuții organizarea, desfășurarea și dirijarea procesului AOAM, formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor de tratament și profilaxie a maladiilor și stărilor incluse în Programul unic al AOAM. De asemenea, CNAM este responsabilă de controlul calității asistenței medicale acordate și implementarea cadrului normativ aferent asigurărilor medicale. În acest sens, în anul 2016, resursele totale alocate prin intermediul fondurilor AOAM au constituit **5,7 mlrd. MDL**, sau circa **4,2%** din PIB al țării. Totodată, această sumă reprezintă aproximativ 87,2% din totalul cheltuielilor publice alocate domeniului ocrotirii sănătății. Pe lângă transferurile de la Bugetul de Stat pentru cele 16 categorii de persoane, anual din bugetul sunt alocate și alte resurse publice orientate către sistemul de sănătate. În mare parte acestea sunt destinate autorităților centrale în domeniul sănătății - Ministerul Sănătății și Cancelaria de Stat, și celor locale - consiliile municipale și raionale. Ministerul Sănătății este organul central de specialitate al administrației publice în domeniul sănătății, responsabil de elaborarea politicilor publice și a strategiilor în domeniul sănătății. Pe lângă cheltuielile efective ale acestuia, în gestiunea sa intră mai multe sanatorii, centre de reabilitare și recuperare, centre de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă și o serie de agenții medicale specializate. Totodată, Cancelaria de Stat este responsabilă de alocarea resurselor pentru Asociația Curativ-Sanatorială și de

²⁴ Raportul auditului de conformitate combinat cu auditul performanței asupra Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016

²⁵ Legea Nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

Recuperare a Aparatului Guvernului, Centrului de Igienă și Epidemiologie și Baza auto a Asociației respective. De cealaltă parte, prin intermediul autorităților administrației locale sunt alocate resurse pentru instituțiile și serviciile în domeniul ocrotirii sănătății neatribuite altor grupe, cum ar fi direcțiile municipale și cele raionale de profil, policlinicile și centrele medicilor de familie.

Totalitatea mijloacelor financiare se acumulează la contul unic al CNAM, fiind ulterior repartizate conform normativelor legale către mai multe fonduri. Acestea, ulterior sunt structurate pe programe și subprograme, având stabiliți anumiți indicatori de performanță monitorizarea cărora, revine, de asemenea, CNAM. În 2016, cheltuielile totale au fost executate în sumă de 5,67 mlrd. MDL, fiind asigurat un raport de 98,2% din inițialul preconizat. Cea mai mare parte a cheltuielilor, 98,8%²⁶ a fost gestionată prin intermediul Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază). Resursele din acest fond se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării **Programului unic al AOAM**, prestate la toate nivelurile de asistență medicală: urgentă prespitalicească, primară, specializată de ambulatoriu, spitalicească, servicii medicale de înaltă performanță, îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu.

În anul 2016 veniturile fondurilor AOAM au acumulat o sumă de 5,8 mlrd. MDL, ceea ce constituie 99,7% în raport cu suma planificată inițial. Acestea au fost asigurate din surse proprii și surse de la Bugetul de Stat. Primele AOAM, în formă de contribuție procentuală la salariu și cele în sumă fixă au constituit **3,3 mlrd. MDL**, care completate cu veniturile obținute din dobânzi, sancțiuni și amenzi (11,3 mil. MDL) au reprezentat sursele proprii ale sistemului AOAM. Transferurile de la Bugetul de Stat pentru cele 16 categorii de persoane pentru care Guvernul este asigurator, au însumat **2,4 mlrd. MDL**. Totodată, pentru realizarea unor proiecte și programe naționale de ocrotire a sănătății au mai fost transferate de la Bugetul de Stat resurse în valoare de 143 mil. MDL. Chiar dacă suma veniturilor acumulate în fondurile AOAM s-a majorat față de anul 2015, acumularea veniturilor fondurilor AOAM a fost sub nivelul aprobat, reducerea fiind cauzată de micșorarea numărului de persoane care se asigură în mod individual și rezultatele modeste privind includerea cât mai multor persoane în sistemul AOAM.

Deși dreptul la asistență medicală este un drept universal al fiecărei persoane, statul, prin intermediul CNAM nu reușește să asigure întreaga populație. Cota persoanelor asigurate din total populației pare să se fi stabilizat în jurul nivelului de 85% ceea ce indică faptul că anual 15% din populația țării rămâne fără asigurare medicală, și asta în condițiile în care baza de calcul a numărului populației este mai mică de 3 milioane persoane. De asemenea, creșterea cotei persoanelor asigurate (de la 82% în 2012 la 86% în 2016) nu înseamnă neapărat că numărul persoanelor asigurate a crescut. Spre exemplu, dacă am lua în calcul numărul total al persoanelor asigurate, atunci în anul 2012 erau cu 173 mii persoane mai mult decât în 2016 (2749 mii persoane în anul 2012 și 2576 persoane în 2016), respectiv intervin anumite efecte statistice generate de baza și metodologia de calcul și numărul populației care potențial ar putea fi acoperite de sistemul AOAM. În aceste condiții, atât aplicarea unor înlesniri la achitarea primei de asigurare în sumă fixă, cât și reducerile care au fost aplicate polițelor de asigurare pentru proprietarii de terenuri, nu reușesc la moment creșterea deplină a gradului de asigurare în cadrul sistemului AOAM.

Programul unic al AOAM

Una din principalele constrângeri în procesul implementării unui sistem medical bazat pe asigurările obligatorii este acoperirea în întregime și la timp a cererii de bunuri și servicii medicale. În cele mai multe cazuri, oferirea și prestarea serviciilor medicale în cadrul sistemului de asigurare se realizează în baza așa-numitelor pachete de servicii medicale, un nomenclator ce cuprinde serviciile și bunurile finanțate prin mecanismul asigurării. Deoarece profilul epidemiologic este diferit de la țară la țară, chiar și în condițiile aceluiași nivel de trai, pachetele de servicii medicale tind să se adapteze la caracteristicile fiecărei țări. Astfel, de cele mai multe ori pachetele de servicii medicale sunt concepute pentru a face față principalelor probleme de sănătate ale unei țări în ordine descendentă a importanței și care ajută la rezolvarea problemelor majore de sănătate. Totodată, resursele financiare disponibile au un impact semnificativ asupra volumului de bunuri și servicii acoperite de asigurare, precum și asupra rapidității cu care se efectuează prestarea acestora.

²⁶ În conformitate cu pct.9 din Hotărârea Guvernului nr.594 din 14.05.2002, în fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază) se repartizează nu mai puțin de 94% din veniturile fondurilor AOAM

Definirea și elaborarea unui pachet de servicii medicale din punct de vedere al costurilor și rezultatelor devine o misiune complicată în condițiile unor constrângeri bugetare. De cele mai multe ori, dilema principală este reprezentată de distincția dintre ceea ce ar trebui să finanțeze Guvernul și serviciile medicale care ar trebui lăsate în baza surselor private ale gospodăriilor casnice. Fără o astfel de distincție clară, fiind impus de agenda politică, Guvernul poate încerca să finanțeze toate serviciile medicale, ceea ce, în final, rezultă în crearea unor rânduri lungi de așteptare și agravarea indicatorilor de morbiditate. Astfel, un pachet de servicii bine planificat trebuie să permită asigurarea executării acestuia în condiții optime, respectiv finanțarea serviciilor cu adevărat prioritare, iar atunci când resursele publice sunt insuficiente, să promoveze cheltuielile private în afara pachetului.

Conform Constituției Republicii Moldova²⁷, statul are responsabilitatea de a se asigura accesul la servicii medicale pentru toți cetățenii, minimul asigurării medicale fiind gratuit și garantat. Acest obiectiv este realizat prin intermediul unui pachet de servicii medicale pe care statul își asumă să-l asigure populației țării, prin așa-numitul „Programul unic” finanțat din surse publice. Spre deosebire de alte state unde există concomitent mai multe pachete cu servicii medicale, în Republica Moldova există doar unul singur, de unde vine și denumirea de Program unic. În esență acestea este un document elaborat de MS în colaborare cu CNAM și reprezintă o listă a maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală și volumul serviciilor acordate persoanelor asigurate. Pachetul de servicii medicale prezente în Programul unic reflectă constrângerile și factorii ce caracterizează sistemul medical național la nivel general. Rezultatele indicatorilor medicali, necesitățile populației în materie de servicii medicale, sursele financiare disponibile și prioritățile statului în domeniul sănătății determină în esență caracterul, volumul și spectrul serviciilor medicale incluse în Programul unic. Totodată, îmbătrânirea populației, micșorarea natalității sau migrarea masivă a populației economic active, sunt doar câțiva dintre factorii ce duc la creșterea continuă a necesității de servicii medicale.

Prin intermediul Programului unic al AOAM, Guvernul își asumă executarea Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și realizarea procesului de asigurare medicală pe întreg teritoriul țării. Obiectivul de bază al acestui mecanism este asigurarea accesului persoanelor asigurate la serviciile medicale acoperite din FAOM²⁸. Volumul asistenței medicale stabilit de Program cuprinde tipurile de asistență medicală și spectrul general al serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate în sistemul AOAM. Totodată, principiile de bază ce determină organizarea serviciilor medicale și condițiile acordării asistenței în cadrul sistemului AOAM de către instituțiile medico-sanitare sunt stabilite de MS și CNAM în baza unor documente complementare - *Normele metodologice de aplicare a Programului unic*²⁹ și *Criteriile de contractare a Instituțiilor Medico-Sanitare*³⁰.

În vederea implementării anuale a Programului Unic, MS și CNAM sunt responsabile de elaborarea și ajustarea periodică a două acte normative distincte. În termen de 2 săptămâni de la aprobarea de către Parlament a legii FAOM pentru anul următor, aceste instituții stabilesc necesitățile populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor FAOM aprobate în anul respectiv. De asemenea, în termen de o lună și în baza aceluiași criterii, MS și CNAM aprobă *Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului AOAM pentru anul respectiv*. În același timp, sunt aprobate și eventualele modificări sau completări ale Programul unic și a Normelor metodologice de aplicare a Programului unic.

Criteriile de contractare a Instituțiilor Medico-Sanitare se aprobă anual și descriu mecanismul de contractare a instituțiilor prestatoare de servicii medicale. Acest document se elaborează și se aprobă anual în funcție de mărimea FAOM aprobat și exclude necesitatea elaborării anuale a *Normelor metodologice de aplicare a Programului unic*. La elaborarea criteriilor de contractare se ține cont de principiile de bază pentru contractarea prestatorilor de servicii medicale și anume (i) alinierea la

²⁷ Constituția Republicii Moldova, din 29.07.1994, Articolul 36, Dreptul la ocrotirea sănătății

²⁸ Hotărârea Guvernului Nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

²⁹ Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 596/404 din 21.07.2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

³⁰ Ordinul Ministerului Sănătății Nr. 597/405 din 21.07.2016 privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2016

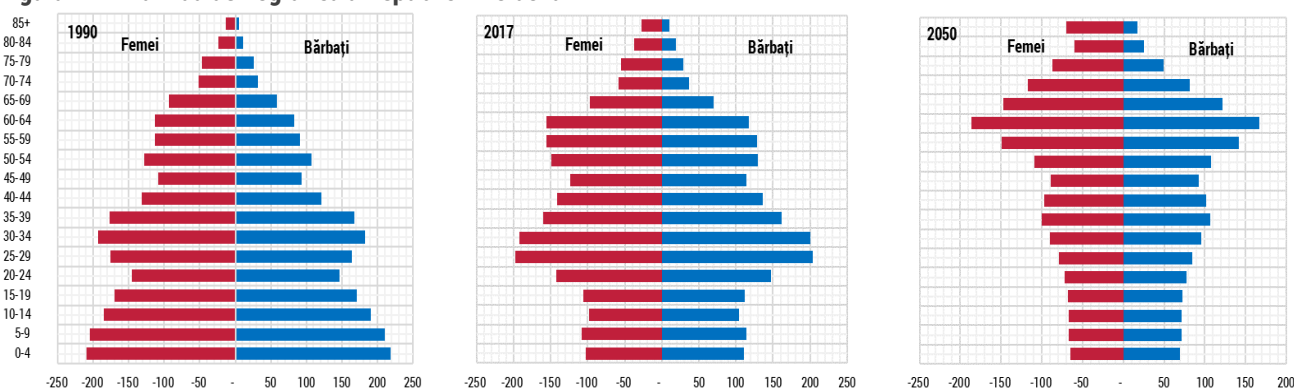
prevederile politicilor naționale în domeniul sănătății, (ii) prioritățile de utilizare a mijloacelor financiare publice bazate pe eficiență și transparență în utilizare, (iii) contractarea strategică, (iv) stabilirea volumului și spectrului serviciilor medicale pentru fiecare instituție în funcție de necesitățile populației și sursele aprobate.

Sustenabilitatea sistemului de sănătate autohton

În condițiile îmbătrânirii populației, cererea de servicii medicale este în creștere și, respectiv, necesitatea unor cheltuieli suplimentare pentru menținerea și ocrotirea stării de sănătate. Datele statistice indică asupra creșterii în ultimii ani a morbidității populației concomitent cu descreșterea numărului total al populației, fapt ce determină rolul semnificativ al indicatorilor demografici în evaluarea necesarului de finanțare a cheltuielilor în domeniul sănătății precum și în evaluarea sustenabilității financiare pe termen mediu și lung. Cifrele demonstrează că Republica Moldova nu poate la moment inversa trendul declinului demografic caracterizat de scăderea consecutivă a numărului populației stabile, de la 3,60 milioane persoane în anul 2004, la 3,55 milioane persoane în anul 2017, cu circa 20% mai puțin în termeni de prognoză până în 2050. Aceste tendințe sunt relevate și de modificările vizibile în piramida demografică, conform prognozelor pentru următoarele decenii (Figura 11). Astfel, până în 2050 structura pe vârste a populației urmează să fie ilustrată cel mai bine de un brad cu tulpina în sus, fapt explicat de continuarea procesului de îmbătrânire a populației și diminuarea natalității.

În același timp, morbiditatea generală a populației este în creștere - de la 2,4 milioane persoane în anul 2004, la 2,9 milioane persoane în anul 2016. Aceste tendințe clasifică populația țării drept una îmbătrânită, respectiv piramida vârstelor scoate în evidență categoriile de vârstă medie cu tendința spre grupurile de vârstă mai mare. Prin urmare, dacă acest trend nu va fi inversat, în timpul apropiat numărul persoanelor vârstnice îl va depăși pe cel al tinerilor, ceea ce va avea o influență directă asupra creșterii numărului de solicitări de servicii medicale, dar și asupra necesarului de finanțare, mai ales, că aceste rezultate duc la extinderea persoanelor asigurate de către stat, cum ar fi pensionarii.

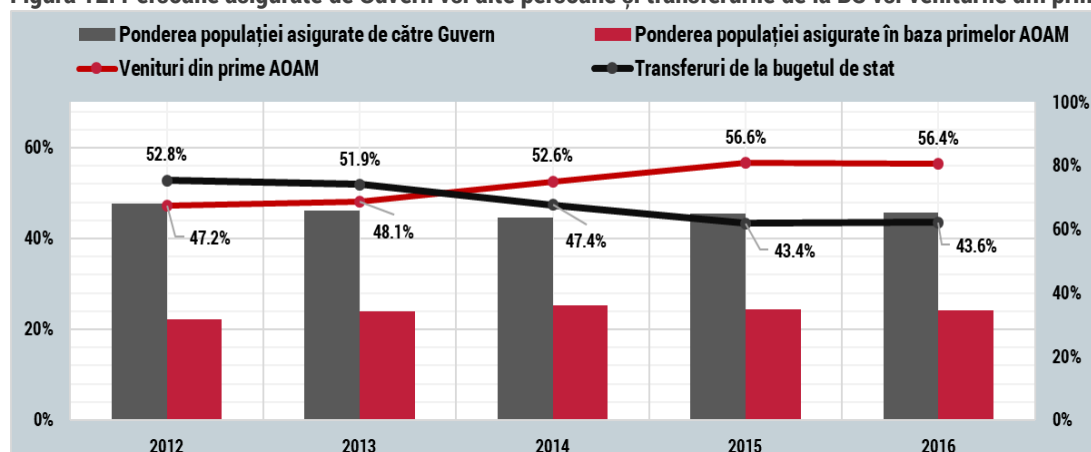
Figura 11. Piramida demografică a Republicii Moldova



Sursa: World Population Prospects, United Nations Population Division, <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>

De asemenea, atât CNAM cât și Curtea de Conturi bat alarma, Guvernul plătește mult mai puțin pentru asigurarea medicală a persoanelor neangajate decât costul poliței obligatorii. Astfel, transferurile de la Bugetul de Stat reprezintă mult mai puțin din suma necesară pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale pentru cele 16 categorii de persoane. Totodată, numărul persoanelor pentru care Guvernul este asigurator se menține la un nivel ridicat, ponderea acestora în totalul persoanelor asigurate fiind de peste 60%. Respectiv, chiar dacă raportul dintre grupul de persoane asigurate de Guvern și celelalte persoane asigurate crește în ultimii ani, raportul dintre transferurilor de la Bugetul de Stat și celelalte venituri ale FAOAM descrește (Figura 12). În aceste condiții, se înregistrează o anumită neconcordanță între calculele Ministerului Finanțelor privind fondurile transferate de la Bugetul de Stat pentru cele 16 categorii și cheltuielile necesare pentru asigurarea medicală a persoanelor respective.

Figura 12. Persoane asigurate de Guvern vs. alte persoane și transferurile de la BS vs. veniturile din prime AOAM



Sursa: Conturile Naționale în Sănătate

În urma recomandărilor Curții de Conturi, deputații urmăresc modificarea articolului 9 din Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor AOAM. În acest sens, o inițiativă legislativă votată deja în primă lectură³¹ prevede revizuirea modalității de calcul a transferurilor de la Bugetul de Stat către FAOAM prin excluderea cotei procentuale existente la moment de 12,1%. În locul acestui mecanism de calcul se propune asigurarea minimului garantat prin *indexarea anuală a transferurilor de la Bugetul de Stat către FOAM stabilite pentru anul precedent, la indicele prețurilor de consum prognozat pentru anul în cauză*. Deși la prima vedere acest proiect pare să asigure sustenabilitatea și echitatea transferurilor pentru cele 16 categorii de persoane în raport cu ceilalți beneficiari ai sistemului de asigurări medicale, totuși constatăm că impactul va fi cu totul altul decât cel urmărit de autori (Ministerul Sănătății) și prezentat în nota informativă la proiect.

Justificarea calculelor prezentate în nota informativă la proiect și mecanismul de ajustare a transferurilor ales nu va avea rezultatele scontate de autori. Astfel, nota informativă stipulează că Guvernul, în anul 2011 pentru asigurarea unei persoane achita 1071 lei, ceea ce reprezenta 38,7% din mărimea primei de AOAM calculată în sumă fixă³². Deja în anul 2015 Guvernul achita 1346 lei/persoană, mai mult decât în anii precedenți, însă procentual doar 33,2% din mărimea primei AOAM în sumă fixă pentru anul respectiv. Evident nu punem la îndoială corectitudinea cifrelor și calculelor, însă mecanismul de ajustare a transferurilor de la Bugetul de Stat nu ia în calcul numărul efectiv al beneficiarilor celor 16 categorii de persoane pentru care Guvernul este asigurator, or în contextul îmbătrânirii populației acest număr crește de la an la an (între anii 2010 și 2016, acest număr s-a majorat cu aproximativ 100 mii persoane). În aceste condiții, există posibilitatea ca deși suma transferurilor de la Bugetul de Stat va fi indexată cu indicele prețului de consum și efectiv aceasta va crește, urmare a creșterii numărului de persoane ce alcătuiesc cele 16 categorii, suma achitată de Guvern per persoană să scadă, nefiind atins obiectivul de bază – asigurarea echității și egalității dintre beneficiari.

În sensul corelării obiectivelor propuse cu potențialele rezultate ale modificării mecanismului de calcul a transferurilor de la Bugetul de Stat, inițiativa propusă necesită a fi examinată suplimentar. Astfel, considerăm cel puțin oportună modificarea textului acesteia în vederea stabilirii indexării sumei per persoană asigurată de Guvern și nu global, pentru întreaga sumă. Ca exemplu, o variantă a textului pentru articolul 9 din Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală ar putea fi următoarea: *Suma transferurilor din Bugetul de Stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală se stabilește anual prin legea bugetului de stat, reprezentând*

³¹ Proiectul legii pentru modificarea articolului 9 din Legea nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală;

<http://www.parlament.md/ProcesulLegislativ/Proiectedeactelegislative/tabid/61/LegislativId/3788/language/ro-RO/Default.aspx>

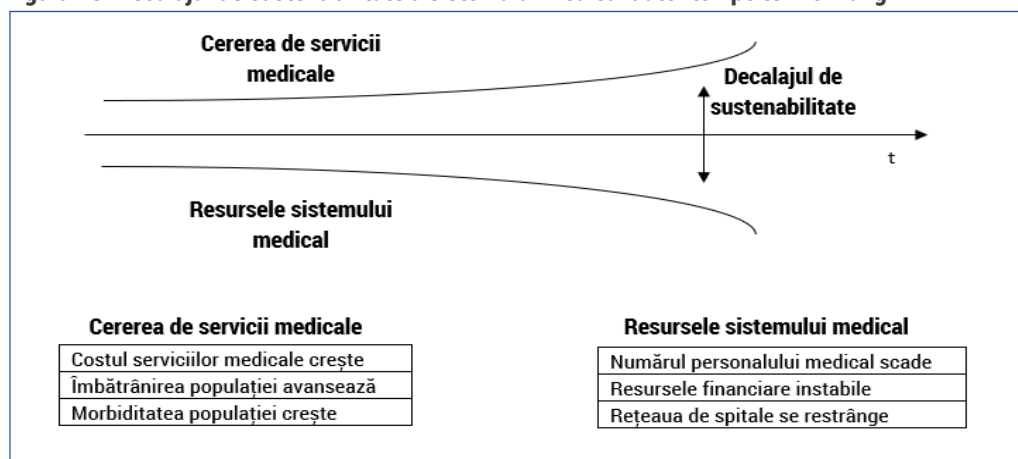
³² Mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.

suma aprobată a transferurilor de la Bugetul de Stat în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul precedent per persoană asigurată, indexată la indicele prețului de consum prognozat pentru anul în cauză.

Transferurile de la Bugetul de Stat sunt caracterizate și de întârzieri periodice fapt ce creează premise de nerespectare a clauzelor contractuale față de instituțiile medico-sanitare publice contractate. Raportul auditului Curții de Conturi privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală³³ relevă abateri la respectarea ritmicității planificate privind transferurile de la BS. Aceste abateri sunt caracteristice mai multor ani, în special, pentru a doua jumătate a anului și ajung chiar la nivelul de 239 mil. MDL (lunile iulie și septembrie 2016). Astfel, auditul menționează că virarea tardivă a mijloacelor FAOM, în special, a transferurilor de la Bugetul de Stat, creează premise de nerespectare a clauzelor contractuale privind termenele de achitare față de instituțiile medicale, precum și față de furnizori. Totodată, rectificările operate anual asupra veniturilor și cheltuielilor FAOM (ex. diminuarea veniturilor și cheltuielilor în 2016 cu 59,2 mil. MDL) creează premise de apariție a riscurilor de nerealizare în timp și în totalitate a obiectivelor și acțiunilor planificate pentru atingerea scopului AOAM.

În condițiile unei cereri de servicii medicale ce tinde să crească și a resurselor instabile implicate, sustenabilitatea pe termen mediu și lung a sistemului de sănătate este pusă în pericol. Deși această situație este caracteristică multor sisteme de sănătate din diferite țări a lumii, totuși accelerația proceselor în urma activizării factorilor de influență în Republica Moldova este una cu mult mai intensă. Modelul privind evoluția sistemului medical în timp prezentat în Figura 13 prezintă apariția unui decalaj de sustenabilitate financiară în viitor, ca urmare a evoluției diferite dintre curba cererii și a celei ce descrie resursele sistemului de sănătate. Astfel, fără o serie de modificări a factorilor ce îl caracterizează, în timp, sistemul public de sănătate se va confrunta cu o problemă dublă, pe de o parte creșterea cererii de servicii și bunuri medicale, și pe de altă parte, diminuarea resurselor cum sunt: numărul personalului medical, rețeaua de spitale, numărul de persoane care contribuie direct la FAOM.

Figura 13. Decalajul de sustenabilitate a sistemului medical autohton pe termen lung



Sursa: Compilația autorului în baza studiului „Building a Sustainable Health System” IMIA Yearbook of Medical Informatics 2007

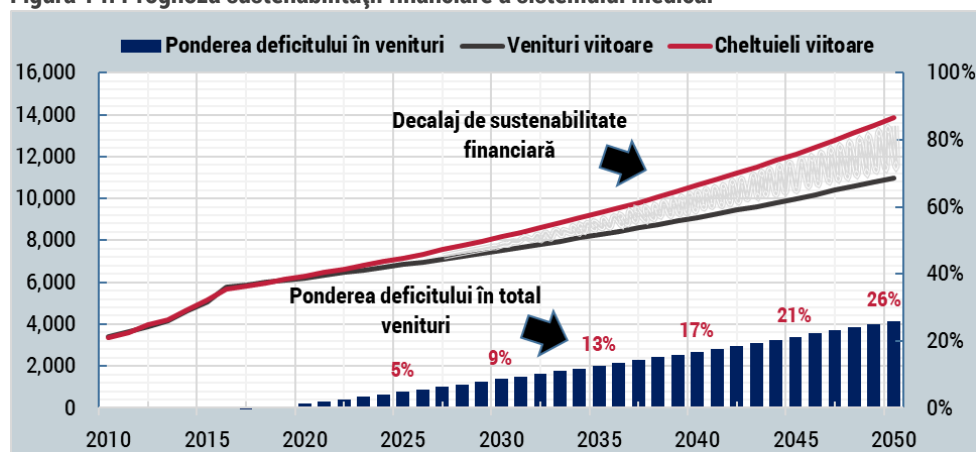
În condițiile unor evoluții economice constante ca cele din ultimii ani, doar din contul îmbătrânirii și reducerii populației sistemul de sănătate riscă să se confrunte cu un decalaj de sustenabilitate financiară. Pentru a exemplifica acest fenomen, prezentat în Figura 14, am luat ca factor principal prognoza demografică pentru următorii 30 de ani în baza datelor prezentate de sub-diviziunea ONU pentru populație³⁴. Astfel, populația aptă de muncă urmează să scadă în medie cu 1% anual (populația cuprinsă între vârsta de 20 – 64 ani), în timp ce restul populației va rămâne aproximativ la același nivel. Aplicând aceste rate de creștere asupra numărului actual al persoanelor care cotizează la sistemul AOAM și asupra numărului de persoane

³³ Raportul auditului de conformitate combinat cu auditul performanței asupra Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2016

³⁴ United Nations DESA / population division, World Population Prospects 2017, <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>

asigurate de Guvern, evident că vom obține un număr mai mic în prima categorie și un număr aproximativ egal în cea de-a doua. La următoarea etapă, în baza veniturilor pe cap de contribuabil la sistemul AOAM, și a cheltuielilor pe cap de asigurat de sistemul AOAM, putem prognoza veniturile și cheltuielile viitoare ale sistemului AOAM. Menționăm că la prognozarea veniturilor și a cheltuielilor s-a ținut cont de o creștere reală înregistrată de acestea pe cap de contribuabil/asigurat în perioada 2010 – 2014 (în medie aproximativ de 3% anual). În condițiile modificării structurii demografice a populației, și condiții economice neschimbate, observăm că veniturile și cheltuielile sistemului AOAM urmează să crească, însă ritmul de creștere a acestora este unul diferit.

Figura 14. Prognoza sustenabilității financiare a sistemului medical



Sursa: Elaborat de autor

Către anul 2030, fără aplicarea unor măsuri de reformă, urmează să apară un deficit la capitolul venituri de circa 9%, iar către anul 2050, de până la 26%. Soluțiile ar fi pe mai multe direcții, lăsând la o parte influența factorilor demografici, trendul cărora este greu de inversat. Printre acestea putem enumera creșterea ponderii persoanelor implicate în sistemul AOAM, care la moment este de circa 86% ceea ce denotă că aproximativ 14% din populația țării nu este asigurată și nici nu contribuie la sistemul AOAM. Acest grup de persoane în mare parte este compus din persoane cu vârsta aptă de muncă care activează în cadrul economiei informale, munca cărora nu este supusă impozitării. De asemenea, fenomenul salariului în plic reduce veniturile potențiale colectate prin intermediul contribuțiilor în formă procentuală achitate de angajat și angajator. Și în final, poate cea mai reală și rapidă soluție de creștere a veniturilor ar fi dezvoltarea economiei naționale și creșterea economică de cel puțin 5% anual în termeni reali. Această creștere ar completa veniturile sistemului AOAM, dar și pe cele ale Bugetul de Stat din care se fac transferuri pentru categoriile de populație neimplicate în câmpul muncii.

Concluzii și recomandări

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este parte componentă a sferei sociale și urmărește asigurarea sănătății întregii societăți și a fiecărui cetățean în parte. Prin intermediul cadrului legislativ și normativ statul definește politica generală în materie de asigurare a stării de sănătate a populație, precum și mecanismul ce finanțează sistemul dat. Mecanismul actual este compus dintr-o serie de relații financiare cu scopul acumulării și distribuirii resurselor financiare, acestea având atât caracter public cât și privat. Totodată, volumul de finanțare canalizat către sistemul de sănătate derivă din situația generală a finanțelor publice și a celor private, politicile în sector, cultura și obiceiurile individuale precum și alți factori. Modalitatea de finanțare caracteristică Republicii Moldova, alături de tipul de organizare a sistemului de ocrotire a sănătății, determină, în ultimă instanță, fluiditatea accesului la serviciile de sănătate, costul acestora și calitatea bunurilor și serviciilor oferite populației.

În ultimii ani, finanțarea domeniului ocrotirii sănătății din surse publice derivă din constrângerile bugetare existente, acestea situându-se la un nivel de 5,1 – 5,3% din PIB. Anul 2016 prezintă un consum de bunuri și servicii de sănătate care este

evaluat la circa 13,2 mlrd. MDL, ceea ce corelat cu numărul populației reprezintă aproximativ 3,7 mii MDL/locuitor. În același timp, statul finanțează aproximativ jumătate din totalul acestor cheltuieli (cheltuieli publice) restul fiind puse pe seama gospodăriilor casnice (cheltuieli private) sau unor proiecte cu finanțare externă. Cheltuielile private vin să completeze sursele publice alocate anual de către stat și apar sub forma plăților din buzunar, atât în mod formal, în urma procurării unui bun sau serviciu de sănătate, cât și în mod informal, sub forma unor plăți necontabilizate acordate medicilor și personalului medical. În lipsa unor scheme de asigurare cu medicamente, majoritatea plăților efectuate de gospodăriile casnice sunt orientate către achiziția produselor farmaceutice, volumul total al cărora constituind în anul 2016 peste 4 mlrd. MDL.

Cea mai mare parte din cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății sunt administrate de CNAM, instituție care dirijează mecanismul financiar în baza FAOAM. În anul 2016, prin intermediul acestei instituții au fost redirectionate circa 5,7 mlrd. MDL, sau circa 4,2% din PIB-ul țării, acestea fiind orientate, în special, pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM. Veniturile au fost în mare parte obținute din colectarea primelor AOAM, circa 3,3 mlrd. MDL și transferurile de la Bugetul de Stat pentru cele 16 categorii de persoane pentru care Guvernul este asigurator, aproximativ 2,4 mlrd. MDL. Totodată, prin intermediul CNAM nu se reușește asigurarea întregii populații. Cota persoanelor asigurate din totalul populației atinge nivelul de 85%, nivel caracteristic ultimilor ani, ceea ce indică faptul că 15% din populația țării rămâne fără asigurare medicală.

De asemenea, în condițiile îmbătrânirii populației și creșterii cererii de servicii medicale, sustenabilitatea financiară a sistemului medical este pusă în pericol. Datele statistice indică asupra creșterii în ultimii ani a morbidității populației, concomitent cu descreșterea numărului total al populației, fapt confirmat și de piramida demografică pentru următorii ani. Aceste tendințe clasifică populația țării drept una îmbătrânită, iar dacă acest trend nu va fi inversat în timpul apropiat, numărul persoanelor vârstnice îl va depăși pe cel al tinerilor, ceea ce va avea o influență directă asupra creșterii numărului de solicitări de servicii medicale, dar și asupra necesarului de finanțare. Adicional, rezultatele demografice presupun și extinderea numărului persoanelor asigurate de către stat, cum ar fi pensionarii. În aceste condiții, importantă este menținerea unui nivel adecvat de asigurare cu resurse financiare a sistemului medical. Totuși, atât CNAM cât și Curtea de Conturi bat alarma că Guvernul plătește mult mai puțin pentru asigurarea medicală a persoanelor neangajate decât costul poliței obligatorii. Astfel, transferurile de la Bugetul de Stat reprezintă mult mai puțin decât suma necesară pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale pentru cele 16 categorii de persoane. Respectiv se înregistrează o anumită neconcordanță între calculele Ministerului Finanțelor privind fondurile transferate de la Bugetul de Stat și cheltuielile necesare pentru asigurarea medicală a persoanelor respective.

În baza prognozei demografice, fără aplicarea unor măsuri de reformă asupra mecanismului de finanțare, un deficit la capitolul venituri de circa 9% urmează să apară către anul 2030, iar către 2050, acesta va ajunge până la 26%. În condițiile unor evoluții economice constante ca cea din ultimii ani, doar din contul îmbătrânirii și reducerii populației, sistemul de sănătate riscă să se confrunte cu un decalaj de sustenabilitate financiară. Soluțiile ar fi pe mai multe direcții, principalele urmărind creșterea ponderii persoanelor implicate în sistemul AOAM, sau reducerea fenomenul salariului în plic. Totuși o soluție reală și rapidă de creștere a veniturilor ar fi dezvoltarea economiei naționale și creșterea economică de cel puțin 5% anual în termeni reali.

Transparența sistemului de sănătate al Republicii Moldova

Transparența sistemului de sănătate este un concept controversat și interpretat pe larg în baza unor serii de criterii, care diferă în funcție de țară, de îngrijire și grupuri de părți interesate³⁵. Această diversitate denotă lipsa unei clarități strategice cu privire la ceea ce constituie un sistem de sănătate eficient și transparent³⁶. În acest capitol vom prezenta o definiție unificată a celor mai importante componente ale transparenței sistemului de sănătate, vom aduce argumente pentru a susține ipoteza că datele deschise în sănătate nu asigură transparența sistemului, ci sunt doar o componentă importantă a acestuia și vom face evaluarea transparenței sistemului de sănătate al Republicii Moldova conform unei metodologii dezvoltate de către KPMG International Cooperative, publicată în aprilie 2017.

Ce înseamnă transparența în sănătate și care este rolul ei?

Ultimul deceniu este caracterizat prin avântul la nivel mondial al creșterii nivelului de raportări ale datelor din sistemul de sănătate – acțiuni care au avut loc în unele cazuri în mod voluntar, altele obligatoriu³⁷. Numărul de valori raportate s-a extins considerabil în multe sisteme de sănătate, adesea ca urmare a cerințelor finanțatorilor și profesioniștilor medicali, pentru a obține măsurări precise și specifice. Acest fapt a fost posibil datorită unui consens larg la nivel mondial referitor la importanța raportării publice a indicatorilor de calitate ale instituțiilor medicale, inclusiv a celor ce măsoară rezultatele clinice și percepția pacientului privind îngrijirea pe care aceștia o primesc în sistemul de sănătate³⁸, obținut între o serie de actori de stat, asociații de afaceri și consumatori. Existența unui cadru de date deschise reprezintă o precondiție pentru asigurarea transparenței sistemului de sănătate, în același timp, colectarea datelor este frecvent asociată cu costuri și resurse extinse³⁹. Există dezbateri active privind povara și costul publicării cifrelor de valori mari. Deși aceste măsuri pot oferi o înțelegere mai bună și detaliată a ceea ce se întâmplă la nivel clinic, rezultatul creșterii numărului de date raportate, a dus, în opinia unora, la crearea unui set de indicatori care fac măsurarea calității dificilă și incoerentă⁴⁰. În acest context, există riscul ca odată concentrată pe măsurători și nu pe relevanța acestora, transparența să se transforme într-o risipă, fără rost, a resurselor. Problema este agravată și de lipsa resurselor și expertizei instituționale pentru analize semnificative asupra datelor care sunt colectate și a modului în care acestea pot contribui la creșterea sau dimpotrivă la subminarea nivelului de transparență în sănătate.⁴¹

Transparența în sănătate este un concept ce diferă de la țară la țară, regiune, parteneriate de dezvoltare și de multe ori este abordată prin prisma subiectelor individuale ca: datele deschise în sănătate, capacitatea sistemului de a oferi beneficiarului acces la informații, modul în care sunt cheltuiți banii din sănătate, serviciile pe care sistemul le poate oferi și transparența guvernării în sănătate etc. În același timp, în încercarea de a fi mai transparente, aceste țări au avut la baza actualelor concepte de transparență o serie de prevederi legislative și bune practici de publicare și utilizare a resurselor publice și datelor deschise în sănătate, la nivel internațional, cele mai cunoscute și implementate fiind:

³⁵ Vian T, Savedoff WD and Mathisen H. Anticorruption in the Health Sector: Strategies for Transparency and Accountability. Kumarian Press, Bloomfield, CT, USA, 20104

³⁶ Taylor R and Kelsey T. Transparency and The Open Society. Practical lessons for effective policy. Policy Press, Bristol, UK, 2016

³⁷ Kaplan, B. (2016). How Should Health Data Be Used?: Privacy, Secondary Use, and Big Data Sales. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 25(2), pp 312-329. doi:10.1017/S0963180115000614

³⁸ M.Thane Fortham et al.(2010), Risk-adjusted indices for measuring in-the quality of inpatient care, Q Manage Health care, Vol.19, No.3, pp 265-277.

³⁹ Greer SL, Wismar M, Figueras J and McKee C. Governance : a framework in Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance eds. Greer SL, Wismar M, Figueras J. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire, UK, 2016

⁴⁰ http://www.healthpolicyohio.org/wp-content/uploads/2014/01/transparencybasics_execsummary.pdf

⁴¹ <https://home.kpmg.com/xx/en/home/campaigns/2017/04/health-transparency-map.html>

- Directiva 2013/37 / UE a Parlamentului European și a Consiliului din 26 iunie 2013 de modificare a Directivei 2003/98 / CE privind reutilizarea informațiilor din sectorul public⁴²
- Ghidul W3C privind cele mai bune practici Web⁴³
- Ghidul privind politicile datelor deschise ale Fundației Sunlight⁴⁴
- Revizuirea guvernării datelor din sistemele de sănătate a OECD privind informația deschisă și transparentă din sănătate⁴⁵
- Ghidul Principiilor Participării Publice (GIFT)⁴⁶
- Codul Transparenței Fiscale, Fondul Internațional Monetar⁴⁷

În baza acestor abordări comune, KPMG⁴⁸ în cercetarea sa, în care a evaluat sistemele de sănătate din 32 de țări pentru a calcula Indicatorul Global de Transparență în sănătate, a identificat 6 componente comune ale unui sistem de sănătate deschis:

1. Calitatea asistenței medicale: transparența măsurilor de performanță la nivel de furnizor, în special, a calității rezultatelor și a proceselor.
2. Experiența pacientului: percepția pacienților cu privire la experiența lor în domeniul sănătății
3. Finanțe: transparența prețurilor și a plăților și natura publică a conturilor pentru instituțiile de asistență medicală.
4. Guvernarea: luarea deciziilor deschise, drepturile și responsabilitățile, alocarea resurselor, procesele de asigurare și mecanismele de responsabilitate.
5. Date personale privind sănătatea: accesul, proprietatea și protecția datelor individuale ale pacienților privind sănătatea.
6. Comunicarea datelor din domeniul sănătății: măsura în care toate cele prezentate mai sus sunt prezentate într-un mod accesibil, fiabil și util tuturor părților interesate relevante.

Conform acestor 6 componente, un sistem de sănătate transparent este unul care furnizează informații accesibile, fiabile, utile și actualizate tuturor părților interesate, astfel încât aceștia să poată înțelege cu ușurință calitatea, experiența pacientului, finanțele, guvernarea și datele individuale de sănătate asociate sistemului de sănătate și să permită pacienților în mod egal să beneficieze de îngrijirea în sănătate⁴⁹.

Cercetările arată că transparența poate aduce beneficii sau dimpotrivă crea efecte negative.⁵⁰ Pe de o parte, există dovezi concludente privind publicarea datelor care conduc la îmbunătățirea calității, o mai bună colectare a datelor și chiar îmbunătățirea rezultatelor în sectorul sănătății⁵¹. Pe de altă parte, transparența în înțelegerea sa specifică sau limitată pe subiecte de interes (finanțe, date deschise, calitate), poate submina încrederea, sau poate duce la o prea mare concentrare pe măsurări specifice, iar drept rezultat poate duce la concluzii și politici eronate⁵².

Generarea mai multor date, nu înseamnă neapărat și transparență.⁵³ Sistemele de sănătate sunt copleșite de cerințele de date care distrag atenția de la activitatea de bază, cea de a îmbunătăți asistența medicală⁵⁴, conducând în cele din urmă la performanțe și decizii mai puțin transparente.

⁴² <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0037>

⁴³ <https://www.w3.org/TR/dwbp/>

⁴⁴ <http://sunlightfoundation.com/opendataguidelines/>

⁴⁵ <http://www.oecd.org/publications/health-data-governance-9789264244566-en.htm>

⁴⁶ <http://guide.fiscaltransparency.net/>

⁴⁷ <http://www.imf.org/external/np/fad/trans/>

⁴⁸ KPMG este o rețea globală de firme independente care oferă servicii de audit, fiscale și consultanță în sănătate.

⁴⁹ <https://home.kpmg.com/xx/en/home/campaigns/2017/04/health-transparency-map.html>

⁵⁰ KAPLAN, B. (2016). How Should Health Data Be Used?: Privacy, Secondary Use, and Big Data Sales. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 25(2), 312-329. doi:10.1017/S0963180115000614

⁵¹ <http://www.oecd.org/publications/health-data-governance-9789264244566-en.htm>

⁵² Adaptată după „A practical path to improving transparency, Global Health systems transparency index”, KPMG, 2017.

⁵³ <http://who.int/gho/ihr/monitoring/reports/en/>

În același timp, există dovezi concludente ale beneficiilor pe care transparența, atunci când este aplicată disciplinată și strategic de sistemele naționale și locale de sănătate, contribuie la calitatea și valoarea asistenței medicale și serviciilor medicale. Printre principalele caracteristici ale acestei abordări strategice se numără o abordare selectivă și etapizată a publicării datelor, învățarea de la furnizorii inovatori și promovarea unei culturi de înaltă încredere, alături de concepte și opinii independente din grupurile de interes selectate. În acest caz, transparența sistemelor de sănătate comportă o serie de beneficii.

Raportarea publică încurajează eforturile de îmbunătățire a calității. Există dovezi clare că raportarea publică stimulează activitățile de îmbunătățire a calității, în special, la nivel de spital. De exemplu, spitalele canadiene au fost considerate mult mai susceptibile să raporteze inițiativele de îmbunătățire a calității ca răspuns la publicarea ratelor mortalității. Drept urmare, au fost introduse inițiativele ce includ noi căi clinice și protocoale de îngrijire pentru managementul clinic⁵⁴. În același timp, un nivel mai înalt de transparență poate duce la înrăutățirea rezultatelor raportate.

Transparența îmbunătățește calitatea datelor medicale raportate. În ciuda riscurilor de a face datele raportate „impecabile” de către raportori, deschiderea datelor va îmbunătăți calitatea datelor raportate. Acordarea accesului părților interesate la informație permite răspunsul critic din partea acestora. Publicarea datelor imperfecte prin însăși existența lor permite atenție și dezbateri cu privire la ce, cum și de ce datele sunt măsurate. Registrele electronice ale pacienților oferă un alt exemplu, valabil și țara noastră. Procesul de realizare a înregistrărilor pacienților pe cale electronică a amplificat deficiențele în procesul de înregistrări medicale și scos în evidență accelerarea dorinței clinicienilor de a le îmbunătăți, proces care în prezent este revăzut.

Publicarea impune instituțiilor profesionale responsabile de măsurarea și colectarea datelor să stabilească standarde clare de performanță. În plus, intervievații au susținut că este mai bine să declanșeze schimbări și îmbunătățiri prin publicare decât să renunțe la raportare pentru a participa la o evaluare lungă, consumatoare de timp pentru identifica metoda perfectă de colectare a datelor.

Luarea deciziilor de finanțare și alocare a resurselor în sistemul de sănătate în mod transparent duce la îmbunătățirea participării publice și la o mai bună reprezentativitate a politicilor de cheltuieli. Un sistem de sănătate nu poate fi considerat transparent fără a oferi datele despre transparența prețurilor și a plăților și natura publică a conturilor pentru instituțiile de asistență medicală. La fel de importante sunt discutarea în spațiul public a informațiilor despre cum sunt luate deciziile de alocare a banilor publici între diferiți actori din sector și care sunt prioritățile. Aceste decizii nu pot fi considerate transparente decât în cazul în care publicul fost informat în timp util, informația a fost relevantă și actorilor interesați li s-a oferit oportunitatea de a oferi feedback, sau de a veni cu schimbări la etapa de formulare a priorităților de cheltuieli (priorități de cheltuieli, repartizarea acestora pe instituții, achiziții) și venituri (prețurile la servicii, costul asigurărilor medicale).

Instrumentele de transparență a prețurilor duc la reducerea cheltuielilor pentru sănătate. În unele sisteme, potențialele beneficii financiare obținute prin transparența prețurilor au fost considerabile. Oferind informații despre prețurile serviciilor de sănătate, o organizație a estimat că cheltuielile de sănătate în SUA au scăzut cu 18 miliarde USD în decurs de 10 ani, alta a calculat că doar o creștere de 3% în fiecare an ar putea economisi 16 miliarde USD până în 2020. Cu toate acestea, instrumentele de transparență a prețurilor nu au reușit până acum să reducă cheltuielile pentru sănătate. Majoritatea pacienților nu utilizează datele pentru a alege cele mai bune servicii și continuă să se bazeze pe recomandările medicilor. Oferta actuală de produse nu reușește să angajeze pacienții: datele despre prețuri sunt furnizate frecvent fără date privind calitatea serviciilor, nu sunt personalizate și adesea nu există informații cu privire la costurile din buzunar. Pentru a fi utile, informațiile despre prețuri trebuie să furnizeze o estimare semnificativă a costurilor totale suportate de către pacient.

⁵⁴ M.Thane Fortham et al.(2010), Risk-adjusted indices for measuring in-the quality of inpatient care, Q Manage Health care, Vol.19, No.3, pp 265-277.

⁵⁵ Ketelaar N, Faber MJ, Flottorp S et al. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. Cochrane Database Syst Rev. 2011; 11: CD00453811

Evoluțiile recente, în special, în SUA au constatat că pacienții asigurați la nivel comercial suportă cheltuieli mai mari, obținute prin creșteri deductibile, coplăți și coasigurare. Mai mult de jumătate dintre statele americane au adoptat legislația care stabilește crearea site-urilor de transparență a prețurilor sau mandatează spitalele sau asiguratorii de sănătate să ofere informații despre prețurile disponibile pentru pacienți. În sectorul privat s-au dezvoltat inițiative de transparență a prețurilor, unele companii de asigurare oferind estimări ale costurilor prin intermediul calculatoarelor online.

Ridicarea nivelului de transparență duce la crearea datelor focusate pe consumator. Una din concluziile de până acum este că beneficiarul nu utilizează datele existente la nivel instituțional, fie pentru că nu sunt relevante pentru acesta, fie pentru că nu sunt accesibile, fie prea complicate, iată de ce, odată cu publicarea datelor financiare și rezultatelor obținute în formatul „pentru cetățeni”, sistemele de sănătate vor fi nevoite să își revadă paradigma de publicare a indicatorilor.

Răspunsuri oneste și deschise în situațiile de criză sunt posibile doar într-un sistem de sănătate deschis. Capacitatea sistemului de a oferi statistici dure și explicații clare în situațiile de criză apărute contribuie la crearea opiniilor informate duce la schimbări majore în instituțiile medicale.

Abordări de open data în sănătate

Orice sistem de sănătate poate fi redus la un set de date⁵⁶ cu un set de valori, practici și relații, legi și reglementări, standarde de date în materie de sănătate, tehnologii, sisteme și aplicații care sprijină toate aspectele legate de sănătatea individuală, livrarea serviciilor de sănătate și sănătate publică⁵⁷. Acest subcapitol va descrie abordările open data în sistemele de sănătate ale pionierilor în acest domeniu și compararea poziției țării noastre, în raport cu aceștia. La fel, vom arăta, ce date din sistemul de sănătate trebuie să fie deschise conform principiilor open data și bunelor practici internaționale.

Care sunt datele deschise în sănătate?

Pentru a putea evalua deschiderea datelor în sănătate, Bunele practici ale Organizației Economice pentru Comerț și Dezvoltare (OECD), spun că este nevoie ca aceste date să permită urmărirea progresului pacientului prin sistemul de sănătate, de la etapa intrării acestuia în sistemul de asistență medicală primară, asistență medicală de specialitate, spitalizare, îngrijirea medicală de lungă durată, asistența medicală la domiciliu, îngrijirea medicală paliativă și moarte⁵⁸. O altă cerință față de datele în sănătate spune că acestea trebuie să ofere acces la caracteristicile de bază ale pacientului, boli, tratamente, investigații. Analizate în relații cu datele despre cum este finanțată ocrotirea sănătății și politicile în sănătate, acest set de date, ar putea oferi o imagine clară despre rezultatele pe care sistemul de sănătate le produce, ar permite să descopere erorile medicale, reacțiile adverse, fraudele, aderența la standardele clinice, siguranța pacientului, eficiența tratamentelor, dar și însași politicile în sănătate.⁵⁹

În 2013, OECD a identificat 14 categorii de date de „mare valoare”⁶⁰ în sănătate, necesare pentru a identifica parcursul/calea (pathway) de îngrijire a pacientului și rezultatele la nivel de populație sau grupuri de oameni cu caracteristici diferite. Aceste categorii reprezintă părțile esențiale ale sistemului de sănătate și trebuie să ofere răspuns la următoarele întrebări: ce lucrează, pentru cine, unde, de ce? Generarea acestora trebuie să maximizeze beneficiile sociale și să minimizeze riscurile de utilizare a datelor în sănătate, în conformitate cu Declarația de confidențialitate a OECD din 2013⁶¹ și a Directivei 95/46/CE a Parlamentului European și a Consiliului⁶². Acestea sunt:

⁵⁶ <http://www.healthpolicyohio.org/healthcare-data-transparency-basics-2016/>

⁵⁷ National Committee on Vital and Health Statistics, 2001.

⁵⁸ http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en#page23

⁵⁹ <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244566-en>

⁶⁰ Datele de „mare valoare” sunt datele esențiale pentru îmbunătățirea ocrotirii sănătății și performanței sistemului de sănătate.

⁶¹ <http://www.oecd.org/sti/ieconomy/privacy-guidelines.htm>

⁶² <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/ALL/?uri=CELEX:31995L0046>

- Datele despre spitalizarea pacienților
- Datele despre spitalizarea pacienților în instituțiile medicale de boli mentale
- Datele despre asistența medicală de urgență
- Asistența medicală primară
- Date despre medicamentele cu prescripție
- Registrul datelor despre cancer
- Registrul datelor despre diabet
- Registrul datelor despre afecțiunile cardiovasculare
- Datele despre mortalitate
- Datele despre spitalizarea/tratamentul de lungă durată
- Date despre rezultatele generate de pacient
- Studii despre sănătatea populației
- Date despre chestionarea satisfacției pacienților
- Datele recensământului populației, rezultatele cercetării bugetelor gospodăriilor casnice

În același timp, generarea datelor în sănătate este strâns legată de informația personală oferită de pacient. Iată de ce, una dintre cele mai mari provocări este asigurarea securității datelor, prin prisma protecției datelor cu caracter personal. De capacitatea de depersonalizare a datelor a sistemelor informaționale depinde în mod direct capacitatea de utilizare a acestora de către toți actorii din domeniu.

Datele despre parcursul pacientului în sistemul de sănătate sunt de cele mai multe ori oferite de mai mulți actori, în funcție de serviciul prestat și includ o serie de tratamente cu efect imediat sau de lungă durată. Calea pacientului de la diagnosticare până la îngrijirea sa la toate nivelurile de asistență medicală (primară, specializată, spitalizare, îngrijire paliativă, moarte) presupune generarea seturilor de date despre îmbunătățirea sau înrăutățirea stării acestuia la orice etapă a tratării. Aceste seturi de date conform OECD, dar și ale Institutului de Metrologie în Sănătate⁶³ includ principalele servicii oferite pacienților la toate nivelurile, utilizarea medicamentelor cu prescripție, riscurile asociate sănătății. Moartea poate surveni în spital sau în afara acestuia, poate fi sau nu legată de aspectele de ocrotire a sănătății. Iată de ce, datele despre mortalitatea populației trebuie să includă rata de supraviețuire a pacientului per instituție medicală vizată, în urma oferirii îngrijirilor medicale, dar și în absența îngrijirilor medicale.

Registrele de date pentru maladiile specifice, includ seturile de date definite de un diagnostic specific. Bunele practici recomandă dezvoltarea modulelor informaționale care ar permite efectuarea legăturilor dintre istoria naturală a maladiei, datele despre tratamentul/tratamentele acestora și rezultat.

Dacă ar fi să dăm o apreciere modului în care sistemul de sănătate poate să comunice datele în sănătate, atunci, sistemul informațional în forma sa existentă nu oferă o informație clară despre legătura dintre mortalitate și oferirea sau lipsa asistenței medicale. La fel cum nu există nici rapoarte oficiale despre rezultate, sau lipsa acestora. Dacă este să ne referim la calea pacientului din momentul intrării sale în sistemul de asistență medicală primară/asistență medicală de urgență și parcursul său până la asistența medicală de specialitate, spitalizare externare, sau moarte, nu există o legătură dintre diferite nivele, a tratamentului oferit, servicii medicale și speranța de viață a acestuia după oferirea sau în absența oferirii serviciului de asistență medicală, chiar dacă date pentru fiecare nivel de asistență medicală la niveluri separate există, la nivel național, sunt generate date care se limitează la incidența și prevalența maladiilor specifice (Sistemului de Prezentare a Datelor sau SPD2)⁶⁴.

Țara noastră înregistrează datele despre cancer, diabet, maladiile cardio-vasculare, acestea se limitează la fel la incidență și prevalența acestora. De ce este important ca registrele de date să ofere informații despre tratament și rezultatul obținut? Deși

⁶³<http://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2016-development-assistance-public-and-private-health-spending>

⁶⁴Ghidul utilizatorului. Sistemul informațional automatizat „Statistica medicală”.

Moldova a recunoscut importanța subiectelor enumerate și și-a luat angajamente prin strategiile naționale de sănătate și acordurile internaționale, de a le combate și de a îmbunătăți rezultatele per pacient afectat, pura monitorizare a incidenței și prevalenței nu arată care sunt cauzele, rezultatele, progresele, sau lipsa acestora pentru aceste maladii.

În rezultat, Moldova produce 11 din cele 14 categorii de informații de „mare valoare”. Actualmente nu sunt produse registre ale cancerului (profilul pacientului, starea socio-demografică, categorii de venituri, tipul cancerului, tipul tratamentului, rezultatele tratamentului, speranța de viață după tratament, cheltuielii de tratament etc.). Datele despre cancer (incidența/prevalența) sunt incluse în anuarul statistic, împreună cu datele despre diabet și afecțiunile cardio-vasculare. La fel, nu sunt produse registre despre spitalizarea/îngrijirea paliativă/ de lungă durată, datele despre spitalizarea pacienților în instituțiile medicale de boli mentale, date despre chestionarea satisfacției pacienților. Mai mult, datele produse pentru aceste 11 categorii de informații sunt incomplete, iar sistemul informațional actual nu poate crea legături relevante între acestea. Astfel, la etapa de analiză a datelor, la etapa de formulare a politicilor, acestea sunt analizate independent, pierzându-se legătura cauzală dintre afecțiunea tratată și tratamentul primit/ofert la fiecare nivel de îngrijire medicală.

Principii și abordări de open data

Principiile de open data în sănătate au la bază o serie de prevederi legislative și bune practici de publicare și utilizare ale resurselor publice și datelor deschise în sănătate. La nivel internațional, cele mai cunoscute și implementate, sunt următoarele:

- Directiva 2013/37 / UE a Parlamentului European și a Consiliului din 26 iunie 2013 de modificare a Directivei 2003/98 / CE privind reutilizarea informațiilor din sectorul public⁶⁵
- Ghidul W3C privind cele mai bune practici Web⁶⁶
- Ghidul privind politicile privind datele deschise ale Fundației Sunlight⁶⁷
- Revizuirea guvernării datelor din sistemele de sănătate a OECD privind informația deschisă și transparentă din sănătate⁶⁸
- Ghidul Principiilor Participării Publice (GIFT)⁶⁹
- Codul Transparenței Fiscale, Fondul Internațional Monetar⁷⁰

Toate acestea, pe lângă prevederi specifice sau speciale, definesc de comun acord, principiile datelor deschise în medicină. Principiile sunt structurate în mod incremental, construindu-se unele pe altele în ceea ce privește prioritatea și misiunea.⁷¹ Aceasta pune bazele unor date deschise din ce în ce mai valoroase pentru sistemele de sănătate, cetățeni, întreprinderi, cercetători și alte instituții din sectorul public. Principiile privind datele de sănătate deschise sprijină viziunea de a „îmbunătăți îngrijirea pacienților, de a permite alegerea și de a sprijini inovarea prin accesul liber la datele în sănătate, protejând, în același timp, datele cu caracter personal ale pacienților”⁷².

- Datele sunt un bun valoros pentru a îmbunătăți furnizarea și planificarea asistenței medicale
- Datele personale sunt protejate în temeiul legislației privind protecția datelor
- Datele de sănătate deschise sunt publicate în mod pro activ
- Datele deschise pentru sănătate pot fi folosite de către toți
- Datele de sănătate deschise sunt de înaltă calitate
- Reutilizarea datelor privind sănătatea deschisă va fi sprijinită

⁶⁵ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0037>

⁶⁶ <https://www.w3.org/TR/dwbp/>

⁶⁷ <http://sunlightfoundation.com/opendataguidelines/>

⁶⁸ <http://www.oecd.org/publications/health-data-governance-9789264244566-en.htm>

⁶⁹ <http://guide.fiscaltransparency.net/>

⁷⁰ <http://www.imf.org/external/np/fad/trans/>

⁷¹ Open data strategy v 1.0, 2016.

⁷² http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en

- Cercetătorii și alți actori externi au acces la date relevante în circumstanțe controlate
- Oamenii pot accesa date despre ei înșiși în și modul în care sunt utilizați.

Deci nu putem decât să ne punem întrebarea: care sunt datele care trebuie să fie deschise în sănătate⁷³? În baza principiilor datelor deschise, au fost create două abordări principale de deschidere a datelor:

- Axată pe crearea unui grad cât mai înalt de independență a pacientului. Astfel, sistemul informațional pune la dispoziție cât mai multe informații pentru ca pacientul să poată alege independent instituția, medicul sau serviciul în dependență de nivelul de acoperire medicală.
- Orientată pe oferirea informațiilor maxime pentru informarea beneficiarilor despre serviciile oferite de sistemul de sănătate de la naștere, la moarte.

Abordări de open data: sinteza pe 4 țări Danemarca, SUA, UK, Canada

Danemarca a deschis registrul complet al cadrelor medicale, tuturor persoanelor autorizate să profeseze în domeniul sănătății și deține o diplomă medicală. Acest registru, Registrul de autorizare, include, în special, numele, prenumele, data nașterii, locul de muncă, profesia și data absolvirii universității tuturor cadrelor medicale. Această bază de date a permis dezvoltarea unui instrument de căutare pe site-ul sundhed.dk pentru a găsi datele referitoare la orice profesionist în domeniul sănătății, precum și la instituțiile în care acesta își exercită funcția.

În Canada, două seturi de date principale au dus la dezvoltarea serviciilor de informare a pacienților care sunt deosebit de utile în contextul canadian. Prima conține durata medie de spitalizare și ratele practicate de spitale, în funcție de regiunea, de vârsta pacientului și de tipul de intervenție. Deschiderea acestor date a permis dezvoltarea unui instrument, *Patient Cost Estimator*, care permite oricui să estimeze costul mediu pentru o intervenție pe baza acestor criterii. Al doilea set de date conține orele de așteptare observate în spitale pentru 8 tipuri principale de intervenții. Aceste date au servit drept bază pentru dezvoltarea unui modul ourhealthsystem.ca, site-ul care estimează timpul mediu de îngrijire în funcție de tipul de intervenție și regiuni și să le compare cu obiectivele naționale. Acest serviciu este cu atât mai util pentru pacienții din Canada, cu cât aceștia sunt nevoiți să se înscrie pe lista de așteptare a unui spital înainte de a fi îngrijiți.

În Statele Unite, aplicația „Comparația Spitalului” oferă un serviciu echivalent prin combinarea datelor deschise din sondajele privind satisfacția pacienților și indicatorii de performanță ai spitalelor. Cetățenii pot compara spitalele după zeci de criterii. Pacientul poate apoi să descarce datele și să-și aleagă spitalul pe baza criteriilor cum ar fi timpul mediu pe care pacienții îl stau internați în spital, ca urmare a unui accident vascular cerebral.. Acest serviciu este important într-o țară în care pacientul alege instituția în care poate fi internat.

În Marea Britanie, site-ul NHS Choices oferă o evaluare a satisfacției pacienților pentru fiecare practică medicală din întreaga țară. Aceste date îi ajută pe cetățeni să aleagă o anume practică medicală și chiar le permite să facă consultații online. Un alt exemplu este prescrierea și consumul lunar de medicamente pe moleculă, iar costurile asociate sunt, de asemenea, deschise publicului. Mastodon C a folosit recent aceste date pentru a demonstra că prescrierea statinelor generice a economisit aproximativ 200 milioane lire sterline din totalul cheltuielilor legate de starea de sănătate.

Indiferent de abordările speciale pe care aceste țări le-au ales, pentru asigurarea transparenței în sănătate, o serie de date sunt obligatorii de a fi publicate, după cum urmează mai jos⁷⁴. Încă un factor important, este desemnarea clară a furnizorului de informații în sănătate pentru utilizatorii secundari de informație.⁷⁵

⁷³ <http://www.healthpolicyohio.org/healthcare-data-transparency-basics-2016/>

⁷⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26957456>

⁷⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756607/>

Tabelul 2. Categoriile de informații și subcategoriile de informații, care sunt publicate în sănătate de către țările partenere OGP

Furnizorul de informații	Categorii de informații	Subcategoriile de informații
Ministere, autorități de reglementare	Politici, regulamente, ordine	•Politica de calitate în sănătate: acreditare, standarde de calitate a serviciilor oferite, standarde de calitate a instituțiilor medicale ⁷⁶
	Sănătate publică și epidemiologie	▪ Starea de sănătate individuală ▪ Epidemiologie ▪ Mediu, de ex. Aer, apă, sol
Medici, Instituții medicale	Oferta de îngrijire	•Infrastructură •Infrastructura: profesioniști, personal medical ▪ Servicii / îngrijire furnizate ▪ Personal: activ, în formare ▪ Tarife și taxe ▪ Infrastructurile de cercetare ▪ Informații medicale
	Consum și cheltuieli pentru îngrijiri	▪ Activitatea instituțiilor de sănătate: AMU, AMS, AMP, psihiatrie ▪ Consultări: medici, dentiști, auxiliari ▪ Biologie și analize ▪ Transport (ambulanțe etc.) ▪ Medicamente și dispozitive ▪ Alocații zilnice, deplasări de lucru etc. ▪ Activitatea instituțiilor medicale și sociale
	Performanța operațiunilor	▪ Performanța financiară ▪ Performanță operațională ▪ Calitate
Asigurator/ii	Cheltuieli în sănătate	▪ Clasificarea cheltuielilor conform clasificăției economice, funcționale și organizaționale

Sursa: Open Data en sante, Panorama international, 12 februarie, 2014.

Pentru a oferi aceste categorii și sub-categorii de date, au fost identificate trei caracteristici care contribuie la deschiderea datelor în fiecare țară: voința politică, existența bazelor de date structurate, cadrul legal favorabil deschiderii datelor.

Existența unei voințe politice puternice permite apriori, dezbateră subiectului deschiderii datelor la nivel național și încurajează punerea în aplicare a principiilor datelor deschise și încurajarea utilizării acestora. Această voință politică se bazează pe inițiative ale guvernelor precum:

- Inițiativa privind datele deschise în Canada din 1990
- Planul de acțiune al guvernului deschis, al administrației Obama în Statele Unite în 2009
- S-a concretizat prin lansarea site-urilor datele oficiale naționale oficiale, cum ar fi site-ul american healthdata.dov dedicat datelor în sănătate

Existența bazelor de date structurate care ar permite crearea datelor cu o mai mare reprezentativitate și relevanță. Sisteme de colectare a informației, digitizare și agregarea datelor de sănătate au un impact diferit asupra datelor puse la dispoziție, de exemplu:

- În Canada, existența unui agregator public istoric la nivel central favorizează constituirea și, prin urmare, furnizarea bazelor de date la scară largă și o profunzime istorică importantă
- În schimb, în Statele Unite, agregatorii publici și privați sunt multipli, ducând la fragmentarea și acoperirea limitată a datelor disponibile.

Evoluția cadrului de reglementare a favorizat deschiderea accesului la date a publicului larg. În afară de Singapore, țările OECD au legi organice referitoare la dreptul la informație, care definesc modul în care cetățenii accesează datele publice.

⁷⁶ Conform Bunelor Practici de Transparență Fiscală a FMI

Unele țări au adoptat, de asemenea, legi care obligă administrația publică de orice nivel să publice datele lor în întregime, de exemplu, Canada, prin Actul privind accesul la informații din 2010.⁷⁷ Trebuie să menționăm că și condițiile generale de utilizare a datelor, a platformelor Open Data sunt adesea mai multe permissive decât portalurile tradiționale privind accesul la datele de sănătate și oferă mai multe informații decât cele obligatorii descrise anterior..

Cât de deschise sunt datele în sănătate în Republica Moldova?

Există un cadru legal care permite deschiderea accesului la date a publicului larg. Primele inițiative de transparentizare a administrației publice a venit odată cu publicarea în 2009 a legii privind transparența în procesul decizional. Aceasta are drept scop asigurarea participării cetățenilor, eficientizarea procesului decizional și sporirea gradului de răspundere a autorităților publice față de cetățeni⁷⁸. Aceasta stabilește normele aplicabile pentru asigurarea transparenței în procesul decizional în cadrul autorităților administrației publice centrale și locale, altor autorități publice și reglementează raporturile lor cu cetățenii, cu asociațiile constituite în corespundere cu legea, cu alte părți interesate în vederea participării la procesul decizional. Sub incidența prezentei legi cad, de asemenea, persoanele juridice de drept public și privat care gestionează și utilizează mijloace financiare publice⁷⁹. Aceasta a fost urmată de Hotărârea de Guvern Nr. 188 din 03.04.2012 privind paginile oficiale ale autorităților administrației publice în rețeaua Internet, care descrie ce tip de informație trebuie să fie publicată pe paginile web ale instituțiilor.

Legea cu privire la responsabilitatea bugetar fiscală descrie cadrul de transparență bugetară la nivel național, iar la nivel local, Legea privind finanțele publice locale stabilește cerințele de deschidere a datelor bugetare.

Pe 17 aprilie 2012, Moldova s-a alăturat efortului global de îmbunătățire a guvernării, semnând Declarația Parteneriatului Guvernelor Deschise. Pentru a adera la OGP, Moldova a elaborat Planul de Acțiuni pentru un Guvern Deschis pentru perioada 2012-2013, adoptat prin Hotărârea Guvernului nr. 195 din 04.04.2012, publicată în „Monitorul Oficial” din 06.04.2012 nr.65-69 / 224. În perioada 2012 – 2017 au fost implementate 3 Planuri de acțiuni și asumate angajamente pentru sectorul public de deschidere a datelor. Tot în această perioadă au fost desfășurate eforturi masive de deschidere a datelor în sănătate. Practicile curente privind datele în sănătate în Moldova sunt descrise în Casetă 2.

⁷⁷ <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/a-1/>

⁷⁸ Legea privind transparența în procesul decizional nr. 239-XVI din 13.11.2008 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=329849>

⁷⁹ <http://lex.justice.md/md/329849/>

Caseta 2. Practici curente privind datele în sănătate în Republica Moldova

Avantajele actuale ale datelor produse de sistemul de sănătate autohton în relație cu Planul de Acțiuni pentru un Guvernul Deschis pentru perioada 2012-2017:

- SPD2 și bazele de date asociate, sunt bogate în date. O cantitate uriașă de date este produsă și utilizată zilnic.
- O mare parte din aceste date sunt structurate și codificate utilizând cele mai bune practici naționale și internaționale. Abordările la codificare sunt atent documentate.

Provocările pentru deschiderea datelor în sănătate sunt:

- Există o cantitate mare de date în SPD 2, care ar putea fi publicată ca date deschise în sănătate deschise pentru a obține avantajele prezentate mai jos, dar nu sunt disponibile în prezent.
- Nu există mecanisme de raportare care exportă date dintr-o varietate de sisteme și care prezintă datele în formate citibile de către oameni.
- Datele sunt publicate în rapoartele pdf și word, sau în aplicații, cum ar fi SPD2. Aceasta înseamnă că datele nu pot fi accesate ușor pentru prelucrare și analiză.
- Nu există un mecanism de căutare a datelor în sănătate; un utilizator trebuie să știe ce date caută, cine și unde publică datele.

Sursa: Evaluarea autorului

Trebuie să menționăm că nu există nici un impediment legal prin care autoritățile publice și instituțiile din sistemul public de sănătate să nu publice în regim normal, reglementat de cadrul existent, datele care sunt stabilite de legile organice existente și angajamentele Parteneriatului pentru Guverne Deschise și Open Data.

Principalele surse de informații. Principalii furnizori ai informațiilor în sistemul de sănătate sunt pacienții, medicii, instituțiile medicale, asiguratorii și Ministerul Sănătății împreună cu autoritățile de reglementare subordonate. Cel mai mare portal de date în sănătate este site-ul Centrului Național de Management în Sănătate, www.cnms.md. Acesta conține date despre **bazele de date structurate** care permit analiza de ansamblu a situației în medicină. Acesta conține date și registre de date specifice (resursele umane în medicină, fluxurile financiare în sănătate) și urmează să mai dezvolte aplicații și registre care ar descrie sistemul de conturi economice în medicină, managementul sanitar etc, vezi Tabelul 3.

Tabelul 3. Principalele surse de informații publice și categoriile de date disponibile în sistemul de sănătate autohton

Furnizori de date	Principalii agregatori ai datelor în sănătate	Tipul de date disponibile	Platformele online care pun aceste date la dispoziție
Pacienți Medici Instituții medicale Farmaciști	Centrul Național de Management în Sănătate	Date despre fluxurile financiare în sănătate Statistica sănătății populației (starea sănătății populației în ansamblu și a grupurilor ei de bază de care depinde nivelul de reproducere (natalitatea, mortalitatea), răspândirea morbidității, traumatismului, invalidității, dezvoltarea fizică, longevitatea etc.). Statistica ocrotirii sănătății (acumularea și studierea datelor informative de activitate a rețelei instituțiilor sanitare, cadrelor, aprecierea randamentului și calității muncii instituțiilor sanitare în ansamblu, pe grupuri și în particular, precum și realizează sumarul și aprecierea experienței vizând profilaxia și tratamentul bolilor la diferite	http://cnms.md http://sieruss.ms.md/

		nivele). Statistica sanitară sau managementul sanitar (cuprinde problemele generale de normare a factorilor mediului de protecție, dirijarea proceselor în ocrotirea sănătății, profilaxie și alte activități în medicină). SIERUSS - Sistemului Informațional de Evidență a Resurselor Umane din Sistemul Sănătății ISHAM – Sistemul Informațional Conturi Naționale de Sănătate (nu este încă elaborat) ODA – Sistemul Informațional Asistența Oficială de Dezvoltare a Sectorului Sănătății UDI/LSC/HIV Ident – Sisteme informaționale Identificatorul Unic a persoanelor cu risc sporit de infectare HIV Sistemul de prezentare a datelor indicatorilor sănătății (SPD 2)- Statistica medicală Forme electronice medicale (MEDFORM) Mortalitatea	
	Centrul Național de Sănătate Publică	Starea epidemiologică națională și locală Registrul de Stat al controalelor Chestionare Naționale (RSI) Registrul Național al produselor biodistructive Registrul Național al aditivilor	cns.sp.md
	Consiliul Național de Evaluare și acreditare în sănătate	Registrul instituțiilor acreditate (IMS - publice, private; centre de sănătate publică, farmacii)	cneas.md
	BNS	Statistica națională - epidemiologie, date comportamentale (alcoolitate, fumat, obezitate etc) Date de mediu - poluare, calitate a apei, mediu etc.	statistica.md
	CNAM	Date despre cheltuirea banilor publici din FAOM	cnam.md

Sursa: Evaluarea autorului

Principalul dezavantaj îl constituie, însă, accesul extrem de limitat la datele din sănătate pentru utilizatorii secundari. Accesul la aceste date poate avea loc doar în baza autentificării, sau ca urmare a solicitărilor de informație. Un alt dezavantaj, îl constituie, faptul că o serie din modulele sistemelor informaționale nu au fost dezvoltate, fie din lipsă de bani, fie din cauza fluctuației înalte de personal în cadrul instituțiilor responsabile, în special Ministerul Sănătății.⁸⁰

Dacă e să ne referim strict la gradul de deschidere a datelor în sănătate, conform categoriilor de date care ar trebui să fie publice, conform principiilor datelor deschise, atunci sistemul de sănătate autohton, publică doar parțial informații conform celor 6 categorii de informații, vezi Tabelul 4. Sunt disponibile informațiile despre politica de sănătate, acreditare, standarde de calitate ale serviciilor medicale și instituțiilor care le prestează. La fel, sunt publice datele referitoare la sănătatea publică și epidemiologie. Sunt incomplete sau fragmentate datele publice despre oferta de îngrijire a sistemului, sunt incomplete datele despre resursele umane în sistemul medical, mai ales cel în formare, care este oferta de îngrijire pe servicii furnizate și cum infrastructura instituțională asigură în profil teritorial serviciile prestate etc. Nu sunt disponibile în spațiul public nici informațiile referitoare la performanța sistemului. Pentru această categorie de informație, nu sunt publice nici una dintre subcategoriile de informații referitoare la performanța operațională, financiară și calitatea serviciilor oferite de instituții.

Dacă e să analizăm câte din cele 28 de sub-categorii de informație sunt publice, observăm că doar 9 din cele 28 de subcategorii sunt deschise, 8 sunt oferite la cerere, iar restul nu sunt publice, fie din cauza că nu sunt produse, fie că nu sunt utilizate decât pe intern de instituții.

⁸⁰ Ccrm.md

Tabelul 4 Disponibilitatea datelor în sistemul de sănătate autohton, conform principiilor Open Data în sănătate

Instituția	Categoria de Informații	Subcategoria de informații	Disponibilitate publicului: public/nu este disponibil, la cerere
Ministerul, APL	Politici, regulamente, ordine	Politica de calitate în sănătate: acreditare, standarde de calitate a serviciilor oferite, standarde de calitate a instituțiilor medicale	Public La cerere Public
Reglementarea (Guvernarea sau supraveghere)	Sănătate publică și epidemiologie	▪ Starea de sănătate individuală ▪ Epidemiologie ▪ Mediu, de ex. Aer, apă, sol	Public Public Public
Prestatorii de servicii Instituții medicale	Oferta de îngrijire	▪ Infrastructură ▪ Infrastructura: profesioniști liberali ▪ Servicii / îngrijire furnizate ▪ Personal: activ, în formare ▪ Tarife și taxe ▪ Infrastructurile de cercetare ▪ Informații medicale	Public La cerere La cerere La cerere Public Public La cerere
	Consum și cheltuieli pentru îngrijiri	Activitatea instalațiilor de sănătate: AMU, AMS, AMP, psihiatrie: ▪ Consultări: medici, dentiști, auxiliari ▪ Biologie și analize ▪ Transport (ambulanțe etc.) ▪ Medicamente și dispozitive ▪ Alocatii zilnice, opriri de lucru etc. ▪ Activitatea instituțiilor medicale și sociale	La cerere La cerere La cerere Nu este publică Nu este publică Public
	Performanța operațiunilor (conform healthdata.org despre indicatorii de performanță)	▪ Performanța financiară ▪ Performanță operațională ▪ Calitate	Nu este public Nu este publică Nu este disponibilă
Asiguratori	Cheltuieli FOAOM	Clasificarea cheltuielilor conform clasificăției economice, funcționale și organizaționale Repartizarea cheltuielilor pe instituții medicale contractate Negocierea contractelor în medicină	Nu este publică Nu este publică Nu este publică

Sursa: Evaluarea autorului

Astfel, în prezent activitatea instituțiilor medicale are cel mai redus nivel de transparență, o serie de informații privind performanța operațională și financiară a acestora nu este publicată, la fel, nici cum nici calitatea serviciilor medicale prestate nu este analizată. Și dacă performanța financiară poate fi apreciată în baza datelor, la cerere și comparată ulterior cu serviciilor prestate de către instituțiile de același nivel, atunci performanța operațională nu poate fi evaluată în nici un fel. În primul rând, lipsesc indicatorii de bază, care ar descrie oferta de îngrijire a spitalelor, cu excepția tarifelor normative per serviciu solicitat. Nu există date despre infrastructură: profesioniști liberali, servicii / îngrijire furnizate, personalul activ, în formare, infrastructurile de cercetare, laboratoare, ambulanțe, timp de reacție, timp de recuperare, dotare tehnică, asigurare materială etc.

Pentru restul categoriilor, cel puțin o subcategorie de informații, din cele solicitate sunt disponibile în spațiul public. Astfel sunt disponibile datele despre politicile de cheltuieli din sănătate, politica de venituri și cheltuieli, politica de asigurarea a calității serviciilor medicale, standarde, criterii de acreditare. Problema principală constă în faptul că accesul la informațiile despre fundamentarea politicilor în sănătate este extrem de anevoios, fiind nevoie de eforturi de cercetare considerabile pentru a le identifica. Astfel, în lipsa datelor concrete despre numărul deciziilor, ordinelor, a locului unde acestea pot fi găsite, nu ne putem crea o imagine despre argumentarea politicilor în sănătate.

Evaluarea transparenței sistemului de sănătate al Republicii Moldova

În acest subcapitol este evaluată transparența sistemului de sănătate și este calculat Indicatorul de transparență al sistemului de sănătate al Republicii Moldova, în baza metodologiei utilizată de KPMG în evaluarea Indicatorului Global de Transparență în sistemele de sănătate. Mai mult, vor fi descrise lacunele, dar și atuurile practicilor actuale de deschidere a informației în sănătate și participare în procesul decizional.

Metodologia de evaluare a cadrului de transparență a sistemelor globale de sănătate

Trebuie să menționăm că pentru evaluarea transparenței în sănătate, a fost utilizată metodologia descrisă de KPMG, în evaluarea Indicatorului Global de Transparență în sistemele de sănătate, publicată în aprilie 2017. Aceasta presupune evaluarea nivelului de transparență în baza informației publice⁸¹ oferită de sistemul de sănătate. În baza celor 6 categorii de informații, menționate mai sus, au fost identificați 27 de indicatori de transparență, în baza a căroră a fost calculat indicatorul general de transparență, dar și indicatorii de transparență pe categorii.

Tabelul 5. Categorii de informații și indicatorii de transparență în sistemul de sănătate

Categorii de informații/componente de transparență						
Indicatori de transparență	Calitatea ocrotirii sănătății	Experiența pacientului	Finanțe	Guvernare	Datele personale de sănătate	Comunicarea datelor din sănătate
	Mortalitatea / rata de supraviețuire pentru condițiile și tratamentele medicale individuale	Indicatorii de rezultat raportați per pacient	Performanța financiară	Legislația cu privire la accesul liber la informații	Sistemul electronic de gestiune a pacienților	Un site accesibil de date în sănătate
	Rata de mortalitate / supraviețuire din toate cauzele	Satisfacția pacienților	Prețurile de tratament pe care le plătește pacientul	Drepturile pacienților	Documente clinice comune/care sunt împărțite	Nivelul la care datele sunt actualizate
	Raportarea evenimentelor adverse	Rata de încredere a pacienților	Prețurile pe care le plătesc asiguratorii / plătorii în sănătate	Achizițiile și luarea deciziilor de alocare a banilor	Politica de confidențialitate privind datele private și politica privind protecția datelor cu caracter personal	Ușurința de a compara furnizorii și serviciile medicale
	Raportarea timpului de așteptare a asistenței medicale de urgență	Reclamațiile pacientului	Dezvăluirea plăților, cadourilor și ospitalității personalului medical	Procesul public de luare a deciziilor	Informații privind utilizarea datelor pacientului	Utilizarea formatelor de fișiere deschise de date
	Raportarea infecțiilor nosocomiale			Implicarea pacienților/publicului		

Sursa: Indicatorul Global de Transparență în sistemele de sănătate, iulie 2017

⁸¹ Informația este considerată publică dacă: este publicată în timp util, este publicată on-line și accesul este deschis. Nu este considerată publică informația, care poate fi obținută la solicitarea cercetătorilor, sau în cazul informației financiare nu este publicată conform recomandărilor Bunelor Practici de Transparență Fiscală ale FMI.

Metodologia de punctare este simplă. Există o scară de trei puncte, de la 1 la 3 pentru fiecare indicator, și un punct bonus pentru anumiți indicatori pentru a recompensa performanța. În ansamblu, „nu, sau doar câțiva / rar” câștigă 1 punct; „Cea mai mare / majoritar” câștigă 2 puncte; și „tot / întotdeauna” câștigă 3 puncte. În raport procentual, 1 punct reprezintă un nivel de transparență de până la 33%, 2 puncte sunt date pentru un nivel de transparență care nu depășește 66% din informațiile oferite. Majoritatea indicatorilor sunt calculați în raport cu „furnizorii = spitale”, care includ spitalele publice și private, dar exclud clinici mici, de nișă sau furnizorii specializați, care oferă servicii medicale unui număr restrâns de persoane. Anumiți indicatori sunt marcați în legătură cu „furnizorii”, care includ orice organizații care oferă servicii de asistență medicală (inclusiv spitale, ambulatorii și spitale de sănătate mintală). Micii specialiști sau furnizorii de nișă pot fi excluși, de ex. dacă toți furnizorii majori respectă o anumită reglementare, dar mici, de ex. furnizorii privați electivi sunt scutiți, au fost bifați „toate”.

Calitatea ocrotirii sănătății. Cerințe de publicare: anual, pentru fiecare instituție medicală individual online, publică

Această categorie de informații măsoară cu ajutorul a 5 indicatori, calitatea sănătății prin prisma disponibilității informațiilor publice despre indicatorii de rezultat ai sistemului: i) mortalitate și /sau rata de supraviețuire pentru o serie de afecțiuni comune pentru fiecare din instituțiile medicale ale sistemului ii) rata de mortalitate/supraviețuire generală pentru fiecare instituție, iii) rata de spitalizare repetată, iv) timpul de așteptare a asistenței medicale de urgență și v) raportarea evenimentelor adverse.

Din start, trebuie să menționăm că există date disponibile la nivel național privind ratele de mortalitate, dar și o listă extinsă de afecțiuni importante. Acest lucru este valabil și pentru majoritatea indicatorilor care vor fi analizați pe parcursul acestei analize. Limitarea cea mai mare intervine la nivel instituțional, unde în pașapoartele IMSP este descrisă doar o serie limitată de indicatori. Pașapoartele privind activitatea națională și raională a IMSP (pentru fiecare instituție individual) pentru anul 2016, includ date despre ratele de mortalitate generală, mortalitatea infantilă, perinatală. Lipsesc datele despre mortalitatea sau rata de supraviețuire generală ajustată în funcție de risc, în spital sau în termen de 30 de zile de la externare. Accesul la aceste date, deși publice, este destul de limitat, în condițiile în care motoarele de căutare sunt nefuncționale, iar informația este publicată în cadrul anualelor statistice și nu în registre informaționale.

În RM nu există rapoarte publice privind rata de spitalizare repetată neplanificată pentru o serie de condiții (afecțiuni) medicale acute sau tratamente (de exemplu, accident vascular cerebral, cancer, transplanturi, înlocuirea șoldului). Evidența presupune doar înregistrarea numărului de persoane care au solicitat serviciile medicale de specialitate, intervenția echipajelor medicale specializate, sau a Asistenței Medicale de Urgență, fiecare dintre ele fiind măsurate individual.

Lipsesc rapoartele publice despre privind media timpului de așteptare pentru asistența medicală de urgență (de exemplu, timpul de la sosire până la tratament în sala de urgențe). Anuarul statistic a situației medicale oferă date despre disponibilitatea resurselor pentru a oferi asistența medicală de urgență (echipe de intervenție, echipaje etc), nu și a timpilor de așteptare⁸².

În același timp bunele practici recomandă ca pe lângă datele despre ratele de mortalitate, să fie publicate și datele despre rata de supraviețuire după tratamentul afecțiunilor comune, datele despre infecțiile nosocomiale și ale evenimentelor „adverse”. Mai mult, este recomandat ca lista bolilor comune să fi extinsă pentru a include operațiile de protezare și transplanturile, mai ales că ultimele sunt considerate la nivel mondial intervenții de risc și cost înalt.

Din cele maxim 21 de puncte care pot fi obținute, pentru această categorie de informații, au fost acordate 4 sau 19%. Acest scor ne situează în categoria țărilor cu un nivel mai mic de 40% de deschidere a sistemului de sănătate la categoria de

⁸²<http://cnms.md/ro/rapoarte/anuar-statistic-medical>

informații „calitatea ocrotirii sănătății”, unde cel mai mic scor a fost înregistrat de India, China, Irlanda cu un scor de 29%, cel mai înalt de Suediei, 81%.

Experiența pacientului. Cerințe de publicare: anuală, online, gratuită, publică, pentru fiecare instituție medicală în parte.

Chestionarele despre experiența pacienților legate de accesul și calitatea serviciilor de sănătate, oferă o imagine a calității serviciilor medicale. Mai mult, acestea pot oferi date importante orivind despre cauza diferenței dintre rezultatele sistemului de sănătate între mai multe grupuri de beneficiari. Iată de ce, publicarea datelor despre experiența pacientului au fost considerate importante pentru evaluarea transparența sistemului de sănătate.

Experiența pacientului este măsurată în cadrul acestei evaluări cu ajutorul a 4 indicatori: (i) satisfacția pacientului, (ii) măsurile referitoare la rezultatele raportate de pacient, (iii) aprobarea pacienților, (iv) reclamațiile pacienților. Conform metodologiei, pentru a putea evalua experiența pacientului ca fiind una bună (peste 50%) este nevoie ca în sistemul de sănătate să fie publicate informațiile despre: rezultatele de sănătate raportate de pacient (PROMS-Patient Reported Outcome Measures = nivelul de îmbunătățire a vieții după intervenție); satisfacția pacienților, aprobarea sau încrederea pacienților, reclamațiile pacientului pe fiecare instituție, sau pe majoritatea instituțiilor medicale. În prezent, acești indicatori nu sunt calculați nici nivelul instituțiilor, nici la nivel agregat, național, sau regional.

Conform datelor disponibile în spațiul public, Ministerul Sănătății nu a măsurat satisfacția pacienților, cel puțin în ultimii 5 ani. Primele rezultate au fost generate de către Biroul Național de Statistică în anul 2017, odată cu publicarea rezultatelor studiului legate de gospodăria privind „Accesul populației la serviciile de sănătate”.⁸³ Primele date la acest capitol au fost produse de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (PAS) sub forma a trei rapoarte bianuale, cu prezentarea rezultatelor Barometrului opiniei privind accesul și calitatea serviciilor medicale⁸⁴. Nici unul din rapoartele evaluate mai sus nu conține date pe instituțiile medicale vizitate individual⁸⁵.

Trebuie să menționăm că nu am putut identifica existența unui sistem care ar colecta și oferi feedback cetățenilor la capitolul reclamațiilor din partea pacienților. Deși există numere de telefon de încredere, mecanismul de petiționare este unul funcțional, răspunsurile oferite sunt de cele mai dese ori formale⁸⁶. La fel, nu au fost identificate evidențe în spațiul public, prin care opiniile formulate, reacțiile și sugestiile au fost luate în considerare în procesul de îmbunătățire a calității activității instituționale.

Acestea fiind spuse, scorul înregistrat pentru această categorie de informații este de 30%, fiind acordate 4 din 13 puncte posibile, la această categorie. Un scor similar a fost înregistrat și de India, China, Irlanda cu 31%, cel mai mare punctaj fiind atribuită sistemului de sănătate din Israel cu 92%, urmat de Marea Britanie, Olanda cu 85% și Singapore cu 77%.

Finanțe. Cerințe de publicare: on – line, gratis, publică, pentru fiecare instituție medicală în parte. Cadrul temporal – conform bunelor practici de transparență bugetară, legilor care reglementează achizițiile publice.

Pentru a avea un înalt nivel de dezvăluire a informațiilor privind finanțarea sistemului de sănătate, este important să fie analizați 4 indicatori: existența datelor despre performanța financiară a instituțiilor medicale, existența informațiilor legate de prețul total al serviciilor medicale, existența datelor despre prețul plătit de asigurat pentru serviciile medicale, prețul plătit de asigurator pentru serviciile medicale și existența registrelor publice ale cadourilor și plăților de ospitalitate (ultimul indicator este necesar mai ales în cazul țărilor în care incidența plăților neformale este înaltă).

⁸³http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf

⁸⁴<http://www.pas.md/ro/PAS/Studies>

⁸⁵ Anuarul statistic în sănătate nu conține date despre satisfacția pacienților.

⁸⁶http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf

Deși există un nomenclator de prețuri la nivel național și un regulament de formare al prețurilor format de CNAM pentru toate instituțiile medicale contractate – acesta nu este clar, nu este accesibil (decât dacă cunoști denumirea exactă a documentului) și nu face diferența dintre prețurile serviciilor contractate (pentru cazurile în care acestea există) de CNAM în cazul persoanele neasigurate și a celor asigurate. Ultimul indicator este cu atât mai important cu cât descrie cadrul de echitate a sistemului de sănătate. Mai mult, la această etapă se recomandă existența politicilor clare de asigurare a persoanelor neasigurate medical (copii orfani, pensionari, persoane social vulnerabile). Ce se întâmplă cu acestea în cazul necesității unor intervenții medicale costisitoare? Lista „Maladiile și stările care necesită asistență medicală acordată persoanelor asigurate și neasigurate în conformitate cu Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”, în forma sa actuală nu face diferența dintre persoanele asigurate și cele neasigurate, ceea ce creează confuzia în rândul ambelor categorii de beneficiari că ar avea dreptul, în egală măsură, la accesul la aceste servicii.⁸⁷ Un simplu exemplu în acest sens, îl pot constitui serviciile de sănătate din grupul 000 – 099 – sarcina, nașterea, lăuzia. Mamele deși beneficiază de aceste servicii prin Programul unic după perioada de lăuzie, pierd statutul de contribuitor și respectiv dreptul de a beneficia de asigurarea oferită de program, indiferent de perioada de contribuție la FAOM.⁸⁸ Respectiv până la reîntoarcerea acestora în câmpul muncii – integral sau parțial, sau procurarea Poliței de asigurare, acestea sunt considerate persoane neasigurate, care vor trebui să plătească pentru restul serviciilor medicale⁸⁹.

Lipsește cu desăvârșire datele despre performanța financiară a instituțiilor medicale. Mai mult, nu este clar dacă există o procedură de evaluare a acestora fie din partea fondatorului (Ministerului Sănătății, Autoritatea Publică Locală), fie, conform bunelor practici din cadrul CNAM. Deși, ultima, are o procedură anuală prin care revede cheltuielile spitalelor, în condițiile în care contractele cu spitalele nu sunt publice, nu există evidențe care să demonstreze că evaluarea vizează regularitatea cheltuirii banilor sau performanța înregistrată. Din cauza lipsei datelor despre infrastructura individuală a instituțiilor medicale, dispozitive, laboratoare și patrimoniu dat în gestiune, nu putem avea o imagine clară a necesităților reale de reînnoire a sistemului medical, ceea ce va duce ulterior la probleme de planificare bugetară, nu doar la nivelul instituțiilor, ci și la nivel național.

Lipsa datelor despre performanța operațională a instituțiilor medicale poate fi atribuită și listelor de așteptare pentru prestarea serviciilor de înaltă performanță. În țările cu bune practici de guvernare acreditarea instituțiilor medicale depinde de corectitudinea gestiunii listelor de așteptare pentru ajutorul medical de specialitate, listelor de transplant, funcționarea și atribuirea contractelor de către asiguratorii,⁹⁰ situație care nu este valabilă și în cazul Republicii Moldova.

Implementarea instrumentelor de control intern la nivel instituțional ar permite evaluarea problemelor enumerate mai sus. Din păcate, nu există o practică de audit a rapoartelor financiare ale instituțiilor medicale și nici a asiguratorului. Cu excepția rapoartelor anuale privind utilizarea banilor publici, cu elemente de performanță elaborate de Curtea de Conturi,⁹¹ nu au fost identificate evidențe de efectuare a auditărilor independente la nivel instituțional.

Un alt aspect, ce ține de transparența finanțării, dar care nu a fost inclus în evaluarea transparenței deciziilor privind veniturile și cheltuielile sistemului de sănătate. Informația privind modul în care este cheltuit și repartizat FAOM, de către asigurator este una care se limitează la prezentarea cheltuielilor conform repartizării pe componentele de bază ale acestuia. În lipsa unei repartizări a cheltuielilor în spațiu public, conform clasificărilor economice, funcționale și organizaționale, în lipsa unor discuții la nivel național a deciziilor despre cum are loc repartizarea serviciilor pe instituții, cum are loc procesul de achiziții, nu putem decât să presupunem că deciziile luate de către CNAM, reprezintă sau nu interesul public.

⁸⁷ <http://cnam.md/?page=127&>

⁸⁸ http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/Brosuri/2017/nou/Ghidul%20beneficiarului_ro.pdf

⁸⁹ http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/Brosuri/2017/nou/Ghidul%20beneficiarului_ro.pdf, pg 5.

⁹⁰ <http://www.ncqa.org/Portals/0/HEDISQM/HEDIS2016/HEDIS%202016%20List%20of%20Measures.pdf>

⁹¹ <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=360356&lang=1>

Scorul de transparență la această categorie de informații este de 33%, ceea ce ne plasează în categoria țărilor care publică mai puțin de 40% din informația generată de sistem la acest capitol. Acest punctaj ne plasează alături de Africa de Sud. Trebuie să menționăm că la capitolul finanțe, doar Mexico și India au obținut 42%, restul țărilor obținând peste 50%, ceea ce denotă o bună transparență bugetară a sistemelor de sănătate.

Governanța. Cerințe de publicare: anuală, online, gratis, publică, pentru fiecare instituție medicală în parte

Acest capitol evaluează dacă țara are un cadru legal care permite accesul la informație, cum este organizată participarea în procesul de luare a deciziilor, cum sunt comunicate drepturile pacienților și dacă acestea sunt asigurate prin lege, cât de transparent este procesul de achiziții publice și cum are loc implicarea și participarea publicului la luarea deciziilor.

Primele inițiative de transparentizare a administrației publice au venit odată cu publicarea în 2000 a Legii privind accesul la informație⁹², urmată de Legea privind transparența în procesul decizional⁹³, în 2009. Acestea au avut drept scop asigurarea participării cetățenilor, eficientizarea procesului decizional și sporirea gradului de răspundere a autorităților publice față de cetățeni⁹⁴. Acestea au mai stabilit normele aplicabile pentru asigurarea transparenței în procesul decizional din cadrul autorităților administrației publice centrale și locale, altor autorități publice, pentru a reglementa raporturile lor cu cetățenii, cu asociațiile constituite în corespundere cu legea și cu alte părți interesate de participarea în procesul decizional. Sub incidența prezentei legi cad, de asemenea, persoanele juridice de drept public și privat care gestionează și utilizează mijloace financiare publice.⁹⁵ Aceasta a fost urmată de Hotărârea de Guvern Nr. 188 din 03.04.2012 privind paginile oficiale ale autorităților administrației publice în rețeaua Internet, care descrie ce tip de informație trebuie publicată pe paginile web ale instituțiilor.

Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar fiscale descrie cadrul de transparență bugetară la nivel național, iar la nivel local, Legea privind finanțele publice locale stabilește cerințele de deschidere a datelor bugetare.⁹⁶

Trebuie să menționăm că nu există nici un impediment legal prin care autoritățile publice și instituțiile din sistemul public de sănătate să nu publice în regim normal, reglementat de cadrul existent, datele care sunt stabilite în legile organice existente și angajamentele Parteneriatului pentru Guverne Deschise și Open Data.

Drepturile pacienților asigurați sunt publicate de către CNAM pe site-ul instituției. Acestea ar trebui să fie comune tuturor instituțiilor care prestează servicii medicale și de îngrijire medicală.⁹⁷ Lipsesc însă, în totalitate, drepturile persoanelor neasigurate și modul în care este asigurată echitatea și accesul /universalitatea serviciilor medicale.

Nu sunt publicate datele despre achizițiile publice efectuate de către instituții și nici modul în care au fost luate deciziile despre alocarea banilor și asigurată participarea publică într-un cadru transparent. Nu este respectat calendarul bugetar și nu este oferită posibilitatea de participare și acces la procesul decizional nici beneficiarilor și nici societății civile.

Este important să menționăm și faptul că lipsa de transparență la nivelul CNAM, la etapa de negociere a contractelor de prestări servicii (aceasta are loc, individual, cu fiecare instituție medicală, în cadrul unor întâlniri semi-formale, în lipsa unor proceduri de documentare a procedurilor etc), duce, în primul rând, la o concurență slabă între instituțiile medicale. Acest lucru este cu atât mai relevant la nivel local, unde distanțele sunt mici, iar datele despre cheltuielile și performanța operațională și financiară a acestor instituții ar putea duce la posibilitatea de a alege cele mai bune servicii.

⁹² <http://lex.justice.md/md/311759/>

⁹³ <http://lex.justice.md/md/329849/>

⁹⁴ Legea privind transparența în procesul decizional nr. 239-XVI din 13.11.2008 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=329849>

⁹⁵ <http://lex.justice.md/md/329849/>

⁹⁶ <http://lex.justice.md/md/354213/>

⁹⁷ http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/Brosuri/2017/nou/Ghidul%20beneficiarului_ro.pdf

Lipsa unui concept clar a modului în care este stabilit Programul Unic de Asigurare, a modului cum sunt stabilite prioritățile de cheltuieli, poate pune în pericol sustenabilitatea acestuia. Același lucru se referă și la stabilirea medicamentelor compensate și a cotei de compensare. Este necesar să menționăm că nici la nivel național, nici la nivel instituțional nu sunt implicați reprezentanții pacienților sau populației în procesul de luare a deciziilor strategice privind furnizorii de servicii medicale (de exemplu, reprezentanți pacienților/populației fac parte din consiliile administrative sau comisiile superioare ale furnizorilor de asistență medicală sau sunt invitați la ședințele subcomisiilor speciale pentru a-și împărtăși opiniile cu privire la planificare și performanță).

Transparența la acest capitol a fost evaluată cu o scor de 41%, alături de Africa de Sud și India (ambele au obținut 44%). Ca și în cazul finanțării, majoritatea țărilor respectă bunele practici internaționale, dovadă fiind faptul că în evaluarea efectuată de KPMG, scorul mediu al transparenței pentru această categorie de informații a fost 67%.

Datele personale în sănătate. Cerințe de publicare: anuală, depersonalizate, online, gratis, publică, pentru fiecare instituție medicală în parte.

Una din cele mai mari provocări în utilizarea datelor în sănătate este respectarea tuturor drepturilor omului, în ceea ce privește protecția datelor personale. În același timp, instituțiile medicale, pacienții, medicii, asiguratorii, creatorii de politici au nevoie de date pentru a putea contribui la îmbunătățirea calității sistemului de sănătate. Nivelul de informații este unul diferit pentru fiecare dintre acești actori, iar gradul de acces este și el distinct.⁹⁸

Definirea principiilor de bază privind datele deschise în sănătate asigură existența unui set comun de valori pentru datele deschise în sistemele de sănătate la nivel mondial. Există o serie de prevederi legislative și bune practici de publicare și utilizare a datelor deschise și datelor deschise în sănătate, la nivel internațional, cele mai cunoscute și implementate, fiind următoarele:

- Directiva 2013/37 / UE a Parlamentului European și a Consiliului din 26 iunie 2013 de modificare a Directivei 2003/98 / CE privind reutilizarea informațiilor din sectorul public⁹⁹
- Ghidul W3C privind cele mai bune practici Web¹⁰⁰
- Ghidul privind politicile privind datele deschise ale Fundației Sunlight¹⁰¹
- Revizuirea guvernării datelor din sistemele de sănătate a OECD privind informația deschisă și transparentă din sănătate¹⁰²

Acesta este unicul indicator în care este evaluat cadrul general și nu practica instituțională. Pentru a obține scorul maxim pentru acest indicator ar fi fost necesar să existe un cadru național de protecție a datelor cu caracter personal - registrele publice ale datelor pacienților care pot fi partajate între instituții și părți terțe, informațiile despre cum au fost utilizate datele despre pacienți (pentru a evita vânzarea acestora către agenții privați) și existența unui sistem/registru electronic al pacienților. În țara noastră există registrul electronic al pacienților care este implementat la nivelul instituțiilor medicale, deși pacienții nu au acces la informația registrului și nu o pot modifica în timp util. Capacitatea de modificare a datelor aparține doar lucrătorilor autorizați.

Există o politică de confidențialitate și protecție a datelor pacienților publicată, care stabilește obligațiile și responsabilitățile tuturor părților interesate inclusiv modul de abordare a încălcărilor normelor de confidențialitate sau de securitate. Acesta

⁹⁸ KAPLAN, B. (2016). How Should Health Data Be Used?: Privacy, Secondary Use, and Big Data Sales. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 25(2), 312-329. doi:10.1017/S0963180115000614

⁹⁹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A32013L0037>

¹⁰⁰ <https://www.w3.org/TR/dwbp/>

¹⁰¹ <http://sunlightfoundation.com/opendataguidelines/>

¹⁰² <http://www.oecd.org/publications/health-data-governance-9789264244566-en.htm>

este descris de către cadrul legal existent și acoperă toate domeniile de protecție a datelor cu caracter personal. În același timp, lipsește o politică națională de utilizare și reutilizare a datelor pacienților.

Un alt aspect, care nu a fost inclus în calculul transparenței indicatorului datelor personale în sănătate, dar care trebuie menționat este crearea listelor pentru oferirea serviciilor medicale de înaltă performanță. Spre deosebire de alte țări, unde există protocoale exacte și argumentate pentru programarea la medic și oferirea serviciilor medicale, iar încălcarea acestora poate rezulta în retragerea licenței instituțiilor medicale, în sistemul medical autohton, deși există un sistem informațional, care produce niște liste neclare, deciziile se iau într-un mod lipsit de transparență în care nu este clar cine, când și unde ia decizii.¹⁰³

Trebuie să menționăm că la acest capitol a fost acordat cel mai mare punctaj din evaluare 7 din 14 puncte posibile sau 50%, ceea ce reprezintă un grad înalt de respectare a bunelor practici de publicare și respectare a drepturilor persoanelor fizice în sistemul de sănătate. Acest scor ne plasează alături de Canada, Luxemburg, Irlanda, Mexic. Cel mai mare punctaj la acest capitol a fost obținut de Danemarca și Noua Zeelandă cu 94%, urmate de Finlanda și Australia cu câte 88%.

Comunicarea datelor în sănătate

După cum am menționat mai sus, orice sistem de sănătate poate fi redus la un set de date¹⁰⁴ care conține un set de valori, practici și relații, legi și reglementări, standarde de date în materie de sănătate, tehnologii, sisteme și aplicații care sprijină toate aspectele legate de sănătatea individuală, livrarea serviciilor de sănătate și sănătatea publică¹⁰⁵. Pentru a putea evalua capacitatea de comunicare a datelor în sănătate, bunele practici ale Organizației Economice pentru Comerț și Dezvoltare (OECD), spun că este nevoie ca acestea să permită urmărirea progresului pacientului prin sistemul de sănătate, de la etapa intrării acestuia în sistemul de asistență medicală primară, asistență medicală de specialitate, spitalizare, îngrijirea medicală de lungă durată, asistența medicală la domiciliu, îngrijirea medicală paliativă și moarte¹⁰⁶. O altă cerință față de datele în sănătate este ca acestea să ofere acces la caracteristicile de bază ale pacientului, boli, tratamente, investigații. Analizate și corelate cu datele despre finanțarea ocrotirii sănătății și politicilor în sănătate, acestea, ar trebui oferit o imagine clară asupra rezultatelor pe care sistemul de sănătate le produce, ar permite să descopere erorile medicale, reacțiile adverse, fraudele, aderența la standardele clinice, siguranța pacientului, eficiența tratamentelor, dar și politicile în sănătate înseși.¹⁰⁷

Această categorie de informații este abordată prin prisma a 4 indicatori: i) accesul la datele din sănătate este ușor, ce presupune existența unui site dedicat, ii) datele sunt actualizate și iii) permit compararea directă a furnizorilor și iv) sunt publicate în format deschis.

Platforma web dedicată datelor în sănătate este <http://www.cnms.md/ro/rapoarte>. Aici pot fi găsite majoritatea datelor care caracterizează sistemul de sănătate, la nivel național și instituțional, accesul este gratuit, site-ul este relativ ușor de utilizat și include o funcție de căutare. Problema constă în faptul că acest site este dedicat utilizatorilor avansați, care știu exact ce caută. În același timp, nu există posibilitatea comparării directe între instituțiile medicale de același nivel, publice private și cele din regiuni etc.

Principalele cerințe de publicare a datelor este ca acestea să fie actualizate și publicate într-un format deschis. Datele raportate sunt actualizate în mod regulat, anual și, sunt recente, cu o vechime ce nu depășește un an. Majoritatea sunt publicate în format pdf sau excel, ceea ce le face destul de greu citit la calculator, față de cele publicate în format deschis, de exemplu .csv, .xlsx, .xml.

¹⁰³ https://www.healthit.gov/sites/default/files/2014editionehrcertificationcriteria_mustage1.pdf

¹⁰⁴ <http://www.healthpolicyohio.org/healthcare-data-transparency-basics-2016/>

¹⁰⁵ National Committee on Vital and Health Statistics, 2001.

¹⁰⁶ http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-data-governance_9789264244566-en#page23

¹⁰⁷ <http://dx.doi.org/10.1787/9789264244566-en>

Pentru această categorie de informații, din 16 puncte posibile au fost acordate 5 sau 35% din 100 posibile, devansând India și China, Grecia, Japonia cu 6%. Scorul cel mai înalt a fost înregistrat de Finlanda (93%), urmată de Norvegia și Israel cu 79%.

Calcularea indicelui de transparență în sistemul de sănătate

Indicele de transparență în sistemul de sănătate este unul sintetic, calculat în baza mediei rezultatelor transparenței pentru șase categorii distincte de informații disponibile public: publicate online, ușor accesibile, agregate pe niveluri: național, regional, instituțional. Având în vedere că accesul la serviciile medicale depinde de capacitatea sistemului de a fi deschis pentru pacient, majoritatea întrebărilor sunt axate pe deschiderea instituțiilor medicale către pacienții săi.

Pentru a putea face comparații la nivel regional, țările au fost împărțite în 4 categorii, conform gradului lor de transparență: țările pentru care valoarea indicelui este mai mică de 40%, 40% și mai mare, 50% și mai mare, 60% și mai mare, 70% și mai mare.

Astfel scorul general de transparență înregistrat de țara noastră este de 36%, ceea ce ne plasează în aceeași categorie de țări cu India (29%), China (29%), Africa de Sud (36%). În topul celor mai transparente sisteme de sănătate sunt trei țări: Danemarca (74%), Finlanda (72%), Suedia (71%). Scorul mediu de transparență pentru țările evaluate este de 55%, unde din 30 de țări, 4 țări au obținut valoarea indicelui mai mică de 40%, altele 7 țări - mai mare de 40%, iar restul 6 și respectiv 3 au înregistrat valori de peste 50% și respectiv 70% ale indicelui de transparență.

Concluzii și recomandări

Eforturile de a îmbunătăți capacitatea de informare în sistemului de sănătate, depuse în ultimii ani a dus la producerea multor date care permit evaluarea rezultate sistemului de sănătate. În prezent, acesta produce peste 10 mii de indicatori, însă accesul către aceștia este destul de limitat, fiind necesare eforturi considerabile și cunoștințe specifice pentru a obține datele necesare, chiar dacă acestea sunt publice.

Cu toate acestea, volumul mare de date publicate, nu se traduce neapărat în dividende de transparență, după cum a arătat și evaluarea. Iată de ce este nevoie ca evaluarea deschiderii datelor în sănătate să fie apreciată prin prisma generării informațiilor de mare valoare. Această evaluare este una costisitoare, însă ar elimina semnificativ povara și cheltuielile de resurse și eforturi pentru colectarea datelor care nu produc valoare adăugată.

Practica actuală de evaluare a rezultatelor sistemului de sănătate se bazează pe activitatea sistemului ca un tot întreg și decât în cazuri unice, în mod individual, pe activitatea instituțiilor medicale. Evidențele arată că acestea sunt produse, însă nu sunt publice, fiind disponibile, la cerere.

Sistemul de sănătate autohton are o capacitate limitată de implicare și participare a publicului în procesul decizional. Deși există multiple instrumente de colectare a feedbackului utilizatorilor atât la nivel național, cât și la nivel instituțional, acestea nu sunt utilizate. Deși sunt făcute eforturi considerabile de informare la nivel național, la nivel instituțional acestea rămân destul de limitate și formale. Mecanismul de participare la nivel național se limitează la includerea în grupurile de lucru a publicului, care, de cele mai multe ori, trebuie să aibă cunoștințe specializate și/sau specifice. Nu există evidențe că pacienții sunt reprezentați în procesul de luare a deciziilor la nivel național sau instituțional.

Una din problemele sistemului este capacitatea limitată de a produce date despre performanța financiară și operațională. În forma sa actuală, acest nu oferă o imagine clară a modului în care sunt luate deciziile de alocare a resurselor, care sunt necesitățile și dacă acesta poate face față poverii asumate.

Capacitatea modestă de comunicare a sistemului de sănătate autohton limitează eforturilor de transparentizare și îmbunătățire a calității serviciilor întreprinse la nivel instituțional.

Lipsa de transparență în medicină duce la o serie de provocări, printre care și problemele de planificare bugetară, lipsa legăturii dintre politici și alocațiile financiare, care duce la dificultăți în evaluarea rezultatelor, lipsa concurenței între instituțiile medicale, lipsa încrederii în sistemul de sănătate și nivelul de satisfacție a consumatorilor extrem de scăzut.

Lipsa de transparență la nivelul CNAM, la etapa de negociere a contractelor de prestări servicii, duce la o concurență redusă între instituțiile medicale pentru prestarea serviciilor medicale. Acest lucru este cu atât mai relevant la nivel local, unde distanțele sunt mici, iar datele despre cheltuielile și performanța operațională și financiară a acestor instituții ar putea duce la o posibilitatea mai mare de alegere a celor mai bune servicii.

Pentru a îmbunătăți cadrul de transparență în medicină este nevoie de dezvoltarea unor practici proactive, susținute de guvernare și bazate pe calitatea îngrijirii și serviciilor medicale, precum și măsurarea satisfacției pacientului la nivel național și nivel de furnizor.

O atenție deosebită trebuie acordată componentei de comunicare: datele privind calitatea îngrijirii sunt accesibile, actualizate și ușor de înțeles? Cum are loc prezentarea acestora publicului? Elaborarea și publicarea rapoartelor despre evenimente adverse întâmplare într-o instituție medicală ar permite pe de o parte, scăderea incidenței acestora, iar pe de altă parte ar duce la o mai bună informare a publicului despre problemele specifice, dar și la o mai mare încredere din partea pacienților.

Deficiențele sectorului de asistență medicală primară

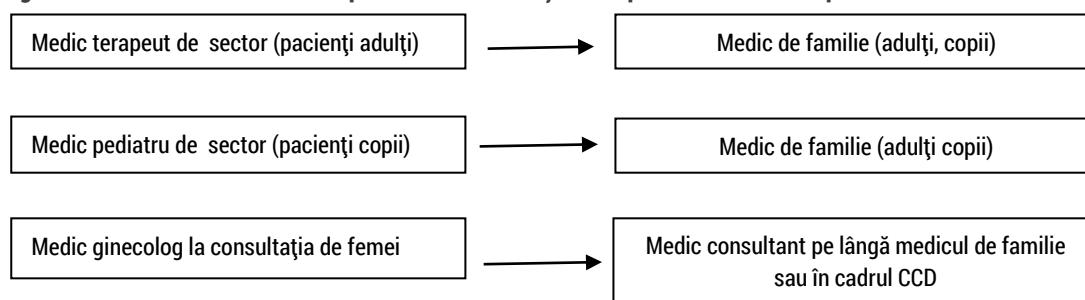
Asistența medicală primară este parte componentă a sistemului de sănătate din Republica Moldova și constituie asistența medicală de bază, care este universal accesibilă pentru toți cetățenii și este orientată spre satisfacerea necesităților elementare de sănătate ale populației. Serviciile acordate în cadrul asistenței medicale primare includ îngrijirile de sănătate de prim contact și monitorizarea stării sănătății cetățenilor, indiferent de statutul lor social și economic, rasa sau origine etnica, religie, credință, dizabilități, orientare sexuală și vârstă.

Apariția și implementarea conceptului „medicină de familie” în Republica Moldova

Asistența medicală primară (AMP) a fost implementată în Republica Moldova la sfârșitul anilor 90 prin conceptul „medicina de familie”¹⁰⁸. Acest segment al asistenței medicale a fost organizat prin preluarea și adaptarea unor modele internaționale de succes, promotorii principali al acestui proces fiind Ministerul Sănătății și Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Documentul juridic de bază care a reglementat procesul de implementare a APM a fost Concepția reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova pentru anii 1997-2003 (HG Nr. 668 din 17.07.1997).¹⁰⁹ Perioada de tranziție a inclus câteva etape, implicând modificări atât la nivel de sistem, cât și la nivel de informare și educație a populației cu privire la noile reguli și principii de funcționare.

Figura 15. Ilustrare schematică a perioadei de tranziție în implementarea conceptului de ”medicină de familie”



Sursa: Elaborat de autor

În prima fază de implementare toți medicii terapeuți, pediatri și de alte specialități au trecut un curs special de perfecționare de 4 luni și au fost atestați ca specialiști în medicina de familie. În paralel cu procesul de instruire și atestare a fost efectuată reorganizarea circumscripțiilor și atribuțiilor ce țin de asistența medicală primară. Astfel, dacă anterior medicii terapeuți și medicii pediatri de sector deserveau pacienții din circumscripție în cadrul policlinicilor de sector sau raionale, de la momentul implementării conceptului de medicină de familie medicii re-profilați au preluat îngrijirea pacienților de orice vârstă în cadrul Centrelor Medicilor de Familie/Centrelor de Sănătate.

¹⁰⁸ "Medicii de medicină generală / medicină de familie sunt medici specialiști instruiți în disciplina de medicina familiei. Ei sunt medici personali, în primul rând responsabili pentru furnizarea de îngrijiri cuprinzătoare și continue pentru fiecare individ care solicită îngrijire medicală, indiferent de vârstă, sex și boală. Ei au în îngrijire persoane fizice, în contextul familiei, al comunității și al mediului cultural, respectând întotdeauna autonomia pacienților. Ei acceptă să aibă, de asemenea, o responsabilitate profesională pentru comunitatea lor. În negocierea planurilor de management cu pacienții lor integrează factorii fizici, psihologici, sociali și culturali, folosind cunoștințele și încrederea care se naște în urma contactele repetate." (Organizația Mondială a Medicilor de Familie Wonca)

¹⁰⁹ <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=303829>

De-a lungul anilor, asistența medicală primară a suferit un șir de modificări organizaționale, de la Centre ale Medicilor de familie raionale cu birouri ale medicilor de familie din sate finanțate din bugetul spitalelor, până la descentralizare, cu centre de sănătate autonome și buget dedicat, calculat pe cap de locuitor. Inițial, în procesul de implementare a acestui concept au existat multiple rezistențe și opinii negative, inclusiv printre medicii practicieni. Rezistența a scăzut din intensitate numai după introducerea programelor de rezidențiat în medicina de familie și apariția primilor medici de familie formați conform noii curricule.

Pe de altă parte, chiar și astăzi în opinia acelor cetățeni (de regulă mai în vârstă) care au beneficiat de serviciile prestate în cadrul sistemului vechi de asistență medicală mai există opinii despre lipsa unor beneficii importante ale reformelor realizate. („Era mai bine cu medici terapeuți și pediatri de sector, ca înainte”, F. 56 ani, „Medicul de familie nu este specialist, știe totul și nimic”, B.62 ani.)

Organizarea asistenței medicale primare în prezent

În prezent, modul de organizare a asistenței medicale primare este determinat de „Normele de reglementare a asistenței medicale primare din Republica Moldova” aprobate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010¹¹⁰. În conformitate cu aceste norme, AMP este parte componentă a sistemului de sănătate din Republica Moldova și constituie asistența medicală esențială, care este universal accesibilă pentru indivizii și familiile din comunitate și este orientată spre satisfacerea necesităților de sănătate de bază ale comunității.

Serviciile acordate în cadrul asistenței medicale primare cuprind îngrijirile de sănătate de prim contact și monitorizarea permanentă a pacienților, indiferent de prezența sau absența bolii. Cu alte cuvinte, asistența medicală primară este primul filtru al sistemului de ocrotire a sănătății în ceea ce privește asigurarea sănătății individului. Asistența medicală primară este acordată de către medicii de familie, care activează, de regulă, în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice, dar pot activa și în cadrul instituțiilor medicale private. La moment instituțiile de asistență medicală primară se clasifică după următoarele criterii¹¹¹:

1. după locul de desfășurare a activității;
2. după numărul populației deservite;
3. după forma juridică de organizare;
4. după complexitatea serviciilor medicale primare acordate

În municipiul Chișinău situația este diferită de cea la nivel de raion, centralizată într-un fel pe sectoarele municipiului (Asociații Medicale Teritoriale), și cu centre ale medicilor de familie în componența sa (fostele policlinici de sector). Acest model se consideră potrivit pentru asigurarea unei asistențe medicale primare de calitate, deoarece AMT-urile din Chișinău includ și Centrele Consultativ diagnostice (CCD), care ajută medicii de familie cu specialiști și posibilități de diagnostic. În raioane CCD (sau numite și AMSA - asistența medicală specializată de ambulator) sunt parte a spitalelor raionale, inclusiv pe partea financiară, chiar dacă de facto sunt amplasate în fostele Centre ale Medicilor de Familie raionale.

Norme, reglementări și realități

Prevederea normativă cu privire la numărul de pacienți pentru un medic de familie este de 1500 pacienți per medic¹¹². În realitate, această cifră este mai mult un reper indicativ, care oferă posibilitatea de calculare a unui efort profesional, deoarece există mai multe cazuri în care medicii, pentru a asigura accesul populației la servicii de asistență medicală primară, sunt nevoiți să activeze în câteva localități, iar numărul pacienților depășește cifra stabilită prin actul normativ menționat.

¹¹⁰ http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf

¹¹¹ http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf

¹¹² Ordinul MS nr. 100 din 10.03.2008, anexa 1 cu privire la normativele personalului medical

Pe de altă parte, odată cu dreptul pacientului la liberă alegere, în zonele urbane există tendința de ștergere treptată a ideii de „circumscripție”, deoarece pacientul urmează medicul și nu invers. Deși acest concept favorizează pacientul/cetățeanul în alegerea specialistului căruia să-i încredințeze problemele sale de sănătate, medicul de familie nu mai este obligat să efectueze vizite la domiciliul pacientului, astfel pierzându-se esența conceptului de „medic al familiei”.

În țările Uniunii Europene, unde conceptul de medicină de familie este implementat de mai mult timp decât în Republica Moldova, vizite la domiciliu de către medicul de familie nu se fac. Pentru probleme de sănătate, pacientul fie solicită ambulanța (dacă nu este fizic în stare să se deplaseze), fie vine în mod independent la medicul de familie pentru chestiuni non-urgente sau se adresează la Unitatea de primire urgențe, direct la spital, în cazul urgențelor majore.

Conform datelor Ministerului Sănătății numărul medicilor de familie¹¹³ este în descreștere continuă în ciuda tuturor eforturilor de a menține și motiva specialiștii în sistem. Această tendință este alarmantă și are un impact negativ semnificativ deoarece scade numărul celor care, conform conceptului de asistență medicală primară, sunt primii lucrători medicali, care cunosc pacientul, modul lui de viață, predispozițiile ereditare și factorii nocivi prezenți în viața lui și pot fi pentru orice cetățean un consilier de sănătate.

Analiza opiniilor unor cetățeni și medici de familie, au permis identificarea următoarelor problemele ce țin de asistența medicală primară:

- i. Funcționalitatea sistemului de programare și durata timpului de așteptare pentru consultație;
- ii. Circuitul pacientului în ciclul medicul de familie-pacient-medic specialist-investigații/examinări paraclinice
- iii. Comunicarea medic-pacient și familia acestuia, carențe în funcționarea sistemului și a reglementărilor în vigoare.
- iv. Programul Unic ca document de bază în ce privește serviciile de asistență medicală primară garantate de stat.
- v. Demotivarea medicului de familie și evaluarea activității medicilor și asistentelor medicale de familie în baza performanțelor.

i. Funcționalitatea sistemului de programare și durata timpului de așteptare pentru consultație

Introducerea sistemului de programare la medicul de familie a avut scopul de a facilita accesul cetățeanului la servicii medicale și de a asista medicul de familie în organizarea muncii. Acest sistem viza îmbunătățirea calității serviciilor prestate prin eliminarea cozilor de lungă durată caracteristice sistemului de activitate al medicilor de sector. Odată cu implementarea acestui sistem de programare au apărut anumite așteptări, atât din partea cetățeanului programat, cât și din partea medicului. Fiecare dintre cele două părți presupune ca odată ce o persoană a fost programată la o anumită oră, acest orar să fie respectat și serviciile necesare să fie acordate calitativ și în volum complet în timpul programat. În practică, chiar dacă introducerea sistemului de programare a diminuat considerabil aglomerațiile și timpul de așteptare, acesta nu a reușit eliminarea completă a problemelor.

Prevederile legale stipulate în ordinul MS nr. 695 cu privire la asistența medicală primară din Republica Moldova¹¹⁴, stabilesc că durata unei consultații primare la medicul de familie este de maxim 20 de minute și de maxim 15 minute pentru o consultație repetată. Existența acestui ordin impune regulile de programare, numărul de consultații și volumul de lucru al medicului. În realitate, 20 de minute deseori nu sunt suficiente pentru consultarea unui pacient primar, ce presupune colectarea istoricului bolii, examinarea primară, determinarea tratamentului necesar, eliberarea prescripțiilor medicale, explicații cu privire la modul de administrare a tratamentului, metodele de precauție pentru alți membri ai familiei și riscurile asociate, etc. Situația poate fi mai dificilă în funcție de complexitatea cazului sau personalitatea pacientului.

¹¹³ Conform datelor MS în anul 2014 în Republica Moldova activau 10 424 de medici de familie

¹¹⁴ http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf

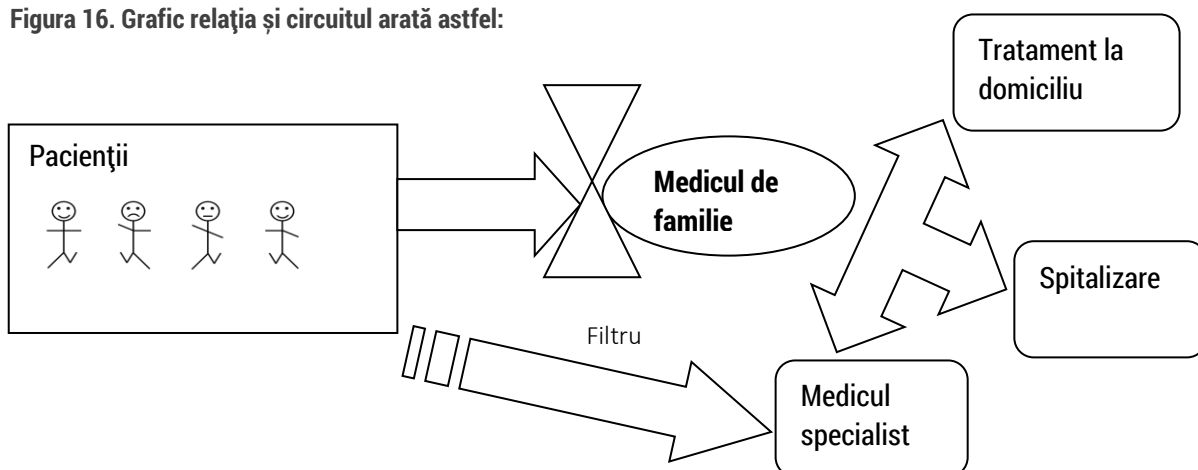
Un alt element care afectează substanțial funcționalitatea sistemului de programare sunt urgențele medicale, care conform aceluiași regulament se deservesc în afara programărilor, adică în regim de urgență. Este suficient ca pe parcursul zilei de primire pe lista de programare să apară un pacient cu un caz mai complicat, care necesită o examinare mai profundă și o analiză mai detaliată a cazului medical, ca orarul programărilor să devieze considerabil, fapt ce provoacă nemulțumirea tuturor celor programați după acest pacient. În discuțiile cu medicii de familie a fost menționat că sunt tot mai frecvente cazurile în care pacienții manifestă atitudine intolerantă și înclină să abordeze problema în primul rând din perspectiva intereselor proprii.

În asemenea situații soluția ar fi comunicarea și respectul reciproc. Cu certitudine, o explicație scurtă și scuzele de rigoare din partea personalului medical ar calma spiritele și ar diminua riscul unui conflict în baza nemulțumirilor apărute din partea pacienților care s-au programat la o anumită oră și habar nu au că medicul a fost nevoit să devieze de la program. De menționat că această problemă se întâlnește mai frecvent în instituțiile medicale din zonele urbane, unde și percepția noțiunii de „timp” este alta, pacienții de la sat fiind mai toleranți devierilor de program.

ii. Circuitul pacientului în ciclul medic de familie-pacient-medic specialist-investigații/examinări paraclinice

Circuitul pacientului de la medicul de familie la specialist și înapoi a fost frecvent descris de pacienți ca fiind unul defectuos și complicat și facilitează corupția și plățile informale. Nemulțumirea pacienților este determinată de faptul că pentru a beneficia de consultația unui medic specialist, pacientul este obligat să se adreseze (sau să se prezinte) prealabil la medicul de familie pentru a obține o îndreptare.

Figura 16. Grafic relația și circuitul arată astfel:



Sursa: Elaborat de autor

Situația este pe cât de simplă, pe atât de complexă. Medicul de familie, prin esența activității sale, acționează ca un „filtru” pentru pacient, dar și pentru întreg sistemul de sănătate. Pe de o parte, medicul de familie „filtrează” solicitările de consultație la specialist, care în opinia pacientului sunt necesare, însă care sunt nejustificate din punct de vedere medical. Pe de altă parte, medicul de familie, prin prisma formării lui profesionale poate propune o altă conduită terapeutică, mai potrivită pentru pacientul pe care îl cunoaște sau trebuie să-l cunoască.

Discuțiile cu medicii de familie și medicii specialiști au relevat faptul că medicii specialiști nu sunt întotdeauna satisfăcuți de activitatea medicilor de familie în calitate de „filtru”, considerând că anume din acest motiv unele maladii sunt diagnosticate târziu și acuză colegii săi de incompetență. Desigur, în practică există cazuri de erori de diagnostic și scăpări, însă în mare parte acuzele în adresa medicului de familie nu sunt pe deplin justificate, deoarece în cele mai multe cazuri nu este vorba despre impedimente din partea medicului de familie pentru ca pacientul să ajungă la medicul specialist, dar despre faptul pacientul se adresează cu întârziere pentru acordarea serviciilor medicale.

Studiul cu privire la accesul populației la serviciile de sănătate publicat de BNS în 2017 arată că medicii de familie sunt vizitați mai des de către persoanele care au asigurare medicală, iar medicii de specialitate de către cei care nu au asigurare medicală. Astfel, persoanele care au asigurarea medicală apelează într-o proporție mai mare la serviciile medicului de familie (67,2%), comparativ cu persoanele fără asigurare medicală (51,8%)¹¹⁵, deși asistența medicală primară este garantată de stat pentru toate categoriile de cetățeni, indiferent dacă acesta este sau nu asigurat. Aceste date permit constatarea că ponderea persoanelor care apelează la serviciile medicului specialist se majorează odată cu creșterea bunăstării gospodăriei. Același studiu constată că populația din mediul urban se adresează mai des direct medicului specialist, iar populația rurală mai des apelează la medicul de familie.

Caseta 3. Studiu de caz

Pacienta X, vine la medicul de familie fără programare, deschide ușa sălii de examinare în timp ce medicul examinează un pacient și spune în grabă că „a venit doar după îndreptare la medicul neurolog”. La rugămintea medicului, pacienta X cade de acord să aștepte pentru o consultație. După o scurtă discuție, se determină că de fapt pacienta are probleme cu somnul și are nevoie de somnifere. Tulburările de somn foarte des survin în urma problemelor habituale din viața pacientului, cu impact asupra stării psihologice. După câteva întrebări, medicul de familie află, că de fapt pacienta X trece prin momente grele legate de relațiile în familie, are frici și o stare de neliniște generală - motivul adevărat al tulburărilor de somn. Asemenea situații se tratează prin schimbări de comportament și abordare și nu medicamentos, care doar atenuează temporar emoțiile.

Urmare cazului de sus descris, apare întrebarea, ce ar fi putut face pentru această pacientă un medic specialist neurolog mai bine, decât un medic de familie? În schimb medicul de familie a putut înțelege contextul (deoarece soțul pacientei X este cunoscut consumator de băuturi alcoolice), a recomandat o consultație la psiholog/consilier familial și a prescris un preparat sedativ. Un medic de familie care se respectă rareori se lasă condus de pacient în situații similare, ci încearcă să abordeze pacientul în contextul mediului său de trai.

Pacientul nu poate decide la ce medic specialist să meargă, el poate doar presupune, în baza concluziilor formate în urma unei căutări pe internet, sau în baza experiențelor anterioare, sau pur și simplu prin deducție (mă doare capul, deci am nevoie de neurolog) etc. Pe de altă parte, un pacient care se află la evidența unui medic specialist cu o maladie cronică, ar trebui și de fapt are (conform prevederilor legale) un acces facilitat la consultațiile acestuia. Totuși, dacă pacientul din anumite motive a decis să meargă direct la medicul specialist, deoarece „așa dorește” și „așa trebuie”, decizia fiind asumată, este o normalitate ca această consultație (care are un anumit grad de risc de a fi nejustificată) să fie achitată de către pacient.

O altă problemă din aceeași categorie este **programarea la investigații/examinări paraclinice**. Anume cu privire la acest aspect cetățenii intervievați au menționat riscurile de corupție și prezența plăților informale. Principalul motiv de nemulțumire a fost faptul, că pentru o examinare de tip Tomografie Computerizată (CT) sau Rezonanță Magnetică Nucleară (RMN) indicată de medicul specialist este necesar să aștepti luni întregi ca să beneficiezi de această examinare gratuit, în cadrul poliței de asigurare. Tot din spusele pacienților reiese, că doar cu o mică „contribuție” face ca problema să se rezolve mai ușor. Analiza acestui „fenomen”, a depistat următoarele circumstanțe.

Așa numitele Servicii de Înaltă Performanță (SIP), precum CT și RMN sunt calculate și planificate de către CNAM, din contul fondului de bază (adică servicii medicale). La sfârșitul fiecărui an, CNAM cu Ministerul Sănătății stabilește bugetul și aprobă prin „Criterii de contractare”, după care CNAM contactează prestatori de SIP în limita bugetului aprobat. CNAM stabilește cotele - numărul necesar de SIP-uri pentru centrele consultativ diagnostice (din cadrul spitalelor raionale și a AMT-urilor din mun. Chișinău) pentru anul viitor. Respectiv, aceste servicii sunt distribuite pe criterii stabilite. Aceste servicii sunt prestate

¹¹⁵ <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5651>

de instituțiile medico-sanitare publice și private. Astfel, un AMT din Chișinău sau un Centru de Sănătate din mun. Bălți are șanse să primească un număr mai mare de examinări, deoarece în acest regiuni sunt disponibile asemenea servicii, comparativ cu raioanele care nu au asemenea facilități, iar pacienții sunt nevoiți să se deplaseze în localități unde sunt amplasați prestatori suportând cheltuieli suplimentare considerabile. Această situație ne conduce spre concluzia, că cetățenii din zonele urbane au un acces geografic mai mare la SIP-uri decât cei din zonele rurale.

Chiar și așa, pentru a beneficia de aceste servicii, este necesar să fie îndeplinite câteva condiții. Prima, îndreptarea de la medicul specialist și a doua, disponibilitatea acestor servicii în cadrul serviciilor la nivel de ambulatoriu. Evident că instituțiile private oferă prioritate pacienților dispuși să achite aceste servicii cu bani cash conform tarifelor stabilite de instituție în defavoarea celor care vin cu „programare”, care are și alte condiții de rambursare. În consecință, se formează aceste perioade de așteptare, mai mult artificiale. Astfel, potrivit pacienților este să „contribui” cu o plată simbolică direct persoanei responsabile de aceste programări și imediat necesitatea își schimbă statutul în „examinare în regim de urgență” și pacientul ingenios este examinat rapid și bine. Această carență în sistem este pe larg discutată în cercuri restrânse în sistemul medical, recunoscând acest element ca fiind unul defectuos.

iii. Comunicarea medic-pacient și familia acestuia

În ceea ce privește a treia problemă menționată de pacienți: **comunicarea** dintre medic și pacient este evident că această problemă se referă la toți lucrătorii medicali, nu doar la cei din sectorul primar. Medicul de familie are însă o responsabilitate aparte cu privire la comunicarea cu pacientul său. În primul rând pentru că, este ales de pacient¹¹⁶ pentru a-i încredința sănătatea, este prima și cea mai confidentă persoană care află despre o problemă de sănătate a unui pacient, iar în al doilea rând prin încrederea în medic și competențele acestuia, există o posibilitate mai mare de recuperare eficientă. Asemenea unei confidențe, medicul are obligațiunea morală să stabilească această legătură de încredere, iar pacientul trebuie să-i răspundă cu respect și înțelegere. În sistemul de educație medicală în Republica Moldova, an de an se acordă o atenție tot mai mare aspectelor de comunicare dintre medic și pacient, însă în continuare asistăm la cazuri de nemulțumire față de atitudinea lucrătorilor medicali.

Comunicarea eficientă între medic și pacient și stabilirea relațiilor de încredere reciprocă, este cheia succesului activității unui medic de familie care garantează încrederea și respectul din partea pacientului. Nemulțumirile cetățenilor față de activitatea medicului de familie se datorează deseori percepțiilor și așteptărilor greșite față de activitatea acestuia. Pe de altă parte nivelul competențelor profesionale și abilitățile de comunicare ale unor medici de familie este scăzut, datorită mai multor factori, printre care se numără și vârsta medicilor, o bună parte din ei fiind pensionari¹¹⁷. Medicii de familie mai sunt suprasolicitați și de numărul mare de pacienți și numărul mare de sarcini administrative din responsabilitatea lor.

iv. Programul Unic ca document de bază în ce privește serviciile de asistență medicală primară garantate de stat

În ceea ce privește **Programul Unic**, acesta este un document care cuprinde lista maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală și stabilește volumul asistenței acordate persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate de CNAM și agențiile ei teritoriale, în conformitate cu prevederile legale¹¹⁸. Deși este obligatoriu ca Programul unic să fie afișat pentru informarea pacienților asigurați, acesta a fost caracterizat de pacienți ca fiind greu de înțeles, neclar și că ar avea o interpretare dublă.

Un exemplu menționat de pacienții intervievați ar fi faptul că în Programul Unic p. i) din secțiunea 2 există prevederea cu referire la *controlul medical profilactic cu efectuarea investigațiilor paraclinice necesare*. Înțelegerea pacientului este că „profilaxie” înseamnă verificare minuțioasă pentru determinarea eventualelor dereglări (care nu se manifestă în starea

¹¹⁶ <http://lex.justice.md/md/368605/>

¹¹⁷ <http://cnms.md/sites/default/files/Asigurarea%20Asistentei%20Medicale%20Primare%20cu%20personal%20medical.pdf>

¹¹⁸ <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=326302&lang=1>

pacientului) și intervenția precoce în caz de anumite probleme. Pacientul așteaptă să fie examinat, inclusiv la USG și analize de laborator, însă, în final, află că poate beneficia de un examen medical profilactic, doar la decizia medicului de familie. Astfel dacă pacientul asigurat vine la medic și solicită o USG de profilaxie, medicul poate să-l trimită să achite acest serviciu. Pe de altă parte, medicii de familie spun că deseori pacienții asigurați (mai ales cei din categoria care plătesc prime de asigurare medicală considerabile), se consideră în drept să primească serviciile de profilaxie absolut gratuit și vin la medicul de familie să ceară aceste servicii/examinări. Similar problemei de mai sus, inclusiv în această confruntare este foarte importantă comunicarea medic-pacient și încrederea reciprocă.

v. Motivarea „demotivantă” a medicului de familie și evaluarea activității medicilor și asistentelor medicale de familie în baza performanțelor.

Medicii de familie intervievați au menționat că **indicatorii de performanță** sunt cea mai grea parte din activitatea lor zilnică. Ordinul 247/125 A din 28.03.2017 este un document recent, care reglementează criteriile de îndeplinire și modul de validare a indicatorilor de performanță profesionale individuale în muncă, realizați de către instituțiile AMP. Acest document are scopul principal de îmbunătățire a indicatorilor generali de sănătate a populației (morbiditatea, mortalitatea, etc) și este un instrument de motivare financiară a colaboratorilor medicali (medici și pacienți) din sectorul primar. Documentul a fost caracterizat de către specialiștii din medicina primară ca fiind riguros și mai mult „demotivant”. Explicația a fost că realizarea indicatorilor ține de instituție în întregime, or acolo unde medicii lipsesc sau nu sunt interesați, există riscul că indicatorii să fie scăzuți. În același timp, dacă echipa medici de familie-asistente se mobilizează și muncește, la final de trimestru, suma destinată indicatorilor este împărțită conform cotelor pentru toți angajații (inclusiv personalul auxiliar), ceea ce înseamnă că acei care au muncit și au realizat indicatori primesc o cota-parte relativ mică, după retribuire. Acest fapt îi demotivează să facă un efort similar în următorul semestru. Medicii de familie sunt deranjați din cauza lipsei unui sistem informațional automat de acumularea a datelor. La moment, în lipsa acestui sistem colectarea datelor consumă foarte mult timp, dar și calitatea datelor este dubioasă. Așadar până la implementarea sistemului automatizat numărul de indicatori ar trebui redus, iar acei care rămân, să fie bazați pe datele care sunt colectate automat sau prevăzute de rapoartele statistice existente.

Asistența medicală primară în Republica Moldova este disponibilă preponderent la nivel de servicii publice, totodată, există prestatori de servicii medicale privați care oferă servicii de AMP. Studiul cu privire la accesul populației la servicii de sănătate arată că populația țării a apelat preponderent la serviciile din cadrul instituțiilor medicale din sectorul public (94,0%), cel privat fiind solicitat de 5,6% din populație. Dat fiind faptul că majoritatea instituțiilor private se regăsesc în mediul urban, dar și reieșind din faptul că populația din mediul urban dispune de mijloace financiare superioare celei din mediul rural, respectiv ponderea persoanelor care au beneficiat de serviciile sectorului privat este de circa 1,5 ori mai mare comparativ cu populația de la sate (6,9% față de 4,5%)¹¹⁹. Persoanele fără asigurare medicală se adresează mai frecvent la instituțiile private, se mai arată în studii. Astfel, pacienții sunt de părere că în cadrul instituțiilor private au parte de o atitudine și comunicare cu personalul medical mult mai bună, decât în instituțiile din sectorul public.

La începutul anului 2017 au fost inițiate consultări cu privire la implementarea practicilor private ale medicului de familie. Reforma este aplicată în mai multe state europene și constă în contractarea individuală a medicilor de familie de CNAM. Adepții acestei practici consideră că medicii de familie vor fi mai responsabil față de pacienți, iar banii publici vor fi gestionați mai eficient. Majoritatea medicilor consideră că nu sunt pregătiți de această reformă, existând riscul ca sarcinile manageriale să le fie o povară.

Concluzii și recomandări

Sistemul informatic de programare la medicul de familie nu poate fi considerat un cadrul de timp cu strictă reglementare, ci mai mult un instrument de reglementare a timpului medicului și a pacientului. Sunt admisibile devierile de timp, care urmează a

¹¹⁹ <http://www.statistica.md/newsview.php?l=ro&idc=168&id=5651>

fi conștientizate atât de medic, cât și de pacient. Comunicarea pacient-personal medical este un element de mediere a conflictelor. În aceste condiții, circuitul pacientului în ciclul medic de familie-medic specialist necesită reglementare și comunicare pentru evitarea conflictelor și reducerea poverii financiare asupra pacientului. Deși impunerea restricțiilor (necesitatea biletului de trimitere de la medicul de familie) de a fi consultat de medicul specialist fără achitarea serviciilor creează nemulțumiri în rândurile pacienților, aceasta are sens în vederea abordării integrate a pacientului de către medicul de familie.

Accesul la Serviciile de Înaltă Performanță (SIP) este limitat și lipsit de transparență pentru pacienții asigurați, ceea ce pe de o parte creează premise pentru pacientul asigurat să achite aceste servicii, iar pe de alta facilitează plățile informale și corupția. Un regulament transparent ar aduce mai multă claritate și ar crește accesul la SIP. Bugetele destinate SIP-urilor trebui să fie alocate instituțiilor care au în componența sa Asistența Medicală Specializată de Ambulatoriu (AMSA) și contractate direct de instituție medicală – prestator în funcție de necesitățile reale, ținând cont de accesibilitatea geografică și în limita bugetului alocat.

Lipsa de comunicare rămâne a fi o problema pronunțată în relația lucrător medical-pacient la nivel Asistenței Medicale Primare în Republica Moldova. Specialiștii necesită instruire în domeniul comunicării, iar pacienții au nevoie de un grad mai înalt de responsabilitate pentru starea proprie de sănătate.

Deși Programul Unic este un instrument comprehensiv și expus public în instituțiile medicale, în opinia pacienților, acesta ar fi bine să fie descris într-un limbaj mai prietenos și accesibil pentru persoanele asigurate din diferite categorii.

Scopul inițial al Ordinului MS cu privire la indicatorii de performanță a fost motivarea lucrătorilor medicali pentru îmbunătățirea indicatorilor de sănătate a populației deservite. După primele trimestre de aplicare a ordinului, acesta a creat nemulțumiri printre rândurile lucrătorilor medicali. Posibil reducerea numărului de indicatori și reglementarea modalității de calculare ar putea îmbunătăți colaborarea pe acest segment.

Sectorul spitalicesc: necesități reale în consolidare și optimizare

Eficiența și eficacitatea sectorului spitalicesc

Spitalele reprezintă un element extrem de important, sensibil și strategic al sistemului de sănătate în orice țară. Reducerea efectivelor, raționalizarea și ameliorarea gestiunii acestora sunt obiectivele majore ale reformelor și consolidării sistemului de sănătate. În cadrul sistemului de sănătate, spitalele ocupă un loc special, fiind sectorul cu cel mai mare consum de resurse. Totodată, sunt cel mai bine dotate cu echipamente și tehnologii, și au, datorită acestora, potențialul de a oferi îngrijiri de sănătate de înaltă calitate și complexitate.

Ca și orice instituție, un spital îndeplinește o misiune în baza căreia funcționează, justificându-și totodată existența doar în măsura în care își îndeplinește misiunea. În termeni generali, misiunea oricărui spital este de a oferi servicii medicale specifice necesare pentru a soluționa problemele de sănătate ale pacienților (**eficacitate**), în cel mai bun (**calitate**) și economic (**eficiență**) mod posibil. Republica Moldova a moștenit un sistem extins de sănătate de tip Semashko, cu un număr mare de instituții spitalicești și personal antrenat în ocrotirea sănătății. Începând cu anii 90, numărul total de spitale din Republica Moldova a fost redus esențial. Cu toate acestea, mai există spațiu pentru creșterea eficienței sectorului spitalicesc, în special, în Chișinău unde există o supra-ofertă de paturi și spitale. Existența continuă a multor instituții medicale în cadrul sistemelor paralele de sănătate din subordinea altor structuri guvernamentale decât Ministerul Sănătății este o adevărată provocare pentru raționalizarea numărului de spitale. Investiții capitale limitate au fost făcute doar în asistența medicală secundară și cea terțiară, iar majoritatea îmbunătățirilor au fost de ordin cosmetic. Echipamentele de tehnologie avansată sunt disponibile în capitală, iar echipamentul medical de performanță tehnologică inferioară utilizat în activitatea de zi cu zi este destul de vechi, mai cu seamă în spitalele raionale.

Supra-capacitatea sistemului de sănătate moștenită din sistemul vechi de tip Semashko, în special, în ceea ce privește instituțiile medico-sanitare specializate și cele spitalicești de la nivelul terțiar, a dus la dublări de servicii, precum și la fragmentarea sistemului, care a rezultat în utilizarea ineficientă a resurselor. Sistemul de sănătate din Republica Moldova este organizat în conformitate cu principiile de acces universal la serviciile medicale de bază și a echității, precum și solidarității în finanțarea asistenței medicale, fiind finanțat atât de către stat cât și de fiecare persoană individual în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Instituțiile medico-sanitare publice (IMSP) la nivel de raion și municipiu prestează servicii medicale de asistență medicală spitalicească pentru unitatea teritorial administrativă, fiind fondate de autoritățile publice locale. Instituțiile medico-sanitare publice de nivel terțiar prestează asistență medicală specializată și înalt specializată pentru întreaga populație din Republica Moldova. Majoritatea instituțiilor terțiare sunt dislocate în mun. Chișinău, fiind fondate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Majoritatea paturilor spitalicești sunt destinate mai mult pentru tratamentul acut, decât pentru asistența pe termen lung. Îngrijirile paliative, cele de lungă durată și de reabilitare nu sunt dezvoltate ca parte pleneră a sistemului de sănătate, **fapt ce afectează eficiența generală a sistemului.**

Politicile de sănătate sunt influențate mai mult de prestatori, pe când uniunile profesionale și organizațiile pacienților au o influență limitată. În rândul prestatorilor serviciilor de sănătate, statul este proprietarul celor mai mari instituții medico-

sanitare, iar cel mai mare asigurator în domeniul asistenței medicale este reprezentat de CNAM¹²⁰. Totodată, Republica Moldova se confruntă cu un spor negativ al populației din cauza ratei în scădere a natalității, iar după proclamarea independenței a avut loc o creștere bruscă a ratelor de deces. Și migrația pe scară largă a forței de muncă influențează negativ asupra numărului populației, în condițiile în care aproximativ 40% din populația activă din punct de vedere economic lucrează în străinătate.

Din punct de vedere al rețelei spitalicești, sistemul de sănătate include un mix de instituții medico-sanitare publice (republicane, municipale, raionale și departamentale) și private: 15 spitale republicane, 10 spitale municipale, 35 de spitale raionale, 11 spitale departamentale și 14 particulare cu 369 paturi. 17 dintre spitale sunt subordonate Ministerului Sănătății și autorităților administrației publice locale care au fost construite încă înainte de anul 1970, inclusiv 4 sunt edificii de la finele secolului al XIX-lea. În același timp, 45 de spitale au fost construite după anul 1970, inclusiv 12 spitale au fost edificate în anii 90. Majoritatea spitalelor nu au mai beneficiat de investiții capitale semnificative de la obținerea independenței, iar echipamentul învechit reprezintă circa 60-80% din stoc. Aprovizionarea cu electricitate și apă, precum și rețelele de canalizare în majoritatea spitalelor au un grad înalt de uzură.

În aceste condiții, avem 71 de spitale publice, cu 18 436 paturi, inclusiv circa 4 300 de paturi pentru bolnavii de maladii cronice. Pe teritoriul republicii există spitale cu multe clădiri, dar cu foarte puține paturi ocupate. Sunt spații sub-utilizate și spații foarte încărcate. Condițiile din spitale sunt nesatisfăcătoare, iar instituțiile nu au bani pentru a se dezvolta. Avem 11 spitale care nu ating nici 300 de nașteri pe an, ceea ce reprezintă mai puțin de o naștere pe săptămână (Taraclia, Briceni, Ocnița, Leova, Glodeni, Cimișlia și altele).

Conform datelor statistice, la 1 ianuarie 2017 populația totală în Republica Moldova a constituit 3 550,9 mii persoane, inclusiv în mediul urban – 1 516,8 mii persoane sau 42,7%, și în mediul rural – 2 034,0 mii persoane sau 57,3%. Din numărul total de paturi 18 805 – 36% sunt paturi desfășurate în instituțiile naționale, 17,7% - în instituțiile municipale, 35,7% - în spitalele raionale și 10,6% - în spitalele altor ministere. **Durata medie de utilizare a patului** în anul 2016 a constituit – 272 zile, față de 286 zile în anul 2008. Indicele de utilizare a patului a continuat să se reducă după introducerea în 2004 a AOAM. Acest fapt reflectă mai curând accesul îmbunătățit la servicii, decât eficiența operațională mai mare, deoarece în perioada dată nu s-au realizat îmbunătățiri majore în sectorul spitalicesc.

Durata medie de spitalizare a bolnavului la pat în anul 2008 a constituit – 9,8 zile, iar în anul 2016 – 8,5 zile. Rotația patului în anul 2016 a constituit: paturile de spitalizare cu termen scurt de tratare – 36,8, iar paturile de spitalizare cu termen lung de tratare – 9,0, media constituind – 32,0. În Republica Moldova la 1 ianuarie 2017 au fost desfășurate – 15 546 paturi de spitalizare cu termen scurt de tratare sau 82,7% din numărul total de paturi, față de 17 813 paturi în anul 2012, sau 80,4% din total.

La moment, sectorului spitalicesc din Republica Moldova este asigurat cu medici la nivel de 87,8%, inclusiv în instituțiile naționale – 88,1%, municipale – 86,8% și raionale – 90,2%. Ponderea funcțiilor ocupate de medici în sectorul spitalicesc constituie: total pe Ministerul Sănătății – 42,5; instituții republicane - 67,2; pe municipii – 40,3 și pe raioane – 28,1. Gradul de asigurare a populației cu personal medical mediu (la 10 mii locuitori) constituie total pe țară – 12,4; pe Ministerul Sănătății – 12,1; pe municipii – 7,9 și pe raioane – 13,7. Ponderea funcțiilor ocupate de personal medical cu studii medii speciale în sectorul spitalicesc constituie: total pe Ministerul Sănătății – 47,8; instituții republicane – 79,3; pe municipii – 50,7 și pe raioane – 32,7.

¹²⁰ Pe lângă sistemul public AOAM, la un nivel mult mai modest este sistemul privat de asigurări medicale susținut de companiile de asigurări. Vezi detalii privind nivelul de dezvoltare a acestuia în cadrul Capitolul 2.

Inițiativele de reformare a sistemului moldovenesc de sănătate au beneficiat de suport, dar și de rezistență politică, în special, în ceea ce privește optimizarea sistemului de sănătate, deoarece aceasta din urmă implică raționalizarea rețelei de spitale – **o activitate folosită adesea ca manevră politică.**

Pentru alegerea liberă a prestatorilor de asistență medicală secundară și terțiară, persoana asigurată poate accesa serviciile oferite la diverse nivele doar în baza unui formular de îndreptare din partea medicului de familie, cu excepția cazurilor de urgență și a altor situații speciale. Numai femeile gravide dispun de dreptul de a-și alege în mod liber medicul și instituția medicală care să-i ofere asistență la naștere și după naștere, cu excepția cazurilor în care starea medicală impune respectarea principiilor de regionalizare și triaj al femeilor gravide pe parcursul procesului de acordare a asistenței perinatale.

Drept urmare a reformei de finanțare a sectorului sănătății din 2004, funcțiile de achizitor și prestator au fost separate și au devenit contractuale. CNAM poate contracta în mod selectiv (procurări strategice) prestatorii publici de servicii și cadrul legal existent permite aceste relații, însă în practică, **până la momentul de față au fost efectuate foarte puține contractări selective.** Unul din criteriile principale utilizate pentru contractare este statutul de acreditare al prestatorului. Conform legislației, doar instituțiile acreditate pot fi contractate.

CNAM este unicul achizitor de serviciile medicale în sistemul AOAM, atât din partea prestatorilor publici, cât și din partea celor privați. Pachetul de servicii acordat conform AOAM este definit prin Programul unic, elaborat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și aprobat de Guvern. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale împreună cu CNAM, aprobă anual normele metodologice pentru implementarea pachetului de servicii (incluse de Programul unic). Normele stabilesc condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare nivel și tip, lista investigațiilor paraclinice, modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor eligibili în sistemul AOAM, bazat pe parametrii financiari stipulați în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, aprobată de Parlament.

Începând cu 2004 serviciile spitalicești au fost achiziționate în mod retrospectiv conform numărului de pacienți tratați. Din anul 2008, contractarea a utilizat bugetele globale pentru pacienții care aveau nevoie de o spitalizare de lungă durată (cum ar fi asistența medicală psihiatrică), iar din 2009 au fost inițiate plățile conform numărului de pacienți tratați pentru anumite stări (cum ar fi TB). Din 2011, asistența medicală spitalicească pentru TB este finanțată conform formulei - zi-pat. Din 2012, plățile bazate pe caz sunt utilizate în asistența medicală spitalicească pentru a eficientiza utilizarea resurselor sporind randamentul paturilor, iar durata medie de internare este în descreștere. Costurile plăților pentru un pacient tratat au fost elaborate pentru 168 grupuri de stări, iar definirea acestora a servit drept o experiență utilă pentru introducerea DRG (modelul financiar bazat pe cazuri combinate), care a ameliorat calitatea serviciilor și a favoriza accesul și echitatea acestora.

Implementarea sistemului de plată DRG pentru finanțarea spitalelor în Republica Moldova a reprezentat una dintre cele mai importante schimbări în sistemul de sănătate și a însemnat trecerea de la un sistem de rambursare bazat pe caz, la un sistem de finanțare bazat pe cost, utilizând sistemul de clasificare în grupe de diagnostic (DRG). Multe țări evaluează sau implementează sisteme de finanțare a spitalelor bazate pe DRG, ca parte a efortului de control al costurilor. Totodată, implementarea finanțării bazate pe activitatea DRG a contribuit la intensificarea activității instituțiilor spitalicești, nu și la eficientizarea acestora. Astfel, spitalele sunt „încurajate” să crească, formal sau chiar fictiv numărul internărilor pentru cazurile mai simple. Întrucât **nu sunt folosite mecanisme pentru controlul internărilor**, acestea se fac cu precădere prin internarea pacienților care ar putea fi tratați în ambulatoriu. Acești pacienți necesită cheltuieli mici și reprezintă o bună sursă de venit, însă conduc la o ineficiență generală a sistemului. Analiza rapoartelor DRG arată că, în mod constant, un procent important din totalul internărilor sunt afecțiuni care pot fi și sunt tratate în alte țări la nivele inferioare de asistență medicală, fie primară, fie specializată de ambulator. În plus, majoritatea internărilor din spitalele înalt specializate au loc sub forma internărilor de urgență, fiind vorba de peste 80% din numărul total al internărilor anuale.

Rețeaua de spitale din țară a fost redusă de la obținerea independenței, ținând cont de faptul că Moldova a moștenit un sistem de sănătate de tip Semashko cu o infrastructură excesivă. În aceste condiții, organizarea și funcționarea unui sistem de sănătate fragmentat, determinat inclusiv și de existența câtorva sisteme de sănătate paralele subordonate diferitor fondatori generează **ineficiența sistemului de sănătate prin dublarea serviciilor medicale**. Angajații și pensionarii câtorva alte autorități centrale de specialitate (și anume Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Transporturilor și Infrastructurii Drumurilor, etc.) beneficiază de asistență medicală din partea instituțiilor care sunt în proprietatea ministerelor vizate, însă utilizează și în mod ad-hoc și serviciile altor instituții medicale publice pentru alte necesități – ceea ce creează în mod evident excese, dublări și irosiri, pe lângă utilizarea irațională a resurselor, care reiese din menținerea a rețelelor paralele pentru a servi acelorași necesități.

Cu toate acestea, **mai există încă modalități pentru a spori eficiența în acest domeniu, în special prin consolidarea serviciilor specializate în capitală. Raționalizarea serviciilor specializate dublate rămâne în continuare o provocare cheie** cu care se confruntă sistemul național de sănătate. 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 din buzunar. Cheltuielile din buzunar destinate sănătății țin, în special, de costul produselor farmaceutice – subiectul-cheie spre care trebuie redirecționate eforturile pentru realizarea reformelor propuse. Totodată, nu există diferențe în ceea ce privește rata contribuțiilor conform genului ocupațional sau oricărui alt criteriu. Nu există nici o grilă superioară sau inferioară pentru contribuțiile date. Populația neantrenată în câmpul muncii (16 categorii, inclusiv pensionarii, studenții, copiii, șomerii înregistrați etc.) este acoperită prin intermediul transferurilor de la Bugetul de Stat către CNAM, care acumulează finanțarea pentru asistență medicală preplătită. Combinarea contribuțiilor salariale și celor bugetare într-un singur fond de acumulare a ajutat la asigurarea echității și solidarității în cadrul sistemului. Totuși, acoperirea universală încă n-a fost atinsă; ca și în cazul majorității sistemelor bazate pe asigurare, mai există un segment anumit de populație neasigurată (în 2016, aproximativ 14,2% din populația rezidentă nu era asigurată).

Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală acordă oportunități egale de acces la servicii calitative de sănătate tuturor cetățenilor Republicii Moldova. CNAM este unicul achizitor al serviciilor de sănătate pentru întreaga populație a țării. Resursele sunt alocate în diferite modalități pentru diferite servicii, în baza contractelor semnate între CNAM și prestatorii serviciilor de asistență medicală. Metodele de achitare includ plata per capita, per serviciu, per caz tratat, per pat-zi și per vizită, bugetul global, rambursarea retrospectivă pentru serviciu în limita bugetului contractat precum și bonusurile pentru atingerea unor anumiți indicatori de performanță. Cu toate acestea, obiectivul de echitate în finanțare încă n-a fost atins, deoarece ponderea cheltuielilor din buzunar a rămas încă una destul de înaltă ca și proporție din cheltuielile totale pentru sănătate. Insuficiența lucrătorilor medicali și prețurile mari la medicamente în Republica Moldova generează o serie de provocări atât pentru echitatea în utilizarea și distribuția serviciilor medicale, cât și pentru eficiența tehnică a acestora. Costurile înalte ale cheltuielilor din buzunar reprezintă o sursă considerabilă de insatisfacție a pacienților în privința sectorului spitalicesc.

Multiplele reforme ale sistemului administrației publice locale începând cu anul 1991 (șase legi cu privire la administrația publică locală și trei legi cu privire la reorganizarea administrativ-teritorială) n-au delimitat cert atribuțiile și responsabilitățile ce țin de gestionarea serviciilor de sănătate la nivel local. Astfel, la nivel de raion, capacitățile administrative și/sau structurile existente sunt inadecvate pentru a coordona activitățile în sectorul sănătății, iar instituțiile medicale sunt, de fapt, gestionate direct de Ministerul Sănătății. Astfel, coordonarea politicii de sănătate între Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și autoritățile administrației publice locale devine din ce în ce mai anevoioasă, deoarece descentralizarea sectorului sănătății a fost un proces inițiat ad-hoc, fără o pregătire minuțioasă și fără o bază conceptuală bine definită și argumentată din punct de vedere juridic, economic, financiar și social.

Guvernul și Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale dispun de toate instrumentele pentru planificarea investițiilor capitale în infrastructura publică a sistemului de sănătate, dar din cauza constrângerilor de resurse la nivel național, investițiile capitale sunt minime. Problemele tradiționale ale sistemului spitalicesc (ineficiența tehnică și financiară, gradul redus de acces pentru populația săracă, etc.) și incapacitatea acestuia de a răspunde cererii pacienților prezintă o provocare majoră pentru factorii de decizie politică. Tendințele noi de organizare a sectorului spitalicesc au determinat o schimbare a accentelor de pe cantitate spre calitatea serviciilor medicale, care indiscutabil implică și cadrul de eficiență și performanță a spitalelor ca urmare a cererii pentru o mai mare eficiență operațională și capacității sporite de răspuns la necesitățile pacienților. De asemenea, din cauza tergiversării, pe parcursul ultimului deceniu, a reformei structurale și funcționale a sistemului spitalicesc și lipsa pe parcursul ultimilor 20 de ani a investițiilor în infrastructura spitalicească se înregistrează o denaturare a sistemului de prestare a serviciilor spitalicești.

Distribuția geografică a spitalelor, asigurarea populației cu paturi, fondul de paturi și structura acestora în funcție de profil nu reflectă necesitățile populației, nu sunt fundamentate de standarde operaționale, și în continuare, păstrează aspectele desprinse din sistemul Semashko. În consecință, se creează un context în care sunt generate costuri operaționale semnificative de întreținere a sistemului spitalicesc, precum și furnizarea serviciilor de sănătate la un nivel sub standarde. În esență, pacienții care necesită îngrijiri medicale acute cu utilizarea tehnologiilor moderne nu pot obține aceste servicii, deoarece ele sunt concentrate în număr limitat doar în Chișinău, iar pacienții cronici care necesită îngrijiri de reabilitare sau paliative sunt întreținuți de membrii familiilor la domiciliu, din cauza subdezvoltării acestor servicii în spitalele locale. Datele statistice existente arată că în Republica Moldova o parte din spitalele raionale realizează anual un număr extrem de mic de intervenții chirurgicale și de nașteri. Acest volum insuficient are implicații negative asupra calității serviciilor de sănătate.

Eficiența unei instituții spitalicești este capacitatea acesteia de a sigura o utilizare rațională a resurselor pentru a produce rezultatele necesare. Eficiența nu este atribuită eficacității, care este nu altceva decât atingerea rezultatului indiferent de resursele consumate, și nu înseamnă productivitatea spitalului, definită ca un raport dintre surse și rezultate. Eficiența are două dimensiuni, cea tehnică și cea locativă. Astfel, eficiența trebuie să reprezinte principala prioritate pentru spitalele care activează într-un cadru de resurse limitate. Parametrii de eficiență și performanță trebuie să joace un rol primordial în fundamentarea măsurilor de reformă în acest domeniu. Eficiența tehnică definește, pe de o parte, capacitatea spitalului de a-și spori rezultatul fără a opera modificări cantitative și calitative ale resurselor utilizate, sau, pe de altă parte, capacitatea de a optimiza resursele utilizate pentru a obține rezultatul așteptat. În consecință, eficiența tehnică a unui spital vizează resursele și rezultatele doar din punct de vedere cantitativ. De cealaltă parte, eficiența locativă constă în estimarea capacității de funcționare a spitalelor pentru a oferi suport factorilor de decizie politică pentru realizarea reformei și alocării resurselor în mod corespunzător.

Conceptul de consolidare a spitalelor în Republica Moldova

În contextul consolidării/reformelor sistemului de sănătate din Republica Moldova, regionalizarea asistenței medicale spitalicești ar putea fi un pilon pentru realizarea acestora și va contribui la reducerea sau chiar excluderea dublării serviciilor medicale spitalicești. În același timp, în special în municipiul Chișinău, se va obține eficientizarea procesului de prestare a serviciilor, reducerea necesității și utilizarea corespunzătoare a paturilor spitalicești. Modificarea structurii rețelei spitalicești pentru organizarea unei mai eficiente, apropierea tehnologiilor medicale moderne de pacienți prin implementarea regională a serviciilor medicale de înaltă performanță urmează să contribuie în mod direct la îmbunătățirea sănătății populației. Criteriile de bază pentru noua structură a spitalelor trebuie să asigure: separarea îngrijirilor în afecțiunile acute de cele cronice prin crearea spitalelor regionale și centrale, pe de o parte și spitale locale, pe de altă parte. Aria de deservire a spitalelor regionale să constituie 70 kilometri (ori 60 minute pentru transferul pacienților cu afecțiuni acute), cu revederea fundamentală fluxurilor de pacienți critici (accidente vasculare cerebrale, complicațiile bolii ischemice, traumatismele și traumele asociate).

Astfel, odată cu debutul afecțiunii la pacient, în contextul regionalizării sistemului spitalicesc în Republica Moldova, acesta ar trebui să aibă acces suficient de rapid la serviciile de sănătate, cu tot spectrul necesar de servicii medicale specializate specifice, ceea ce ar contribui la reducerea duratei medii de spitalizare și a spitalizărilor inutile și reducerea riscului infecțiilor intra-spitalicești, și, într-un final, reducerea cheltuielilor și eficientizarea activității spitalelor. Pe lângă acest fapt, mai este și o relație strânsă între numărul de servicii oferite și abilitățile profesionale ale medicilor, care la rândul său influențează rezultatul și calitatea tratamentului. Asigurarea încărcăturii minime necesare pentru menținerea deprinderilor practice ale medicilor este o condiție obligatorie de care este necesar să se țină cont în procesul de planificare și organizare a sectorului spitalicesc pentru asigurarea prestării serviciilor calitative.

Reforma spitalicească, care în realitate prevedea mai întâi de toate consolidarea serviciului, demarată de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, după părerea noastră, era binevenită, dar cu regret s-a stopat implementarea ei în practică. Potrivit conceptului de reformare a sectorului spitalicesc, numărul spitalelor trebuia să scadă drastic, majoritatea spitalelor raionale trebuia să se transforme în filiale ale unor spitale regionale. În urma implementării în practică a proiectului „Reforma spitalelor din Republica Moldova” urma să fie instituite, în următorii 7 ani, 19 spitale noi. Și anume 11 instituții medicale spitalicești regionale, patru – centrale, trei – specializate și un spital universitar, aflate în subordinea Ministerului Sănătății Muncii și Protecției Sociale. Noile instituții urmau să fie instituite în baza spitalelor raionale, municipale, republicane și departamentale existente. Fiecare spital dintre cele 19 prevăzute în proiectul reformei urma să reunească sub un management comun câteva instituții medicale spitalicești, care ar fi rămas cu statut de spitale locale, fără entitate juridică. În opinia noastră, anume managementul comun și pierderea entității juridice în 26 spitale raionale a impulsat dezacordul cu conceptul propus de consolidare. În unele țări din Europa de vest, managementul comun a fost instituit pe orizontală, care presupune menținerea statutului de persoană juridică pentru spitalele mai mici, dar administrarea serviciilor medicale în acestea se face de către seful departamentului/secției din spitalul regional. Spre exemplu, șeful departamentului chirurgical din spitalul regional coordonează procesul de diagnosticare, tratament și reabilitare a pacienților atât în spitalul regional, cât și în spitalele locale.

Opt spitale regionale trebuia să fie instituite în nordul, centrul și sudul țării, iar trei – în municipiul Chișinău. În cadrul acestor instituții urma să funcționeze unități de primiri urgențe, departamentul de medicină internă, departamentul chirurgical, departamentul obstetrică și ginecologie și departamentul de diagnostică și imagistică medicală. Departamentul de medicină internă va cuprinde secții de boli cardiovasculare, inclusiv laborator de cardiologie intervențională, endocrinologie, gastrologie, pneumologie, neurologie cu unitate STROKE, nefrologie, psihiatrie, boli infecțioase, oncologie. Departamentul chirurgical va include secția de chirurgie generală, traumatologie și ortopedie, neurochirurgie, oftalmologie, ORL, urologie, anestezie și terapie intensivă. Departamentul de obstetrică și ginecologie urmează să includă centrul de perinatologie (obstetrică și neonatologie), secția de ginecologie, secția pediatrie. Extrem de important este dotare corespunzătoare a departamentului de diagnostică și imagistică medicală. Acesta, pe lângă laboratoare de histopatologie, imunologie, biochimie, microbiologie performante, urmează să dispună în mod obligator de Tomografie computerizată, Rezonanță magnetică și Angiografie pentru a diagnostica rapid și a soluționa cazurile urgente în accidentele vasculare cerebrale, infarctul miocardic și bolile chirurgicale acute, care constituie până la 75% din cauzele mortalității. Un spital regional urma să presteze asistență medicală pentru cel mult 300 de mii de locuitori. Având o astfel de structură și dotările tehnice corespunzătoare, spitalele regionale vor reuși să soluționeze calitativ majoritatea cazurilor acute, care în prezent din cauza neîncadrării în “ora de aur”, provoacă majoritatea deceselor evitabile. În municipiul Chișinău, conform prevederilor proiectului „Reforma spitalelor din Republica Moldova” trebuia să funcționeze două spitale regionale pentru adulți și unul pentru copii.

Cele 4 spitale centrale urmau să fie organizate în municipiile Chișinău și Bălți. Este vorba despre Institutul mamei și copilului, Institutul de medicină urgentă, Spitalul central polivalent (universitar) și Spitalul central Bălți. În aceste instituții necesita de a fi tratate cele mai complicate cazuri, inclusiv cele pentru transplantul de organe, cardiocirurgicale, neurochirurgicale, traume asociate, chirurgia spinală, chirurgia oro-maxilo-facială etc. Fiecare spital central era planificat să deservească până la un

milion de locuitori. În ceea ce privește cele trei unități cu statut de spitale specializate, acestea trebuiau să fie: Spitalul Clinic de Psihiatrie și Narcologie, Institutul de Ftiziopneumologie și Spitalul Republican pentru îngrijiri cronice. Proiectul Reforma spitalelor mai prevede și crearea unităților de primiri urgente în toate instituțiile spitalicești. Fortificarea sistemelor de sănătate centrate pe necesitățile populației și capacitățile sistemelor de sănătate este una dintre cele patru priorități stabilite de Organizația Mondială a Sănătății în noua strategie „Sănătate 2020. Bazele politicii europene și strategia pentru secolul XXI”.

Concluzii și recomandări pentru sectorul spitalicesc

Atribuirea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a calității de fondator pentru toate spitalele va asigura excluderea exceselor, dublărilor și irosirilor, determinate de rețelele paralele de spitale care prestează servicii asemănătoare și va permite implementarea plenară a planului de regionalizare și consolidare a spitalelor.

Perioada contemporană se caracterizează prin restructurări calitative și instituirea noilor forme organizatorice de acordare a asistenței medicale. Esența lor se exprimă prin forme variate de asistentă medicală, precum și în comasarea și fuzionarea spitalelor și crearea unui întreg sistem de instituții medicale funcționale și moderne, prin care se urmărește eficientizarea sistemului medical din țară, a resurselor în domeniul spitalicesc, micșorarea anumitor cheltuieli nejustificate (administrative, de întreținere), precum și sporirea calității serviciilor medicale acordate populației. Instituire managementului comun pe orizontală în spitalele regionale și locale, cu menținerea statutului de persoană juridică pentru spitalele locale, poate constitui o variantă de alternativă acceptată de toți actorii implicați în reformarea și consolidarea sectorului spitalicesc din Republica Moldova.

Optimizarea cheltuielilor în sistemul de sănătate poate fi realizată doar prin regionalizarea serviciilor și crearea unei rețele spitalicești funcționale. Amplasarea fizică a tuturor tipurilor de spitale (centrale, regionale, locale) trebuie să fie determinată de o serie de factori cum sunt: aria de responsabilitate, separarea îngrijirilor între afecțiunile acute și cele cronice, revederea fundamentală a fluxurilor de pacienți critici (accidente vasculare cerebrale, complicațiile bolii ischemice, traumatismele și traumele asociate), demografia și infrastructura. (drumuri etc.).

Creșterea speranței de viață la naștere a determinat creșterea numărului populației în vârstă, fapt ce pune cerințe noi pentru acordarea asistenței populației, în special, pentru populația în vârstă. Aceasta mai determină și necesitatea de a diferenția necesitățile specifice de asistență medicală spitalicească, prin divizarea acestora în îngrijiri acute și cronice.

Eficientizarea spitalelor din mun. Chișinău trebuie realizată prin comasarea acestora și crearea unor entități echilibrate din punct de vedere al capacității și mixajului resurse-rezultate, iar în cazul Spitalului Central Bălți – atribuirea sarcinilor de spital central/terțiar.

Eficientizarea instituțiilor republicane monoprofil determină necesitatea reducerii capacității acestora, condiție care le-ar plasa în afara conceptului de instituție de nivel terțiar. În acest context, se impune reorganizarea instituțiilor respective prin fuziunea cu alte instituții spitalicești republicane. Instituirea managementului administrativ comun pentru instituții medicale va asigura eficientizarea activității instituțiilor medicale prin excluderea utilizării iraționale a mijloacelor financiare pentru activități operaționale și orientarea acestora pentru prestarea serviciilor medicale calitative și performante, precum și creșterea salarizării și îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru personalul medical.

Stabilirea unor criterii concrete de contractare pentru asistența medicală spitalicească la toate nivelurile poate fi instrumentul de bază în realizarea planului de consolidare a spitalelor în Republica Moldova. Numirea în funcție a managerilor instituțiilor medicale din sectorul spitalicesc în bază de concurs și de contract de management va crea premise reale în gestionarea corectă a intențiilor de fortificare și modernizare a sectorului spitalicesc din Moldova. Totodată, implementarea în sectorul spitalicesc a unui management informațional integrat va contribui la îmbunătățirea substanțială a calității datelor și

informațiilor furnizate pentru diverși actor și populației generale, asigurând transparența pentru toate dimensiunile de interes public.

Reducerea ratei infecțiilor nosocomiale prin modernizarea condițiilor din spitale și îmbunătățirea practicii medicale, vor determina reduceri în costurile tratamentelor și vor evita reținerea nejustificată a pacienților în spitale.

Sporirea calității asistenței medicale spitalicești, prin dezvoltarea Departamentelor de management a calității și a auditului medical intern, va permite analiza reală a situației din spitale și redefinirii misiunii acestora.

Implementarea și dezvoltarea staționarului de zi și a chirurgiei de o zi în întreg sectorul spitalicesc (la toate nivelurile) va determina micșorarea costurilor și sporirea accesului pacienților la servicii calitative, prestate în condiții sigure. Dezvoltarea și implementarea tratamentului spitalicesc de lungă durată (de reabilitare și îngrijiri paliative), în special, în spitalele locale, va influența sporirea satisfacției familiilor și a pacienților.

Concluzii și recomandări generale

Mortalitatea copiilor și speranța de viață la naștere în Moldova constituie o îngrijorare majoră. În ultimii 25 de ani, Moldova a progresat în ceea ce privește sistemul de sănătate, cu toate acestea continuă să rămână codașă în rândul țărilor din estul Europei. O îngrijorare majoră pentru Moldova rămâne mortalitatea copiilor cu vârsta de până la 5 ani, precum și speranța de viață la naștere. De asemenea, în conformitate cu Indicele de acces și calitate a serviciilor medicale (Healthcare Access and Quality Index, HAQ) care măsoară performanța sistemului de sănătate, Republica Moldova înregistrează un rezultat nesatisfăcător. Cel mai grav este că în 25 de ani, Moldova nu a reușit să reducă din diferența față de media pe țările din Europa de Est, ci din contra, chiar a majorat-o față de anul 1995 de la 13,6 puncte la 13,7 în 2015. Pentru anii intermediari discrepanța este și mai mare, depășind uneori 20 de puncte. Astfel, decalajul mediu pe toată perioada fiind de circa 17 puncte.

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. Reacțiile sistemului de sănătate la cazurile critice recente, care au devenite publice, relevă faptul că problemele de acces la serviciile de sănătate și calitatea acestora nu pot fi rezolvate în interiorul unui element sau componentă a sistemului de sănătate, ci poartă un caracter sistemic. Analiza tipologiei sistemului de sănătate din Moldova indică asupra unui proces nefinalizat de tranziție. În condițiile unei finanțări majoritar private, sectorul de prestări servicii rămâne, în continuare, dominat aproape în totalitate de sectorul public, iar procesul de reglementare este aproape în întregime asigurat de autoritățile publice. Cauzele aceste stări de fapt se regăsesc în modul de reglementare existent, în lipsa mecanismelor efective de protecție a intereselor pacienților în raport cu prestatorii de servicii, dar și în lipsa unui cadru concurențial adecvat pentru oferirea unor servicii calitative și eficiente.

Republica Moldova are un sistem de sănătate destul de eficient. Această concluzie reiese din analiza evoluției cheltuielilor totale destinate sănătății, per cap de locuitor, raportate la paritatea puterii de cumpărare și a evoluției indicelui de acces și calitate (HAQ). Conform acestei evaluări, sistemul de sănătate autohton are un randament foarte bun în comparație cu alte țările analizate, în special, Rusia, care are un indice HAQ mai jos decât Moldova, însă cheltuielile de câteva ori mai multe resurse. Rezultatul obținut depinde considerabil de raportarea tuturor cheltuielilor din sănătate, inclusiv, acuratețea evaluării cheltuielilor private, în special, a celor informale, subestimate la evaluarea cheltuielilor totale. În aceste condiții, rezultatul relativ bun înregistrat pe dimensiunea de eficiență ar trebui tratat cu precauție și coroborat cu alți indicatori. Îmbunătățirea în continuare a performanței sistemului de sănătate cu o unitate (cu un punct al indicelui HAQ) va necesita un efort financiar și organizatoric mai mare decât pentru o unitate anterioară. Astfel, orice majorare a finanțării trebuie corelată cu creșterea performanței prin formularea unor obiective clare și măsurabile și crearea unui mediu de activitate pentru prestatorii de servicii care ar garanta o eficiență înaltă în procesul de prestare a serviciilor medicale.

Sistemul de sănătate este un sistem deschis și, prin urmare, atingerea unor rezultate bune este imposibilă fără o implicare mai activă a tuturor actorilor care pot influența determinanții sănătății. În acest sens Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale trebuie să joace un rol mai activ în promovarea și implementarea politicilor orizontale care au un efect major asupra sănătății. Un pas important a fost aprobarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012–2020, însă implementarea acestora are loc destul de lent.

După criteriul proprietății actorilor implicați în procesele de finanțare, prestare a serviciilor și reglementare (guvernare), sistemul de sănătate din Moldova are **o finanțare preponderent privată, cu servicii în care rolul decisiv îl are sectorul public și cu o reglementare aproape în întregime publică.** Apartenența în sine a sistemului de sănătate la acest tip nu poate fi văzută ca un avantaj sau dezavantaj, însă poate oferi mai multe perspective de evaluare asupra îmbunătățirilor acestuia. Astfel, pe dimensiunea de finanțare, la elaborarea politicilor de lungă durată este necesară formularea expresă a rolului și ponderii finanțării private. În prezent, pe dimensiunea prestatorilor de servicii nu este clar dacă dezvoltarea sectorului privat vine să

completeze serviciile publice, sau să le preia (integral sau parțial în funcție de domenii) în baza unei competiții deschise între sectorul public și privat, fiind necesar o viziune a Guvernului privind rolul și dezvoltarea sectorului privat în acest domeniu. Cea mai complicată situația se atestă pe dimensiunea de reglementare, care nu prevede măsuri de corectare a situațiilor privind problemele legate de calitatea serviciilor, accesul la servicii și condițiile de competiție a prestatorilor de servicii.

Una din cele mai importante constrângeri cu care se confruntă sistemul medical național este asigurarea cu resurse financiare suficiente. În condițiile îmbătrânirii populației și creșterii cererii de servicii medicale, sustenabilitatea sistemului este pusă în pericol. Datele statistice indică asupra creșterii în ultimii ani a morbidității populației în același timp cu descreșterea numărului total al populației, fapt confirmat și de piramida demografică pentru următorii ani. Aceste tendințe clasifică populația țării drept una îmbătrânită, iar dacă acest trend nu va fi inversat în timpul apropiat, numărul persoanelor vârstnice îl va depăși pe cel al tinerilor, ceea ce va avea o influență directă asupra creșterii numărului de solicitări de servicii medicale, dar și asupra necesarului de finanțare. Adicional, rezultatele demografice presupun și extinderea numărului persoanelor asigurate de către stat, cum ar fi pensionarii. Guvernul plătește mult mai puțin pentru asigurarea medicală a persoanelor neangajate decât costul poliței obligatorii. Respectiv se înregistrează o anumită neconcordanță între calculele Ministerului Finanțelor privind fondurile transferate de la Bugetul de Stat și cheltuielile necesare pentru asigurarea medicală a persoanelor pentru care Guvernul este asigurator. În sensul modificării mecanismului de calcul a transferurilor de la Bugetul de Stat, considerăm oportună modificarea textului Art. 9 din Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare ale primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în vederea stabilirii indexării sumei per persoană asigurată de Guvern și nu suma globală. O variantă a Art. 9 ar putea fi următoarea: *Suma transferurilor din Bugetul de Stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală se stabilește anual prin legea Bugetului de Stat, reprezentând suma aprobată a transferurilor de la Bugetul de Stat în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul precedent per persoană asigurată, indexată la indicele prețului de consum prognozat pentru anul în cauză.*

Mai mult decât atât, în baza prognozei demografice, fără aplicarea unor măsuri de reformă asupra mecanismului de finanțare, un deficit la capitolul venituri de circa 9% urmează să apară către anul 2030, iar până către 2050, acesta va ajunge până la 26%. Astfel, în condițiile unor evoluții economice constante ca cea din ultimii ani, doar din contul îmbătrânirii și reducerii populației sistemul de sănătate riscă să se confrunte cu un decalaj de sustenabilitate financiară. Soluțiile ar fi pe mai multe direcții, principalele urmărind creșterea ponderii persoanelor implicate în sistemul AOAM, și/sau reducerea fenomenul salariului în plic. Totuși soluția reală de creștere a veniturilor ar fi dezvoltarea economiei naționale și creșterea economică de cel puțin 5% anual în termeni reali.

Atribuirea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a calității de fondator a tuturor spitalelor publice din țară. Aceasta va asigura excluderea exceselor, dublărilor și irosirilor, determinate de rețelele paralele de spitale care prestează servicii asemănătoare și va permite implementarea plenară a planului de regionalizare și consolidare a spitalelor. Optimizarea cheltuielilor în sistemul de sănătate poate fi realizată doar prin regionalizarea serviciilor spitalicești și crearea unei rețele de spitale funcționale. Amplasarea fizică a tuturor tipurilor de spitale (centrale, regionale, locale) trebuie să fie determinată de: aria de responsabilitate, separarea îngrijirilor între afecțiunile acute și cronice, revederea fundamentală a fluxurilor de pacienți critici (accidente vasculare cerebrale, complicațiile bolii ischemice, traumatismele și traumele asociate), demografie și infrastructură (drumuri etc.).

Perioada contemporană se caracterizează prin restructurări calitative și instituirea unor noi forme organizatorice de acordare a asistenței medicale. Esența lor se exprimă prin diverse forme de asistență medicală, comasarea și fuzionarea spitalelor și crearea unui întreg sistem de instituții medicale funcțional moderne, prin care se urmărește eficientizarea sistemului medical din țară, are surselor și cheltuielilor nejustificate (administrative, de întreținere), în domeniul spitalicesc, dar și dar și sporirea calității serviciilor medicale acordate populației.

Nivelul de transparență a sistemului de sănătate autohton este de 36%, ceea ce ne clasează printre țările cu un nivel de transparență nesatisfăcător, alături de țări ca India, Arabia Saudită, Africa de Sud. Printre țările cu cele mai bune rezultate obținute se numără Danemarca (74%), Finlanda (73%) și Suedia (71%), urmate de Marea Britanie (69%). În general, putem spune că țările care au o bună transparență bugetară și practici bune de deschidere a datelor, au înregistrat și cele mai bune rezultate la transparentizarea activității sistemului de sănătate. Trecerea la un alt nivel de transparență, poate fi realizată relativ ușor, prin publicarea unei serii de date deja sunt produse și utilizate pe intern de către instituții.

Transparența sistemului de sănătate în Republica Moldova poate fi realizată prin asigurarea a trei precondiții de bază: existența unui cadru de date deschise, o abordare strategică și, nu în ultimul rând, voință politică. Cadru de reglementare actual permite deschiderea informației, dar și implicarea și participarea cetățenilor în procesele decizionale, lipsește, însă, o înțelegere sistemică a ceea ce înseamnă transparență și a potențialelor beneficiilor pe care aceasta le aduce. Eforturile de deschidere din ultimii ani s-au axat pe crearea bazelor de date structurale la nivel național, care, deși importante, nu reprezintă decât o parte importantă a cadrului de informare. Acest fapt a dus la publicarea limitată, fragmentată și neuniformă a informației pe instituții specializate. În același timp, deși sunt colectate peste mai mult de 10 mii de seturi de date, acestea nu sunt disponibile publicului. Un pas următor ar putea fi evaluarea datelor care sunt produse, utilitatea acestora pentru evaluarea rezultatelor de sistem și publicarea lor de către autoritatea responsabilă.

Principalul promotor al transparenței nu poate fi decât Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Doar un leadership puternic poate asigura disciplina de implementare a schimbărilor necesare și asigura sprijinul politic pentru acestea. Tot, ministerul este autoritatea care poate determina cadrul strategic prin care sistemul de sănătate ar putea deveni mai deschis și ar asigura participarea și implicarea eficientă a tuturor actorilor cu respectarea bunelor practici și cadrului de reglementare actual. Nu în ultimul rând, doar gestionarul de cheltuieli, poate asigura cadrul de comunicare instituțional pentru a produce rezultate și informa publicul despre acestea.

Un efort suplimentar în asigurarea transparenței o constituie și axarea pe beneficiar. Acest lucru presupune îmbunătățirea accesului la datele produse, transparentizarea activității instituțiilor medicale de orice nivel, consultarea și implicarea cetățenilor în identificarea priorităților de politici, repartizarea resurselor în sistem și informarea despre drepturile pe care aceștia le au de la naștere până la moarte.

Reglementările și schimbările impuse de sistem, deși au menirea să îmbunătățească calitatea și accesul la servicii, **sunt deseori percepute de beneficiarii ca fiind complicate și că ar limita accesul la servicii medicale.** Motivul acestei disparități este lipsa informării într-o manieră prietenoasă a beneficiarului de servicii, dar și comunicarea defectuoasă medic/lucrător medical-pacient. Este necesară o îmbunătățire semnificativă la acest capitol, care odată produsă, va crește semnificativ gradul de satisfacție a pacienților.

În ultimii ani, sistemul medical se confruntă cu un deficit de resurse umane fără precedent. Acest fenomen a afectat, în special, segmentul de asistență medicală primară, ceea ce afectează principiul de asigurare a accesului la servicii medicale esențiale. Condițiile de muncă și remunerarea sunt cele mai frecvente motive pentru care lucrătorii medicali părăsesc sistemul public de sănătate.