

MEDICINA DE ASIGURARE ÎN EVOLUȚIA SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

**Autor: Lucia STADLER, dr. în șt. fiz.-mat., conf.univ.,
Universitatea Tehnică a Moldovei**

Abstract: Conform datelor prezentate de Banca Mondială (1993) toate țările Europei Centrale și de Est, inclusiv și noile state independente în funcție de mărimea alocațiilor financiare pentru sănătate pot fi clasificate în trei grupe: țările cu un volum de cheltuieli pentru sănătate ce depășește posibilitățile lor economice (Bulgaria, Polonia, Cehia, Ungaria, Tadjichistan, Turcmenistan, Uzbekistan); țările, care cheltuiesc pentru sănătate ceva mai puțin decât le permite starea economiei (România, Slovacia, Cazahstan ș. a.); țările, care cheltuiesc cu mult mai puțin decât este necesar și starea economică ale cărora nici nu permite să aloce mai multe finanțe. Cu părere de rău în această grupă alături de Belarusia, Lituania, Ucraina, Rusia se află și Republica Moldova. Aceasta demonstrează încă o dată în plus, că problemelor sociale, inclusiv protecției sănătății, trebuie să li se acorde o importanță cu mult mai mare.

Cuvinte cheie: Asistența medicală prin asigurare, deservirea informațională, asigurările sociale pentru sănătate, medicul generalist (de familie), plus de resurse pentru sănătate, reforma sistemului de sănătate, modelul de asigurare pentru sănătate, surse financiare.

Asistența medicală prin asigurare are o aplicare vastă în majoritatea țărilor lumii. Studiarea experienței altor țări dă posibilitatea evitării multor greșeli și confuzii.

În pofida existenței diverselor forme de organizare a asistenței medicale, nu există nici o țară, care ar fi complet satisfăcută de propriul sistem de protecție a sănătății. În toată lumea s-au petrecut, se realizează sau se discută reformele posibile, ce țin de principiile și aspectele de organizare a sistemului de sănătate. În cadrul acestor reforme putem contura câteva scopuri generale, realizarea cărora este pusă în prim plan atât de politicieni, cât și de organizatorii și practicienii ocrotirii sănătății. Unul din aceste scopuri este egalitatea cetățenilor în *accesibilitatea serviciilor medicale de o calitate înaltă*. Solidaritatea publică permite pacientului o protecție garantată în anumite condiții, indiferent de poziția lui în societate.

Volumul serviciilor garantate ține direct de nivelul de cheltuieli pentru ocrotirea sănătății. De aceea, pentru orice guvern se consideră o problemă *alocarea unei cote-părți prin Produsul Național Brut destinate ocrotirii sănătății, care ar satisface necesitățile acesteia*. Pe de altă parte, o problemă tipică pentru toate țările, se consideră *folosirea eficientă a resurselor financiare, care constă în: micșorarea cheltuielilor și controlul costului serviciilor medicale*. Al treilea tip de probleme, soluționarea cărora este oportună pentru majoritatea țărilor, ține de *garantarea drepturilor omului*. Aici putem evidenția dreptul cetățenilor de a-și alege liber asigurătorul, instituția medicală și medicul dorit, de a accepta sau refuza sfatul medicului referitor la unele metode de tratament. La rândul lor, medicii trebuie să aibă dreptul la alegerea instituției, tehnologiei și inovației în practica medicală.

O mare parte din probleme, care necesită rezolvare sunt legate și de: îmbătrânirea populației, cronizarea maladiilor, modificarea structurii morbidității, dezvoltarea noilor tehnologii medicale, dezvoltarea intensivă a industriei farmaceutice, creșterea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății.

Cu toate că, reformarea sistemelor de sănătate în diferite țări are la bază caracteristici comune, fiecare țară în parte alege calea sa proprie de constituire a modelului optimal de protecție a sănătății, ținându-se cont de particularitățile naționale, economice, politice, sociale și culturale.

Asigurările facultative de asistență medicală în caz de boală, ca regulă, reprezintă un supliment al asigurărilor obligatorii.

Asigurările facultative de acest gen au o largă aplicare în *S.U.A.*, unde cea mai mare parte a populației este lipsită de protecția de stat în domeniul ocrotirii sănătății. În această țară lipsesc și sistemele asigurărilor obligatorii în caz de boală, ca parte componentă a asigurărilor sociale a populației, cu toate că ideea de bază a reformei sistemului de sănătate, vehiculată în prezent în *S.U.A.* constă în implementarea asigurărilor obligatorii în caz de boală pentru a garanta o accesibilitate mai largă a serviciilor medicale pentru întreaga populație.

Asigurările facultative în caz de boală au obținut o dezvoltare largă în *S.U.A.* în anii 30.

În prezent, majoritatea țărilor lumii se confruntă cu diverse probleme cât privește acordarea și finanțarea asistenței medicale. Abordarea cea mai frecventă în soluționarea acestor probleme constă în încadrarea lor în unul din cele **trei modele fundamentale de asigurări pentru sănătate**.

1. Modelul Serviciului Național de Sănătate (“Beveridge”), caracterizat prin rolul primordial al statului în finanțarea sistemului de sănătate, cuprindere globală a populației, proprietate de stat asupra tuturor mijloacelor, acordarea asistenței medicale în mod “gratuit” (*Marea Britanie, Danemarca, Spania*). Finanțarea din impozite generale este mai ieftină, și deci poate fi echitabilă și sigură. Acest model de asigurare se caracterizează prin controlul direct al guvernului asupra nivelului finanțării, fapt care permite modificarea finanțării în dependență de prioritățile guvernului. Trăsăturile generale ale **Sistemului Serviciului Național de Sănătate** sunt asemănătoare sistemului de sănătate din Republica Moldova. Introducerea lui ar menține în linii mari formele actuale de colectare a fondurilor, finanțare a sănătății, precum și de furnizare a serviciilor, dar cu o gestionare independentă.

Avantajele Serviciului Național de Sănătate sunt: *acces larg al populației la serviciile medicale; control mai bun al costurilor serviciilor medicale; cheltuieli reduse de administrare a costurilor.*

Dezavantajele Serviciului Național de sănătate: *calitate mai redusă a serviciilor; lipsa unui raport direct între taxele și impozitele încasate de stat și serviciile furnizate; flexibilitatea redusă a bugetului medical.*

Această opțiune ar menține sistemul de sănătate din Republica Moldova neschimbat, ceea ce nu este recomandabil, deoarece: s-ar menține sistemul în care există o tendință permanentă de creștere a fondurilor, necesare îmbunătățirii calității serviciilor medicale și ca rezultat ar spori cheltuielile suportate de bugetul de stat, deși îmbunătățirea “de facto” a calității asistenței medicale ar rămâne sub nivelul dorit; s-ar menține actuala relație medic-pacient, iluzia de gratuitate a actului medical și implicit plățile “pe sub masă”.

2. Modelul Asigurării Private, numit și **modelul liberei inițiative a consumatorului**, e caracterizat printr-o cuprindere parțială a populației și este finanțat prin contribuții individuale sau ale patronului, care sunt plătite Companiilor de asigurări private. Acest model este caracteristic pentru *S.U.A.*, unde beneficiarii și furnizorii de asistență medicală încheie contracte individuale cu privire la tipul, volumul și prețurile serviciilor medicale prestate. În contractele dintre consumatori și companiile de asigurare se stabilesc condițiile, modalitatea și prețul asigurării în funcție de riscul asigurat. Modelul de asigurare privată are unele consecințe sociale și economice inaccesibile sau nedorite. De exemplu, el nu reprezintă un mecanism corespunzător pentru finanțarea serviciilor de sănătate publică sau al altor servicii; există tendința excesivă de intervenții curative, de îngrijiri acute în defavoarea celor primare. În Republica Moldova această opțiune ar modifica total structurile de finanțare a sistemului de sănătate, impunând o nouă organizare a furnizărilor și a sistemelor de plată pentru serviciile medicale. Spectrul de servicii ar fi determinat de mărimea contribuțiilor persoanelor fizice sau juridice în funcție de riscul asigurat. În același timp, ar putea rămâne nesoluționate unele probleme majore ale sistemului de sănătate: acces, echitate, accesibilitate. Acest lucru ar putea duce la formarea a două sisteme: unul care asigură persoane cu venituri mari și altul pentru marea masă de persoane neasigurate (bătrâni, șomeri, handicapați ș.a.).

3. Modelul asigurărilor sociale pentru sănătate practicat în *Franța, Germania, Japonia, Austria etc.* se caracterizează printr-o acoperire universală obligatorie a populației, și este finanțat prin cotizații plătite de patron și salariat (în proporții diferite) prin intermediul companiilor de asigurare non-profit. **Asigurările sociale pentru sănătate se bazează pe patru principii**, care reglementează finanțarea și organizarea serviciilor de sănătate:

a) Solidaritate cuprinzătoare, care are patru dimensiuni esențiale: între sănătoși și bolnavi; între bătrâni și tineri; între săraci și bogați; între familii mari și persoane fără familii.

Contribuțiile individuale nu sunt bazate pe riscul individual în dependență de vârstă, sex, etc., ci pe posibilitatea de plată a unei contribuții procentuale bazate pe venitul din salariu.

b) Pachet uniform și definit de servicii medicale.

Serviciile medicale acoperite de asigurări sunt aceleași pe întreaga perioadă asigurată. Criteriul de furnizare este necesitatea de asistență. Relația între organizația de asigurări și persoanele asigurate este de natura unui contract, unde persoana asigurată se obligă să plătească contribuții iar organizația este obligată să furnizeze serviciile garantate conform legislației. Serviciile medicale sunt acoperite în volumul determinat de nivelul contribuțiilor.

c) Conducere independentă și autonomă.

Atât în administrare, cât și în finanțare, societatea de asigurări sociale este organizată și administrată de populația însăși, statul oferind doar cadrul legal, care garantează existența și concordanța acesteia cu politica medicală și socială. Instituțiile sunt independente, având surse de finanțare, contabilitate și personal

separate, și o relativă autonomie față de Ministerul Sănătății. Fondurile de asigurări sociale nu prezintă obiectul de control al guvernului. Acesta are organe proprii de control, formate din persoane asigurate și reprezentanți ai întreprinderilor. În mod normal, asigurările sociale colaborează și cu alte ramuri ale economiei sau administrației, dar aceasta nu afectează independența lor. Obținerea acceptului politic este cel mai important factor care poate oferi posibilitatea de introducere a asigurărilor sociale pentru sănătate.

d) Finanțarea autonomă și echilibrul financiar.

Cea mai importantă latură a asigurărilor sociale este accesul la o sursă de finanțare independentă de bugetul general de stat prin sistemul de contribuții plătite de persoane angajate și patronii întreprinderilor respective. Contribuțiile sunt utilizate exclusiv la finanțarea serviciilor medicale. Operațiunile financiare ale asigurărilor sociale sunt guvernate pe principiul echilibrului financiar. Suma contribuțiilor colectate într-o anumită perioadă este egală cu suma plătită pentru serviciile medicale furnizate persoanelor asigurate, în scopul administrării schemei de asigurări și creării unei anumite rezerve financiare. Alocațiile bugetare de stat sunt plătite ca o sumă globală pentru executarea unor programe guvernamentale (în general pentru unele acțiuni de prevenire - imunizări, etc.), și pentru acoperirea cheltuielilor unor anumite categorii de persoane (săraci, pensionari, șomeri, handicapați, alte categorii). Statul mai are o serie de atribuții financiare legate de politica globală de sănătate, programe de sănătate a mediului înconjurător, cercetări științifice în domeniul medicinei, finanțarea investițiilor mari (echipamente deosebit de performante, construcții de spitale, ș.a.). Guvernului i se cere prin lege să garanteze lichiditatea financiară a organizației de asigurări și îi poate acorda împrumuturi pentru reglarea echilibrului financiar. Sistemul de asigurări sociale pentru sănătate furnizează servicii medicale pe bază de contract cu furnizorii de servicii - medici, instituții medicale, etc.

În cadrul asigurărilor sociale pentru sănătate premiza principală a progresului constă în schimbarea relației dintre pacient și medic, de la care se așteaptă rezultate de activitate mai bune și servicii de o calitate mai înaltă.

Celelalte aspecte, ca stimulentele, competiția și gama de câștiguri ale personalului medical, sunt subordonate acestor scopuri majore. Schimbarea relației medic-pacient în cadrul sistemului de asigurări pentru sănătate constă în următoarele: pacienții vor putea stabili o legătură directă între plata lor către sistemul de asigurare și dreptul lor la servicii; pacientul va putea să-și aleagă singur medicul preferat; medicul care furnizează îngrijiri primare va acorda servicii mai bune și mai cuprinzătoare; medicii vor avea câștiguri și stimulente legate de performanță; relația medic-pacient va fi guvernată de standarde cunoscute în mod public; va exista o mai bună coordonare între asistența primară, secundară și terțiară.

Avantajele implementării asigurărilor sociale pentru sănătate: calitate bună a serviciilor medicale furnizate; bună acceptare de către populație a serviciilor asigurate; infrastructură compatibilă unei gestionări eficiente; flexibilitate financiară; relație transparentă între contribuțiile plătite și serviciile medicale furnizate.

Dezavantajele acestui sistem ar consta în: costuri administrative mai mari; modalități complexe de control al costurilor.

Obiectul major al reformei sistemului de sănătate este crearea premiselor pentru a garanta asistență medicală populației la un nivel de înaltă calificare și accesibilitate, indiferent de veniturile și starea socială a cetățenilor.

Având în vedere agravarea continuă a stării de sănătate a populației și situația critică a majorității serviciilor, care asigură îngrijirile medicale, se impune reformarea întregului sistem de sănătate, care trebuie să aibă la bază următoarele **caracteristici generale ce stau la baza sistemelor de sănătate în majoritatea țărilor occidentale dezvoltate:** echitate în acordarea serviciilor de sănătate, inclusiv persoanelor și grupurilor social vulnerabile, pe baza principiului solidarității dintre generații, persoane sănătoase și bolnave; accesibilitatea largă la serviciile medicale și sociale a populației; asistența medicală în cadrul unui sistem mixt de sănătate (public și privat), care să presteze servicii de sănătate întregii populații; finanțarea sistemului de sănătate din fonduri publice, formate prin taxe și impozite, precum și prin contribuții obligatorii și benevole ale patronatului și populației active; susținerea și dezvoltarea asistenței medicale private, în special a serviciilor de ambulator și paramedicale; orientarea sistemului spre îngrijirile primare de sănătate, inclusiv de prevenire a bolilor, acordate preponderent de către **medicul generalist (de familie)**; libera alegere de către pacient a medicului și a instituției medicale; descentralizarea economico-financiară a sistemului de sănătate și asigurarea unui înalt grad de autonomie furnizorilor de servicii medicale; garantarea calității îngrijirilor de sănătate prin acreditarea instituțiilor medicale și licențierea activității medicale.

Asigurările sociale pentru sănătate atât de râvnite de țările fostului "lagăr socialist", trebuie să se bazeze pe următoarele **principii generale susținute de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.):**

1. Orice cetățean al țării trebuie să fie protejat (asigurat) în mod obligatoriu.
2. Patronatul singur nu poate asigura o protecție sanitară satisfăcătoare pentru toată populația.
3. Statul trebuie să-și asume o parte din cheltuielile pentru sănătate și trebuie să intervină în mod direct sau indirect pentru a controla costurile îngrijirilor medicale.
4. Populația activă are obligația unor contribuții financiare directe pentru sănătate în funcție de veniturile ei și bugetul disponibil, însă îngrijirile medicale vor fi acordate în funcție de necesități, fără a se lua în considerație mărimea contribuției.

Asigurările sociale pentru sănătate reprezintă *modelul ce corespunde cel mai bine reformei sistemului de sănătate din Republica Moldova*, deoarece în cadrul acestei variante avem: populația în calitate de asigurați și fonduri colectate de la salariați de orice categorie sub formă de contribuție socială pentru asigurarea sănătății în funcție de venit.

Această opțiune ar revitaliza sectorul medical, ar îmbunătăți relația medic-pacient și ar modifica radical gestionarea fondurilor publice. În același timp ea ar corespunde evoluției politicii sociale naționale.

În cadrul *asigurărilor sociale pentru sănătate* orice pacient are dreptul să beneficieze de servicii medicale de următoarele genuri: *servicii medicale preventive, de urgență, ambulatorii și îngrijiri stomatologice, tratament de spital, servicii de reabilitare, servicii legate de maternitate, etc.* Aceste servicii vor forma pachetul de servicii medicale de bază.

Acordarea serviciilor medicale se face pe baza principiului echității, care permite acordarea unei accesibilități egale pentru orice pacient asigurat, în caz de necesitate. Serviciile asigurate se acordă respectând în măsura posibilităților, preferința pacientului. Pacienții au dreptul să-și aleagă singuri medicul de îngrijiri primare. Totodată, se ține cont de preferința pacientului și la acordarea asistenței medicale secundare și terțiare.

Implementarea în Republica Moldova a sistemului de asigurări sociale pentru sănătate a cetățenilor va rezulta cu descentralizarea rețelei ocrotirii sănătății, prin care unitățile sanitare vor obține autonomie sub aspect economico-administrativ astfel, încât să fie atrase surse suplimentare pentru nevoile de sănătate.

Acest sistem de gestiune a ocrotirii sănătății permite alegerea liberă de către pacient a medicului și a unității sanitare preferate.

Aspectele menționate constituie unul din obiectivele majore a reformei din sistemul de sănătate al Republicii Moldova.

Dezavantajele numite pentru această modalitate de organizare pot fi elucidate, iar unele excluse prin implementarea sistemelor și tehnologiilor informaționale.

Printre caracteristicile generale ce stau la baza sistemelor de ocrotire a sănătății în majoritatea țărilor dezvoltate este și *orientarea spre îngrijirile primare de sănătate și prevenire a bolilor, acordate preponderent de medicul generalist*. Elaborările de mai departe vor include și realizări orientate spre deservirea informațională a *medicului generalist*.

Bibliografie

1. *Conceptul Sistemului Informațional Integrat*. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.– Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar. – Chișinău.– 2002.–52 p.
2. Stadler L.V. „*Computerizarea în Asistența Medicală Primară – o necesitate stringentă pe fondul asigurărilor obligatorii de asistență medicală*”: Rezum. comunicărilor științifice. Simpozionul Internațional “Integrarea Europeană și competitivitatea economică”. – Chișinău. – 2004. – P.331-334.
3. Tintuc D., Moraru C. *Evoluția dezvoltării asistenței medicale primare în Republica Moldova*. Anale științifice ale USMF “N.Testemițanu”. Probleme de Sănătate Publică. – Chișinău. - 2001. – Vol. 2. - P. 57-61.
4. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. *Asigurări de sănătate în Republica Moldova*. – Chișinău. – 1996. - 95 p.
5. Legea Republicii Moldova Nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 „*Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*”. - Chișinău. - 1998.