

REVIEW OF THE HEALTH SYSTEM IN THE REPUBLIC OF MOLODVA AFTER 30 YEARS OF INDEPENDENCE

REVIZUIREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA DUPĂ 30 DE ANI DE INDEPENDENȚĂ

Artiom JUCOV¹³⁹, Postdoctorand, Dr.șt.med.

***Abstract:** The health system of the Republic of Moldova is ordered with equity and solidarity in financing health care, being based on the principles of universal access to the main health services, state, and for citizens, through mandatory health insurance (MHI). The Moldovan experience has helped to adapt the health care system to the new realities that emerged after independence as a result of the collapse of the Soviet Union. The current challenges are to ensure equity in funding, further expand coverage with MHI, ensure fairer access to pharmaceuticals, without undermining the financial sustainability of the health system, the lack of human resources in the system that has a effective-negative impact on all links health system.*

Key words: Health system, personalized medicine, independence, consumer, market economy

JEL CLASSIFICATION: I13, I18

1. Introducere.

Politica Națională de Sănătate pentru aa. 2007–2021 și Strategia de dezvoltare a sistemului sănătății pe anii 2008–2017 au fost cele mai importante documente de politici care au determinat direcția reformelor operate. Totuși, viteza realizării reformelor a fost mai lentă decât cea înregistrată în 2004, când a fost introdusă AOAM. Pentru a accelera implementarea deplină a reformelor specificate în Politica Națională și Strategia de dezvoltare, în 2010 Ministerul Sănătății a elaborat un document de politici: „Foaia de parcurs 2012–2014 pentru accelerarea reformelor: abordarea necesităților din domeniului sănătății prin politici investiționale” (Ministerul Sănătății, a.2012). Urgentarea reformelor a fost necesară pentru a asigura calitatea serviciilor de sănătate oferite populației, însă impactul crizei financiare a indus costuri sporite la servicii și produse farmaceutice. Cererea în creștere de tehnologii moderne și de o performanță avansată de diagnosticare, precum și de tratament de reabilitare pentru o populație care îmbătrânește a dus și la sporirea cererii de servicii medicale.

Republica Moldova se confruntă cu un spor natural negativ, din cauza ratei reduse a natalității și a mortalității în creștere continuă, la care se adaugă migrația peste hotarele țării a populației socialmente productive- peste 40%. Aceste tendințe s-au accentuat pe fundalul crizei economice globale. Remitențele reprezintă peste un sfert din Produsul Intern Brut (PIB) și constituie un promotor al economiei, dar tot acestea au dus la intensificarea inflației, iar impactul social al amplitudinii migrației muncii este un motiv real de îngrijorare.

Bolile cardiace coronariene și cancerul predomină drept principalele cauze de mortalitate în Republica Moldova - atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor. Un număr mare din aceste decese poate fi atribuit consumului excesiv de alcool și tutun, atât printre bărbați, cât și la femei. În 2010 s-a estimat, că 57,6% din mortalitatea masculină și 62,3% din mortalitatea feminină au putut fi atribuite cauzelor ce țin de fumat, pe când 18,8% din mortalitatea masculină și 13,7% din cea feminină au fost cauzate de consumul de alcool.

Scopul Foii de parcurs 2012–2014 a fost de a oferi recomandări pentru cele mai productive modalități de a atinge obiectivele Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate pe anii 2008–2017. Aceste obiective propuneau drept scop să asigure o sănătate mai bună a populației, un grad

¹³⁹ dr.jucov@gmail.com, Academia de Studii Economice din Moldova

mai înalt de satisfacție deserviciile medicale prestate și un nivel mai înalt de protecție împotriva riscurilor financiare ce țin de accesarea serviciilor medicale pentru fiecare cetățean al Republicii Moldova, cât și eliminarea inechităților în ceea ce privește distribuția și utilizarea serviciilor de sănătate odată cu asigurarea durabilității pe termen lung a rezultatelor atinse.

2. Organizarea sistemului de sănătate

Instituțiile publice de la nivelul de asistență medicală primară și secundară oferă servicii comunităților și aparțin autorităților publice locale. În fiecare raion sunt și prestatori de asistență medicală urgentă (serviciile de ambulanță), care aparțin Ministerului Sănătății. Instituțiile medicale de la nivelul terțiar oferă asistență specializată și de înaltă specializare pentru întreaga populație; majoritatea instituțiilor de nivel terțiar sunt amplasate la Chișinău și aparțin Ministerului Sănătății. Instituțiile medicale publice sunt organizații autonome, non-profit, cu auto-finanțare, care sunt contractate direct de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) pentru prestarea serviciilor medicale în cadrul asigurărilor medicale obligatorii.

Unele servicii medicale sunt prestate de sectorul privat și prestatorii de asistență medicală privată pot fi contractați de CNAM. Un număr semnificativ de servicii paralele de asistență medicală mai sunt oferite și prin instituțiile medicale publice care aparțin altor instituții guvernamentale, finanțate din bugetul de stat prin intermediul ministerelor de resort, dar care pot fi contractate și de CNAM.

Cheltuielile totale pentru sănătate au constituit în 2010 circa 11,7% organizată prin intermediul asigurării obligatorii de asistență medicală începând cu anul 2004, finanțarea sănătății în Republica Moldova este din PIB. Peste 40,3% din totalul cheltuielilor pentru sănătate vin din contribuțiile AOAM și 44,9% reprezintă costurile achitate direct de pacienți (din buzunar) (Organizația Mondială a Sănătății, 2012). În pofida crizei financiare globale în derulare, nivelul relativ înalt al cheltuielilor totale pentru sănătate, cât și balanța între costurile pre-plătite și cele achitate din buzunar s-a menținut. Contribuțiile din partea populației ocupate în câmpul muncii sunt vărsate în special prin achitarea din salarii a unui procent fix (9% în 2021, din care 4,5% sunt contribuția angajatului și 4,5% - contribuția angajatorului); cei angajați pe cont propriu urmează să-și procure de sine-stătător polița de asigurare pentru un an la un preț fix. Populația ne-antrenată în câmpul muncii (14 categorii, inclusiv pensionarii, studenții, copiii, șomerii înregistrați etc.) este acoperită prin intermediul transferurilor de la bugetul de stat către CNAM.

În Republica Moldova există o universitate medicală (Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Chișinău) și cinci colegii de medicină, amplasate în diverse localități ale țării. Curriculumul a fost actualizat în mod constant, pentru a se alinia standardelor UE, și chiar dacă calificările clinice nu sunt încă recunoscute pe plan internațional, acest scop este un obiectiv de viitor. În țară nu există un sistem modern de autorizare a exercitării profesiei de medic, utilizându-se încă sistemul sovietic de atestare. Până nu demult, în special în perioada de după obținerea independenței, planificarea strategică a resurselor umane nu reprezenta o prioritate, deoarece de la vechiul sistem s-a moștenit un număr mare de medici și asistenți medicali.

Totuși, mobilitatea profesională a dus la plecarea multor medici și asistenți din medicină, și deseori chiar din țară, în căutarea unor condiții de muncă și salarii mai bune. Acest fapt a dus la apariția deficitului de resurse umane în anumite domenii, astfel că planificarea resurselor umane a devenit la momentul de azi una din problemele acute ale sistemului de sănătate. Lipsa resurselor umane în mediul rural are un evident impact negativ asupra accesului la servicii pentru populația din zonele rurale îndepărtate. Dar problema deficitului de personal nu rezidă doar în cifra absolută de medici, ci și în profilul acestora.

3. Managementul informațional

În Republica Moldova sistemul informațional cu referire la sănătate s-a dezvoltat într-un mod fragmentat și nu doar din cauza presiunilor economice, dar și a capacităților limitate în domeniul managementului informației, sistemul informațional existent fiind moștenit, aproape în întregime, din perioada sovietică, cu unele ajustări efectuate la solicitarea agențiilor internaționale. Principala instituție care colectează și analizează datele este Centrul Național de Management în Sănătate, care deține funcții specifice cu privire la organizarea sistemului informațional în domeniul sănătății .

În conformitate cu legislația curentă, atât instituțiile medicale publice, cât și cele private trebuie să prezinte rapoarte cu privire la activitatea lor direct CNMS, totuși, datele prezentate de instituțiile private sunt de obicei subestimate. Un sistem informațional separat este administrat de către CNAM și include monitorizarea persoanelor încadrate în programul de AOAM, supravegherea contribuțiilor și aspectele economice ale prestării serviciilor medicale. Multe alte fluxuri informaționale separate cu privire la activitățile din cadrul diferitor programe naționale de sănătate și cele ce țin de supravegherea de stat a sănătății publice sunt gestionate de CNSP.

Totuși, datele colectate de aceste instituții nu sunt utilizate într-un mod coordonat, ceea ce limitează capacitatea sistemului informațional în domeniul sănătății destabili legăturile între determinanții generali ai sănătății, inclusiv contribuții, activități și rezultate, limitând astfel capacitatea de a genera informații cu privire la condițiile de cauzalitate și de a monitoriza impactul intervențiilor de politici.

Drept consecință, datele cu privire la starea de sănătate, calitatea și, în special, performanța prestatorilor de servicii medicale nu sunt sugestive pentru factorii de decizie în vederea elaborării unor politici bine informate. Aceste probleme sunt amplificate și prin faptul că sistemul informațional din sistemul sănătății de la nivel național încă nu beneficiază de o soluție software specific pentru colectarea, transmiterea, stocarea și procesarea automatizată a datelor, iar infrastructura adecvată de tehnologie informațională și comunicații încă nu este disponibilă la toate nivelele, mai cu seamă la nivelul subnațional.

4. Asistența farmaceutică

Standardele și regulamentele care țin de calitatea medicamentelor autorizate pentru utilizare în Republica Moldova sunt stabilite de Ministerul Sănătății. Prin intermediul Agenției Medicamentului, Ministerul Sănătății exercită controlul de stat al medicamentelor, funcție care include controlul calității, reglementarea activității farmaceutice și stabilirea prețurilor. Atât medicamentele produse în Republica Moldova, cât și cele importate sunt supuse controlului calității de stat. Medicamentele produse în conformitate cu regulile de Buna Practică de Fabricație și înregistrate de către Agenția Europeană a Medicamentului și Agenția pentru Controlul Alimentelor și Medicamentelor din SUA sunt autorizate în baza examinării documentelor prezentate pentru fiecare medicament și în urma testării selective a calității acestora.

Medicamentele care au trecut prin controlul calității de stat sunt incluse în Nomenclatorul de stat al medicamentelor, care reprezintă o listă de medicamente autorizate pentru producere, import și utilizare în practica medicală și veterinară.

La expirarea certificatului de înregistrare a medicamentului, acesta este exclus din Nomenclatorul de stat al medicamentelor, ceea ce reprezintă, de fapt, interzicerea importului sau producerii lui. Produsele medicinale pentru utilizare umană și înregistrate în Nomenclatorul de stat al medicamentelor sunt clasificate în: (1) produse generice, (2) produse inovative, (3) produse combinate, (4) ierburi medicinale și combinații de ierburi și (5) altele (produse homeopate, ape minerale medicinale etc.).

Republica Moldova face uz de Sistemul de clasificare anatomică, terapeutică și chimică propus de OMS, prin care medicamentele sunt catalogate în remedii eliberate doar cu prescripție și cele disponibile fără prescripție. Instituțiile medico-sanitare și cele farmaceutice sunt obligate

să raporteze Agenției Medicamentului toate cazurile de reacții adverse survenite drept urmare a administrării unui medicament înregistrat în Republica Moldova.

În conformitate cu legislația existentă, instituțiile poartă răspundere pentru ascunderea, prezentarea incompletă a informației sau pentru luarea unor măsuri inadecvate în asemenea situații.

Publicitatea produselor medicinale neînregistrate este interzisă. Persoanele fizice și cele juridice, care nu dispun de o licență pentru activitatea farmaceutică nu sunt în drept să facă publicitate medicamentelor, cu excepția reprezentantului lor oficial înregistrat în conformitate cu legislația în vigoare. Publicitatea pentru medicamentele disponibile în baza prescripției poate fi organizată numai prin intermediul materialelor informaționale specializate imprimate.

Farmaciile pot fi în proprietate de stat, privată sau mixtă. Companiile și/ sau instituțiile farmaceutice private pot distribui produse farmaceutice doar dacă dispun de o licență eliberată de Camera de Licențiere. Există trei tipuri de farmacii: (1) farmacii comunitare, disponibile tuturor solicitanților, care beneficiază de asistență farmaceutică în conformitate cu reglementările legale, indiferent de reședința acestora, inclusiv și în cazurile de urgență medicală; (2) farmacii care furnizează medicamente doar pentru pacienții internați în instituții medico-sanitare; (3) farmacii universitare care oferă instruire, cercetări și bază de producere pentru medicamente și alte produse farmaceutice și care sunt create de comunitatea universitară în cadrul Facultății de Farmacie drept farmacii cu acces public. Modul de deschidere, funcționare și control al activității întreprinderilor și instituțiilor farmaceutice de asistență medicamentelor a populației se stabilește de Ministerul Sănătății.

Ministerul Sănătății mai stabilește și normele cu privire la spațiul, locația și extinderea farmaciilor. Din 2011, farmaciile (filialele) nou-create trebuie să fie amplasate la cel puțin 250 metri de la o filială deja existentă și la o distanță de cel puțin 500 metri de la o farmacie cu funcție de preparare a medicamentelor extemporale. Există și reglementări demografice stabilite pentru crearea unei farmacii. Numărul de locuitori este confirmat prin certificate eliberate de autoritățile publice locale. În municipii, orașe, centre raionale și alte localități cu statut de oraș/orășel, o farmacie este creată pentru 3000 – 4000 locuitori.

5. Finanțarea sistemului de sănătate

Cheltuielile totale pentru sănătate, cât și pentru cheltuielile publice pentru sănătate, drept în perioada aa. 1995-1998 s-a înregistrat o stabilizare atât pentru cheltuielile proporție din PIB, dar începând din 1998 a survenit o reducere dramatică a acestor cheltuieli din cauza impactului fiscal al crizei „rublei”. Recuperarea post-criză a fost una lentă și a durat până în 2004, când a început implementarea AOAM și s-a inițiat o creștere constantă și continua atât a cheltuielilor totale pentru sănătate, cât și a celor publice.

Aceste evoluții benefice au durat până la survenirea crizei economice globale în 2008, dar diminuarea cheltuielilor pentru sănătate în anii 2009–2010 n-a fost atât de dramatică ca și cea înregistrată în 1998, probabil și datorită temeliei fiscale mai robuste a sistemului de finanțare a sectorului sănătății din momentul introducerii AOAM.

Disponibilitatea Fondului de rezervă, care a acumulat resurse semnificative între anii 2004 și 2009, drept mijloc de acoperire a deficitului bugetar emergent, a fost deosebit de importantă. Cheltuielile publice pentru sănătate în 2009 (în contextul crizei economice care se apropia), în comparație cu 2008, au crescut în special datorită alocațiilor adiționale de la bugetul național pentru programele naționale de sănătate (imunizarea, diabetul zaharat, sănătatea mintală, asistența medicală mamei și copilului etc.). În anul 2009 costurile totale de sănătate drept proporție din PIB al Republicii Moldova au înregistrat cel mai înalt nivel din Regiunea Europeană OMS.

Introducerea AOAM a creat o singură agenție de administrare a mijloacelor din fondurile AOAM – CNAM. CNAM gestionează mijloacele acumulate din contribuțiile salariale și transferurile de la bugetul național. Transferurile bugetare, care din punct de vedere legal trebuie să reprezinte cel

puțin 12,1% din cheltuielile totale ale Guvernului, sunt alocate CNAM anual de către Ministerul Finanțelor. Impozitele salariale sunt colectate prin intermediul Inspectoratului Fiscal de Stat, care le transferă apoi direct CNAM. Contribuțiile directe sunt achitate de persoanele angajate pe cont propriu, care procură polițele de asigurare obligatorie de asistență medicală la un preț fix.

Acest fond unic de acumulare a mijloacelor financiare este utilizat de CNAM pentru a achiziționa pachetul de servicii (Programul unic), care este aprobat de Guvern. Achiziția se face în bază de contracte, majoritatea din care sunt pe termen lung. Asistența medicală primară și cea urgentă poate fi accesată fără plată, indiferent de statutul asigurat/neasigurat al persoanei, ca și serviciile ce țin de problemele cheie ale sănătății publice, cum ar fi TB, HIV și sănătatea mintală, care sunt oferite și ele gratis. Pachetul de servicii disponibil conform AOAM acoperă asistență medicală primară, urgentă, specializată de ambulator, asistența medicală spitalicească și o listă foarte limitată de medicamente. Toate celelalte necesități farmaceutice urmează să fie achitate totalmente de pacienți. În 2010 cheltuielile private pentru produsele farmaceutice au reprezentat 59,9% din cheltuielile private pentru sănătate (Organizația Mondială a Sănătății, 2012).

Principala bază legală pentru exercitarea drepturilor acordate de schema AOAM este Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală din anul 1998. Există, însă, și o serie de alte legi și regulamente în sectorul sănătății care fac referință la aceste drepturi. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală acordă oportunități egale de acces la servicii calitative de sănătate tuturor cetățenilor Republicii Moldova. Calitatea de membru al schemei AOAM este una obligatorie pentru toți cetățenii Republicii Moldova. Dificultățile survenite în definirea populației rezidente a Republicii Moldova a indus greutate în ceea ce privește evaluarea ratelor reale de acoperire, însă estimările recente au indicat o cotă a populației rezidente neasigurate de 20,1% în 2011.

Guvernul are calitatea de asigurat pentru 14 categorii de persoane neangajate. Aceste categorii sunt acoperite în mod automat de transferurile de la bugetul național, fără necesitatea unor contribuții oficiale din partea persoanelor vizate. În termeni practici, acest rol al Guvernului elimină excluderea formală a unor grupuri din sistemul AOAM. Totuși, unele categorii (cum ar fi șomerii sau persoanele cu dezabilități) trebuie să se înregistreze în calitatea pe care o dețin pentru a putea beneficia de schema AOAM.

Pachetul de servicii oferit de AOAM este descris în Programul unic, care cuprinde o listă a maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală acoperită din fondurile AOAM. Lista include maladii și stări cu impact major asupra sănătății individuale și celei publice. Lista este una „pozitivă” și nu oferă prestații monetare. Programul unic mai include și o listă separată limitată de medicamente compensate care se aprobă de Ministerul Sănătății și CNAM. Serviciile acoperite includ asistența medicală urgentă, asistența medicală primară, asistența medicală secundară și terțiară (inclusiv serviciile de reabilitare), întreruperea sarcinii, asistența medicală stomatologică urgentă și profilactică, precum și serviciile auxiliare, cum ar fi transportarea medicală, investigații de laborator și instrumentale, îngrijiri medicale la domiciliu și paliative.

Guvernul contribuie la finanțarea sectorului sănătății atât prin alocarea unui anumit procent (nu mai puțin de 12,1%), din totalul cheltuielilor aprobate ale bugetului de stat, cu excepția cheltuielilor efectuate din veniturile cu destinație specială prevăzute de legislație în fondurile AOAM, cât și prin finanțarea directă a SSSSP și programelor naționale de sănătate publică și celor speciale. Volumul transferurilor din partea bugetului de stat pentru sănătate este stabilit anual prin Legea bugetului de stat. La moment nu există impozite special alocate sectorului sănătății, astfel că toate contribuțiile bugetare pentru finanțarea sectorului sănătății provin din impozitele generale. Organul responsabil pentru colectarea impozitelor este Inspectoratul Fiscal, care face parte din Ministerul Finanțelor. Majoritatea impozitelor generale sunt colectate la nivel central; doar câteva sunt colectate la nivel local, însă acestea nu contribuie la finanțarea sectorului sănătății.

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. În cadrul asistenței medicale primare principalul mecanism de plată este capitația, care este ajustată riscurilor conform grupurilor de vârstă (sub 5 ani, între 5 și 49 ani și peste 50 de ani).

Circa 25,7% din fondul de bază al AOAM sunt alocate pe baza capitației. Ministerul Sănătății intenționează să extindă mecanismele ajustate la riscuri și să mai includă și ajustări geografice pentru regiunile și grupurile vulnerabile. La nivel de spital, resursele sunt alocate, mai cu seamă, per caz tratat și în mod prospectiv și 80% din 1/12 parte din suma contractuală anuală este alocată lunar în avans. De asemenea, la finele fiecărui trimestru, sunt alocate restul 1/4 parte din suma contractată, în baza cazurilor raportate și validate. Serviciile medicale de înaltă performanță sunt achiziționate per serviciu. Procesele sunt standardizate pentru tot cuprinsul țării.

5.1 Plăți informale

Probleme cu privire la plățile informale sunt încă insuficiente pentru a se putea estima ponderea și evoluția acestora în timp. Un studiu cu privire la asistența medicală spitalicească a relevat, că 37,9% din toți pacienții spitalizați au oferit plăți informale personalului medical, iar suma medie achitată a fost de circa 100 US\$ (PAS, 2011). Un număr mai mare de plăți informale au fost achitate de respondenții rurali (40,8% din pacienți). În orașele Chișinău și Bălți 36,2% din pacienți ar fi achitat plăți informale, iar alți 30% au achitat astfel de plăți în spitalele raionale. Cea mai mare cotă de plăți informale a fost înregistrată în instituțiile republicane (de nivel terțiar) - 48,4%, în spitalele municipale cota acestora a constituit 39,7%, iar în spitalele raionale - 31,2%.

Dacă se face o analiză după specialități, cel mai mare procent de pacienți care au achitat plăți informale a fost înregistrat în cadrul serviciilor de maternitate (71%) și în rândul pacienților care urmau să fie supuși unor intervenții chirurgicale (50,9%). Au achitat plăți informale și 32,9% din pacienții tratați conservativ. Sondajul a mai constatat, că pacienții asigurați achită plăți informale mai rar (36,8%) decât cei neasigurați (45,5%), iar frecvența plăților informale se corelează aparent cu nivelul de venit al persoanelor. Grupurile de vârstă 19–29 și 30–39 de ani sunt cele care mai frecvent plăți informale.

6. Resursele umane

La finele anului 2010 Republica Moldova dispunea de un total de 12 780 medici, care activau în sistemul public, privat și cel paralel (din care 1666 erau stomatologi și 562 erau specialiști în domeniul sănătății publice). Acești specialiști activau în diverse sectoare: 39% în sectorul spitalicesc, 21,5% în asistența medicală primară, 21,5% în serviciile specializate de ambulatory și 15,8% în alte instituții de asistență medicală. Distribuția medicilor este neuniformă atât sub aspect geografic, cât și după sectoare. În Chișinău, asigurarea cu resurse umane în instituțiile medico-sanitare a atins nivelul de 94,1%, de vreme ce în nordul țării acest nivel este de 92,1%, în centru - de 82,0%, iar la sud - de numai 77,9%. Sectorul spitalicesc a atins un nivel de asigurare cu resurse umane de 91,3% din necesar, asistența medicală primară este la rata de doar 88,7%, iar serviciul specializat de ambulator - de 88,3% [Centrul Național de Management în Sănătate, 2011].

Numărul total al personalului medical mediu a fost de 27 519 la finele anului 2010, din care 20 746 erau asistenți medicali, 5343 erau asistenți medicali de familie, 790 erau moașe și 1860 erau laboranți. Din numărul total de personal medical mediu, 43,4% activau în sectorul spitalicesc, 32,7% - în asistența medicală primară, 10,9% - în asistența medicală specializată de ambulator și 13,2% - în alte instituții medico-sanitare [Centrul Național de Management în Sănătate, 2011].

Atât numărul de medici, cât și cel de personal medical mediu este la moment sub media pe UE, însă cea mai profundă discrepanță ține de nivelul de acoperire cu medici de familie: 5,2 pentru 10 000 locuitori în Republica Moldova în comparație cu 8,5 conform mediei UE.

Din 2000 înapoi sectorul farmaceutic privat a cunoscut o dezvoltare ascendentă. Au fost create rapid câteva rețele mari, majoritatea din care oferă servicii în regim nonstop. Astfel, cererea și oferta de farmaciști a sporit.

La finele anului 2010, numărul total de farmaciști a fost de 3005 (8,4/10 000 locuitori), din care 1779 (5,0/10 000) erau farmaciști și 1226 (3,4/10 000) erau laboranți-farmaciști [Centrul Național de Management în Sănătate, 2011].

De la obținerea independenței, peste 40% din lucrătorii medicali au părăsit sistemul moldovenesc de sănătate, mulți din care au emigrat peste hotare. Drept consecință, în cadrul instituțiilor medico-sanitare publice numărul medicilor s-a redus de la 16 000 în 1990 până la 10 000 în 2010, iar numărul personalului medical mediu s-a redus de la 46 000 până la 23 000 [Centrul Național de Management în Sănătate, 2011].

Doar în 2010 numărul de medici angajați a scăzut cu 165, iar numărul personalului medical mediu angajat a scăzut cu 152. S-a estimat că în fiecare an un număr de 2000 de asistenți medicali migrează peste hotarele țării [Palese et al., 2010].

La începutul anului 2011, s-a înregistrat un deficit de 1031 medici (inclusiv 286 medici de familie) și 916 asistenți medicali (inclusiv 283 asistenți medicali de familie).

Principalele destinații ale lucrătorilor medicali moldoveni sunt Italia, România și Franța (Italia fiind populară în special în rândul personalului medical mediu), iar principalele motive pentru plecarea peste hotare sunt salariile mici, condițiile proaste de muncă, tehnologiile învechite, lipsa de oportunități pentru creștere profesională, numărul sporit de circumstanțe medicale imprevizibile, lipsa condițiilor de trai adecvate și infrastructura proastă la nivel de comunitate [Jelamschi, 2011].

Lucrătorii medicali care rămân în Republica Moldova, dar care activează în alte sectoare, probabil că-și schimbă cariera din aceleași motive. Migrația personalului medical duce atât la „exodul de creiere”, cât și la „irosirea de creiere”. Fenomenul „irosirii de creiere” rezultă din faptul că foarte puțini medici și asistenți medicali care migrează peste hotarele țării reușesc să-și găsească un loc de muncă care să corespundă calificărilor deținute. Dâșii fie că continuă să activeze în sectorul sănătății, dar la un nivel inferior de calificare, sau muncesc în alte sectoare (cum ar fi construcțiile, transportul, agricultura etc.), ceea ce duce la pierderea abilităților și face extrem de dificilă reintegrarea lor, atunci când revin acasă [Palese et al., 2010].

7. Serviciul de Asistență Medicală Primară

Sistemul AOAM a transformat medicul de familie într-un adevărat portar în ceea ce privește prestarea de servicii. Pentru a beneficia totalmente de pachetul de servicii, fiecare persoană care se confruntă cu o problemă de sănătate, mai întâi de toate, trebuie să-și consulte medicul de familie, care va decide dacă este necesară o îndreptare la vreun medic specialist sau de o asistență medicală de alt nivel. În mediul rural, aceasta este calea urmată de obicei, deoarece la nivel rural pur și simplu nu sunt alte servicii disponibile. Dacă este necesară consultarea medicului specialist, medicul de familie rural va trimite pacientul la clinica de asistență medicală specializată de ambulator din spitalul raional. Specialistul raional va investiga cazul în continuare și va decide asupra admiterii pacientului în secția specializată a spitalului raional, ghidarea acestuia spre serviciile de asistență medicală de nivel terțiar sau îndreptarea pacientului înapoi la medicul de familie: 41% din toți pacienții spitalizați în 2010 au fost îndreptați de un medic specialist și 29,7% de medicul de familie (Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, 2011).

În mediul urban, unde este mai accesibilă asistența medicală urgentă (serviciul de ambulanță), solicitanții de servicii medicale pot fi transportați, în caz de necesitate, direct la spitalele de nivel secundar sau terțiar. În final unii pacienți se pot auto-referi direct la instituțiile de asistență medicală secundară și terțiară, chiar dacă trebuie să acopere costul deplin al tratamentului. Unii pacienți din mediul rural de asemenea aleg calea auto-referirii directe la instituțiile de asistență terțiară din capitală. În 2010 fiecare a doua persoană care a accesat servicii

de sănătate pe parcursul ultimilor patru săptămâni a mers la un medic de familie și fiecare a treia persoană a mers la un medic specialist (Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, 2011).

Organizarea asistenței medicale primare a fost revizuită în 2010 și este descrisă în Ordinul Ministerului Sănătății cu privire la asistența medicală primară în Republica Moldova (Nr. 695, 13 octombrie 2010). În conformitate cu acest Ordin, asistența medicală primară poate fi oferită atât de prestatori publici, cât și de cei privați. Serviciile acordate sunt divizate în servicii medicale primare de bază (urgențele medicale, serviciile medicale de profilaxie, inclusiv realizarea programului de imunizare, promovarea sănătății și educația sanitară, monitorizarea bolilor cronice, serviciile de consultanță pentru gravide, lăuze, copii, adolescenți, vârstnici și persoanele socialmente vulnerabil, serviciile de planificare familială, intervențiile chirurgicale minor, serviciile medico-sociale, inclusiv îngrijirile la domiciliu și îngrijirile paliative) și servicii medicale adiționale, care depășesc sfera tradițională de cuprindere a asistenței medicale primare, acestea fiind legate de competențe suplimentare și dotări speciale. Acestea sunt serviciile adiționale necesare pentru diagnosticul maladiilor, tratamentul de reabilitare și organizarea asistenței farmaceutice. Actorii cheie pentru prestarea serviciilor medicale primare sunt medicii de familie și asistenții medicali.

8. Concluzii

Este dificilă evaluarea de calitate a prestării serviciilor de sănătate pe parcursul acestor 30 de ani de independență, deoarece datele necesare pentru astfel de indicatori de obicei nu sunt colectate și nu sunt disponibile. De exemplu, nu sunt utilizate, de obicei, măsurările rezultatelor raportate de pacienți și nici nu sunt colectate ratele mortalității spitalicești pentru tratamentul de regim acut. Nici datele cu privire la siguranța pacienților nu sunt colectate și analizate. De exemplu, deși sunt colectate date cu privire la complicațiile post-intervenție în general, acestea nu sunt dezagregate după cauză sau factorii contributivi și astfel nu pot fi utilizate pe punctul de indicator al siguranței pacientului.

Compensarea rupturii radicale de la modalitatea în care serviciile erau organizate și finanțate în cadrul sistemului Semașco a fost posibilă datorită unui adevărat angajament politic față de aceste schimbări, efort prin care reformele au putut fi implementate rapid după realizarea lucrărilor de pregătire.

Sistemele care există pot asigura orientarea preferențială a cheltuielilor pentru sănătate spre asistența medicală primară și sănătatea publică, acestea fiind cele mai cost-eficiente ramuri ale sectorului sănătății. Există și un mecanism bugetar care poate preveni cheltuirea unor sume exagerate pentru tehnologiile avansate la nivelul asistenței medicale terțiare, care este în detrimentul asistenței medicale primare, stipulări ce s-au bazat pe experiența internațională și recomandările OMS.

Sunt planificate noi îmbunătățiri ale eficienței tehnice și alocative prin raționalizarea asistenței medicale specializate și înalt-specializate – mai cu seamă în cazul asistenței acordate în condiții spitalicești. O provocare cheie este asigurarea unui acces cât mai echitabil la produsele farmaceutice, fără subminarea durabilității financiare a sistemului de sănătate. O problemă acută și trenantă ca impact ține de necesitatea de a aborda carența de resurse umane în cadrul sistemului.

Transparența și responsabilizarea sunt niște domenii decisive pentru consolidarea socială și dezvoltarea economică a Republicii Moldova, deoarece munca informală este o trăsătură semnificativă a economiei țării. Impactul vastului sector informal influențează prin diferite căi sistemul de sănătate, mai cu seamă prin generarea de resurse, deoarece contribuțiile salariale sunt colectate doar în baza veniturilor oficiale, iar cei care lucrează informal trebuie să-și procure polița de asigurare de sine-stătător.

Referințe

1. Atun R. et al. (2008). Moldova: revizuirea sistemului de sănătate Sisteme de Sănătate în Tranziție, 10(5):1–138.
2. Badescu G, Sum P, Uslaner EM (2004). Dezvoltarea societății civile și valorile democratice în România și Moldova.
3. Politici și Societăți Est Europene, 18(2):316–341.
4. Balabanova D. et al. (2012). Reforma asistenței medicale în fosta Uniune Sovietică: dincolo de tranziție. Cercetarea serviciilor de sănătate, 47(2):840–864.
5. Banca Mondială (2004). Evaluarea asistenței de țară în Moldova. New York, NY, Departamentul evaluarea operațiunilor, Banca Mondială.
6. Banca Mondială (2009). Moldova: note de politici pentru guvern. Chișinău, Banca Mondială pentru FMI, UE; Națiunile Unite, Departamentul Regatului Unit pentru Dezvoltare Internațională și SIDA.
7. Banca Mondială (2011a). Fapte cu privire la migrație și remitențe 2011, ediția 2. Washington DC, Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare și Banca Mondială.
8. Banca Mondială (2011b). Moldova după criza globală: promovarea competitivității și creșterea partajată. Washington DC, Banca Mondială.
9. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (2011). Accesul populației la serviciile de sănătate: rezultatele studiului în gospodării, august–octombrie 2010 Sinteză. Chișinău, Biroul Național de Statistică.
10. Biroul Regional OMS pentru Europa (2012a). Evaluarea sectorului farmaceutic în Republica Moldova. Copenhaga, Biroul regional OMS pentru Europa (raport intern).
11. Biroul regional OMS pentru Europa (2012c). Baza de date europeană cu privire la mortalitate. Copenhaga, Biroul Regional OMS pentru Europa.
12. Centrul Național de Management în Sănătate (2011). Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova anul 2010. Chișinău, Centrul Național de Management în Sănătate.
13. Ciurea D (2007). Dezvoltarea unui Master Plan pentru Infrastructura și Resursele Umane din sistemul de Asistența Medicală Primară: Moldova. Chișinău, Ministerul Sănătății.
14. Edwards N. (2011). Îmbunătățirea sistemului spitalicesc în Republica Moldova. Copenhaga, Biroul Regional OMS pentru Europa (Republica Moldova Seria documentelor de politici în sănătate Nr. 1).
15. Etco C. et al. (2011). Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective. Chișinău, Ministerul Sănătății.
16. Gilmore AB et al. (2005). Ridicarea incidenței fumatului: planuri pentru o industrie privatizată a tutunului în Moldova. Lancet, 365(9467):1354–1359.
17. Guvernul Republicii Moldova (2007). Politica națională de sănătate din Republica Moldova 2007–2021. Chișinău, UNICEF.
18. Guvernul Republicii Moldova (2010a). Programului de dezvoltare a învățământului medical și farmaceutic în Republica Moldova pe anii 2011–2020. Chișinău, Guvernul Republicii Moldova.
19. Health Metrics Network (2007). Evaluarea sistemului informațional în domeniul sănătății din Republica Moldova. Chișinău, Health Metrics Network.
20. Institutul de Politici Publice (2011). Fișele de raportare a cetățenilor Republica Moldova. Chișinău, Institutul de Politici Publice și Magenta Consulting.
21. Jelamschi N (2011). Particularitățile funcționării sistemului de sănătate în Republica Moldova în condițiile de migrare a personalului medical. În: Reinhardt V, Chicu V, eds. Migrația și dezvoltarea în sistemului moldovenesc de sănătate. Tendințe globale și provocări locale. Chișinău, Moldova–Institut Leipzig:98–106.
22. Organizația Mondială a Sănătății, Uniunea Europeană și PAS (2011). Barierele și factorii de facilitare a accesului la serviciile de sănătate în Republica Moldova. Chișinău, PAS.
23. Orlova N, Ronnas P (1999). Costul paralizant al unei transformări incomplete: cazul Moldovei. Economii post-comuniste, 11(3):373–397.
24. Palese A et al. (2010). Migrația internațională a asistentelor medicale între Italia și Moldova: să facem vizibilă pierderea de capital uman. Revista Internațională de Nursing, 57(1):64–69.
25. PAS (2011). Monitorul Sănătății: accesul și calitatea serviciilor medicale spitalicești în percepția populației din Republica Moldova. Rezultatele unui sondaj național, 2011]. Chișinău, PAS.
26. Popa A, Cernica V (2011). Fezabilitatea liberalizării pieții asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova. Chișinău, Centrul Analitic Expert Grup.
27. Protsyk O (2006). Dilemele Moldovei în ceea ce privește democratizarea și reintegrarea Transnistriei. Problemele post-comunismului, 53(4):29–41.
28. Richardson E et al. (2012). Acoperirea asigurării medicale și accesul la asistența medicală în Moldova. Politici de sănătate și planificare, 27(3):204–212.

29. Roberts B et al. (2012). Schimbări în prevalența fumatului în opt țări din fosta Uniune Sovietică între 2001 și 2010. *Revista Americană de Sănătate Publică*, 102(7):1320–1328.
30. Roberts B et al. (în presă). Persistența tratamentului iregular al hipertensiunii în fosta Uniune Sovietică. *Revista Epidemiologia și Sănătatea Comunitară*, Epub ahead of print [PMID: 22447959].
31. Shishkin S, Jowett M (2012). Revizuirea reformelor de finanțare a sănătății în Republica Moldova. Copenhaga, Biroul Regional OMS pentru Europa (Documentul de politici cu privire la finanțarea sănătății 2012/1)
32. Soltan V et al. (2009). Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății publice. Chișinău, PAS.
33. Transparency International (2011). Indicele percepției corupției al Transparency International. Berlin, Transparency International.
34. Turcanu Gh., Domente S., Buga M., Richardson E. Republica Moldova: Revizuirea sistemului de sănătate. *Sisteme de sănătate în tranziție*, 2012,14(7):1–151.
35. Wallace LS, Brinster I (2010). Experiențele personale ale medicilor de familie – femei în Republica Moldova. *Revista Consiliului American de medicină a familiei*, 23(6):783–789.
36. Way LA (2002). Pluralism implicit în Moldova. *Revista Democrației*, 13(4):127–141.