

RAPORT
PRIVIND RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR
ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Cuprins

Lista tabelurilor	3
Lista figurilor	4
Lista abrevierilor	5
I. Introducere	6
II. Sumar Executiv	7
III. Prezentarea generală a sectorului sănătății în Republica Moldova	8
3.1. Finanțarea sectorului sănătății	8
3.2. Asistența medicală urgentă prespitalicească	14
3.3. Asistența medicală primară	14
3.4. Asistența medicală specializată de ambulator	15
3.5. Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	16
IV. Selectarea sectoarelor de interes pentru analiză	17
4.1. Sumarizarea aspectelor puternice și slabe a domeniului sănătății din Republica Moldova, principalele amenințări și oportunități	17
4.2. Descrierea mecanismului de selecție (pentru domeniile de interes)	20
V. Analiza la nivelul sectoarelor de interes și identificarea măsurilor de politic	22
5.1. Asistența medicală urgentă prespitalicească	22
5.1.1 Optimizarea cheltuielilor în cadrul CNAMUP	22
5.2. Asistența medicală primară	25
5.2.1 Modificarea modului de contractare și finanțare a asistenței medicale primare (pe serviciu, categorii de vârstă)	25
5.2.2 Modificarea metodei de contractare și plată pentru persoanele neasigurate în AMP (pachetul de servicii)	29
5.3. Asistența medicală specializată de ambulator	30
5.3.1. Creșterea gradului de acoperire cu servicii medicale ale persoanelor asigurate în asistența medicală specializată de ambulator prin modificarea metodei de contractare (per serviciu)	30
5.4. Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu	32
5.4.1. Contractarea și finanțarea CSPT (Centrele de sănătate prietenoase tinerilor) și CCSM (Centrele comunitare de sănătate mintală) în funcție de activitatea și rezultatele acestora	32
5.4.2. Sporirea accesului populației la îngrijiri medicale la domiciliu... ..	37
VI. Estimarea economiilor	38
6.1. Estimarea economiilor	38
VII. Anexe	40

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Lista tabelurilor

Tabel 1. Economii potențiale identificate.....	7
Tabel 2. Măsurile de economisire	7
Tabel 3. Cheltuieli publice pentru sănătate (mil. lei) și în % din PIB, anii 2018-2022 (executat).....	10
Tabel 4. Indicatori - cheie ai sistemului AOAM, anii 2018-2022.....	12
Tabel 5. Nivelul de executare a cheltuielilor pentru deservirea auto și consumul de petrol în cadrul CNAMUP, anii 2021-2023	24
Tabel 6. Modificări stăru de personal CNAMUP.....	24
Tabel 7. Nivelul de executare a cheltuielilor în sectorul AMP, anii 2018 – 2022	26
Tabel 8. Modificări ale tarifului „per capita” ajustat la risc de vârstă pentru AMP, anii 2018 – 2023 (lei) ..	27
Tabel 9. Informația privind tariful „per capita” anul 2023	27
Tabel 10. Suma redistribuită către majorarea tarifului „per capita” pentru persoanele asigurate (lei)	30

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Lista figurilor

Figura 1. Evoluția ponderii cheltuielilor pentru sănătate în dependență de natura sursei cheltuielilor, %	8
Figura 2. Cheltuielile pentru sănătate totale și externe ale Republicii Moldova în comparație internațională	9
Figura 3. Cheltuielile publice guvernamentale pentru sănătate în comparație internațională	10
Figura 4. Cheltuielile pentru sănătate achitate direct de beneficiar în Republica Moldova în comparație internațională	11
Figura 5. Medici, asistente medicale și moașe în Republica Moldova în comparație internațională	12
Figura 6. Repartizarea fondului de bază pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică, %, 2022	13
Figura 7. Numărul de solicitări în AMU, mii, 2004-2022	14
Figura 8. Numărul de vizite în AMP și AMSA, milioane, 2004-2022	15
Figura 9. Numărul de vizite în AMSA, pe anumite specialități, 2020-2022	16
Figura 10. Rata migrației și natalitatea în Republica Moldova în comparație internațională	17
Figura 11. Evoluția cheltuielilor (cu și fără suplimentul COVID) CNAMUP, 2018 - 2025 (mii lei)	22
Figura 12: Evoluția cheltuielilor AMP, 2018 - 2023 (mii lei)	25
Figura 13. Dinamica sumelor contractuale pentru CCSM, 2018 – 2022 (mii lei)	33
Figura 14. Structura cheltuielilor efective pentru anul 2022	33
Figura 15. Volumul serviciilor medicale acordate de către CCSM în cadrul AOAM (nr. vizite), 2021 - 2022	34
Figura 16. Dinamica sumelor contractuale, 2019 - 2022	35
Figura 17. Structura cheltuielilor efective pentru anul 2022	36
Figura 18. Numărul beneficiarilor CSPT/YK, 2011 – 2020	36

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂȚĂȚII

Lista abrevierilor

AMP	Asistența medicală primară
AMS	Asistența medicală spitalicească
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMUP	Asistența medicală urgentă prespitalicească
AOAM	Asigurări obligatorii de asistență medicală
AUSM	Acoperirea universală cu servicii medicale
CCSM	Centrele comunitare de sănătate mintală
CEB	Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
CS	Centre de sănătate
CSPT	Centre de sănătate prietenoase tinerilor
FAOAM	Fondurile Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală
IMD	Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
IMU	Institutul de Medicină Urgentă
IP	Îngrijiri paliative
PIB	Produsul Intern Brut
PMS	Prestatori medico-sanitari
PSM	Prestatorii de servicii medicale
PU	Program unic
SIP	Servicii medicale de înaltă performanță
SSPT	Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor
UAT	Unități Administrativ Teritoriale

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

I. Introducere

Raționalizarea cheltuielilor este un instrument standard în țările dezvoltate. Ajută guvernele să caute modalități de utilizare mai eficientă a resurselor publice în politicile publice, precum și să facă economiile necesare pentru îndeplinirea obligațiilor bugetare naționale și internaționale. Un aspect cheie al raționalizării este identificarea și evaluarea corectă a tuturor costurilor și beneficiilor într-o manieră complexă. Costurile și beneficiile financiare constituie coloana vertebrală. Analiza vizează, de asemenea, cuantificarea beneficiilor și costurilor nefinanciare, în termeni monetari, pe cât posibil, oferind statului o imagine de ansamblu complexă a beneficiilor și costurilor proiectelor individuale.

Începând cu anul 2018 în Republica Moldova se implementează procesul de raționalizare a cheltuielilor. Astfel, Guvernul s-a angajat să realizeze exercițiul de raționalizare a cheltuielilor în sectorul sănătății, prin Planul de acțiuni al Guvernului pentru anii 2021-2022, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 235/2021.

Raționalizarea cheltuielilor în sectorul sănătății a fost efectuată cu suportul Experților SlovakAid (prin intermediul PNUD "Proiectul consolidarea capacităților și sistemelor pentru un management eficient al finanțelor publice") și s-a axat pe analiza cheltuielilor din următoarele subprograme: asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator, îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu, precum și identificarea măsurilor de eficiență/economii, care urmează să fie incluse în bugetul pentru anul 2025. Scopul propus este de a contribui la realizarea obiectivelor bugetar-fiscale pe termen mediu și de a crea spațiu fiscal pentru noi reforme și inițiative de politici.

În exercițiul de raționalizare a cheltuielilor în sectorul sănătății s-au analizat circa 1/3 din cheltuielile sectorului, cu evaluarea eficienței cheltuielilor și identificarea măsurilor de creștere a raportului calitate-preț al serviciilor, permițând economisirea bugetară și oferirea serviciilor publice mai bune pentru cetățeni. Raportul propune măsuri într-o manieră durabilă pe termen lung. De asemenea Raportul propune un plan de acțiuni, ce urmează de implementat, cu indicatori de monitorizare și termen de realizare.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

II. Sumar Executiv

Raționalizarea cheltuielilor în sectorul sănătății a fost efectuată asupra subprogramelor finanțate din Fondurile Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (FAOAM) în valoare de 4 602,7 milioane lei pentru anul 2022 (Tabelul 1), ceea ce a reprezentat 38,5% din cheltuielile totale ale FAOAM și circa 33,7% din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate în anul 2022. Măsurile identificate (Tabelul 2) vor conduce la restructurarea internă a cheltuielilor pentru serviciile medicale acoperite din FAOAM fără a înregistra economii aferente tipurilor de asistență medicală evaluate.

Economiile maxime anuale potențiale rezultate în urma analizei efectuate se ridică la 304,3 milioane lei (Tabelul 1), ceea ce reprezintă 6,6% din totalul cheltuielilor subprogramelor analizate și 2,2% din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate. Acestea vor fi redirecționate în cadrul sectorului sănătății pentru atingerea priorităților sectoriale și guvernamentale.

Tabelul 1. Economii potențiale identificate

TOTAL ECONOMII POTENȚIALE IDENTIFICATE (mil. lei)	
Valoarea totală a economiilor maxime anuale, începînd cu anul 2025	304,3
Cheltuielile subprogramelor finanțate din FAOAM în curs de revizuire, anul 2022	4 602,7
Cheltuieli publice totale pentru sănătate, anul 2022	13 655,8
ponderea economiilor la cheltuielile subprogramelor	6,61%
ponderea economiilor în totalul cheltuielilor publice pentru sănătate	2,23%

Tabelul 2. Măsuri de economisire

Măsuri de economisire					
asistența medicală urgentă prespitalicească, asistență medicală primară, asistența medicală specializată de ambulatoriu, îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu					
(milioane lei)	2022	2023	2024	2025	2026
1 Optimizarea cheltuielilor în cadrul CNAMUP		117,2	118,0	118,4	118,4
2 Modificarea modului de contractare și finanțare a asistenței medicale primare (pe serviciu, categorii de vîrstă)		16,2	16,2	16,2	16,2
3 Modificarea metodei de finanțare pentru persoanele neasigurate în AMP (pachetul de servicii)				113,2	113,2
4 Creșterea gradului de acoperire cu servicii medicale ale persoanelor asigurate în asistența medicală specializată de ambulator prin modificarea metodei de contractare (per serviciu)				54,0	54,0
5 Contractarea și finanțarea CSPT (Centrele de sănătate prietenoase tinerilor) și CCSM (Centrele comunitare de sănătate mintală) în funcție de activitatea și rezultatele acestora				2,5	2,5

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

III. Prezentarea generală a sectorului sănătății în Republica Moldova

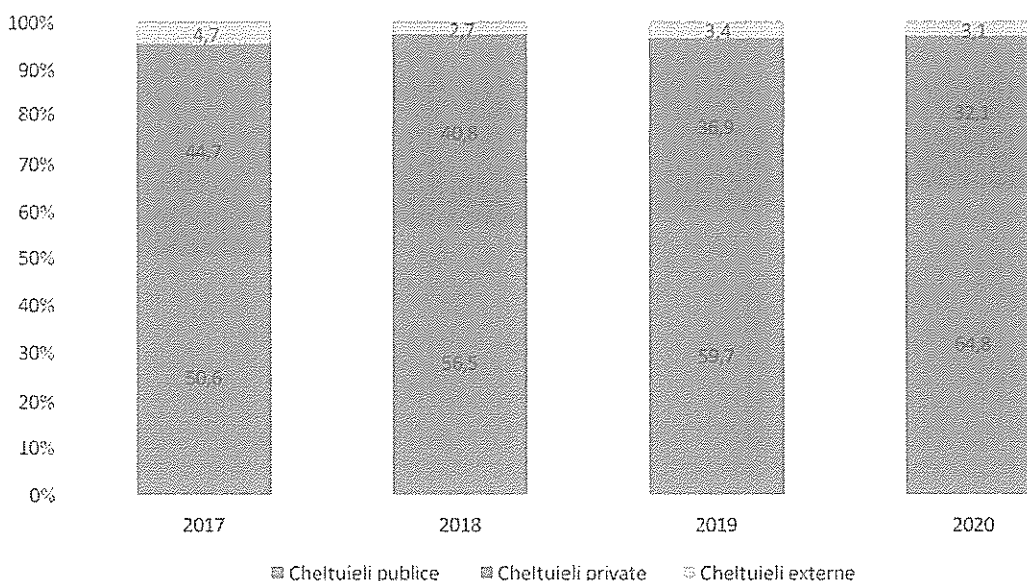
3.1. Finanțarea sectorului sănătății

În Republica Moldova din anul 2004 este implementat sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM), cu un cont unic de acumulare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și a transferurilor din bugetul de stat (pentru persoanele pentru care Guvernul are calitatea de asigurat), gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM). Acest lucru a determinat creșterea substanțială a cheltuielilor publice destinate ocrotirii sănătății de la 1,1 miliarde în anul 2003 (până la implementarea la nivel național a AOAM) la 13,7 miliarde lei în anul 2022, iar cota în PIB a cheltuielilor publice pentru sănătate a constituit 5% în anul 2022, comparativ cu 4% în anul 2003.

Cheltuielile sistemului de sănătate se formează din cheltuielile fondurilor AOAM, bugetului de stat, bugetelor locale, cheltuielile gospodăriilor casnice și alte surse cum ar fi donații, granturi, sponsorizări.

În anul 2020, cheltuielile totale (publice, externe și private) pentru sănătate în Republica Moldova constituie 13 991 mil. lei sau 7% din PIB¹. Ponderea cea mai mare din totalul cheltuielilor pentru sănătate o dețin cheltuielile publice (*Domestic general Government health expenditure*) care reprezintă 64,8% fiind în creștere constantă pe parcursul ultimilor ani (Figura 1). Cheltuielile private (*Domestic private health expenditure*) constituie 32,1%, iar surselor externe (*External health expenditure*) îi revin 3,1% din totalul cheltuielilor pentru sănătate. Cheltuielile pentru sănătate finanțate din surse externe sunt mai mari în raport cu alte țări comparabile (Figura 2).²

Figura 1. Evoluția ponderii cheltuielilor pentru sănătate în dependență de natura sursei cheltuielilor, %



Sursa: Baza de date a OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate;

(<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>), diagrame și calcule proprii, accesată la 23 octombrie 2023.

Analiza evoluției cheltuielilor pentru sănătate în dependență de natura sursei cheltuielilor în anii 2017–2020 (Figura 1), demonstrează o creștere semnificativă a cheltuielilor publice în totalul cheltuielilor

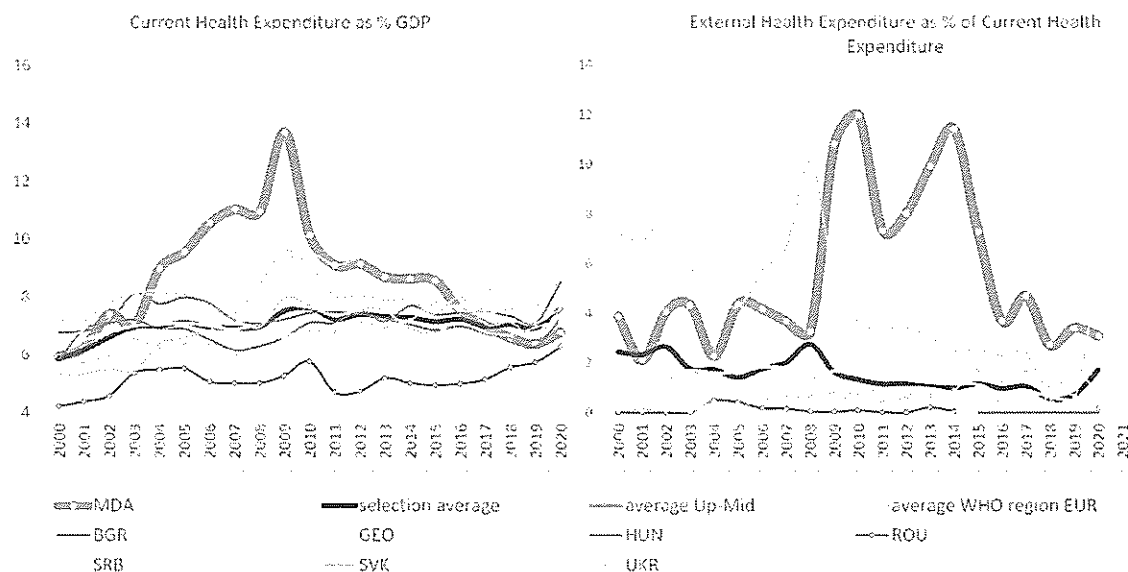
¹ WHO Global Health Expenditure Database (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

² WHO Global Health Expenditure Database (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂȚĂȚII

pentru sănătate, de la 50,6% în anul 2017 până la 64,8% în anul 2020, concomitent cu diminuarea cheltuielilor private de la 44,7% în anul 2017 până la 32,1% în anul 2020.

Figura 2. Cheltuielile pentru sănătate totale și externe ale Republicii Moldova în comparație internațională



Sursa: Baza de date a OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate; (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>), diagrame și calcule proprii, accesată la 19 octombrie 2023.

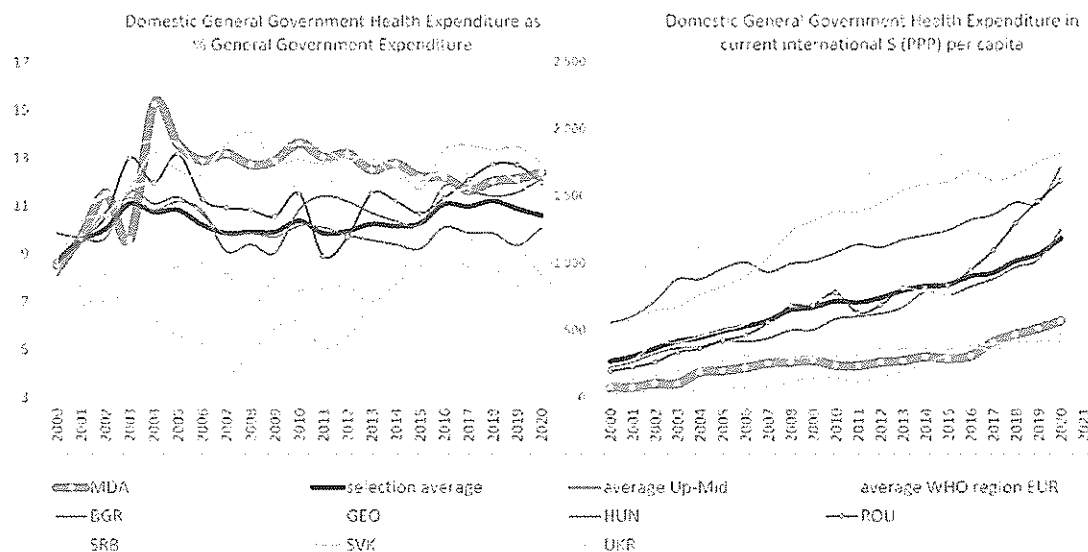
Cheltuielile publice pentru sănătate în Republica Moldova în anul 2022 constituie 13 656 mil. lei sau 5,0% în PIB, dintre care: bugetul de stat – 1 540 mil. lei, fondurile AOAM – 11 963 mil. lei și bugetele locale 153 mil. lei (Tabelul 3). Ponderea cea mai mare o dețin fondurile AOAM, care în anul 2022 a constituit 87,6%³.

Concomitent cu implementarea sistemului AOAM, cota din bugetul de stat alocată sănătății a fost redusă treptat, apropiindu-se încet de mărimea cheltuielilor guvernamentale din alte țări comparabile. Cu toate acestea, cheltuielile per cap de locuitor în prețuri comparabile rămân relativ scăzute (Figura 3).

³ <https://www.mf.gov.md/ro/content/catalogul-de-date-deschise-al-mf-pentru-anul-2021>

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Figura 3. Cheltuielile publice guvernamentale pentru sănătate în comparație internațională



Sursa: Baza de date a OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate; (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>), diagrame și calcule proprii, accesată la 19 octombrie 2023.

Finanțarea sectorului sănătății din surse publice a fost influențată în perioada anilor 2018-2022 de constrângerile bugetare existente în bugetul de stat, cota cheltuielilor publice pentru sănătate variind în PIB de la 4,1% în anul 2018 la 5,6% în anul 2021 comparativ cu anul 2009 când ponderea în PIB a cheltuielilor date a atins cota de până la 6,4%. Chiar dacă în termeni nominali cheltuielile publice în sectorul sănătății în anul 2022 (Anexa nr. 1) au crescut, în termeni reali acestea înregistrează un trend negativ (Tabelul 3).

Creșterea cotei cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB până la 5,6% în anul 2021 se datorează alocării mijloacelor financiare publice suplimentare pentru combaterea pandemiei de COVID-19.

Tabelul 3. Cheltuieli publice pentru sănătate (mil. lei) și în % din PIB, anii 2018-2022 (executat)

	2018	2019	2020	2021	2022
PIB	192 500	210 400	206 400	241 900	272 600
1. Cheltuieli publice pentru sănătate	7 799	8 635	9 990	13 528	13 656
% din PIB	4,1%	4,1%	4,8%	5,6%	5,0%
1.1. Bugetul de stat	918	973	1 410	1 813	1 540
1.2. Bugetele UAT	167	172	175	163	153
1.3. Fondurile AOAM	6 714	7 490	8 406	11 552	11 963
Cheltuieli de casă analizate în cadrul raportului de raționalizare, dintre care:	2501	2904	3268	4 321	4 603
1.3.1. Asistența medicală urgentă prespitalicească	562	614	791	1 012	1 063
1.3.2. Asistența medicală primară (fără cheltuielile pentru medicamente și dispozitive medicale compensate)	1377	1516	1665	2 275	2 429
1.3.3. Asistența medicală specializată de ambulator	505	712	748	942	1 019
1.3.4. Îngrijiri medicale la domiciliu	57	62	64	92	92
Ponderea în total cheltuieli pentru sănătate	32,1%	33,6%	32,7%	31,9%	33,7%
Ponderea în cheltuieli FAOM	37,3%	38,8%	38,9%	37,4%	38,5%

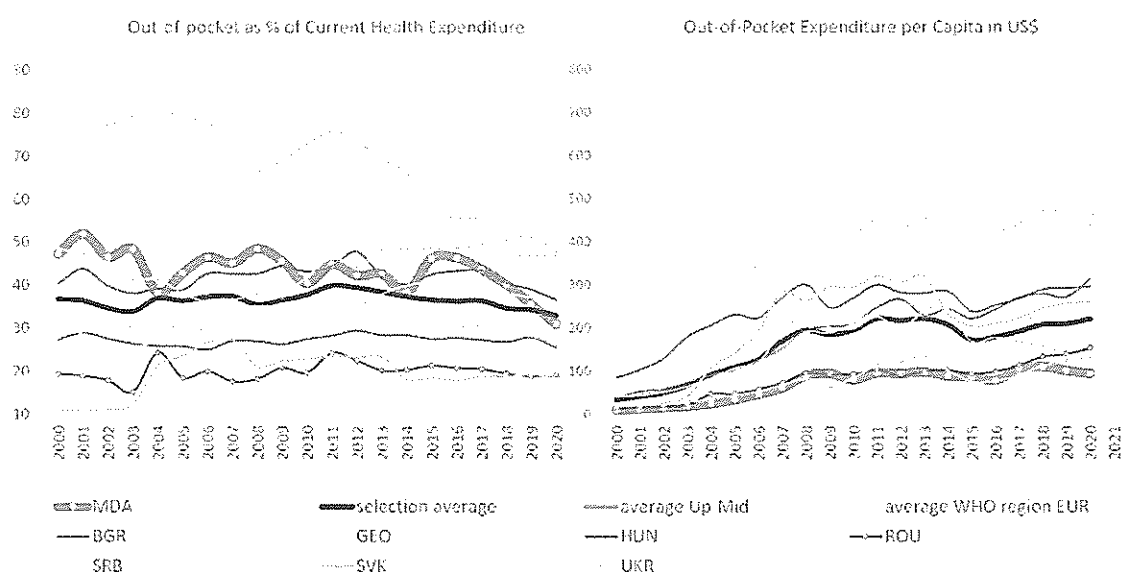
Sursa: Datele Ministerului Finanțelor, Rapoartele CNAM, Biroul Național de Statistică

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Cheltuielile totale pentru sănătate trebuie analizate și prin coraportul dintre ponderea cheltuielilor publice și a celor private, în special a celor achitate direct de beneficiar. O pondere cât mai mare a cheltuielilor publice diminuează povara financiară pentru beneficiari, facilitând atingerea acoperirii universale a populației cu servicii medicale (AUSM).

Conform datelor statistice, ponderea cheltuielilor de sănătate publice în totalul cheltuielilor pentru sănătate a crescut treptat, de la 49% în anul 2000 la 65% în anul 2020. Corespunzător și ponderea plăților achitate direct de beneficiar s-a redus de la 47% în anul 2000 până la 32% în anul 2020 (indicator ce corespunde cu mărimea cheltuielilor efectuate de sectorul privat)⁴. Moldova face parte din țările în care ponderea cheltuielilor achitate direct de beneficiar este încă relativ mare. În termeni nominali, totuși, chiar și prin respectarea parităților puterii de cumpărare, acele plăți sunt încă la unul dintre cele mai scăzute niveluri din țările de comparație (Figura 4).

Figura 4. Cheltuielile pentru sănătate achitate direct de beneficiar în Republica Moldova în comparație internațională



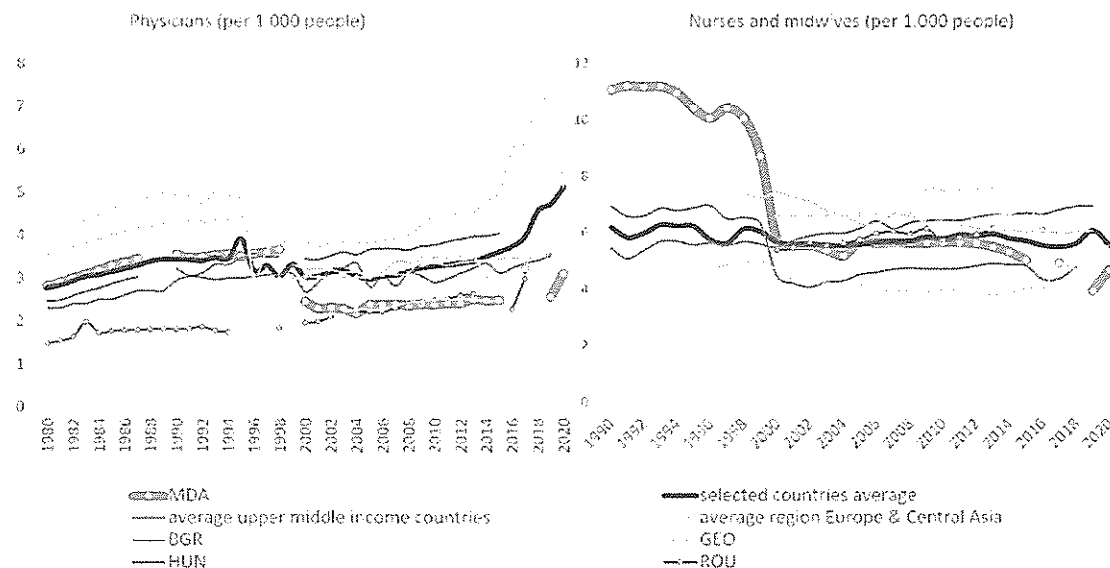
Sursa: Baza de date a OMS privind cheltuielile globale pentru sănătate; (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>), diagrame și calcule proprii, accesată la 19 octombrie 2023.

Nivelul finanțelor disponibile pentru asistența medicală influențează și personalul disponibil pentru furnizarea de servicii medicale. Acesta este poate unul dintre motivele pentru care numărul de medici și asistenți medicali la 1000 de cetățeni se află și în Republica Moldova la niveluri relativ scăzute (Figura 5).

⁴ WHO Global Health Expenditure Database (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Figura 5. Medici, asistente medicale și moașe în Republica Moldova în comparație internațională



Sursa: Date preluate din baza de date a indicatorilor de dezvoltare mondială a BM, (https://databank.worldbank.org/data/download/WDI_EXCEL.zip), calculi și Figura realizată de autor, accesată la 19 octombrie 2023.

În sistemul de AOAM, serviciile de sănătate sunt procurate de CNAM prin contractarea și plata prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, în principal din contul fondului de achitare a serviciilor prestate (*fondul de bază*).

Tabelul 4. Indicatori - cheie ai sistemului AOAM, anii 2018-2022

		2018	2019	2020	2021	2022
Venituri FAOAM, din care:	mii lei	6 877 407.5	7 636 333.0	8 542 564.8	11 540 026.1	12 639 563.3
Prime AOAM mărime procentuală	mil lei	4 007 228.0	4 645 137.6	4 800 508.9	5 477 997.5	6 218 953.3
Prime AOAM mărime fixă	mii lei	110 327.3	123 040.1	139 064.9	137 188.1	130 858.1
Transferuri din bugetul de stat	mii lei	2 728 025.2	2 813 648.3	3 533 691.4	5 835 039.6	6 095 217.9
Alte venituri (cu excepția granturilor și donațiilor din surse externe)	mii lei	31 827.0	54 507.0	69 299.6	89 800.9	161 514.9
Cheltuieli FAOAM, din care:	mii lei	6 714 063.6	7 489 650.2	8 405 512.0	11 552 085.6	11 963 339.3
Cheltuieli fond de baza, inclusiv:	mii lei	6 586 353.1	7 333 708.9	8 270 109.6	11 436 194.8	11 824 788.3
Cheltuieli AMUP	mii lei	561 593.8	613 759.1	790 724.3	1 011 813.4	1 063 178.8
Solicitații asistență medicală urgentă prespitalicească	mii solicitări	855.4	851.9	789.1	803.8	803.9
Cheltuieli AMP, inclusiv:	mii lei	1 885 471.7	2 112 151.6	2 243 161.2	2 908 651.1	2 428 980.5
medicamente compensate	mii lei	508 037.4	595 950.0	577 783.8	634 047.0	
Vizite la medicul de familie	număr vizite	10 366 898	10 368 522	10 293 395	11 742 873	11 382 782
Cheltuieli AMSA	mii lei	504 571.4	712 163.9	748 220.3	942 245.1	1 018 661.1
Vizite în condiții de ambulatoriu	număr vizite	6 704 200	6 615 300	4 449 254	4 963 419	5 908 539
Cheltuieli AMS	mii lei	3 368 373.8	3 620 298.2	4 242 059.7	6 246 997.8	6 149 360.3

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

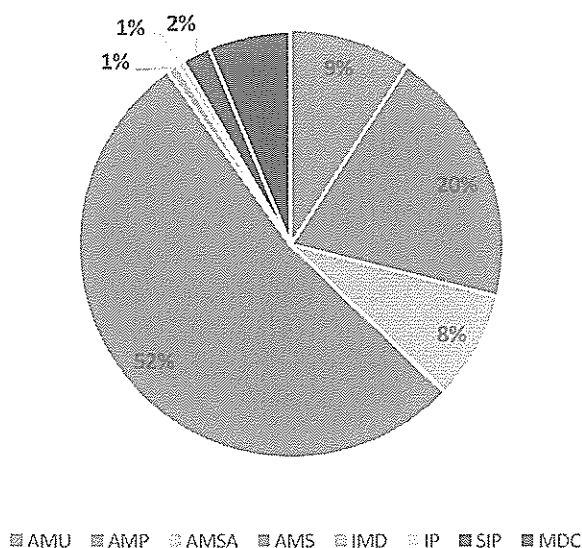
Cazuri tratate	număr cazuri	562 609	545 684	449 144	550 413	484 078
Cheltuieli SIP	mii lei	209 348.2	213 475.5	181 834.7	234 207.2	250 844.2
Servicii SIP	număr servicii	613 735	631 622	453 126	686 185	643 020
Îngrijiri paliative	mii lei					61 124.3
Servicii destinate compensării medicamentelor și dispozitivelor medicale	mii lei					760 757.6
Cheltuieli IMD	mii lei	56 994.2	61 860.6	64 109.4	92 280.2	91 881.5
Vizite privind îngrijiri medicale la domiciliu	număr vizite	71 685	77 137	80 111	90 404	49 052
Cheltuieli fond de profilaxie	mii lei	11 747.6	21 986.0	25 301.8	19 592.3	36 843.7
Cheltuieli fond de rezerva	mii lei	0.0	0.0	10 000.0	0.0	0.0
Cheltuieli fond de dezvoltare	mii lei	38 120.5	55 300.3	19 882.4	9 554.3	9 863.3
Cheltuieli administrative	mii lei	77 842.4	78 655.0	80 218.2	86 744.2	91 844.0

Sursa: Rapoarte anuale privind executarea FAOM

În anul 2022 mijloacele fondului de bază au însumat 11,8 miliarde de lei, care au fost repartizate pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică conform proporțiilor (Figura 6).

Asistența medicală spitalicească ocupă tradițional primul loc, cu circa 52% din fondul de bază (6,1 miliarde lei), fiind urmată, pe următoarele 2 poziții, de asistența medicală primară – 20% (2,4 miliarde lei) și cea urgentă prespitalicească – 9% (1,1 miliarde lei). Pentru medicamente și dispozitive medicale compensate au fost cheltuite 760,7 milioane lei sau circa 7% din fondul de bază.

Figura 6. Repartizarea fondului de bază pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică, %, anul 2022



Sursa: Legea fondurilor AOAM pe anul 2022

Desigur, fiecare țară își are particularitățile sale și va selecta domeniile pe care se concentrează cel mai mult pe calea progresului către AUSM. Dar există abordări recunoscute la nivel internațional, printre

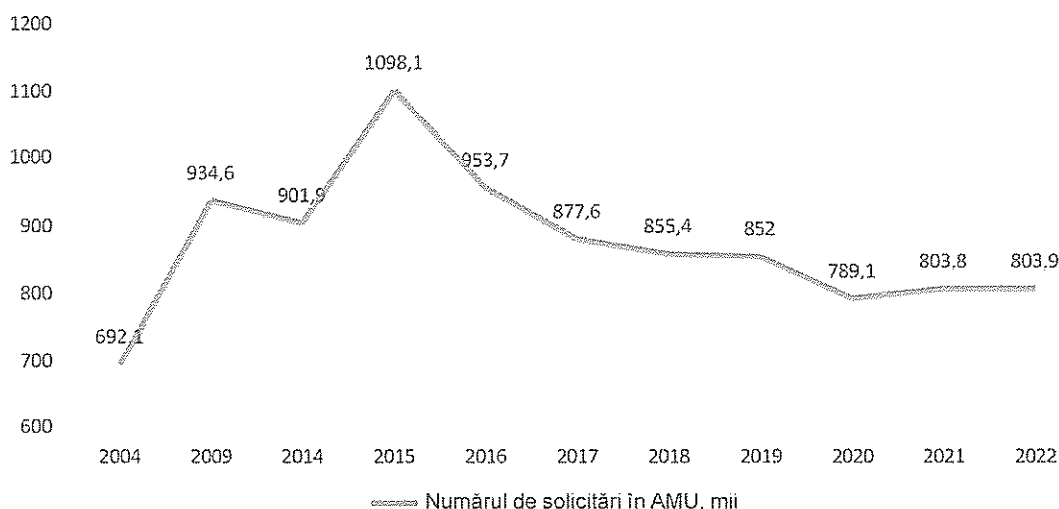
RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

care sunt resursele alocate pentru asistența medicală primară de calitate, ca piatră de temelie pentru realizarea AUSM. Dacă în primii ani de implementare a AOAM, se planificau pentru AMP cel puțin 25% din totalul fondului de bază (30-31% inclusiv medicamente compensate), atunci în prezent se alocă circa 21% pentru AMP (27% împreună cu medicamente compensate în anul 2022). Tendința descreșterii în ultimii 7 ani a cotei de mijloace financiare alocate AMP trebuie inversată, pentru a pune accent pe investiții de durată în servicii cruciale pentru AUSM.⁵

3.2. Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMUP)

Solicitățile ambulanței în AMUP la etapa prespitalicească au avut o creștere rapidă în primii ani ai AOAM (de la circa 700 mii solicitări anual pînă la peste 1 milion de solicitări anual), în special datorită stimulării prestatorului prin metoda de plată per serviciu, ulterior, metoda a fost înlocuită cu plata „per capita” (Figura 7).

Figura 7. Numărul de solicitări în AMU, mii, anii 2004-2022



Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

În 2022, potrivit datelor CNAM, numărul total de solicitări la 1 000 populație a constituit 235 solicitări, iar costul mediu al unei solicitări de servicii în AMU a constituit peste 1 322 lei. Tariful „per capita” contractat în anul 2022 a constituit 299,99 lei.⁶

3.3. Asistența medicală primară (AMP)

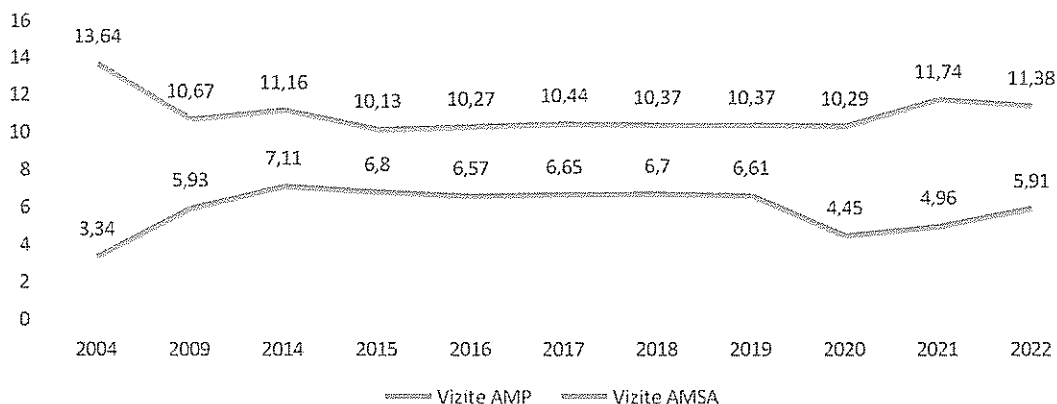
Numărul de vizite la medicul de familie rămâne constant pe parcursul ultimului deceniu, oscilând în jurul cifrei de 10,3 milioane vizite pe an (Figura 8). Spre deosebire de AMSA, în anul pandemic 2020, numărul de vizite nu s-a redus, ceea ce denotă o activitate continuă adaptată a medicilor de familie în perioada de urgență.

⁵ Universal Health Coverage fact-sheet, World Health Organization, 1 April 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-uhc>)

⁶ Criterii de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022 (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135130&lang=ro)

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Figura 8. Numărul de vizite în AMP și AMSA, milioane, anii 2004-2022



Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

La planificarea volumului pentru procurarea serviciilor medicale în AMP este luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate la medicul de familie. Conform Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585/1998 (art.11 alin.(1)) persoana asigurată are dreptul să-și aleagă medicul de familie. Modalitatea de plată în AMP este tariful „per capita” ajustat la riscul de vârstă. Pentru anul 2022 aceste tarife sunt: 974,67 lei (pentru vârsta 0-5 ani); 573,33 lei (5 – 50 ani) și 860,0 lei (pentru cei 50+).

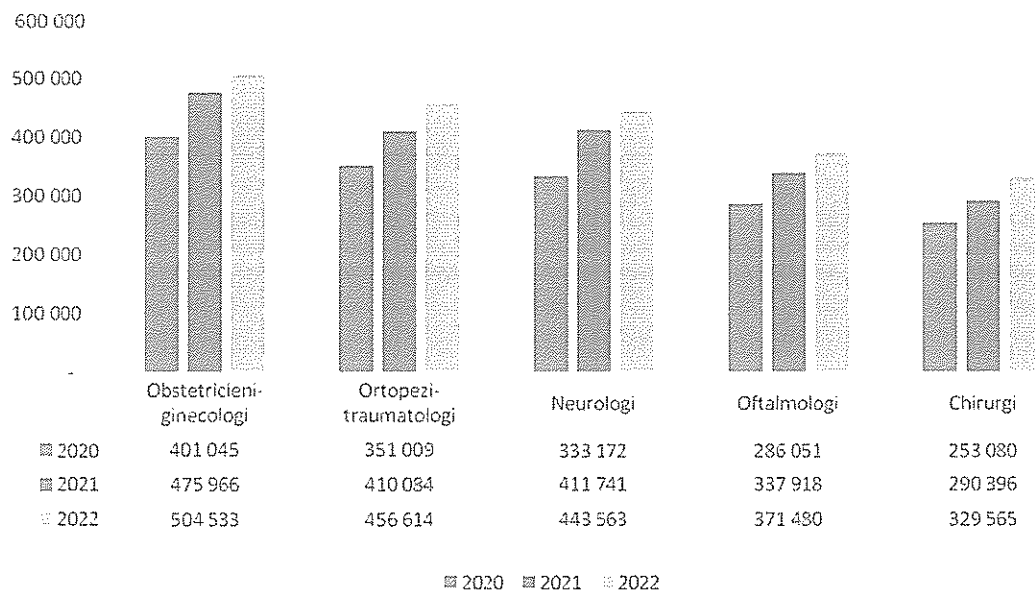
3.4. Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA)

Ca și în cazul AMP, numărul de servicii (vizite) prestate în AMSA a fost relativ constant în ultimii ani, circa 6,6 milioane vizite pe an (Figura 8). O descreștere însemnată, de peste 2 milioane vizite, s-a înregistrat în anul 2020, în condițiile accesului redus din cauza pandemiei, situația remediindu-se treptat pe parcursul următorilor ani.

Cele mai solicitate servicii de AMSA, luând în considerare frecvența acordării acestora la nivel național, sunt cele prestate de medicii specialiști obstetricieni-ginecologi, ortopezi-traumatologi, neurologi, oftalmologi și chirurgi (Figura 9). Descreșterea numărului de servicii din anul 2020 se constată pe toate specialitățile.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Figura 9. Numărul de vizite în AMSA, pe anumite specialități, anii 2020-2022



Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

Pentru AMSA sunt utilizate mai multe metode de contractare: „per capita” este de bază, „per ședință” – în radioterapie și dializă, „buget global” – pentru secțiile consultative în instituțiile republicane și alte servicii, etc. Tariful „per capita” nu stimulează accesul persoanelor la servicii medicale de ambulator calitative (situație similară și în cazul AMU și AMP), astfel că pentru remedierea situației date ar fi oportun modificarea metodei de contractare și finanțare în cadrul AMSA.

3.5. Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

Pe parcursul anilor 2006-2008 serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu au fost prestate în cadrul AMP (cabinetelor de proceduri, staționar de zi) și la domiciliu. Din anul 2009 până în prezent, serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu sunt prevăzute ca tip de asistență medicală aparte. Beneficiarii îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu sunt persoane asigurate care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară. La fel, îngrijirile medicale comunitare prezumă asistența medicală acordată în cadrul CCSM și CSPT.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

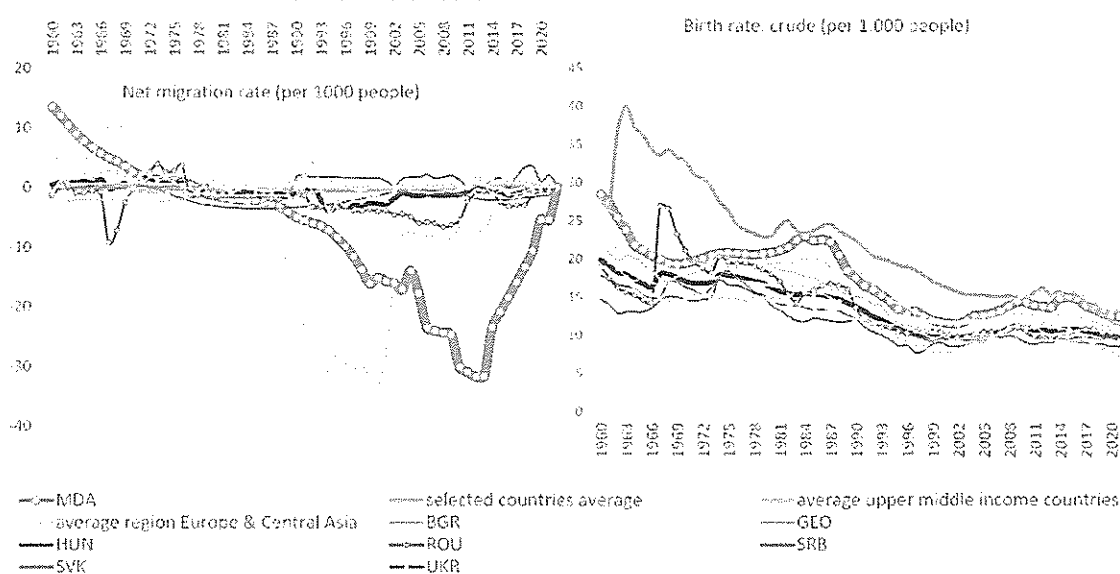
IV. Selectarea sectoarelor de interes pentru analiză

4.1. Sumarizarea aspectelor puternice și slabe a sectorului sănătății din Republica Moldova, principalele amenințări și oportunități

Sistemul de sănătate al Republicii Moldova este organizat conform principiilor de acces universal la serviciile medicale de bază, de echitate și solidaritate în finanțarea serviciilor medicale atât din partea statului, cât și de către persoane fizice și juridice prin intermediul mecanismelor AOAM.

Direcția actuală de dezvoltare a sistemului de sănătate, inclusiv a sistemului AOAM din Republica Moldova se corelează cu Obiectivul 3 de pe Agenda 2030, care are drept scop reducerea riscurilor legate de sănătate prin oferirea accesului extins la servicii de sănătate de calitate.

Figura 10. Rata migrației și natalitatea în Republica Moldova în comparație internațională



Sursa: Date preluate din baza de date a indicatorilor de dezvoltare mondială a BM, (https://databank.worldbank.org/data/download/WDI_EXCEL.zip), calcule și Figura realizată de autor, accesată la 19 octombrie 2023.

Un set de indicatori pentru monitorizarea progresului în acest sens se rezumă la următoarele ținte strategice, general acceptate: reducerea mortalității premature, creșterea speranței de viață, reducerea inegalităților în sănătate, sporirea bunăstării populației, asigurarea acoperirii universale și dreptul de a accesa servicii medicale de cea mai înaltă calitate. În acest context, o dificultate deosebită pentru Republica Moldova este fenomenul reducerii numărului populației, condiționat de natalitatea scăzută și migrația continuă a populației active (Figura 10).

În același timp, s-au făcut pași importanți prin semnarea Acordului de asociere între Republica Moldova și UE în anul 2014 și prin participarea ca membru al Parteneriatului estic al UE, prin care țara se angajează să își reformeze politicile interne în conformitate cu legile și practicile UE (în particular, controlul tutunului, transfuzie și transplant, protecția sănătății publice).

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

În acest context se relevă că, deși au fost elaborate un șir de documente de planificare pe domeniul analizat la nivel național (Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru perioada 2008-2017⁷, Politica Națională de Sănătate⁸) și întreprinse unele acțiuni în vederea implementării acestora, impactul nu este cel scontat și anume:

- prioritățile în sănătate au fost stabilite în multe cazuri fără o analiză detaliată a necesităților populației în servicii de sănătate și a capacităților sistemului de sănătate de a răspunde la aceste necesități;
- focalizarea excesivă pe aspectele de tratament și mai puțin pe cele de promovare și protecție a sănătății și prevenire a bolilor;
- acces anevoios la servicii și medicamente esențiale, în special în zonele rurale, generat de insuficiența resurselor umane în domeniu și fragmentarea prestatorilor de servicii medicale etc.

Dezvoltarea unui sistem de îngrijire a sănătății bine integrat, eficient și de calitate, care să răspundă nevoilor populației este o provocare pentru guvernele din întreaga lume. Experiența internațională, dar și a Republicii Moldova, demonstrează că un sistem integrat de asistență medicală în care prevenirea bolilor și promovarea asistenței medicale ar fi bine coordonate, inclusiv îngrijirea primară, secundară și terțiară, asigură rezultatul serviciului medical acordat, centrat pe pacient. Din această perspectivă, proiectul de raționalizare a cheltuielilor în sectorul sănătății constă în consolidarea sistemului sănătății astfel ca să fie asigurată oferirea serviciilor medicale de cea mai înaltă calitate în condiții de transparență, eficiență, eficacitate și economicitate.

Analiza SWOT (Anexa nr. 2) realizată cu referire la subprogramele analizate a scos în evidență un șir de deficiențe, puncte forte, oportunități și amenințări, care formează o imagine de ansamblu asupra domeniilor evaluate după cum urmează:

Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMUP) înregistrează mai multe **puncte forte** precum prezența reglementării domeniului dat; finanțarea anuală constantă și sigură; crearea unui serviciu unic la nivel de țară; existența protocoalelor clinice naționale și a sistemului de control al calității. Totodată printre **punctele slabe**, care influențează eficiența AMUP sunt: lipsa autosanitarelor dotate sau/și cu grad de uzură de peste 100%; lipsa personalului medical și paramedical și salarizarea nemotivată a acestuia; forma de plată „per capita”; lipsa plăților stimulatorii; conlucrarea și coordonarea insuficientă a activității AMUP cu activitatea UPU atribuită la AMS etc. Reieșind din deficiențele constatate și pornind de la punctele forte existente pot fi conturate mai multe **oportunități** care vor contribui la performanța activității AMUP precum: consolidarea AMUP inclusiv prin definirea locului UPU în raport cu AMUP; revizuirea formulei de plată, inclusiv prin stabilirea plăților stimulatorii; motivarea financiară și nonfinanciară a personalului și nu în ultimul rând înnoirea parcului de mașini și dezvoltarea punctelor de urgență în raioane și zonele rurale. Principalele **amenințări** pentru fortificarea serviciului de AMUP ar fi alocarea ineficientă și neprioritară a mijloacelor financiare și nu în ultimul rând insuficiența mijloacelor financiare.

Asistența medicală primară (AMP) consemnează un șir de **puncte forte** precum: prezența reglementării domeniului dat; finanțarea anuală constantă și sigură; existența protocoalelor clinice naționale;

⁷ HG nr.1471/2007 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 (disponibil online la adresa: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=88242&lang=ro)

⁸ HG nr.886/2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate (disponibil online la adresa: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=31871&lang=ro)

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

implementarea medicinei de familie; libera alegere a medicului de familie; autonomia decizională și financiară, investiții în dotări și patrimoniu. Totodată, printre **punctele slabe**, care influențează performanța AMP sunt: lipsa personalului medical, ponderea mare a personalului medical de vârstă pensionară, în multe localități infrastructură proastă; lipsa condițiilor în cadrul clădirilor centrelor de sănătate; activitatea medicului de familie axată pe tratament dar nu și pe prevenire; pachet de servicii identic pentru persoanele asigurate și neasigurate; lipsa finanțării separate "per serviciu" a serviciilor paraclinice; număr redus de asistente medicale comunitare; un set mult prea mare de responsabilități care le poate acorda doar medicul de familie (prescrierea rețetelor compensate, eliberarea certificatelor concediilor medicale, vaccinarea, monitorizarea tuturor maladiilor, etc.).

Luând în considerație deficiențele constatate și pornind de la punctele forte existente pot fi evidențiate un șir de **oportunități** care vor contribui la consolidarea AMP precum: diversificarea metodei de contractare și plată a AMP („per capita”, per serviciu, indicatorii de performanță, finanțare consolidată (bundled)); modificarea metodei de finanțare a persoanelor neasigurate în AMP; revizuirea statutului CS care nu întrunesc condițiile referitor la numărul de populație înregistrat la medicul de familie (mai mic sau mai mult decât limita aprobată); excluderea finanțării duble a serviciilor medicale de prevenție (AMP și fondul de profilaxie al AOAM). Principalele **amenințări** pentru fortificarea AMP ar fi lipsa personalului medical; ponderea mare a personalului medical de vârstă pensionară; alocarea inefficientă și neprioritară a mijloacelor financiare; insuficiența mijloacelor financiare și lipsa sistemelor informaționale.

Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA), similar celorlalte tipuri de asistență, consemnează un șir de **puncte forte** precum: centralizarea asistenței medicale la nivel raional, municipal și republican, organizarea serviciului în clădiri mai dotate (săli de proceduri, laborator, etc.); existența protocoalelor naționale medicale; accesul cu bilet de trimitere de la medicul de familie dar și nemijlocit adresarea directă la medicul specialist; accesul persoanelor neasigurate cu maladii social condiționate; timpul de așteptare optimal (maxim 3 săptămâni în mediu pe țară).

Totodată, printre **punctele slabe**, care influențează performanța AMSA sunt: lipsa personalului medical, în special medici în spitalele raionale, ceea ce limitează accesul la servicii medicale și medicamente compensate a persoanelor asigurate; ponderea mare a personalului medical de vârstă pensionară, mai ales în spitalele raionale; lipsa utilajului medical; finanțarea inechitabilă; mecanismul de plată „per capita”; necontractarea separată a serviciilor paraclinice; lipsa normativelor actualizate pentru organizarea serviciului (numărul specialiști la numărul populației); lipsa sistemului informațional care să permită contractarea și finanțarea serviciilor paraclinice; lipsa regulilor de etapizare între instituții de nivel raional și terțiar; dublarea serviciilor cu îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu și de intervenție timpurie.

Luând în considerație deficiențele constatate și pornind de la punctele forte existente pot fi evidențiate un șir de **oportunități** care vor contribui la consolidarea AMSA precum: asigurarea cu medici specialiști; actualizarea normativelor pentru organizarea serviciului (număr specialiști la număr populație); modificarea metodei de contractare (în funcție de spectrul de specialist, per serviciu, per caz); contractarea per serviciu a serviciilor paraclinice, accesul la servicii e-reteta compensata.

Principalele **amenințări** pentru fortificarea AMSA ar fi alocarea inefficientă și neprioritară a mijloacelor financiare; lipsa personalului medical calificat, în special în raioane; insuficiența mijloacelor financiare și lipsa sistemelor informaționale.

Îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu (IMD) similar celorlalte tipuri de asistență, consemnează un șir de **puncte forte** precum: existența reglementărilor cu privire la activitatea IMD; existența protocoalelor

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

clinice naționale; existența standardelor de activitate; existența mecanismului de finanțare stabilit pentru IMD; existența sursei de finanțare (subprogram separat); este ca tip de serviciu separat; încadrarea ONG în prestarea serviciului IMD, CSPT, CCSM. Ca **puncte slabe** în realizarea asistenței medicale date sunt: mecanism de plată pasiv (CSPT, CCSM); asigurarea redusă cu personal; suprapunerea serviciilor (cheltuielilor) din cadrul CSPT și AMSA; prestări limitate de servicii IMD, mai mică decât necesitățile populației; limitarea accesului la servicii medicale; implicarea redusă, inclusiv financiară, a administrației publice locale în organizarea serviciului IMD; insuficiența promovării activității CSPT. Luând în considerare punctele forte și slabe, putem evidenția următoarele **oportunități**: dezvoltarea serviciului integrat medico-social; contractarea și finanțarea CSPT și CCSM în funcție de activitatea și rezultatele acestora; revizuirea standardelor de activitate a CCSM, CSPT; sporirea accesului populației la IMD.

Principalele **amenințări** în fortificarea serviciului sunt: implicarea redusă, inclusiv financiară, a administrației publice locale în organizarea serviciului IMD; lipsa prestatorilor de IMD; lipsa sistemului informațional de evidență a serviciilor.

4.2. Descrierea mecanismului de selecție (pentru domeniile de interes)

Exercițiul de raționalizare a cheltuielilor în sectorul sănătății este unul comprehensiv și foarte necesar pentru toate componentele sistemului de sănătate inclusiv în cadrul sistemului de AOAM, care constituie circa 86% din toate cheltuielile de sănătate.

Selectarea AMUP, AMP, AMSA, IMD pentru exercițiul de raționalizare a cheltuielilor în sectorul sănătății, deși constituie per total circa 38,9% din fondul de bază și 38,5% din totalul cheltuielilor FAOAM, este foarte semnificativă prin prisma politicilor care necesită a fi aprobate în vederea sporirii performanței acestor sectoare, dar și necesității prioritizării cheltuielilor în sectorul sănătății spre prevenția și profilaxia maladiilor în AMP.

Actualmente, plata „per capita” în AMUP, AMP, AMSA nu este legată în mod direct de pachetul de beneficii și necesitățile în servicii. Plățile pentru AMUP, AMP, AMSA nu se bazează pe costul serviciilor medicale, ci pe bugetele istorice supuse indexării anuale și pe disponibilitatea mijloacelor FAOAM.

În prezent sunt așteptări de la prestatorii de AMP, AMSA că vor furniza serviciile din Programul unic al AOAM, fără nici o evaluare a modului în care finanțarea le acoperă cheltuielile. Se atestă situații în care medicii din AMP, AMSA prestează mai puține servicii în limita finanțării și/sau redirecționează pacienții către AMS. În schimb, bugetul AMP, AMSA ar trebui să acopere întreg volumul de servicii medicale stabilite în Programul unic, ținând cont de necesitățile persoanelor în acest sens.

Astfel, nivelul de finanțare și estimările bugetare pentru tipurile de asistență medicală selectate se bazează pe disponibilitatea mijloacelor FAOAM și nu pe evaluarea necesităților în servicii medicale și pe costul acestora. Procesul de estimare a bugetului în prezent este bazat pe bugetele istorice și ajustarea acestora la prognoza indicelui prețului de consum, precum și priorităților de politici în domeniul sănătății.

În prezent, nemulțumirile cele mai mari din partea persoanelor asigurate se înregistrează la nivelul AMSA, din cauza duratei mari de așteptare la medicii specialiști, care afectează în final accesul, la necesitate, la servicii medicale.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

La nivel de AMP, din micșorării numărului medicilor de familie, în localitățile rurale de multe ori medicii de familie au în evidență un număr mare de locuitori, ceea ce poate afecta în final volumul și calitatea serviciilor medicale prestate.

Important este sporirea accesului la serviciile pre-spitalicești (AMUP, AMP, AMSA, IMD) și anume trebuie de revăzut modalitatea de contractare și plată astfel ca beneficiarii sistemului AOAM să beneficieze de servicii medicale calitative și la timp, de motivat personalul din cadrul instituțiilor atât financiar cât și nefinanciar.

De asemenea, este necesar de identificat segmentele de suprapunere a serviciilor presate în cadrul acestor tipuri de asistență medicală și respectiv evitarea dublării cheltuielilor pentru serviciile similare. Mai mult decât atât, în cadrul tuturor tipurilor de asistență medicală selectate se necesită a fi întreprinse măsuri și identificate mijloace financiare pentru motivarea personalului, acestea confruntându-se cu o insuficiență cronică de resurse umane, în special în zonele rurale.

Deși cele mai semnificative cheltuieli ale FAOAM sunt concentrate la moment spre AMS, circa 52% din cheltuielile fondului de bază, care ar fi din punct de vedere cantitativ cel mai semnificativ compartiment de cheltuieli pentru un exercițiu de raționalizare, totuși în contextul actual raționalizarea este prematură fiind necesar de aprobat unele măsuri de resetare a acestui tip de asistență cu toate componentele.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

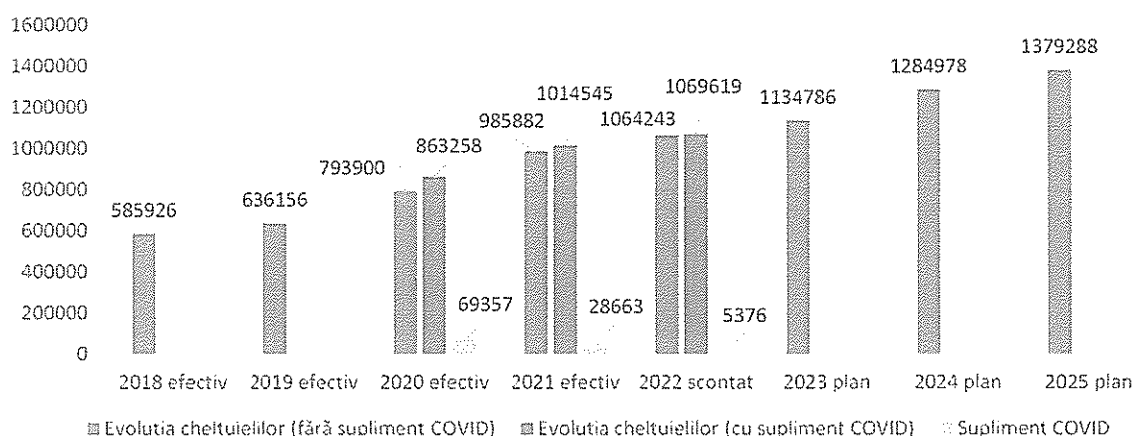
V. Analiza la nivelul sectoarelor de interes și identificarea măsurilor de politic

5.1. Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMUP)

5.1.1 Optimizarea cheltuielilor în cadrul CNAMUP

CNAMUP asigură prestarea serviciilor gratuite în acordarea asistenței medicale urgente la etapa de prespital și transportarea medicală asistată a pacienților. Metoda de plată în asistența medicală urgentă prespitalicească este „per capita”.

Figura 11. Evoluția cheltuielilor (cu și fără suplimentul COVID) CNAMUP, 2018 - 2025 (mii lei)



Sursa: Datele CNAM

Figura 11 reprezintă informația cu privire la volumul cheltuielilor pentru perioada anilor 2018-2025, dintre care cheltuielile aprobate pe anul 2024 și estimate pentru anul 2025. Datele pentru anii 2020-2022 includ sumele mijloacelor financiare îndreptate pentru plata suplimentului COVID-19 personalului din cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești implicat nemijlocit în realizarea indicatorului de performanță profesională „Acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19, în baza definiției de caz contact/suspect/probabil/confirmit” conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 466/2020 „Cu privire la motivarea personalului”⁹.

Mijloacele financiare alocate în scopul invocat anterior au constituit 69 357,2 mii lei în anul 2020, 28 662,8 mii lei în anul 2021 și 5 376,0 mii lei în anul 2022. Ponderea indicatorului dat în totalul cheltuielilor instituției a constituit 8,0%, 2,8% și respectiv 0,5%.

Cheltuielile CNAMUP prevăzute pentru anul 2023 sunt în creștere față de anul 2018 de peste 2 ori. Această creștere este datorată în mare parte modificărilor actelor normative în domeniul salarizării cu scopul majorării salariilor personalului din instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, inclusiv a personalului CNAMUP.

Cheltuielile de personal constituie categoria de cheltuieli care constituie ponderea cea mai mare în volumul total de cheltuieli ale instituției: anul 2018 – 72,8% (427 mil. lei), anul 2019 – 75,8% (483 mil. lei), anul 2020 – 78,0% (689 mil. lei), anul 2021 – 79,8% (816 mil. lei).

⁹ Prin Ordinul ministrului sănătății nr.1234 din 28.12.2022 a fost abrogat Ordinul Ministerului Sănătății nr.466/2020 „Cu privire la motivarea personalului”, în contextul reducerii incidenței infecției determinate de virusul SARS-CoV-2.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

În fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice aprobat pentru anul 2023 prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023, nr.358/2022, pentru serviciile CNAMUP au fost prevăzute 1 134 786,3 mii lei, cu o majorare de 21 972,2 mii lei față de suma aprobată pentru anul 2022.

La estimarea mijloacelor financiare necesare pentru anul 2023 s-a ținut cont de politicile și prioritățile stabilite de către Ministerul Sănătății, inclusiv excluderea plății suplimentului personalului din cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești implicat nemijlocit în realizarea indicatorului de performanță profesională "Acordarea asistenței medicale pacienților cu COVID-19", care în bugetul aprobat pentru anul 2022 a constituit **88 560,7 mii lei**.

Astfel, **economiile formate** în urma excluderii plăților enunțate mai sus (suplimentul COVID) au fost redirecționate în cadrul domeniului prespitalicesc și îndreptate pentru majorarea cheltuielilor prioritare în contextul acoperirii creșterilor salariale (creșterea cu 10% începând cu 1 octombrie 2022) în cuantum de **84 511,8 mii lei** și parțial a tarifelor la resursele energetice - **4 048,9 mii lei**. Totodată, economiile au fost luate în calcul pentru estimarea bugetelor anilor următori, servind pentru acoperirea cheltuielilor de personal.

Dotarea cu autosanitare noi a CNAMUP

La etapa actuală, CNAMUP pentru deservirea autosanitarelor, din care 70% au procentul de uzura peste 100%, încheie contracte cu diferiți prestatori de servicii de reparație și întreținere a transportului auto. În anii 2021-2023 a fost alocată, în această direcție, suma de 134 043,2 mii lei, dintre care, doar în anul 2023 a fost alocată suma de 38 889,6 mii lei.

Pe parcursul anilor 2022-2023, CNAMUP în cadrul proiectului "Asigurarea cu ambulanțe", finanțat de către Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei (CEB), a primit în dotare 55 autosanitare în sumă de 67 819,6 mii lei și 20 autosanitare în sumă de 14 558,4 mii lei, primite ca donații din partea UNFPA.

Totodată, în anul 2024, urmează a fi achiziționate suplimentar 62 autosanitare, cu costul total al achiziției în valoare de 99 189,4 mii lei (5 171 500 Euro), de asemenea finanțat de către Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei (CEB) în cadrul proiectului "Asigurarea cu ambulanțe".

Respectiv, înlocuirea autosanitarelor de model UAZ și GAZ din dotarea CNAMUP cu autosanitare noi va genera atât reducerea consumului de petrol, cât și a cheltuielilor de întreținere a autosanitarelor.

Astfel, dotarea cu autosanitare noi a CNAMUP din ultima perioadă va permite economisirea surselor financiare la acest capitol cu minimum **25% (13 300 mii lei anual)**.

Analiza nivelului de executare a cheltuielilor pentru deservirea parcului auto și consumul de petrol este expusă în Tabelul 5.

Tabelul 5. Nivelul de executare a cheltuielilor pentru deservirea parcului auto și consumul de petrol în cadrul CNAMUP, anii 2021 – 2023

Anul	Cheltuieli pentru întreținerea parcului auto (mii lei)	Cantitatea de petrol (mii litri)	Numărul de solicitări deservite (mii solicitări)
2021	42 951,4	2 456,2	773,5
2022	52 202,3	2 395,4	795,9
2023	38 889,6	2 206,0	744,5
Total	134 043,2	7 057,6	2 313,9

Sursa: Datele CNAMUP

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Reorganizarea CNAMUP

În scopul optimizării structurii CNAMUP și eficientizării mijloacelor financiare, provenite din FAOM pe parcursul anilor 2022, 2023 au fost efectuate modificări în structura CNAMUP. Reorganizarea s-a bazat pe revizuirea numărului de personal, inclusiv și prin redistribuirea acestora. Astfel, optimizarea statelor de personal a fost realizată prin reducerea a 172,5 unități de personalul din structura CNAMUP (Tabelul 6).

Tabelul 6. Modificări de state de personal CNAMUP

	Statele de personal aprobate 2022	Modificările		Statele de personal aprobate 2023	Diferența
		Spre majorare (+)	Spre micșorare (-)		
Total CNAMUP, inclusiv:	5 493,75	11,0	-183,5	5321,25	-172,5
Medici	607,25	2,0	-50,25	559,0	-48,25
Personal medical mediu	1 802,75		-54,5	1748,25	-54,5
Personal medical inferior	1 175,25		-17,75	1157,5	-17,75
Îngrijitori încăperi	199,5	9,0		208,5	9,0
Șoferi auto ambulanță	1 349,00		-36,0	1313	-36,0
Alt personal	360		-25,00	335,00	-25,0

Fondul mediu lunar de retribuire a muncii la nivel de CNAMUP constituie 58 077,9 mii lei. În urma reducerii unităților din statele de personal, fondul mediu lunar de retribuire a muncii constituie în mediu 56 800,19 mii lei, diminuându-se cu 1 277,71 mii lei. **Astfel, economia anuală estimată din contul funcțiilor reduse este de aproximativ 15 332,5 mii lei anual.**

Extinderea atribuțiilor Centrului de instruire în domeniul medicinei de urgență, calamităților și situații de criză

În conformitate cu prevederile legale privind educația medicală continuă a personalului medical și farmaceutic cu studii medii de specialitate, salariații cu studii medii de specialitate medicale (felceri și asistenți medicali) din cadrul CNAMUP, participă la perfecționările organizate de către Centrul de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo”.

Programele de formare continuă acreditate la care participă salariații instituției includ tematici diverse, precum: asistență medicală în medicina de urgență, medicina de urgență, manopere de terapie intensivă în medicina de urgență prespitalicească, urgențe pediatrie, urgențe cardiovasculare, Urgențe medico-chirurgicale la etapa prespitalicească, suportul vital de bază și altele.

La etapa actuală, conform Contractului semnat între CNAMUP și Centrul de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo”, pentru perfecționarea cadrelor medicale cu studii medii de specialitate au fost alocate, doar în anul 2023 suma de 747,8 mii lei. Total pentru anii 2021-2023 lei, au fost alocări pentru această direcție suma totală de 1 537,1 mii lei.

Pe parcursul anului 2024 în cadrul CNAMUP se planifică acreditarea *Centrului de instruire în domeniul medicinei de urgență, calamităților și situații de criză* pentru programe de formare continuă medicale. În cadrul Centrului vor activa specialiști cu studii superioare în medicină, cu statut de formatori, ce vor

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

asigura formarea profesională continuă la locul de muncă și în conformitate cu principiul „lucrul în echipă” a personalului medical, paramedical și operativ din cadrul CNAMUP și altor instituții.

Astfel, în urma acreditării Centrului de instruire în domeniul medicinei de urgență, calamităților și situații de criză din cadrul CNAMUP, fiind în așa mod extinse atribuțiile acestuia, la nivel de CNAMUP vor fi generate economii în jur de **747,8 mii lei anual**.

5.2. Asistența medicală primară (AMP)

5.2.1 Modificarea modului de contractare și finanțare a asistenței medicale primare (pe serviciu, categorii de vârstă)

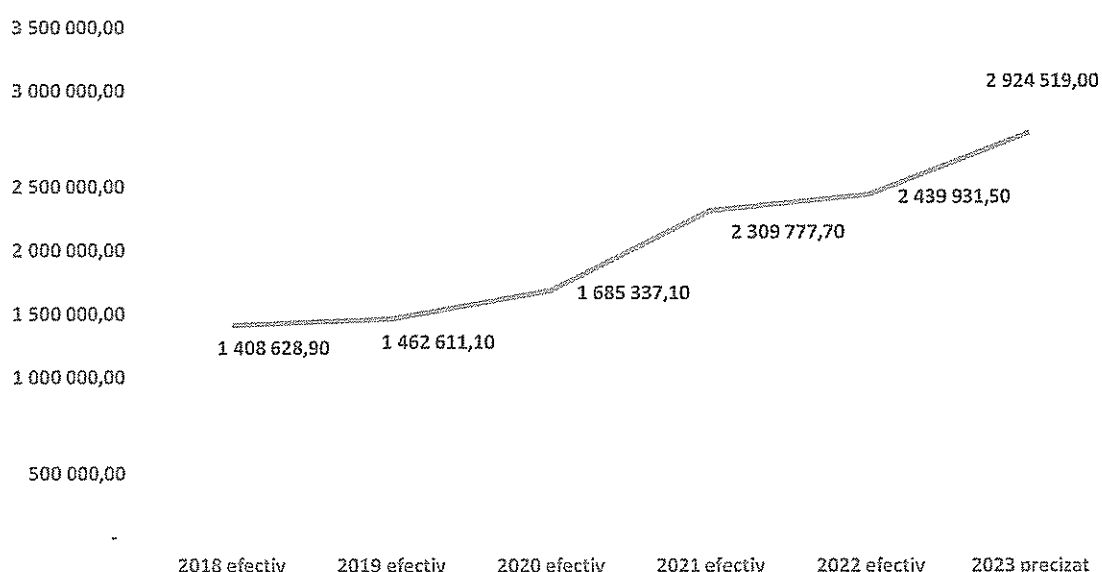
Medicina de familie asigură asistența medicală primară și, prin acțiuni preventive, educaționale, terapeutice și de recuperare, contribuie la promovarea stării de sănătate a individului, a familiei și a comunității.

Principiul de bază în organizarea asistenței medicale primare este garantarea accesului populației la serviciile medicale primare de calitate și în volumul prevăzut de legislație.

Prestatorii de asistență medicală primară în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală sunt contractați de către CNAM, în cazul când aceștia dispun de teritoriu sau localitate/localități de deservire, prevăzute în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale, precum și în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate, aprobate de Ministerul Sănătății, fiind respectate principiile liberei alegeri a medicului de familie, precum și de acordare a asistenței medicale primare persoanelor înregistrate în listă, conform actelor normative.

Figura 12 reprezintă informația cu privire la volumul cheltuielilor efective pentru perioada anilor 2018-2022 și cheltuielile planificate (precizate) pentru anul 2023 conform Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv.

Figura 12: Evoluția cheltuielilor AMP (fără medicamente compensate), anii 2018 - 2023 (mii lei)



Sursa: Datele CNAM

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Cheletuielile AMP prevăzute pentru anul 2023 sunt în creștere față de anul 2018 de circa 2 ori. Această creștere este datorată în mare parte modificărilor actelor normative în domeniul salarizării în scopul majorării salariilor personalului din instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în perioada respectivă.

În fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice aprobat pentru anul 2023 prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023, nr.358/2022, pentru AMP au fost prevăzute 2 848 619,1 mii lei, cu o majorare de 464 876,4 mii lei sau +19,5% față de suma aprobată pentru anul 2022.

Analiza nivelului de executare a cheltuielilor în sectorul AMP este expusă în Tabelul 7.

Tabelul 7. Nivelul de executare a cheltuielilor în sectorul AMP, anii 2018 – 2022 (%)

	2018	2019	2020	2021	2022
Nivelul de executare a cheltuielilor de personal (%)	98%	95%	94%	97%	96%
Nivelul de executare a cheltuielilor pentru medicamente si dispozitive medicale (%)	87%	85%	73%	91%	88%
Nivelul de executare a altor cheltuieli (%)	92%	77%	82%	90%	88%
Nivelul de executare a total cheltuieli (%)	96%	90%	90%	95%	94%

Sursa: Datele CNAM

Asistența medicală primară este considerată drept asistența cu cel mai mare impact asupra sănătății populației. Factorii care influențează performanțele asistenței primare permanent se află în vizorul sistemelor de sănătate ale tuturor țărilor, fiind alocat anual până la 30% din mijloacele financiare acumulate în fondurile de asigurări. Unul dintre cei mai importanți factori în finanțarea asistenței medicale primare este metoda de finanțare, deoarece prin intermediul acesteia, poate fi activ influențat comportamentul prestatorilor de servicii medicale pentru a atinge exigențele politicilor de sănătate în domeniu.

Metodele de plată în asistența medicală primară sunt:

1. plata „per capita” ajustată la risc de vârstă;
2. plata „per capita” pentru activitățile specifice centrelor de sănătate raionale/Centrului Medicilor de Familie;
3. plata pe „buget global” pentru acoperirea financiară a cheltuielilor de retribuire a muncii prevăzute la pct.22 din Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016 pentru prestatorii de servicii medicale din localitățile din stânga Nistrului ale raionului Dubăsari, din satul Varnița, raionul Anenii Noi, din satele Copanca și Hagimus, raionul Căușeni.

Capitația reprezintă o modalitate de finanțare a instituției care se determină, pentru fiecare pacient în sumă fixă înscris pe lista unui medic, indiferent de numărul serviciilor efectuate, într-o perioadă de timp considerată. În estimarea sumei pentru finanțarea prestatorului la bază stă suma per pacient care variază în funcție de vârstă și riscul de sănătate aferent.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Până în anul 2023 au fost utilizate tarife în cadrul contractării/finanțării serviciilor medicale de asistență medicală primară în baza metodei „per capita” ajustat la riscul de vârstă pentru 3 categorii de vârstă (0-5 ani; 5-50 ani; peste 50 ani) (Tabelul 8).

Tabelul 8. Modificări ale tarifului „per capita” ajustat la risc de vârstă pentru AMP, anii 2018 – 2023 (lei)

Grupă de vârstă	2018	2019	2020	2021	2022	2023
0 până la 4 ani 11 luni 29 zile	471,64	563,76	637,51	913,83	974,67	
5 până la 49 de ani 11 luni 29 de zile	277,44	331,61	375,02	537,54	573,33	
50 de ani și peste	416,16	497,44	562,52	806,32	860,00	
de la 0 – până la 2 ani						1 386,64
de la 2 ani – până la 5 ani						1 217,93
de la 5 ani – până la 8 ani						927,94
de la 8 ani – până la 50 ani						527,24
50 de ani și peste						1 154,66

Sursa: Datele CNAM

Metoda respectivă de finanțare a permis într-o mai mică măsură redirectionarea resurselor financiare către categoriile de persoane care utilizează mai multe servicii și resurse financiare (0-8 ani; peste 50 ani) și, totodată, a determinat ca centrele de sănătate care au înregistrați pe listă categorii de persoane respective (0-8 ani; peste 50 ani) să nu obțină suficientă finanțare pentru acoperirea cheltuielilor suportate.

Respectiv, pentru estimarea tarifului „per capita” pus la baza contractării serviciilor AMP pentru anul 2023 s-a efectuat analiza (Anexa nr. 3) pe un eșantion de instituții medicale ce deservește un număr semnificativ de populație fiind reprezentativ prin structura populației deservite. Astfel s-a convenit asupra următoarelor categorii de vârstă:

- categoria de la 0 – până la 2 ani, include persoane cu vârsta cuprinsă între 0 – 1 an, 11 luni, 29 zile;
- categoria de la 2 – până la 5 ani, include persoane cu vârsta cuprinsă între 2 – 4 ani, 11 luni, 29 zile;
- categoria de la 5 – până la 8 ani, include persoane cu vârsta cuprinsă între 5 – 7 ani, 11 luni, 29 zile;
- categoria de la 8 – până la 50 ani, include persoane cu vârsta cuprinsă între 8 – 49 ani, 11 luni, 29 zile;
- categoria de la 50 ani și peste, include persoane cu vârsta de 50 ani și peste.

Totodată, estimarea a fost realizată în contextul numărului de adresări înregistrate per pacient, care atrag după sine și cheltuielile aferente prestării acestora. (Tabelul 9)

Tabelul 9. Informația privind tariful „per capita”, anul 2023

Categorii de vârstă	0-2 ani	2-5 ani	5-8 ani	8-50 ani asig	8-50 ani neasig	peste 50 ani asig	peste 50 ani neasig	Total
Populația	17.803	37.103	43.767	435.187	267.137	262.891	59.200	1.123.088
Nr. vizite	46.821,89	85.707,93	77.029,92	435.187,0	267.137,0	575.731,29	129.648,0	1.617.263
Coeficient de ajustare	2,63	2,31	1,76	1,00	1,00	2,19	2,19	
Tarif „per capita” (lei)	1.386,64	1.217,93	927,94	527,24	527,24	1.154,66	1.154,66	

Sursa: Datele CNAM

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

În acest context, pentru anul 2023, CNAM a extins categoriile capitației de la 3 (0-5 ani, 5-50 ani, 50 și peste) la 5 categorii.

Trecerea de la 3 la 5 categorii de vârstă și respectiv „per capita” va permite redirectionarea mijloacelor financiare spre categoria de pacienți consumatori de mai multe resurse și ca rezultat va permite realizarea finanțării obiective a prestatorilor de asistență medicală primară.

Rezultatul divizării pe categorii, a conturat necesitatea estimării unui tarif diferențiat per categorie în dependență de numărul de vizite efectuate, prin cuantificarea resurselor alocate per categorie de vârstă și creșterea cost-eficienței a serviciilor prestate.

Prin identificarea celor 5 categorii de vârstă s-a urmărit redirectionarea resurselor financiare către categoria care utilizează mai multe servicii și resurse financiare și respectiv necesită a fi plătit un tarif mai mare.

Astfel, extinderea categoriei de vârstă și tarifelor „per capita” utilizate în cadrul contractării/finanțării serviciilor medicale de AMP, au determinat redistribuirea a **16,2 milioane lei** între prestatorii de servicii medicale (Anexa nr. 3), fiind în așa mod aplicat un mecanism de finanțare mai precis, ținând cont de frecvența vizitelor și consumul de resurse.

Avantajul finanțării AMP prin metoda „per capita” este faptul că, tratamentul pacientului este concentrat pe pacient și nu urmărește obținerea profitului în rezultatul activității medicului de familie care, în final, ar putea contribui negativ asupra rezultatelor tratamentului acestuia. De asemenea, metoda respectivă încurajează medicul să folosească măsuri preventive și educaționale. Aceste măsuri sunt mai puțin costisitoare, în comparație cu tratamentul cazurilor de boală.

O altă metodă de plată pentru prestatorii de AMP ce se propune a fi implementată este **„per serviciu” - pentru efectuarea investigațiilor paraclinice** prevăzute în Programul unic al AOAM, ceea ce va motiva ca medicii de familie să asigure accesul pacienților la servicii de paraclinică, pentru acestea fiind alocate resurse dedicate din FAOAM și va diminua posibilitatea prestatorilor de servicii medicale să aloce mijloacele financiare destinate investigațiilor paraclinice pentru alte cheltuieli.

Astfel, în anul 2023 a fost realizat primul pas în direcția contractării **„per serviciu”** prin stipularea în clauzele contractuale despre responsabilitatea pentru planificarea/executarea mijloacelor financiare în cuantum minim de 10 % din suma contractuală, pentru efectuarea serviciilor medicale vizate pentru investigațiile paraclinice prestate, inclusiv servicii medicale procurate de alți prestatori în baza contractelor încheiate.

Pentru evidența investigațiilor prestate în conformitate cu Anexa nr. 4 la Programul unic al AOAM a fost elaborat formularul **de raportare care va permite evidența serviciilor acordate beneficiarilor și achitarea ulterior „per serviciu”** pentru fiecare prestator.

Modificarea pe care ne-am propus-o va produce economii indirecte în viitor. Prin diagnosticarea mai precisă și mai timpurie ne așteptăm la salvarea de vieți omenești și diminuarea cheltuielilor pentru tratamentele ulterioare.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

5.2.2 Modificarea metodei de contractare și plată pentru persoanele neasigurate în AMP (pachetul de servicii)

Pe parcursul anilor 2004-2009, din contul FAOAM au fost acoperite pentru *persoanele neasigurate* serviciile medicale în AMUP (în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore) și în AMP doar examenul obiectiv și subiectiv cu prescrierea investigațiilor și tratamentului.

Începând cu anul 2010 spectrul de servicii medicale acordate pentru persoanele neasigurate a fost extins, având posibilitatea de a beneficia, din contul FAOAM, de întreg pachetul de AMUP și AMP (inclusiv servicii medicale paraclinice), precum și de AMSA și AMS în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice (tuberculoza, psihoze și alte tulburări mentale și de comportament în forme acute, alcoolismul și narcomania, în caz de urgență medicală, afecțiuni oncologice și hematologice maligne confirmate, HIV/SIDA, sifilis, maladii infecțioase).

Pe parcursul anilor 2010 - 2011, s-a încercat să se utilizeze un mecanism de protecție financiară pentru persoanele neasigurate, care au beneficiat ca și persoanele asigurate de prescrierea medicamentelor parțial/integral compensate din FAOAM. Acest mecanism s-a dovedit să fie un efort financiar exagerat pentru FAOAM și care totodată a nemotivat persoanele neasigurate să se încadreze în sistemul AOAM. Prin urmare, a fost restricționat dreptul persoanelor neasigurate de a beneficia de medicamente parțial/integral compensate cu excepția doar a medicamentelor din grupele psihotrope, anticonvulsivante și antidiabeticele orale.

Astfel, în prezent la planificarea volumului pentru procurarea serviciilor medicale în AMP este luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate la medicul de familie, care beneficiază de același pachet de servicii medicale, cu excepția medicamentelor compensate.

În sistemul de AOAM nu există mai multe tipuri de pachete de beneficii atribuite diferitor categorii de persoane asigurate sau neasigurate, iar diferențierea în dreptul de acces la singurul pachet de beneficii (Programul unic al AOAM) între persoanele asigurate și neasigurate se face prin acordarea accesului doar la anumite servicii medicale în dependență de prioritățile și obiectivele sistemului de sănătate.

Actualul sistem de AOAM se bazează mai mult pe principiul solidarității sociale și mai puțin pe principiul echității din punct de vedere a repartizării poverii fiscale între participanții sistemului de AOAM. Altfel fiind spus, cei care contribuie la sistemul AOAM îi finanțează și pe cei care nu contribuie, și acest lucru îi demotivează pe cei din urmă. În special sunt demotivate categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și alte recompense, ceea ce generează riscul ca acestea să treacă în sectorul neformal, să primească salarii oficiale mici, respectiv să contribuie mai puțin la sistemul AOAM.

Totodată, acest lucru nu motivează persoanele, care au obligația să se asigure în mod individual, generând presiune suplimentară asupra bugetului FAOAM.

Atâta timp cât, accesul la serviciile de sănătate este unul dintre obiectivele tuturor sistemelor medicale publice europene, iar măsura accesului la servicii este un element al echității și solidarității sociale și o măsură a dreptului de care beneficiază oricare cetățean, considerăm oportun stabilirea unui pachet explicit de servicii medicale de care pot beneficia gratuit persoanele neasigurate, care să conțină serviciile de sănătate esențiale, întru respectarea prevederilor art.20 al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995 și ale art.5 alin.(4) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585/1998.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Drept urmare, în Strategia națională de sănătate „Sănătatea 2030”, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.387/2023, printre direcțiile prioritare de acțiuni a fost stabilită și definirea clară a pachetului de servicii medicale disponibile persoanelor asigurate și neasigurate în sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală (Obiectivul 6.2.3).

Odată cu diferențierea serviciilor prestate în AMP se va revedea și finanțarea „per capita”, care va fi una diferită pentru persoanele asigurate și cele neasigurate.

Astfel, utilizarea tarifului „per capita” diferit pentru persoanele asigurate și cele neasigurate în cadrul contractării/finanțării serviciilor medicale de AMP, va determina redistribuirea mijloacelor financiare de la persoanele neasigurate către cele asigurate (Tabelul 10). Descifrarea redistribuirilor respective este reflectată în Anexa nr. 4.

Tabelul 10. Suma redistribuită către majorarea tarifului „per capita” pentru persoanele asigurate (mii lei)

Posibile variante	Diminuarea tarifului „per capita” pentru persoanele neasigurate	Suma redistribuită către persoanele asigurate
Simularea nr.1	5%	37 721, 5
Simularea nr.2	10%	75 445,2
Simularea nr.3	15%	113 176,0

5.3. Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA)

5.3.1. Creșterea gradului de acoperire cu servicii medicale ale persoanelor asigurate în AMSA prin modificarea metodei de contractare (per serviciu)

Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA) este acordată populației, în scopul stabilirii diagnosticului și tacticii de tratament, la trimiterea medicului de familie, altor medici specialiști și la adresarea directă. Pentru prestarea AMSA în anul 2022, CNAM a contractat 124 instituții medico-sanitare, inclusiv: 20 instituții republicane, 19 instituții municipale, 66 instituții raionale, 4 instituții departamentale și 15 private.

Cu referire la serviciile medicale acordate în cadrul AMSA, se constată că în anul 2022 populației i-au fost prestate servicii medicale în jur de 5406,9 mii vizite consultative.

Reieșind din natura adresărilor în AMSA și frecvența acordării acestora, pe parcursul anului 2022, cele mai solicitate servicii au fost cele prestate de medicii specialiști: chirurgi, ortopezi-traumatologi, oncologi, obstetricieni – ginecologi, oftalmologi, otorinolaringologi, neurologi (Anexa nr. 5).

Pentru prestatorii care oferă AMSA conform principiului teritorial, finanțarea asistenței medicale acordate persoanelor asigurate de către medicii specialiști de profil se stabilește în baza tarifului „per capita”.

La contractarea serviciilor medicale în cadrul AMSA, oferite după principiul teritorial în baza metodei de plata „per capita”, este luat în calcul numărul de persoane asigurate înregistrate în SI „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” în cadrul prestatorilor de A M P situate în teritoriul de deservire a prestatorului de servicii medicale de AMSA.

Conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr.770/2022 cu privire la aprobarea contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

asistență medicală, instituția medicală se obligă să acorde persoanelor încadrate în sistemul AOAM asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contractul încheiat cu CNAM.

Totodată, conform prevederilor Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM, prestatorii de AMSA în cadrul sistemului AOAM sunt contractați de către CNAM, în cazul când aceștia dispun de medici specialiști de profil, alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal, precum și de personal autorizat sau atestat, după caz, pentru prestarea serviciilor medicale. În cazul lipsei medicilor specialiști de profil prestatorii de AMSA urmează să prezinte contracte bilaterale cu alți prestatori de servicii medicale.

Cu toate acestea, instituțiile medicale prestatoare de AMSA, contractate și finanțate după principiul „per capita” nu asigură tot spectru necesar de servicii medicale pentru pacienți (Anexa nr. 6), din cauza lipsei de medici specialiști angajați sau a lipsei contractelor încheiate cu alți prestatori medicali pentru serviciile medicale. Respectiv, doar în zece specialități (endocrinologi, chirurgi, ortopezi-traumatologi, oncologi, obstetricieni – ginecologi, oftalmologi, ftiziopneumologi, neurologi, narcologi, dermatovenerologi) activează medici specialiști în toate 34 spitale raionale. La restul specialităților, spitalele raionale au deficit de medici și anume de reumatologi (doar 26% din spitale raionale au raportat servicii în anul 2022), gastroenterologi (doar 32% din spitale raionale au raportat servicii în anul 2022), nefrologi (doar 9% din spitale raionale au raportat servicii în anul 2022) (Anexa nr. 6). De asemenea nu toate spitalele raionale prestează servicii la medicii cardiologi (76%), infecționiști (85%), urologi (82%), otorinolaringologi (91%).

Prin urmare, metoda de contractare și finanțare „per capita” utilizată în AMSA în prezent, nu garantează accesul la toate serviciile medicale necesare persoanelor asigurate.

În schimb, această metodă de contractare asigură o finanțare constantă și sigură instituțiilor medicale, indiferent de volumul de servicii pe care îl prestează acestea. În urma analizei rapoartelor financiare a instituțiilor putem constata că cheltuielile suportate nu depind direct de volumul serviciilor prestate.

În situația creată la nivel de AMSA și întru sporirea accesului la toate serviciile medicale necesare persoanelor asigurate se propune a implementa o nouă metodă de contractare și anume „per serviciu”.

În acest sens, spitalele raportează lunar serviciile medicale prestate. Informația colectată va sta la baza estimării volumului de servicii medicale pentru contractarea cu CNAM. Din păcate procesul de raportare nu este automatizat, ceea ce generează dificultăți la prelucrarea, analiza și validarea rapoartelor instituțiilor medicale.

Respectiv, lipsa unui sistem informațional creează dificultăți în implementarea metodei de contractare și achitarea „per serviciu” a serviciilor medicale pentru fiecare prestator.

În același timp, implementarea metodei noi de finanțare este condiționată și de necesitatea actualizării tarifelor serviciilor medico-sanitare. Ultima actualizare fiind în anul 2016, care actualmente nu reflectă cheltuielile reale suportate de instituțiile medicale.

Astfel, pentru implementare metodei noi de contractare și finanțare în AMSA, este necesar de a automatiza procesul de raportare și de actualizat tarifele serviciilor medico-sanitare.

O altă metoda de contractare și finanțare ce poate fi implementată la nivel de AMSA este cea combinată între „per serviciu” și „per capita”. Această metodă de contractare poate să asigure o finanțare constantă și sigură instituțiilor medicale din contul la „per capita”, care poate constitui 75% din bugetul instituției medicale și 25 % din contul la „per serviciu”, în funcție de volumul de servicii paraclinice pe care

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Îl va presta instituția. Spre exemplu, pornind de la bugetul contractat în anul 2022, în AMSA prin metoda de plată „per capita” în cuantum de 544,4 mil lei și aplicând mecanismul propus de separare a serviciilor paraclinice în cuantum de 25%, vom identifica circa **54,0 mil.lei** care vor putea fi alocate pentru implementarea metodelor noi de contractare și finanțare în AMSA, astfel asigurând creșterea gradului de acoperire cu servicii medicale ale persoanelor asigurate.

Calcularea unei eventuale economii, care va fi generată în urma implementării metodei noi de contractare în AMSA, nu este posibil de realizat la moment din lipsa de date. În același timp, ținem să menționăm că, modificarea propusă nu va produce o economisire propriu zisă de resurse financiare, dar va contribui la sporirea accesului la serviciile medicale pentru populație, respectiv punând accent pe diagnosticul și tratamentul la nivel de AMSA, astfel fiind evitate posibile cheltuieli mult mai semnificative la nivel de alte tipuri de asistență medicală.

5.4. Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (IMD)

5.4.1. Contractarea și finanțarea Centrelor de sănătate prietenoase tinerilor (CSPT) și Centrelor comunitare de sănătate mintală (CCSM) în funcție de activitatea și rezultatele acestora

CCSM reprezintă un serviciu medico-social, care oferă persoanelor cu probleme de sănătate mintală asistență medicală și reabilitare psihosocială, sprijin și mediere în relațiile cu familia și comunitatea. CCSM are ca scop ameliorarea sănătății mintale a populației prin prestarea serviciilor orientate spre prevenirea, depistarea precoce, tratamentul, reabilitarea, promovarea modului sănătos de viață și protecția sănătății mintale în comunitate, precum și crearea premiselor benefice de reabilitare și integrare sociofamilială a persoanelor afectate de maladii mintale.

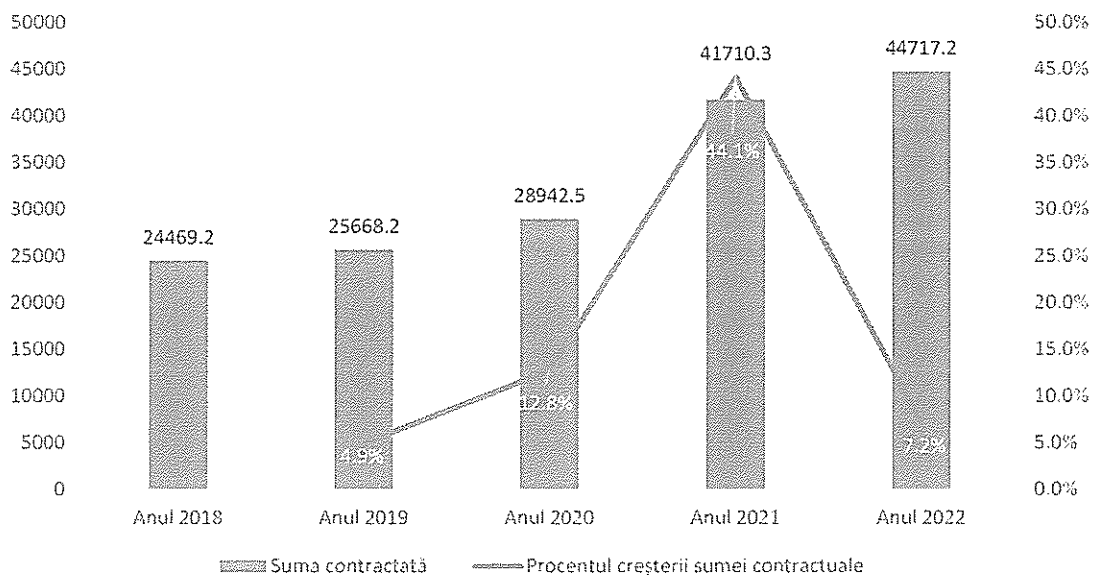
Începând cu 01 septembrie 2014, a demarat procesul de dezvoltare a serviciilor comunitare de sănătate mintală, prin crearea CCSM în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară de nivel raional și municipal, ceea ce contribuie la integrarea serviciilor de sănătate mintală în asistența medicală primară, cu depistarea precoce a patologiei psihice și asigurarea continuității tratamentului. Astfel, în anul 2014 au fost contractate de către CNAM - 25 CCSM, iar pentru anul 2022 fiind contractate deja 40 entități. Dezvoltarea rețelei de CCSM a avut ca bază să favorizeze procesul de dezinstituționalizare și reducere a fluxului de pacienți către spitalele de psihiatrie și creșterea numărului de adresări către serviciile comunitare.

Metoda de plată aprobată pentru tipul dat de asistență medicală este „buget global”. Totodată, liniile directorii privind estimarea „bugetului global” stipulează că sumele alocate pentru fiecare prestator de servicii medicale prin metoda de plată „buget global” sunt estimate anual în baza cheltuielilor efective ale anului precedent, cu ajustarea acestora în contextul politicilor în domeniul sănătății și indicatorilor macroeconomici pentru anul de gestiune.

Astfel, mijloacele financiare alocate în formă de „buget global” pentru anul 2022 (Figura 13) pentru serviciile contractuale constituie per total 44 717,2 mii lei, cu o creștere de 3 006,9 mii lei, sau cu 7,2% mai mult față de anul 2021 (41 710,3 mii lei).

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

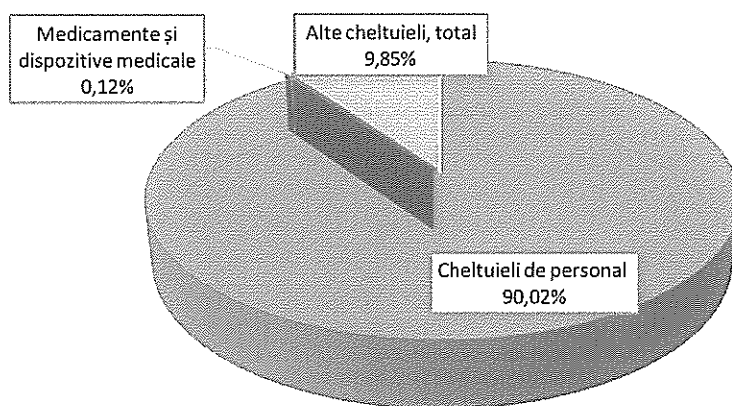
Figura 13. Dinamica sumelor contractuale pentru CCSM , anii 2018 – 2022 (mii lei)



Sursa: Datele CNAM

În structura cheltuielilor efective pentru anul 2022 (Figura 14) se observă ponderea majoră a cheltuielilor de personal - 90%, acestea fiind practic cheltuiala de bază în structura costului serviciilor date.

Figura 14. Structura cheltuielilor efective pentru anul 2022

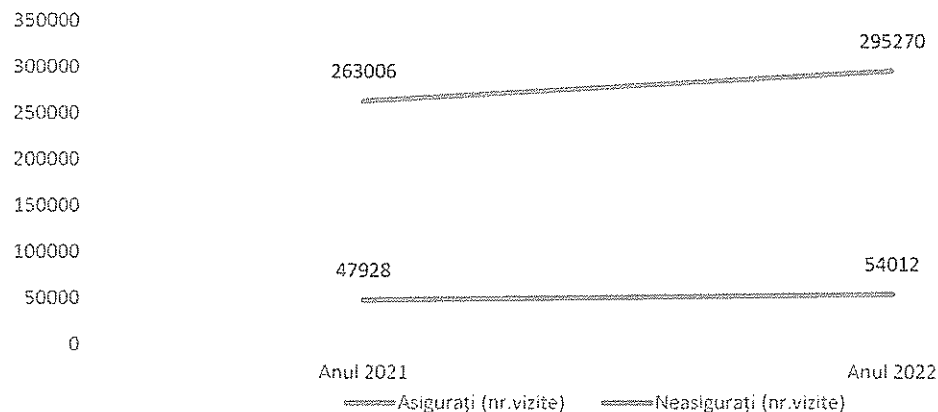


Sursa: Datele CNAM

Volumul serviciilor medicale prestate populației, de către CCSM în anul 2022 a constituit 349.282 vizite, cu 38.348 de vizite mai mult decât în anul 2021 (310.934 vizite), dintre care vizite persoane asigurate – 85,0% și 15,0% vizite persoane neasigurate (Figura 15).

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Figura 15. Volumul serviciilor medicale acordate de către CCSM în cadrul AOAM (nr. vizite), anii 2021 – 2022



Sursa: Datele CNAM

Concomitent, în structura personalului antrenat, în cadrul CCSM în anul 2022, se menține o asigurare redusă cu personal medical și anume de 66,9%, față de standardele aprobate și normele legale. Astfel, în statele de personal la 31.12.2022 numărul de funcții ocupate în mediu pentru perioada 2022 în cadrul CCSM a constituit 252,97 unități ce reprezintă 76,3% din numărul de unități aprobate (331,75).

Nivelul redus de acordare a serviciilor de reabilitare medico-socială în cadrul CCSM, conform Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate, aprobate de Guvern prin Hotărârea nr. 55/2012, și asigurarea insuficientă cu medici psihiatri, asistenți sociali, psihologi, denotă necesitatea ajustării cadrului normativ și anume structura și normativele de personal în coraport cu activitatea realizată. Aceasta ar avea ca scop final monitorizarea cost-eficiență a serviciului/gamei de servicii acordate și impulsionează spre acoperire a întregii game de servicii conform Standardelor aprobate. Implementarea unui mecanism clar și complet de raportare a serviciilor medicale și a resurselor financiare va servi ca informație primară în identificarea necesarului și spectrului de servicii care necesită a fi procurate. Realizarea acestor măsuri, ar permite ulterior aplicarea unor noi metode de contractare. Pe termen mediu ar fi oportun aplicarea metodei mixte de contractare, „buget global”/„per capita” și suplimentat cu „indicator de performanță”. Pe termen lung pentru asigurarea serviciilor cost-eficiență ar fi oportun costificarea serviciilor acordate și contractarea „per serviciu” sau „caz tratat”. Reorganizarea tipului dat de asistență medicală nu va produce, cel mai probabil economii, dar va contribui la sporirea eficienței cheltuirii banului public și creșterii accesului populației la serviciile date în timp util cu cel puțin 2,5 mil. lei sau circa 5% din bugetul global alocat pentru achitarea indicatorilor de performanță.

Crearea CSPT/rețeaua Youth Clinic este, un răspuns al Guvernului Republicii Moldova la analiza situației în domeniul sănătății și dezvoltării adolescenților și tinerilor. Scopul principal al activității CSPT este ameliorarea stării sănătății adolescenților și tinerilor și crearea premiselor benefice de dezvoltare și integrare socială a acestora în comunitate prin intermediul sporirii accesului la servicii de sănătate prietenoase tinerilor. Obiectivele de baza ale activității CSPT, în corespundere cu standardele de calitate a Serviciilor de Sănătate Prietenoase Tinerilor (SSPT) sunt următoarele:

- reducerea incidenței infecțiilor sexual-transmisibile, inclusiv HIV printre adolescenți și tineri;
- reducerea numărului sarcinilor precoc și nedorite printre tineri;

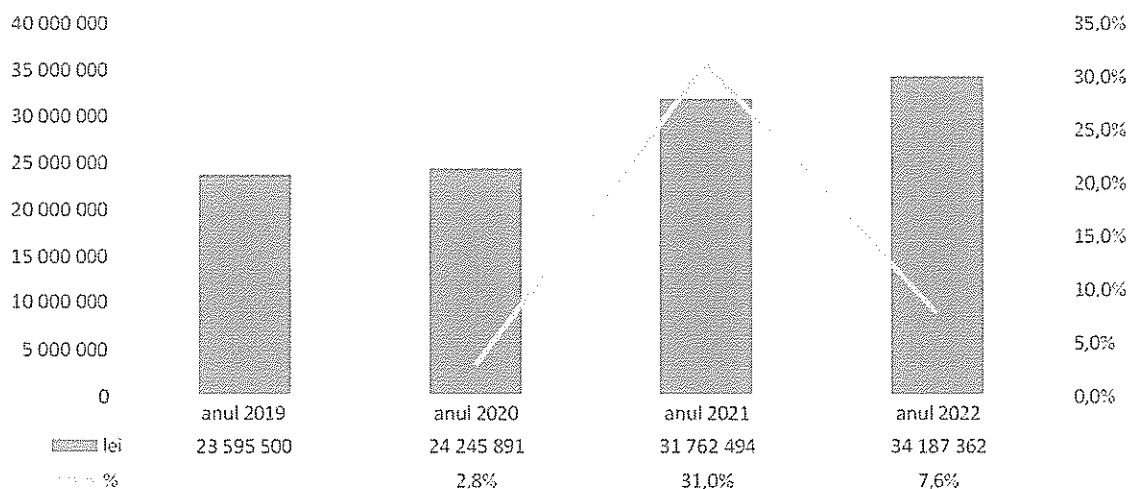
RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

- reducerea problemelor de sănătate mintală în rezultatul utilizării de substanțe psihoactive (alcoolism, narcomanie, tabacism);
- reducerea tulburărilor psiho-emoționale și de personalitate;
- reducerea problemelor de sănătate în rezultatul violenței;
- reducerea dereglărilor de nutriție, în special malnutriția (I, Fe), inclusiv obezitate;
- reducerea devierilor în dezvoltarea pubertară.

În procesul de implementare a serviciilor prietenoase tinerilor a fost creată rețeaua centrelor de sănătate prietenoase tinerilor (rețea YK) în cadrul căreia în prezent activează 41 CSPT (Youth Klinici)). În toate cele 41 de centre lucrează peste 250 de specialiști experimentați în probleme de sănătate cu care se confruntă tinerii (psihologi, asistenți sociali, ginecologi, urologi-andrologi, dermato-venerologi, consilieri HIV/SIDA). Centrele YK își orientează serviciile pentru populația tânără de 10-24 ani, cu oferirea atenției în asigurarea accesului la servicii a tinerilor în stare de vulnerabilitate, în special, a celor cu nevoi speciale, a tinerilor HIV-infecțati și celor din grupurile cheie de risc cu risc major de infectare, și a adolescenților rămași fără tutela părintească și a celor din familii social- vulnerabile.

Dinamica resurselor financiare alocate pe parcursul anilor 2019-2022 (Figura 16) denotă un trend ascendent și continuu favorizând accesul beneficiarilor țintă la serviciile oferite. La fel, se constată o creștere semnificativă a mijloacelor financiare alocate tipului dat de asistență medicală în anul 2021, care se datorează majorării semnificative a salariului angajaților din cadrul instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul AOAM.

Figura 16. Dinamica sumelor contractuale, anii 2019 - 2022

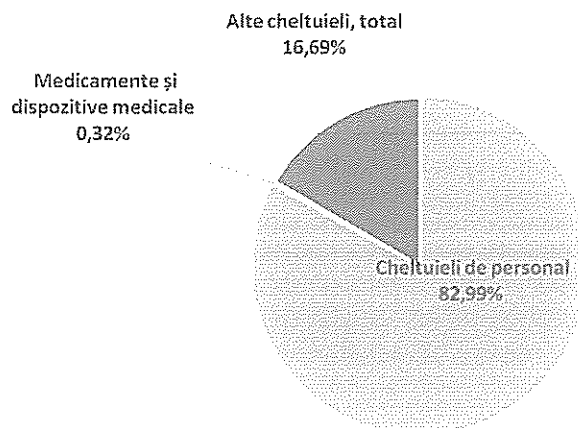


Sursa: Datele CNAM

În structura cheltuielilor pentru anul 2022 (Figura 17) se relevă ponderea majoră a cheltuielilor de personal - 83%, acestea fiind urmate de alte cheltuieli, iar la capitolul medicamente și dispozitive medicale cheltuielile fiind minimale și anume 112,5 mii lei pentru toate 41 CSPT-uri.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Figura 17. Structura cheltuielilor efective în anul 2022

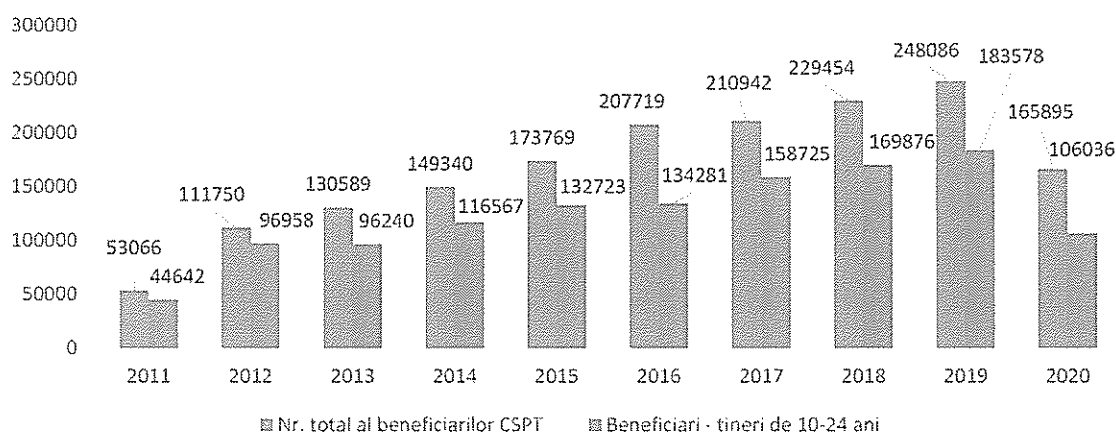


Sursa: Datele CNAM

Acoperirea cu servicii prietenoase tinerilor a crescut progresiv în ultimii ani, atingând o rată de acoperire de 28,3% pentru populația tânără de 10-24 ani în anul 2019 (în comparație cu 5% în anul 2011 și 18% în anul 2015), în special prin activitățile de promovare a sănătății oferite de rețeaua YK.

În anul 2020 de serviciile consultative și instructiv - metodice ale rețelei de 41 CSPT/Youth Klinici au beneficiat peste 165.895 persoane – în pofida crizei pandemice serviciile s-au menținut la circa 70% în comparație cu anul 2019 (Figura 18).

Figura 18. Numărul beneficiarilor CSPT/YK, anii 2011 – 2020



Sursa: Datele CNAM

Metoda de finanțare a CSPT-urilor utilizată la moment, prin „buget global” duce la consumarea ineficientă și excesivă a fondurilor CNAM, o modalitate mai optimă de finanțare pe termen mediu ar fi, contractarea mixtă „buget global” și „indicatori de performanță”.

În schimb, pe termen lung contractarea „per caz tratat” sau „per vizită” (numărul de pacienți real deserviți într-o perioadă vizată) va contribui la stimularea activității desfășurate de acestea și va genera

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

majorarea numărului de pacienți deserviți calitativ și integral până la soluționarea definitivă a problemelor invocate de pacient.

Totodată, reieșind din specificul serviciilor acordate, în mare parte a activității de prevenire și educație pentru sănătatea adolescenților și tinerilor prin crearea premiselor benefice de dezvoltare și integrare socială a acestora în comunitate, acest tip de serviciu s-ar încadra în fondul de profilaxie, fiind finanțate după regulile de finanțare a serviciilor medicale din fondul dat, cu accent pe prevenție și profilaxie, fiind astfel evitate cheltuieli ulterioare pentru tratamentul unor maladii specifice domeniului analizat. Ca și în cazul CCSM reorganizarea tipului dat de asistență medicală nu va produce, cel mai probabil economii, dar va contribui la sporirea eficienței cheltuirii banului public și creșterii accesului populației la serviciile date în timp util, inclusiv prin redistribuirea a 2,5 mil lei pentru achitarea indicatorilor de performanță.

5.4.2 Sporirea accesului populației la servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Pentru anul 2022 au fost contractate servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în valoare de 13.080,1 mii lei, cu 144,4 mii lei mai mult decât în anul 2021 (12.935,7 mii lei). Mijloacele alocate au fost valorificate la nivel de 97,5%, pe parcursul anului fiind efectuate 49.052 vizite în valoare de 12.753,5 mii lei, costul mediu al unei vizite constituind 260 lei.

O problemă aferentă tipului dat de servicii medicale este insuficiența prestatorilor de servicii medicale cu activitatea de bază în îngrijiri medicale la domiciliu, ponderea acestora constituind circa 5% din totalul prestatorilor (125 PSM). Altele 95% din prestatori sunt instituții cu activitatea de bază-asistența medicală primară, respectiv timpul alocat pentru serviciile medicale la domiciliu fiind de cele mai multe ori insuficient.

Totodată, în contextul dezvoltării serviciilor și executării depline a resurselor alocate anual pentru prestarea serviciilor date, se propune efectuarea unei analize privind organizarea serviciului de îngrijire medicală la domiciliu și identificarea soluțiilor, inclusiv cu posibila revizuirea a conceptului serviciului dat cu delimitarea clară de serviciile prestate la domiciliu în cadrul asistenței medicale primare și vizitele la domiciliu în contextul îngrijirilor medicale la domiciliu.

La fel, necesită a fi identificate mecanisme de motivare a prestatorilor de îngrijiri medicale la domiciliu pentru prestarea calitativă a serviciilor date (indicatori de rezultat, acoperirea cheltuielilor pentru transport, asigurarea cu transport), inclusiv prin procurarea serviciului dat doar de la prestatorii de servicii cu activitatea de bază în domeniul îngrijirilor la domiciliu. Totodată, serviciul dat fiind unul cu componentă socială pronunțată este necesar implicarea autorităților publice locale sau serviciilor sociale, astfel sporind calitatea serviciilor date.

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

VI. Estimarea economiilor

6.1. Estimarea economiilor

În conformitate cu Termenii de referință din Ordinul comun din 11 mai 2022 al Ministerului Sănătății (nr.434), Ministerului Finanțelor (nr.56) și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (nr.102-A), au efectuat raționalizarea cheltuielilor pentru 5 măsuri de politici prioritare selectate în cadrul asistenței medicale urgente prespitalicești, asistenței medicale primare, asistenței medicale specializate de ambulator, îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu.

În cadrul analizei, Grupul de lucru, cu suportul Experților SlovakAid (prin intermediul PNUD "Proiectul consolidarea capacităților și sistemelor pentru un management eficient al finanțelor publice"), au identificat potențiale economii (pentru măsurile de politici prioritare selectate) de până la 11% dar nu mai puțin de 3% (începând cu anul 2025), având ca referință cheltuielile efectuate pe tipurile de îngrijire a sănătății vizate. Aceste economii urmează să fie redirecționate în cadrul sectorului sănătății pentru atingerea priorităților sectoriale.

Economiile potențiale identificate au fost obținute în cadrul a 4 subprograme selectate (Anexa nr. 7). O prezentare generală a mijloacelor financiare posibil de redirecționat este expusă mai jos.

Asistența medicală urgentă prespitalicească

Măsuri	PHEHC*	Anul 2022	Anul 2023	Anul 2024	Anul 2025	Anul 2026
	2022 Cheltuieli (‘000 000 MDL)					
1. Optimizarea cheltuielilor în cadrul CNAMUP			117,2	118,0	118,4	118,4
total (mil. lei)	1 063,2	0,0	117,2	118,0	118,4	118,4
total (%)		0%	11%	11%	11%	11%

*Cheltuielile pentru asistența medicală de urgență prespitalicească – includ cheltuielile CNAMUP și ale altor instituții

Asistența medicală primară

Măsuri	2022 Cheltuieli (‘000 000 MDL)	Anul 2022	Anul 2023	Anul 2024	Anul 2025	Anul 2026
2. Modificarea modului de contractare și finanțare a asistenței medicale primare (pe serviciu, categorii de vârstă)			16,2	16,2	16,2	16,2
3. Modificarea metodei de contractare și plată pentru persoanele neasigurate în AMP (pachetul de servicii)					113,2	113,2
total (mil. lei)	2 428,9	0,0	16,2	16,2	129,4	129,4
total (%)		0%	1%	1%	5%	5%

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

Asistența medicală specializată de ambulator

Măsuri	2022 Cheltuieli (‘000 000 MDL)	Anul 2022	Anul 2023	Anul 2024	Anul 2025	Anul 2026
4. Creșterea gradului de acoperire cu servicii medicale ale persoanelor asigurate în asistența medicală specializată de ambulator prin modificarea metodei de contractare (per serviciu)					54,0	54,0
total (mil. lei)	1 018,7	0,0	0,0	0,0	54,0	54,0
total (%)		0%	0%	0%	5%	5%

Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu

Măsuri	2022 Cheltuieli (‘000 000 MDL)	Anul 2022	Anul 2023	Anul 2024	Anul 2025	Anul 2026
5. Contractarea și finanțarea CSPT (Centrele de sănătate prietenoase tinerilor) și CCSM (Centrele comunitare de sănătate mintală) în funcție de activitatea și rezultatele acestora					2,5	2,5
total (mil. lei)	91,9	0,0	0,0	0,0	2,5	2,5
total (%)		0%	0%	0%	3%	3%

În scopul implementării măsurilor de raționalizare a fost elaborat un Plan de acțiuni, care stabilește autoritatea/instituția responsabilă de implementare, acțiunile de implementare, indicatorii de monitorizare și termenul de realizare (Anexa nr. 8).

RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR ÎN SECTORUL SĂNĂTĂȚII

VII. Anexe

7.1. Anexa nr. 1: Cheltuielile publice în sectorul sănătății în anul 2022

7.2. Anexa nr. 2: Analiza SWOT

7.3. Anexa nr. 3: Analize AMP „per capita”

7.4. Anexa nr. 4: Analize AMP „per capita” (persoane neasigurate)

7.5. Anexa nr. 5 : Adresările (vizitele) populației în cadrul AMSA, pe specialiști, în anul 2022

7.6. Anexa nr. 6: Cota Spitalelor Raionale ce dețin medici specialiști, în anul 2022

7.7. Anexa nr. 7: Economii potențiale identificate

7.8. Anexa nr. 8: Planul de acțiuni