

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA PUBLICĂ UNIVERSITATEA DE STAT DE
MEDICINA ȘI FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: [614.2+368.9.06] (478)

ROTARU DOINA-MARIA

**INFLUENȚA FACTORILOR MEDICO-SOCIALI ASUPRA SĂNĂTĂȚII
PERSOANELOR NEASIGURATE DIN REPUBLICA MOLDOVA**

331.03 MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor în științe medicale

Conducător științific:

TINTIUC Dumitru, doctor habilitat
în medicină, profesor universitar

Autor:

ROTARU Doina-Maria

CHIȘINĂU, 2016

© ROTARU Doina-Maria, 2016

CUPRINS

ADNOTARE	5
SUMMARY	6
АННОТАЦИЯ	7
LISTA ABREVIERILOR	8
INTRODUCERE	9
1. EVOLUȚIA SISTEMELOR DE ASIGURĂRI MEDICALE ȘI IMPACTUL LOR ASUPRA INDICATORILOR MEDICO-DEMOGRAFICI	15
1.1. Evoluția sistemelor de asigurări medicale în diferite țări	15
1.2. Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova	32
1.3. Impactul sistemului actual al asigurării obligatorii de asistență medicală asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova	34
1.4. Concluzii la capitolul 1	43
2. MATERIALE ȘI METODE DE ORGANIZARE A CERCETĂRII	45
2.1. Caracterizare generală a metodologiei de cercetare	45
2.2. Metode de acumulare a datelor primare	47
2.3. Prelucrarea matematico-statistică a materialului	48
2.4. Concluzii la capitolul 2	49
3. EVALUAREA DINAMICII ACOPERIRII CU ASIGURĂRI OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ A POPULAȚIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA	50
3.1. Sursele de finanțare a sistemului național de asigurări obligatorii de asistență medicală	50
3.2. Analiza nivelului de acoperire a populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală	56
3.3. Volumul de asistență medicală acordată populației în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală	63
3.4. Concluzii la capitolul 3	69
4. PERCEȚIA DE CĂTRE POPULAȚIA ASIGURATA/NEASIGURATĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA A FACTORILOR MEDICO-SOCIALI DE INFLUENȚĂ ASUPRA SĂNĂTĂȚII	71
4.1. Considerații privind influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate	71
4.2. Rezultatele evaluării opiniei persoanelor asigurate/neasigurate referitor la impactul factorilor medico-sociali asupra sănătății	77
4.3. Sănătatea persoanelor asigurate/neasigurate concepută prin prisma indicatorilor de morbiditate	101

4.4. Concluzii la capitolul 4	104
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	107
BIBLIOGRAFIE	110
ANEXE	
Anexa nr.1 Chestionar de evaluare a factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate	117
Anexa nr.2 Acte de implementare	125
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII	
CV-ul AUTORULUI	

ADNOTARE

Doina-Maria Rotaru

INFLUENȚA FACTORILOR MEDICO-SOCIALI ASUPRA SĂNĂTĂȚII PERSOANELOR NEASIGURATE DIN REPUBLICA MOLDOVA.

Teza de doctor în științe medicale.

Chișinău, 2016

Structura tezei: lucrarea este expusă pe 130 de pagini, text de bază, și constă din introducere, 4 capitole, concluzii și recomandări practice, rezumat în limbile română, rusă și engleză și bibliografie din 105 titluri, conține 36 de figuri, 14 tabele și 2 anexe. Rezultatele obținute sunt publicate în 9 lucrări științifice, inclusiv 3 fără coautori.

Cuvinte-cheie: persoane neasigurate, factori medico-sociali, sănătate, chestionar.

Domeniul de studiu: medicină socială și management.

Scopul: explorarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și elaborarea unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM).

Obiectivele lucrării: analiza evoluției sistemelor de asigurări medicale din diferite țări și din Republica Moldova; explorarea impactului sistemului de AOAM asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova; studiul în dinamică a nivelului de cuprindere a populației Republicii Moldova cu AOAM; evaluarea comparativă a rezultatelor opiniei persoanelor neasigurate și asigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra stării sănătății lor; elaborarea recomandărilor privind sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

Noutatea și originalitatea științifică. Abordarea în premieră a impactului factorilor medico-sociali de influență asupra stării sănătății persoanelor neasigurate în Republica Moldova în scopul elaborării unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM.

Problema științifică soluționată în teză constă în evaluarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și fundamentarea științifică a căilor de sporire al accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM în vederea valorificării lor în politicile și strategiile de sănătate publică și în cadrul normativ aferent.

Semnificația teoretică a studiului. Lucrarea se înscrie în cadrul politicilor de sănătate publică și reprezintă prima lucrare de cercetare științifică în domeniul evaluării impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și oferă perspectiva sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM. Rezultatele cercetării constituie dovezi științifice și asigură argumente pentru a fi utilizate la elaborarea politicilor și strategiilor în domeniul AOAM.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în furnizarea argumentelor, dovezilor și materialelor necesare pentru elaborarea, ajustarea și dezvoltarea cadrului normativ cu privire la sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul AOAM; iar percepția stării de sănătate, reflectând aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății sale, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, va fi utilizată ca metodă alternativă de evaluare a stării de sănătate.

Implementarea rezultatelor științifice: rezultatele cercetării au fost utilizate la elaborarea Legii fondurilor AOAM, Programului unic al AOAM și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, cu modificările și completările ulterioare, Strategiei de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Agențiilor teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină ș.a.

SUMMARY

Doina-Maria Rotaru

THE INFLUENCE OF HEALTH-SOCIAL FACTORS UPON THE UNINSURED PERSONS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA.

PhD Thesis in Medical Science.

Chisinau, 2016

Thesis structure: the work is set forth in 130 pages, basic text, and consists of introduction, 4 chapters, conclusions and practical recommendations, summary in Romanian, Russian and English, and bibliography of 105 titles, including 36 figures, 14 tables and 2 annexes. The results obtained are published in 9 scientific papers, including 3 without coauthors.

Key words: uninsured persons, medical and social factors, health, survey.

Domain of research: social medicine and management.

Scope of the research: exploring the impact of influence of health-social factors on the health of uninsured persons and elaborating the measures to increase the access of uninsured persons to the health services provided with the mandatory health insurance (MHI).

Objectives of the research: analysis of the evolution of health insurance systems in different countries and Republic of Moldova; exploring the impact of the MHI system on medical and demographic indicators in the Republic of Moldova; study in dynamics of the level of coverage of the population of the Republic Moldova with MHI; comparative evaluation of the results of uninsured and insured persons opinions regarding medical and social factors influencing state of their health; elaborating the recommendations regarding the increase of the access of the uninsured persons to the health services provided with MHI.

Novelty and scientific originality. Addressing for the first time of impact of medical and social factors influencing state of health of uninsured persons in the Republic of Moldova for elaborating of some measures to increase the access of uninsured persons to the health services provided with MHI.

Scientific problem addressed in the thesis is represented by the evaluation of impact of health-social factors influencing the state of uninsured persons health and scientific substantiation of ways to increase the access of uninsured persons to the health services provided with MHI in order to exploit them in public health policies and strategies and the related regulatory framework.

Theoretical significance of the research. The work is part of public health policies and is the first scientific research work in the area of assessing the impact of health-social factors influencing on the uninsured persons health state and gives the prospect for increasing the population access of uninsured persons to the health services provided with MHI. The research outcomes are scientific evidences and provide arguments to be used in developing policies and strategies in the area of MHI.

Applied value of the thesis. The research is to provide arguments, evidence and materials necessary for the development, adjustment and development of the regulatory framework regarding the increase of access of uninsured persons to the health services provided with MHI; and perception of health, reflecting the global assessment which the person makes about his health, integrating aspects of objective and subjective, especially his knowledge and experience about health or disease, will be used as an alternative method for assessing the state of health.

Implementation of scientific results: the research outcomes were used in elaborating the Law on MHI funds, Unique program of MHI and Methodological regulations for applying the Unique program, as amended and supplemented, Strategy for institutional development of the National Health Insurance Company, in activity of the National Health Insurance Company and Territorial Agencies of the National Health Insurance Company etc.

АННОТАЦИЯ

Дойна-Мария Ротару

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА ЗДОРОВЬЕ НЕЗАСТРАХОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицины

Кишинэу, 2016

Структура диссертации: работа изложена на 130 страниц основного текста, и состоит из введения, четырех глав, выводов и практических рекомендаций, аннотаций на румынском, русском и английском языках, библиографии из 105 наименований, включает 36 рисунков, 14 таблиц и 2 приложения. Полученные результаты опубликованы в 9 научных работах, включая 3 без соавторов.

Ключевые слова: незастрахованные лица в медицине, медико-социальные факторы, здоровье, анкета.

Область исследования: социальная медицина и менеджмент.

Цель: изучение влияния медико-социальных факторов на здоровье незастрахованного населения и предложение системы мер по расширению доступа к медицинским услугам в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС).

Задачи: анализ эволюции систем медицинского страхования в различных странах и в Республики Молдова; влияние нынешней системы ОМС на медико-демографические показатели Республики Молдова; исследование в динамике уровня охвата населения ОМС; сравнительная оценка медико-социальных факторов, влияющих на здоровье, по мнению незастрахованных/застрахованных лиц; предложение системы мер по расширению доступа к медицинским услугам в рамках ОМС.

Новизна и научная оригинальность: впервые в Республике Молдова была проведена оценка медико-социальных факторов, влияющих на здоровье незастрахованного населения с целью предложения системы мер по расширению доступа к медицинским услугам в рамках ОМС.

Научная проблема, решенная в рамках исследования: оценка влияния медико-социальных факторов на здоровье незастрахованного населения и научное обоснование путей расширения доступа к медицинским услугам в рамках ОМС, в целях их использования в политике и стратегии в здравоохранении и нормативно-правовой базы.

Теоретическая значимость работы. Настоящее исследование вписывается в рамки политики общественного здравоохранения и представляет собой первую научно-исследовательскую работу в области оценки влияния медико-социальных факторов на здоровье незастрахованного населения и предоставляет перспективу расширения доступа к медицинским услугам в рамках ОМС. Результаты исследования могут быть использованы в разработке политики и стратегии в области ОМС.

Практическая значимость работы заключается в предоставлении аргументов, доказательств и материалов, необходимые для разработки и развития нормативно-правовой базы относительно расширения доступа к медицинским услугам в рамках ОМС; а восприятие здоровья, что отражает глобальную оценку которой человек делает о своем здоровье, объединяя аспекты объективного и субъективного, особенно его знания и опыт о здоровье или болезни, будет использоваться в качестве альтернативного метода для оценки состояния здоровья.

Внедрение научных результатов: Результаты исследования были использованы в разработке Закона о фондах ОМС, Единой программы ОМС и Методологических норм применения Единой программы, Стратегии развития и деятельности Национальной Медицинской Страховой Компании и её Территориальных Агентств.

LISTA ABREVIERILOR

AM – asistența medicală

AMP – asistența medicală primară

AMSA – asistența medicală specializată de ambulator

AMS – asistența medicală spitalicească

AMU – asistența medicală urgentă prespitalicească

AOAM – asigurarea obligatorie de asistență medicală

BNS – Biroul Național de Statistică

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

DRG – grupe omogene de diagnostic

FAOAM – fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală

IMS – instituții medico-sanitare

ÎMD – îngrijiri medicale la domiciliu

MF – Ministerul Finanțelor

MS – Ministerul Sănătății

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PIB – produsul intern brut

PNS – Politica Națională de Sănătate

SDSS – Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate

SÎP – servicii medicale de înaltă performanță

SNSP – Sistemul Național de Sănătate Publică

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Resursele umane educate, sănătoase, cu un potențial fizic și intelectual înalt, capabile de instruire pe tot parcursul vieții și adaptabile la schimbările economice sunt esențiale pentru un model de creștere economică bazat pe competitivitate, eficiență și calitate.

Creșterea economică depinde la modul direct de productivitatea muncii. Deși necesare, investițiile capitale mai mari și modernizarea tehnologică nu sunt suficiente pentru a obține aceste sporuri de productivitate. O altă condiție indispensabilă este îmbunătățirea calității resurselor umane, care, în ultimă instanță, implică majorarea și optimizarea structurală a investițiilor publice și private în sectoarele-cheie ale dezvoltării umane, în primul rând, în educație și în sănătate.

Sănătatea este considerată un drept social, la care trebuie să aibă acces toți cetățenii. Dreptul la sănătate și la o viață demnă este legalizat în Declarația Universală a Drepturilor Omului. Pentru ființa umană sănătatea reprezintă o valoare în sine, un activ necesar pentru realizarea potențialului său creativ pe parcursul întregii vieți. O națiune sănătoasă este mai capabilă să facă față șocurilor economice, calamităților naturale și altor provocări [1].

Sănătatea este o valoare vitală care ocupă cea mai înaltă treaptă în ierarhia valorilor, precum și în sistemul categoriilor existenței umane, cum ar fi interesele și idealurile, armonia, frumusețea, sensul și fericirea vieții, munca creativă, programul și ritmul activității umane. Ea este una dintre condițiile necesare și esențiale a activității creative a omului în societate. Cu toate acestea, trebuie conștientizat faptul, că sănătatea este dependentă de factorii medico-sociali concreți, necesitând amplificarea acțiunii celor ce fortifică sănătatea și diminuând sau eliminând acțiunea celor de risc, de deteriorare a sănătății.

Republica Moldova s-a angajat să fortifice sistemul de sănătate în vederea realizării depline a dreptului cetățeanului la sănătate, bazat pe principii de echitate și angajamente solidare de finanțare din partea statului și a individului. Politica Națională de Sănătate pentru anii 2007-2021 prevede asigurarea accesului universal și cuprinderea maximă a populației cu servicii de sănătate. Accesibilizarea serviciilor medicale este privit ca factor esențial pentru asigurarea echității în sănătate, iar accesul populației sărace și a categoriilor socialmente vulnerabile la serviciile medicale de calitate este considerat un indicator important în aprecierea eficacității sistemului sanitar [2].

De altfel, și în Strategia națională de dezvoltare pe anii 2008-2011, precum și în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 este pus accentul pe creșterea accesibilității și competitivității serviciilor medicale prin utilizarea la maximă eficiență a

resurselor financiare și prin ridicarea gradului de cuprindere a populației în sistemul de asigurări medicale obligatorii [1, 3].

Asigurările obligatorii de asistență medicală, implementate începând cu 1 ianuarie 2004, au făcut asistența medicală mai accesibilă sub aspect financiar, iar prin protecția financiară, oferită de asigurările de sănătate, sistemul sanitar a devenit mai receptiv la necesitățile populației. A crescut, în raport cu situația de pînă la această reformă de esență, și satisfacția populației față de serviciile de sănătate ce i se oferă. Către anul 2015 ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății a sporit pînă la 5,5% din PIB, în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt cuprinse 85,6% din populație, iar circa 45,0% din resursele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sunt surse bugetare alocate pentru categoriile de populație asigurate de către stat. Este relativ mare povara contribuțiilor alocate din bugetul de stat în fondul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru un spectru larg de categorii, fără a se ține cont de veniturile reale ale acestora și de capacitățile de achitare a primelor de asigurare [3].

Persistă inechitatea atît pe verticală, cît și pe orizontală, în contribuțiile financiare pentru sănătate, care derivă din flexibilitatea redusă a mecanismelor de colectare și de formare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și din lipsa criteriilor obiective de apreciere a gradului de vulnerabilitate socială a categoriilor de populație pentru care se alocă mijloace bugetare.

În pofida faptului că în ultimii ani acumulările în bugetul consolidat pentru sănătate au sporit esențial, cheltuielile totale efectuate pentru sănătatea fiecărui locuitor sunt mult sub nivelul țărilor vecine.

Deși, odată cu implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală, a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, o serie de probleme nu au fost încă soluționate.

Astfel, rămîne substanțială cota populației aflate în afara sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, îndeosebi în rîndul persoanelor angajate neoficial, cu venituri mici și preponderent din mediul rural.

Persoanele neasigurate par să vină din rîndul următoarelor segmente:

- persoane neîncadrate pe piața formală a muncii, liber profesioniști;
- familii sărace din mediul urban, neacoperite de către ajutorul social;
- familii din mediul rural (fermieri și deținători de terenuri agricole).

Factorii cu impact asupra sănătății, inclusiv cei legați de calitatea, echitatea și accesibilitatea serviciilor medicale influențează rezolvarea eficientă a problemelor de sănătate ale populației.

Slaba informare în rândurile populației asupra necesității asigurării medicale și asupra condițiilor de acces la serviciile medicale menține unii potențiali solicitanți în afara sistemului public de asigurare. De altfel, și nivelul scăzut de educație prezintă un factor de risc, cu impact asupra sănătății, care la fel favorizează comportamentul de neasigurare, deci și de imposibilitatea de a beneficia de tot spectrul de servicii medicale prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Conform unelor sondaje, efectuate de Compania Națională de Asigurări în Medicină, mai mult de jumătate din populație nu își cunosc drepturile și obligațiile privind asigurarea medicală, iar peste 80% dintre cei asigurați nu cunosc deloc sau au doar vagi informații despre serviciile medicale de care pot beneficia.

Accesul la medicamentele compensate este foarte important în cazul persoanelor aflate în sărăcie, mai ales ale persoanelor neasigurate medical, fiind singura posibilitate a acestora de a beneficia de anumite medicamente. Nivelul de informare a populației privind posibilitatea obținerii unor medicamente compensate sau fără plată, ne semnificativ, dar totuși s-a redus în anul 2010. Astfel, 68,2% din respondenți au indicat că sunt informați despre existența medicamentelor compensate, față de 69,9% în anul 2008. Persoanele din mediul urban sunt mai bine informate privitor la medicamentele compensate (76,2%), față de cele din mediul rural (62,2%) [4].

Partea cea mai mare a segmentului de populație neasigurată o alcătuiesc persoanele cu un nivel socioeconomic scăzut. Este bine cunoscut faptul că starea sănătății populației corelează foarte strâns cu standardul de viață. Analizele generale ale Organizației Mondiale a Sănătății arată că speranța de viață la naștere, mortalitatea standardizată, prin toate cauzele, dar, în special, mortalitatea prin boli cardio-vasculare și incidența tuberculozei, au o corelație ridicată cu situația economică generală.

Sărăcia a însemnat, pentru unele categorii ale populației o alimentație insuficientă sau dezechilibrată, condiții mizere de locuit, lipsa condițiilor elementare de igienă, stres etc., toate fiind componente a factorilor de influență asupra sănătății. Morbiditatea prin boli ale aparatului de nutriție, toxicoinfecții alimentare, boli asociate și cu fenomenul sărăciei, prezintă o incidență mărită în ultimii ani. Copiii provenind din familiile sărace prezintă anemii, deficiențe în dezvoltare conform vârstei, fapt cu consecințe pe termen lung asupra viitoarei lor stări de sănătate.

Dezorganizarea asociată sărăciei generează o abandonare a grijii față de propria sănătate și cea a copiilor, un stil nesănătos de viață (incluzând alcoolismul), acestea ducând la o acumulare

treptată de boli netratate sau insuficient tratate. O mare parte a populației are în prezent un deficit de educație sanitară și planificarea familială, incluzând lipsa conștientizării rolului prevenției și al obișnuinței de consult medical, în cazul apariției unei probleme, elemente care demonstrează rolul redus pe care sistemul de sănătate l-a acordat programelor de educație sanitară și prevenție în rîndul populației.

O influență majoră asupra sănătății individului o au factorii economici și sociali, care reprezintă cota predominantă în structura determinantelor sănătății. Există o legătură directă între acești factori și sănătatea populației, relația fiind evidentă în zonele rurale din cauza diferențelor în dezvoltarea economică [2].

Unul dintre obiectivele de dezvoltare socială durabilă a Republicii Moldova ar putea fi, prin urmare, creșterea finanțării serviciilor sanitare și un management mai eficient al resurselor existente, avînd în vedere că dezvoltarea socială este influențată direct de investirea în capitalul uman. Întrebarea este dacă dispunem de un sistem eficient de colectare și management al resurselor și dacă s-a conștientizat importanța domeniului sănătății publice ca sector necesar de investire pentru o dezvoltare durabilă pe termen lung.

Fortificarea sistemului național de sănătate este corelată cu dezvoltarea economică a țării, fiind, deci, o problemă pe termen lung.

Alocarea resurselor în sistem trebuie regîndită, în sensul investirii mai mult în asistența primară rurală, așa cum și-a propus reformarea sistemului, odată cu trecerea la asigurările obligatorii de asistență medicală.

De asemenea, trebuie regîndite și alte dimensiuni ale sistemului, pentru a crește calitatea actului medical și accesul întregii populații la el.

În același timp, studii referitor la influența factorilor medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate nu s-au efectuat și nici date în statistica oficială privitor la sănătatea acestora nu se regăsesc.

În legătură cu cele menționate, se impune ca o oportunitate stringentă de a acționa în acest domeniu cu un sistem de măsuri, care să coreleze cu noile exigențe ale politicii de sănătate, promovate de organismele internaționale și naționale în vederea sporirii gradului de acoperire cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației Republicii Moldova, ceea ce necesită și un suport științific argumentativ.

Cele enunțate ne-au determinat să realizăm un studiu asupra acestui aspect prin prisma evaluării factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

Scopul lucrării constă în explorarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și elaborarea unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Pentru realizarea scopului au fost trasate următoarele **obiective**:

1. Analiza evoluției sistemelor de asigurări medicale din diferite țări și din Republica Moldova.

2. Explorarea impactului sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova.

3. Studiul în dinamică a nivelului de cuprindere a populației Republicii Moldova cu asigurări obligatorii de asistență medicală.

4. Evaluarea comparativă a rezultatelor opiniei persoanelor neasigurate și asigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății lor.

5. Elaborarea recomandărilor privind sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor obținute rezidă în abordarea în premieră a evaluării factorilor medico-sociali de influență asupra stării sănătății persoanelor neasigurate în Republica Moldova în scopul elaborării unor măsuri în vederea sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

Problema științifică soluționată în teză constă în evaluarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și fundamentarea științifică a căilor de sporire al accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în vederea valorificării lor în politicile și strategiile de sănătate publică și în cadrul normativ aferent.

Semnificația teoretică a studiului. Prezenta lucrare se înscrie în cadrul politicilor de sănătate publică și reprezintă prima lucrare de cercetare științifică în domeniul evaluării impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate și oferă perspectiva sporirii accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Rezultatele cercetării constituie dovezi științifice și asigură argumente pentru a fi utilizate la elaborarea politicilor și strategiilor în domeniul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în furnizarea argumentelor, dovezilor și materialelor necesare pentru elaborarea, ajustarea și dezvoltarea cadrului normativ cu privire la sporirea accesului persoanelor neasigurate la servicii medicale oferite în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală; iar percepția stării de sănătate, reflectând aprecierea globală pe

care persoana o face despre starea sănătății sale, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, va fi utilizată ca metodă alternativă de evaluare a stării de sănătate.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele cercetării au stat la baza elaborării Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și Normelor metodologice de aplicare a Programului unic, cu modificările și completările ulterioare, Strategiei de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în activitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și Agențiilor teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină ș.a.

Volumul și structura tezei. Teza este elaborată pe 130 de pagini dactilografiate și include: introducere, revista literaturii, metodologia de organizare și rezultatele cercetării, încheiere, concluzii și recomandări practice, bibliografia selectivă cu 105 surse științifice, anexe. Lucrarea este ilustrată cu 14 tabele și 36 de figuri.

1. EVOLUȚIA SISTEMELOR DE ASIGURĂRI MEDICALE ȘI IMPACTUL LOR ASUPRA INDICATORILOR MEDICO-DEMOGRAFICI

1.1. Evoluția sistemelor de asigurări medicale în diferite țări

În prezent nu există un „standard de aur” de asigurare a accesului universal al populației la asistență medicală, acceptat de toate țările. Fiecare țară dezvoltă și modifică programele de sănătate națională în conformitate cu propriile necesități culturale și resursele disponibile. Totodată, există anumite principii de organizare a asistenței medicale, care trebuie învățate de la o țară la alta.

Asigurarea accesului liber pentru toți la asistența medicală a constituit și constituie principiul de bază al sănătății publice. În secolul XX, practic, în toate țările înalt dezvoltate au fost implementate sisteme de asigurare cu servicii medico-sanitare a tuturor cetățenilor, aceasta avînd o importanță majoră pentru sănătatea individului și a populației. Fiecare sistem s-a dezvoltat în contextul politic al țării respective și continuă să se dezvolte în baza experienței proprii și celei internaționale. Guvernele de diferite orientări politice, de rînd cu companiile de asigurare medicală, prestatorii de servicii medicale, sunt preocupate de problemele sănătății publice [5, 6].

Echitatea accesului la asistența medicală cu minimalizarea diferențelor interregionale și sociodemografice este de o importanță vitală pentru menținerea standardelor înalte ale sănătății publice. Serviciile necesare nu sunt numai acelea pe care le cere pacientul, dar și cele preocupate de asigurarea sănătății populației în întregime, în special a grupurilor de risc care frecvent sunt inapte de a accesa asistența medicală.

Un program care oferă un acces echitabil pentru toți nu-și poate realiza obiectivul de îmbunătățire a sănătății populației fără susținerea lui prin măsuri guvernamentale de fortificare legislativă a sănătății mediului și celei profesionale, a nutriției, securității produselor alimentare, standardelor calității apei, îmbunătățirii sănătății populației rurale, asigurării unui nivel de educație înalt și furnizării adecvate a informației sanitare publicului general. Responsabilitatea pentru sănătate aparține nu numai profesioniștilor medicali, dar și societății și organelor ei executive, organizațiilor guvernamentale, precum și individului, familiei și grupurilor de interese [7].

Accesul individual la coșul esențial de servicii de beneficiu preplătit (spre exemplu, prin intermediul asigurării medicale) este un element absolut necesar pentru succesul unui program național de sănătate. Fiecare țară abordează această problemă în dependență de valorile și tradițiile sale, dar este important ca în evaluarea acestor beneficii să se ia în considerație costul și

eficiența acestora pentru satisfacerea necesităților epidemiologice și demografice. Prevenția este o măsură foarte cost-eficientă și trebuie să devină o parte componentă a coșului de servicii prioritare [8, 9].

Sistemele de asistență medicală și finanțarea lor sunt permanent în centrul atenției și presiunilor publicului, nu numai din punctul de vedere al asigurării accesului la asistența medicală pentru toți cetățenii, ci și din cel al necesității implementării noilor tehnologii avansate și al stăpînirii costurilor.

Sistemele naționale de sănătate reprezintă diferite modele de organizare, care pot influența planificarea și organizarea sistemelor sanitare atât în țările dezvoltate, cât și cele în curs de dezvoltare, precum și în țările care-și reformează sistemele sanitare [9].

Fiecare țară are propriul set de măsuri pentru îndeplinirea celor trei obiective de baza ale unui sistem de sănătate: menținerea oamenilor sănătoși, tratarea bolnavilor și costuri rezonabile pentru ca familiile să nu fie obligate la facturi medicale exagerate.

Tradiția de preplătire a asistenței medico-sanitare își are rădăcinile încă în timpurile antice, când medicii municipali, angajați de autoritățile locale, acordau asistență medico-sanitară săracilor și sclavilor. În Evul Mediu autoritățile bisericești acordau săracilor o asistență medicală gratuită. În perioada medievală și a Renașterii asociațiile comerciale furnizau servicii medicale preplătite membrilor lor. Aceste asociații ulterior s-au transformat în societăți prietenoase (societăți benevole), programe de beneficii reciproce, care ofereau beneficii medicale, pensii și servicii funerare membrilor lor. În secolul XX aceste organizații au evoluat în uniuni, care sponsorizau companiile private de asigurare medicală [10].

Primul program social de asigurare medicală a lucrătorilor a fost introdus de către Cancelarul Germaniei Otto von Bismarck. Acest program adoptat era bazat pe principiul asigurării sociale, care presupunea efectuarea plăților regulate la locul de muncă, fiind implicat atât angajatul, cât și patronul, aceste mijloace fiind utilizate pentru acoperirea costurilor medicale, oferirea beneficiilor în caz de concediere și a pensiilor pentru lucrători [11].

Pînă la începutul Primului Război Mondial în multe țări ale Europei Centrale și de Est au fost implementate programe similare. În perioada interbelică în mai multe țări ale lumii industrializate au fost inițiate programe naționale de asigurare medicală. În Europa în majoritatea țărilor au fost implementate programe bazate pe conceptul bismarckian de asigurare medicală cu finanțarea sistemului de securitate socială de către patroni și angajați, asistența medicală fiind acordată în baza principiului plată pentru serviciu sau finanțată de către fundațiile de asigurări medicale. Modelul bismarckian este și astăzi pe larg utilizat în Europa și Israel. Acest model a influențat și reformele postsovietice din țările Europei de Est [12].

Asigurarea medicală națională a muncitorilor și familiilor lor a fost introdusă și în Marea Britanie în anul 1911. Medicii generaliști erau salariați sau preponderent remunerați în baza principiului capitației, păstrându-și statutul independent. Acest program era administrat prin intermediul societăților de beneficii reciproce sau uneori prin intermediul companiilor de asigurare și al asociațiilor comerciale.

După Primul Război Mondial țările europene și Japonia, treptat, au implementat asigurarea medicală obligatorie a populației, obținând acoperirea universală după al Doilea Război Mondial [9].

În Statele Unite ale Americii la mijlocul anilor '60, în pofida dezvoltării sistemelor de asigurare medicală voluntară și la locul de lucru, o mare parte din populația în vârstă și săracă era lipsită de asigurare. În anul 1965 a fost introdus programul Medicare pentru persoanele în vârstă (de peste 65 de ani), cu dizabilități și cele ce necesitau dializă, ceea ce a facilitat asigurarea a circa 10% din populație cu o formă limitată de asigurare medicală. Un alt program implementat în SUA în același an – Medicaid, presupunea finanțarea divizată federală și statală a programelor de asistență medico-sanitară pentru săraci, cu participarea autorităților locale.

Aceste programe au permis includerea a 25% de americani în sistemul public de asigurare medicală.

Pentru definirea asistenței medicale din Statele Unite este utilizat termenul de „non-sistem”, care reprezintă un sistem difuz. Încă există inechități sociale și interregionale în starea sănătății populației, dar acestea nu sunt cu mult mai mari decât în țările cu un acces universal la asistența medicală. Lipsește accesul universal, iar sistemul de asistență medicală este cel mai costisitor din lume. Diferențele sociale în starea sănătății sunt indicatori care dovedesc faptul că sistemul sanitar al Statelor Unite încă nu și-a dezvoltat pe deplin potențialul curativ profilactic [13].

Potrivit Biroului american de recensământ, proporția persoanelor fără asigurare de sănătate era în anul 2008 de 15,4%, adică 46,3 milioane de persoane. Dintre aceștia, circa 10 milioane erau străini cu drept de rezidență în Statele Unite [14].

Această situație a creat premisele inițierii unei reforme a sistemului de sănătate american. Reforma inițiată de Casa Albă în anul 2010 propune crearea unui sistem public al asigurărilor de sănătate, de care ar urma să beneficieze majoritatea americanilor și va permite garantarea unei asigurări medicale pentru 32 de milioane de americani, care în prezent nu beneficiază de acest drept. Obiectivul este ca 95% dintre americanii cu vârsta de pînă la 65 de ani să aibă o asigurare în caz de boală. Cei mai în vârstă sunt deja protejați prin sistemul de asigurare publică - Medicare. Reforma care va costa 940 de miliarde de dolari în următorii zece ani ar urma să

reducă deficitul american cu 138 de miliarde de dolari, potrivit Biroului pentru Buget al Congresului și prevede o scădere a cheltuielilor programului de asigurări de sănătate pentru persoanele în vârstă (Medicare).

Programul național sanitar canadian a asigurat populația cu un acces universal la un set complex de servicii medico-sanitare, fără a modifica practica medicală de bază de la practica individuală privată la cea bazată pe plata pentru serviciu [15].

Acest program de sănătate reprezintă un sistem de asigurare medicală provincială, guvernul federal ocupându-se de stabilirea standardelor și asistența financiară. Astăzi acest sistem este cunoscut ca Medicare. Acest program a permis asigurarea tuturor canadienilor cu asistență medicală finanțată de stat, în același timp existând și modele private de asistență medicală. Programul canadian de asigurare medicală s-a confruntat de asemenea cu creșterea vertiginoasă a costurilor serviciilor medicale. La sfârșitul anilor '90 ritmul de creștere a costurilor asistenței medicale a fost micșorat prin intermediul măsurilor stricte de reducere a asistenței medicale spitalicești. Asigurarea medicală universală a fost implementată fără a reforma serviciile mixte, căile de finanțare a lor, inițial serviciilor preventive acordându-se o atenție insuficientă.

Sistemul sanitar canadian a creat cu succes un program național de asigurare medicală universală în America de Nord și este un exemplu viu și reușit de reforme sanitare pe plan internațional.

Însă acest model are și neajunsuri în special determinate de tendința de a inhiba dezvoltarea modelului privat de acordare a asistenței medicale [16]. În pofida impactului financiar și al necesității analizei economice cu selectarea priorităților, canadienii sunt ferm afiliați la principiul accesului universal și administrării publice a sistemelor sanitare.

Unul din momentele cruciale, care a determinat dezvoltarea Sistemului Național de Sănătate al Marii Britanii a fost implementarea modelului propus de William Beveridge. Principalele caracteristici legate de aspectul financiar al acestui model sunt: populația are acces liber la serviciile de sănătate bazate pe taxele obligatorii din venituri, deci există un grad ridicat de echitate socială; resursele financiare provin din colectarea de taxe pe venituri, iar sistemul este gestionat de către stat; cei care oferă servicii medicale în ambulatoriu sunt angajați ai statului. Plățile către prestatori sunt făcute prin salarii și în funcție de numărul pacienților. Prestatorii de servicii medicale secundare au la dispoziție un buget general.

Acoperirea populației cu asigurări de sănătate este universală. Cetățenii englezi au acces în mod egal la toate serviciile medicale necesare, indiferent de statutul financiar.

Serviciul Național de Sănătate este finanțat din surse publice care acoperă: serviciile preventive; serviciile spitalicești și medicamentele furnizate; serviciile ambulatorii și medicamentele furnizate; serviciile furnizate de către medicii generalişti; îngrijirile de sănătate mintală; îngrijirile stomatologice; serviciile de rehabilitare și consiliere pentru dizabilități.

Există însă puține situații care fac obiectul divizării costurilor. Medicamentele prescrise de către medicul generalist fac subiectul unei coplăți din partea pacientului (7.10£ = 8.85€ per prescripție), dar în jur de 88% din prescripții sunt scutite de la contribuția pacientului. Pentru serviciile stomatologice se plătește o coplată de până la 200£ = 250€ pe an; în unele zone este foarte dificil să obții servicii stomatologice finanțate din surse publice. La nivel național, în anul 2005, plățile directe au reprezentat 11,9% din totalul cheltuielilor de sănătate.

Există măsuri de scădere a costurilor care pot avea însă un impact nepotrivit sau exagerat pentru anumite grupe de pacienți. Sunt excluse de la coplata pentru medicamente următoarele persoane: copiii sub 16 ani și cei între 16-18 ani, dar care sunt înscriși în sistemul de învățământ de tip full time; vîrstnicii de 60 de ani și peste; persoanele cu venit scăzut; gravidele și femeile care au născut un copil în ultimele 12 luni și persoanele cu dizabilități sau anumite afecțiuni. Se fac și reduceri de plată prin acordarea de certificate pentru persoanele nevoite să folosească o cantitate mare de medicamente. Costurile de transport la unitățile medicale sunt, de asemenea, acoperite pentru persoanele cu venit scăzut [17].

Serviciul Național de Sănătate al Marii Britanii include 3 servicii paralele: serviciul spitalicesc cu medici salariați, servicii medicale oferite de medicii generalişti (și stomatologi) independenți cu remunerarea lor în baza principiului capitației și serviciul de sănătate publică cu personal salariat. Serviciile spitalicesc și general sunt gestionate de administrații sau consilii publice, iar cel de sănătate publică – de autoritățile locale. Reformele anilor '90 au inclus introducerea competiției între furnizorii de asistență medicală, dezvoltarea serviciilor medicale comunitare și reducerea în continuare a numărului de paturi spitalicești. Aceste reforme au intenționat să ofere o posibilitate mai mare de alegere pentru pacient și furnizorul de asistență primară, fiind introdusă motivația financiară pentru o asistență medicală eficientă și calitativă. Una din inovațiile majore ale sistemului sanitar din Marea Britanie o constituie împuternicirea serviciilor medicale pentru familie de a administra bugetele deținătorilor de fonduri în asistența medicală primară, realizată prin intermediul achitării serviciilor medicale și a celor spitalicești în baza principiului capitației.

Serviciul Național de Sănătate totalizează 86% din cheltuieli. Este finanțat, în principal, din taxe generale (76%), dar și din asigurările naționale (19%) și direct de la pacienți (5%). În afara veniturilor Serviciului Național de Sănătate, acumulate prin serviciile stomatologice și

medicamente furnizate populației, există și venituri provenite din alte plăți și contribuții, cum ar fi cele ale pacienților privați care beneficiază de serviciile publice [17].

În prezent spitalele nu mai sunt finanțate de către Serviciul Național de Sănătate, veniturile lor derivând din serviciile prestate Autorităților Sanitare, medicilor generalişti deținători de fonduri, sistemului de asigurare medicală privată și pacienților care achită personal costul serviciilor, plata pentru asistența spitalicească fiind achitată în baza grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG). Aceasta permite spitalelor să funcționeze ca unități economice independente, determinând singure setul necesar de servicii, condițiile de lucru ale personalului și având posibilitatea de a procura alte spitale sau terenuri pentru construcția acestora. Decentralizarea cu delegarea puterii administrative către Autoritățile Sanitare Districtuale a fost obținută prin finanțarea acestora în baza principiului capitației cu ajustarea la risc de vîrstă, sex și mortalitate.

Serviciul Național de Sănătate a reușit să asigure accesul universal la asistența medicală pentru toată populația Marii Britanii. El este considerat cel mai cost-eficient [18].

Pe de altă parte, cetățenii din Marea Britanie au libertatea de a beneficia și de asigurări private de sănătate. Ele sunt reprezentate de un amestec de societăți de asigurări (organizate pentru profit sau nonprofit) care prestează suplimentar asigurări private de sănătate. Asigurările private oferă, în comparație cu asistența medicală acoperită de Serviciul Național de Sănătate, posibilitatea alegerii specialiștilor, evitarea listelor lungi de așteptare pentru chirurgia elective, precum și standarde înalte de confort și intimitate. În anul 2008 circa 15% din britanici aveau deja o astfel de asigurare complementară, iar tendința este în creștere. În Regatul Unit există și posibilitatea asigurării private totale. Deși persoanele care optează pentru acest tip de asigurări nu folosesc serviciul național, nu beneficiază de reduceri de taxe [19].

Fiecare sistem sanitar din țările nordice își are propriile caracteristici și grad de progresare a reformelor. Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia și Suedia au fost liderii mondiali în multiple domenii sanitare publice. Sistemele acestor țări au fost mult influențate de Serviciul Național de Sănătate britanic. Dar, spre deosebire de Marea Britanie, în aceste țări prin intermediul puternicelor organizații guvernamentale regionale și locale au fost decentralizate programele de asistență medicală. Între 50-70% din veniturile sistemelor sanitare din aceste țări provin din impozitele personale vărsate în vistieria administrațiilor regionale sau municipale. Restul cheltuielilor sunt asigurate din veniturile guvernului național (TVA, taxe de acciz, pentru bunurile imobile, pentru corporații etc.). Mijloacele financiare naționale sunt distribuite sub formă de granturi în bloc cu scop de minimalizare a inechităților interregionale cu oferirea granturilor suplimentare pentru învățămîntul medical. Fundațiile naționale de asigurare achită

plata pentru serviciile ambulatorii. Autoritățile municipale finanțează asistența de lungă durată a vîrstnicilor. În Finlanda a fost introdusă practica de participare financiară a pacienților în acoperirea cheltuielilor sanitare regionale, care constituie 2-3%. Această participare simbolică la finanțarea asistenței medicale nu are un impact semnificativ asupra bunăstării pacientului, fiind asigurată o prosperitate totală a populației cu un sistem bine organizat de securitate socială [20].

Sistemul de asigurare medicală suedez s-a dezvoltat pe parcursul a mai multor decenii, devenind obligatoriu în anul 1955, acoperind toate cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească și ambulatorie de stat sau privată. Asistența medicală este preponderent finanțată de stat, sursele de finanțare fiind asigurate de patroni și guvern, totodată fiind răspîndită și practica de participare a pacientului la achitarea serviciilor medico-sanitare. Reformele curente sunt axate pe îmbunătățirea asistenței medicale primare și reducerea numărului de paturi spitalicești. Aceste reforme au permis contractarea serviciilor de sănătate publică, ceea ce a oferit furnizorilor de asistență medicală primară posibilitatea de a selecta cele mai cost-eficiente. Spitalele în Suedia funcționează ca unități economice aparte, echilibrînd de sine stătător veniturile și cheltuielile și în noile condiții ale economiei de piață, fiind într-o competiție permanentă pentru fluxul de pacienți. Instituțiile medico-sanitare publice concurează cu cele private și în unele cazuri procură serviciile de la sectorul privat. Aceasta a contribuit la reducerea timpului de așteptare a intervențiilor chirurgicale și a dus la falimentul spitalelor ineficiente sau cu un nivel inacceptabil de asistență medicală. Responsabilitatea pentru asistența socială de lungă durată a vîrstnicilor a fost transferată agențiilor de servicii sociale [21].

Pînă în anii '80 Finlanda dispunea de un număr excesiv de paturi spitalicești. Ulterior, recunoscînd necesitatea limitării asistenței spitalicești și a fortificării asistenței primare, serviciilor preventive și sociale, și a promovării sănătății, politica sanitară a fost modificată. Ca rezultat, numărul de paturi spitalicești este și astăzi în descreștere, fiind micșorată și durata medie de spitalizare, și majorată utilizarea asistenței ambulatorii și la domiciliu.

Reformarea serviciilor de asistență primară în anii '80 a redus, spre satisfacția pacienților, ineficacitatea acestora, birocrăția și durata de așteptare. Pentru achitarea acestora sunt utilizate principiile capitației și platei pentru serviciu. Reformele finanțării asistenței medico-sanitare au generat transformarea sprijinului financiar național al serviciilor medico-sanitare municipale în granturi în bloc oferite în baza principiului capitației autorităților municipale, care în prezent sunt responsabile atît de asistența spitalicească, cît și de cea medico-sanitară primară. Aceasta a oferit autorităților municipale o mai mare libertate în echilibrarea serviciilor în comunitate și în redirecționarea resurselor de la serviciile spitalicești la asistența primară. Centrele medico-

sanitare locale acordă majoritatea serviciilor medico-sanitare, inclusiv cele de reabilitare și auxiliare. În Finlanda accesul universal la asistența medico-sanitară este garantat pentru toți [22].

Reforma sanitară în Finlanda continuă în direcția decentralizării managementului serviciilor și planificării, și finanțării centralizate.

Țările Europei Centrale și de Vest sunt pionierii implementării programelor naționale de asigurare medicală la locul de muncă, guvernele naționale fiind responsabile de reglarea condițiilor de asigurare, stabilirea prețurilor la serviciile medicale și elaborarea politicilor sanitare. Cel mai răspândit tip de asigurare medicală este așa-numitul program bismarckian național de asigurare medicală, bazat pe compilarea elementelor de asigurare socială și medicală, introdus în Germania, Franța, Olanda, Belgia, Luxemburg, Austria și Elveția, fiecare program din aceste țări avînd propriile particularități și caracteristici.

În Germania contribuția guvernului la acoperirea cheltuielilor sanitare totale constituie 21%, în timp ce contribuțiile patronilor/angajatorilor acoperă 60% din aceste cheltuieli, 11% fiind achitate din mijloace personale și 7% de către asigurarea medicală privată. Spitalele sunt plătite în baza principiului de zi de spitalizare [23].

Germania este recunoscută ca fiind una din țările cu cele mai bune sisteme de asistență medicală din lume. Valoarea serviciilor de asigurări reprezintă circa 80% din fondurile cheltuite pentru securitatea socială.

Schema finanțată public este gestionată de peste 200 de fonduri de asigurări de sănătate aflate în competiție (cunoscute ca fonduri de boală – FB): organizații autonome, nonprofit, non-guvernamentale reglementate de guvern.

Reforma din sănătate, introdusă de guvern în anul 2007, a prevăzut obligativitatea asigurării medicale a celor care trăiesc în Germania.

Asigurarea de sănătate finanțată public (socială) este obligatorie pentru toți salariații cu un venit de pînă la 48.000 €/an și pentru cei aflați în întreținerea acestora. Persoanele cu venituri mai mari decît această sumă nu sunt obligați să se asigure. Însă, dacă doresc acest lucru, ei pot rămâne în schema de finanțare publică pe bază de voluntariat. Pot, de asemenea, să cumpere o asigurare privată sau pot să rămînă neasigurați.

În medie, contribuțiile angajaților reprezintă 8% din câștigurile brute, în timp ce angajatorul contribuie suplimentar cu 7%. Coasigurații sunt acoperiți prin membrii asigurați primar la un fond de boală. Persoanele neangajate contribuie în funcție de drepturile obținute din șomaj, dar din anul 2004 agenția de muncă a guvernului plătește o rată fixă pe persoană, pentru șomerii pe termen lung. Astăzi, fondurile de boală sunt libere să stabilească propriile rate de contribuție, pentru toți ceilalți membri. Din anul 2009 este stabilită de către guvern o rată de

contribuție uniformă și, deși fondurile continua să colecteze contribuțiile, toate acestea sunt centralizate de către un nou fond național, care alocă resurse la fiecare fond, bazându-se pe o formulă de capitație îmbunătățită, ajustată în funcție de risc. Suplimentar la aceasta, fondurilor li se permite să-și suplimenteze proprii membri cu o rată a primei pe care o aprobă.

Schema de finanțare publică acoperă aproape 88% din populație. Aproape $\frac{3}{4}$ dintre cei care sunt capabili să aleagă între asigurarea privată și publică (mai puțin de 20% din populație) optează să rămână în schema publică, aceasta oferind acoperire gratuită pentru cei aflați în întreținere. Majoritatea dintre cei rămași își cumpără o asigurare privată de sănătate. În total, 10% din populație sunt acoperiți de o asigurare privată de sănătate; în principal, funcționarii publici și liberi profesioniștii, care, în general, nu îndeplinesc condițiile pentru o asigurare socială de sănătate. Mai puțin de 1% din populație este neasigurată. Din anul 2009, asigurarea de sănătate este obligatorie pentru întreaga populație, depinzând de asigurarea anterioară și/sau statutul de angajat [24].

Contribuțiile la fondurile de asigurare sunt împărțite 50% la 50% între angajator și angajat, indiferent de opțiunea acestuia (schema de asigurări de stat sau privată). Asigurarea minimă obligatorie prevede accesul, la cel puțin, un spital și la tratament ambulator și trebuie să includă, obligatoriu, tratamentul pentru femeile însărcinate. Costurile în sistemul de îngrijire a sănătății din Germania au fost ridicate, ca urmare a creșterii indicilor demografici, precum și a ratei șomajului.

Pachetul de beneficii finanțate public acoperă: servicii preventive, îngrijiri spitalicești și ambulatorii, servicii acordate de medici, servicii de sănătate mintală, servicii stomatologice, prescriere de medicamente, reabilitare și compensații pentru concediu de boală. Îngrijirile pe termen lung sunt acoperite de o schemă separată de asigurare, care este obligatorie pentru întreaga populație, începând din anul 1995.

Asigurarea privată de sănătate joacă un rol substitutiv și acoperă grupuri excluse de la asigurarea finanțată public (funcționarii publici, liber-profesioniștii ; primii au o parte din costuri rambursate direct de angajatori) și pe cei cu venituri mari care aleg să opteze în afara schemei publice. Toți plătesc o primă în funcție de risc, deși contractele sunt bazate pe subscriere în timpul vieții, astfel că riscul este evaluat numai la intrare în respectiva schemă. Asigurarea privată substitutivă este reglementată de guvern pentru a exista garanția, că cel asigurat poate face față primelor în creștere, pe măsură ce îmbătrânește (vârstele înaintate presupun pensionare) și că nu sunt împovărați prea mult de prime, dacă venitul lor scade (au acces la un «tarif standard» cu beneficii și premii care se potrivesc cu cele din schema publică). Din anul 2009,

asiguratorilor privați care oferă acoperire substitutivă li se cere să ia parte la o schemă de ajustare a riscului, pentru a finanța costurile de acoperire pentru bolnavi, care, în caz contrar, nu și-ar permite o primă bazată pe risc. Asigurarea privată joacă, de asemenea, un rol mixt complementar și suplimentar, furnizând membrilor fondului acoperire pentru unele costuri ale serviciilor de sănătate și acces la un confort mai avansat.

Schema tradițională finanțată public a impus puține prevederi de împărțire a costurilor (în principal pentru servicii dentare și farmaceutice). Astfel, în anul 2004 au fost introduse coplăți pentru consultațiile acordate de medici și dentiști (10 € pentru prima vizită pe trimestru sau următoarele vizite fără trimitere), în timp ce alte plăți s-au uniformizat: de la 5 la 10 € pe pachet de medicamente prescrise ambulator (excepție făcând situația în care prețul este cel puțin de 30% sub prețul de referință; este cazul a mai mult de 12.000 de medicamente), 10 € pe zi de internare (până la 28 zile pe an) și 5 -10 € pentru prescriere de ajutor medical. Pentru proteze dentare pacienții primesc o sumă destul de consistentă care acoperă, în medie, 50% din costuri. În total, plățile directe au reprezentat 13,8% din totalul cheltuielilor pentru sănătate în anul 2005.

Copiii până la vârsta de 18 ani sunt scutiți de coplăți. Coplata este, în general, limitată la un maxim de 2% din venitul anual al unei familii (sau 1% pentru bolnavii cronici). Pentru ceilalți membri ai familiei un procent din venitul anual este exclus din acest calcul.

Prin reformele adoptate recent, guvernul german a încercat să facă spitale cât mai competitive și, prin urmare, să reducă costurile pentru asigurările de stat furnizate de companii precum Gesetzliche Krankenversicherung sau GKV. Asigurările private de sănătate pot fi achiziționate doar în anumite cazuri. În general, acoperă mai multe arii de îngrijire, dar nu sunt, neapărat, mai avantajoase în termeni de costuri. Dacă opțiunea inițială a fost de a avea asigurare de sănătate de stat, nu se mai poate face trecerea la asigurări private, deoarece companiile vor fi obligate să ofere un tarif de bază la aceleași costuri, ca și cele de stat (începând cu anul 2009) [19].

Asigurările de sănătate reprezintă un pilon al securității sociale franceze. Acoperirea populației cu asigurări de sănătate este universală. Prin urmare, toate persoanele cu domiciliul în Franța beneficiază de protecție prin asigurare, indiferent de vârstă, venituri, sex și stare de sănătate (principiul solidarității). Aproximativ 80% din francezi preferă asigurarea de sănătate generală, așa-numitul *System général d'assurance maladie*.

Asigurarea acoperă riscurile financiare generate de boală, maternitate, invaliditate și deces. Mai mult decât atât, aceasta oferă protecție financiară în caz de accident de muncă și boli profesionale. Așa-numita *Couverture maladie universelle (CMU)* a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2000, cu scopul de a introduce un sistem obligatoriu de asigurări de sănătate dedicate celor care

nu au ocupație. Statul finanțează acoperirea pentru rezidenții neeligibili (0,4% din populație), în cadrul schemei de asigurări de sănătate publice și, de asemenea, servicii pentru rezidenți ilegali (L'Aide Médicale d'Etat; AME).

Problema în ceea ce privește modelul francez constă în faptul că veniturile pentru asigurările generale de sănătate sunt dependente de situația economică.

Schema de asigurare publică este finanțată prin:

- taxe plătite de angajați și angajatori (43%);
- taxa națională pe venit (contribution sociale généralisée - 33%), creată în anul 1990 pentru a crește venitul care stă la baza securității sociale;
- venituri din taxe percepute pe alcool și tutun (8%);
- subvenționări de la stat (2%);
- transferuri din alte sectoare ale securității sociale (8%).

CMU este finanțat, în principal, de stat printr-o taxă/acciză pe tutun și o taxă de 2,5 % pe venitul asiguratorilor privați care furnizează acoperirea complementară. Există un plafon asupra contribuțiilor angajatorilor (12,8% din venitul brut) și angajaților (0,75%) care sunt colectate de către o agenție națională de securitate socială.

Fondurile de asigurări publice sunt administrate de un consiliu de reprezentanți, cu egală reprezentare din partea angajatorilor și a angajaților (sindicate). În fiecare an parlamentul stabilește un plafon pentru rata de creștere a cheltuielilor în cadrul schemei de asigurări publice pentru următorul an (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, ONDAM). În anul 2004, printr-o nouă lege, s-au creat două asociații noi: Uniunea Națională a Fondurilor de Asigurări (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM), încorporând toate fondurile de asigurări publice, și Uniunea Națională a Asiguratorilor Voluntari de Sănătate (Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie, UNOCAM), încorporând toate fondurile de asigurări private. Această lege a dat fondurilor publice responsabilitatea de a defini pachetul de servicii și de a stabili prețul și nivelurile de împărțire a costurilor.

Schema de asigurări de sănătate publică acoperă serviciile spitalicești, ambulatorii și prescrierea de medicamente. Aceasta asigură acoperire minimă pentru serviciile oftalmologice și stomatologice din ambulatoriu.

Împărțirea costului este larg aplicată la serviciile finanțate public și medicamente. Ratele de coasigurare sunt aplicate la toate serviciile prestate și la medicamentele listate în pachetul de beneficii finanțate public. Aceste rate variază în funcție de:

- tipul de serviciu: Servicii spitalicești (20% + o coplată zilnică de 16 €), vizita

doctorului (30%), servicii stomatologice (30%);

- tipul de pacient: Pacienții cu condiții cronice și pacienții mai săraci sunt scutiți de împărțirea costului;

- eficacitatea medicamentelor prescrise: 0% pentru medicamente cu eficacitate mare, 35%, 65% și 100% pentru medicamente de valoare terapeutică limitată;

- opțiunea pacienților în legătură cu sistemul de “gatekeeping” (médecin referent). Vizitele la medicul generalist referent sunt supuse la o rată de coasigurare de 30%, în timp ce vizitele la alt medic generalist reprezintă 50% din rata de coasigurare; diferența dintre cele două rate nu poate fi rambursată de asigurarea privată complementară.

Suplimentar la împărțirea costului prin coasigurare, care poate fi în întregime rambursat prin asigurarea privată complementară, începând cu anul 2008, se aplică următoarele coplăți nerambursabile, pînă la un plafon de 50 €: 1 € per vizită, 0,50 € pentru medicament prescris, 2 € pentru transport cu ambulanța și 18 € pentru tratamente costisitoare.

Rambursarea prin schema de asigurări publice este bazată pe un preț de referință. Medicii și dentiștii pot suplimenta acest preț de referință (extraplată), în funcție de nivelul experienței profesionale pe care o dețin. Diferența dintre prețul de referință și extraplată trebuie să fie plătită de pacient și poate sau nu poate să fie acoperită de asigurarea privată complementară.

Persoanele care primesc beneficii pentru accidente de muncă sau dizabilități, persoanele cu boli cronice specifice, cele cu venituri mici beneficiază de anumite scutiri. Coasigurarea spitalicească se aplică numai la primele 31 de zile de internare, există, însă, unele intervenții chirurgicale cu scutire. Copiii și persoanele cu venituri mici sunt scutiți de la plăți nerambursabile [24].

În Franța există și alte asigurări de sănătate, în afară de cea generală, destinate persoanelor care desfășoară activități independente, artiștilor și comercianților (3,1%), agricultorilor (4,2%), precum și unor grupuri profesionale ca: marinarii, minerii sau persoanele care lucrează în transportul feroviar. Deși Franța are un sistem public de sănătate, acesta nu acoperă toate nevoile pacienților. Asigurarea complementară privată acoperă împărțirea costurilor (partea din costul unei îngrijiri nerambursată de schema de asigurare publică). Aceasta se aplică numai la serviciile și medicamentele din pachetul de beneficii finanțate public. Cei mai mulți oameni obțin asigurarea privată complementară prin angajatorul lor. Din anul 2000, persoanele cu venituri mici au dreptul la asigurare privată complementară gratuită (CMU-C) și îngrijiri oftalmologice și stomatologice gratuite; suplimentar, ei nu plătesc extraplată medicilor.

Asigurarea privată complementară acoperă peste 92% din populație.

Pe de altă parte, Franța are și un sistem de polițe de asigurare private, diferite de cele complementare. În acest caz, agentul de asigurări își asumă toate riscurile, mai puțin pe cele neacoperite de poliță, de această dată pacientul fiind cel care trebuie să plătească.

În anul 2005 plățile directe și asigurările private de sănătate reprezentau 7,4% și, respectiv, 12,8% din totalul cheltuielilor pentru sănătate.

Sistemul de sănătate francez este al treilea cel mai scump din lume, reprezentând aproximativ 11% din PIB [19].

Sistemul de asistență medicală din Olanda este finanțat atât din banii publici, cât și de sectorul privat, serviciile medicale fiind acordate de organizații private.

De la începutul anului 2006 orice rezident sau orice plătitor al taxei pe venit este eligibil pentru a beneficia de îngrijiri de sănătate acoperite prin sistemul de asigurări de sănătate.

Asigurările obligatorii de sănătate reprezintă principalul sistem de asigurări de sănătate, fiind finanțat printr-un mix de contribuții în raport cu venitul și primele plătite de către asigurat. Contribuția în funcție de venit este stabilită la 6,5% din primii 30.000€ din venitul anual impozabil. Angajatorii trebuie să restituie angajaților această contribuție de 6,5%, iar, angajații, la rândul lor, trebuie să plătească o taxă pentru suma rambursată. Pentru persoanele care nu au un angajator și nu primesc nici beneficii acordate neangajaților, contribuția este mai mică, respectiv 4,4%. Contribuția liber-profesioniștilor este evaluată individual de către Departamentul de taxe și impozite. Contribuțiile sunt colectate la nivel central și distribuite asigurătorilor în baza unei formule care ia în calcul capitația ajustată prin gradul de risc. Contribuția angajaților constituie 4,95% și a patronilor – 3,15% din cheltuielile sanitare totale.

În anul 2006 media primei anuale a fost de 1050€ Guvernul plătește primele de asigurare a copiilor pînă la împlinirea vârstei de 18 ani. În anul 2005 sursele publice de finanțare au reprezentat 65,7% din totalul cheltuielilor pentru sănătate; în anul 2006 această proporție a crescut pînă în jur de 78% [25].

Acoperirea cu asigurări de sănătate este statutară prin intermediul Legii asigurărilor de sănătate (Zorgverzekeringswet; ZVW) și este realizată de către furnizori privați de servicii de sănătate. Proporția populației neasigurate este estimată la 1,5%, o cifră care, probabil, va crește. Pacienții din aziluri sunt acoperiți de către guvern și, de asemenea, există câteva mecanisme prin care sunt rambursate costurile cu îngrijirile de sănătate acordate imigranților ilegali, care sunt în imposibilitatea de a plăti pentru îngrijirile primite.

Înainte de anul 2006, persoanele cu venituri anuale peste plafonul stabilit prin lege și dependenții acestora (aproximativ 35% din populație) erau excluși de la acoperirea obligatorie furnizată prin fondurile publice de boală. În situațiile în care aceste persoane solicitau asigurare

de sănătate, o puteau obține de la asiguratorii privați de sănătate. În anul 2005 asigurarile private de sănătate reprezentau 20,1% din totalul cheltuielilor pentru sănătate.

Această formă privată și substitutivă de asigurare de sănătate a fost reglementată de către guvern pentru:

- asigurarea accesului adecvat la îngrijirile de sănătate pentru vîrstnici și persoane cu stare precară de sănătate;
- acoperirea unui quantum disproporționat de indivizi cu risc înalt de îmbolnăvire;
- compensarea și completarea schemei asigurarilor de sănătate finanțate din fonduri publice.

De-a lungul timpului, creșterea insatisfacției față de acest sistem dual de acoperire (public și privat) a condus la instituirea reformelor ulterioare. Astfel, sistemul substitutiv de asigurări private de sănătate a fost abolit în anul 2006. Majoritatea populației a apelat la o combinație de asigurări private de sănătate, complementare și suplimentare, furnizate de către același asigurator care furnizează asigurarea de stat.

Fundațiile de asigurare medicală au fost înființate după principiul localizării geografice, acoperind cu asigurare majoritatea populației.

Asiguratorii sunt obligați, legal, să furnizeze un pachet standard de beneficii, acoperind următoarele servicii: îngrijirile medicale, incluzînd îngrijirile prestate de către medicii generaliști, medicii specialiști din spitale și moașe; îngrijirile spitalicești; îngrijirile stomatologice (pînă la vîrsta de 18 ani); urgențele medicale; medicamentele; îngrijirile obstetricale; serviciile de ambulanță și transport ale pacienților; îngrijirile paramedicale.

Asiguratorii pot decide de către cine și cum vor fi prestate aceste îngrijiri, aspect prin care asigurații beneficiază de măsurile politicilor bazate pe calitate și cost.

Suplimentar pachetului standard de beneficii, toți cetățenii sunt acoperiți prin schema Cheltuielilor Medicale Excepționale (AWBZ) pentru o gamă largă de servicii ce vizează afecțiunile cronice și sănătatea mintală, îngrijirile la domiciliu și îngrijirile de tip nursing la domiciliu.

Multe persoane, de asemenea, dețin o asigurare privată, complementară de sănătate pentru serviciile neacoperite prin pachetul standard de beneficii.

Asiguratul plătește asiguratorului privat de sănătate o primă de asigurare (stabilită de asigurator), astfel încît persoanele cu aceeași afecțiune vor plăti aceeași primă de asigurare. Pentru exemplificare, în anul 2006, o persoană asigurată era eligibilă pentru o despăgubire de 255€ în situațiile în care nu investea nici un cost pentru îngrijirile de sănătate. Dacă cheltuielile

erau sub 255€ asigurații primeau diferența la sfârșitul anului. La acest sistem de bonificare s-a renunțat în anul 2007, sistemul fiind înlocuit de un sistem de deductibilități. Fiecare asigurat în vîrstă de 18 ani sau peste plătește acum pentru prima îngrijire medicală acordată într-un an calendaristic (cu unele servicii excluse de la regula generală).

Plățile directe, exprimate prin proporția din totalul cheltuielilor de sănătate, au rămas la același nivel (în jur de 8%) și după reformele din anul 2006.

Guvernul acordă “reduceri pentru îngrijirile de sănătate” prestate persoanelor cu venit scăzut, dacă valoarea medie a primei de asigurare depășește 5% din venitul total al gospodăriei [25].

Reforma sanitară după anul 2006 din Olanda a fost axată pe introducerea mecanismelor de piață competitive, pentru a le oferi beneficiarilor o mai mare posibilitate de alegere dintre fundațiile și companiile private de asigurare medicală.

Legislația olandeză în materia asigurărilor de sănătate are la bază principiul acordării prestațiilor în natură, conform căruia personalul medical autorizat acordă, în mod gratuit, îngrijire medicală asiguraților. Prin personal autorizat se subînțelege cel care a încheiat convenții cu casele de asigurări. Prin urmare, pacienții nu pot beneficia, în mod gratuit, nici în Olanda, nici în străinătate, de îngrijiri medicale din partea personalului care nu a încheiat astfel de convenții cu casele de asigurări olandeze, decît după obținerea prealabilă a unei autorizații speciale. Această autorizație se poate acorda numai dacă se face dovadă, că îngrijirile respective sunt necesare și nu pot fi acordate în timp util de un medic autorizat în Olanda [26].

În Japonia către mijlocul anilor '60, practic, toată populația era asigurată medical fie de către patroni, fie de administrația locală sau asociațiile de comerț. Prin 2 legi a fost stabilit mecanismul de asigurare statală a vîrstnicilor și săracilor (32% din toată populația). Asigurarea acestor grupuri vulnerabile este administrată de autoritățile locale și asociațiile de comerț. Serviciul japonez de sănătate este finanțat din contul taxelor pe salarii, a căror mărime variază de la 3,6 la 4,55% pentru angajați și 4,1-4,7% pentru patroni. Statul acoperă 65% din cheltuielile sanitare totale, în același timp, controlînd prețurile prin intermediul programelor de prețuri obligatorii pentru coșul de servicii medicale [27].

Pînă la introducerea asigurării medicale obligatorii în anul 1993 în Federația Rusă toate beneficiile sociale erau finanțate din bugetul federal. Inițial, Programul național de asigurare medicală era bazat pe achitarea obligatorie de către patroni a plăților de asigurare în fundațiile regionale de asigurare medicală. Decentralizarea managementului și finanțării serviciilor medicale statale au majorat autonomia sanitară locală și regională. Totodată, mișcarea reformistă era lipsită de o strategie politică sanitară bine determinată de abordare a problemelor sănătății

publice. Responsabilitatea pentru elaborarea noilor direcții de dezvoltare a sistemului sanitar aparține autorităților sanitare federale și locale [9]. Legea nouă privitor la asigurările obligatorii de sănătate, adoptată în noiembrie anul 2010, prevede transformarea actualului sistem de finanțare, ca complementar bugetului de stat, într-un sistem dominant de finanțare a ocrotirii sănătății.

Israelul a atins standarde înalte de asistență medico-sanitară și indici performanți ai stării sănătății populației.

Asigurarea medicală a fost introdusă în Israel la 01 ianuarie 1995, acoperind toată populația prin intermediul sistemului național de securitate socială. Pentru această asigurare individul achită 3% din salariu cu o contribuție echivalentă a patronului. Asigurarea Națională cuprinde de asemenea persoanele în vârstă și cu dizabilități. Fiecare familie trebuie să-și aleagă fundația de asigurare medicală, care funcționează după legile organizațiilor de menținere a sănătății. Institutul de Asigurare Națională transferă fondurile fundațiilor de asigurare medicală în baza principiului capitației, alocările financiare pentru vârstnici și populația din regiunile în curs de dezvoltare fiind mai mari. Implementarea sistemului național de asigurare medicală a permis asigurarea accesului echitabil la serviciile medicale și a redus influențele politice asupra sistemului sanitar. Totodată, serviciile de asistență medicală primară sunt încă separate de instituțiile preventive și de tratament comunitar orientat, iar fundațiile de asigurare medicală acordă o atenție insuficientă măsurilor preventive [28].

În România, sistemul asigurărilor sociale de sănătate a fost introdus prin Legea nr.145/1997, renunțându-se, astfel, la modelul de finanțare de către stat a sistemului sanitar și adoptându-se sistemul sanitar bazat pe asigurări de sănătate, așa-numitul sistem bismarckian. Sistemul presupune obținerea de venituri prin contribuții obligatorii și modalități specifice de redistribuire și de alocare a fondurilor în sistemul de sănătate. Scopul introducerii acestui sistem de asigurări sociale de sănătate a fost acela de a contribui la dezvoltarea activității medicale, vizând în special prevenția și menținerea stării de sănătate a populației, prin asigurarea accesului fiecărui cetățean asigurat la servicii medicale calitative. Legea nr. 145/1997 a asigurărilor sociale de sănătate a suferit numeroase modificări după adoptarea sa, fiind apoi abrogată prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 150/2002, privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate. În prezent, asigurările sociale de sănătate sunt reglementate în Titlul VIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, lege prin care a fost abrogată O.U.G. nr. 150/2002. Potrivit prevederilor art. 208 din Legea nr. 95/2006, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației, care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, obiectivele acestui sistem fiind

protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident și asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu.

Asigurații, în sensul legii, sunt toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției la fond. În această calitate, persoana în cauză încheie un contract de asigurare cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin angajator.

Pentru a putea beneficia de drepturile ce decurg din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, asigurații sunt obligați, potrivit art. 219 din Lege, să se înscrie pe lista unui medic de familie, să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata și să prezinte prestatorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat. Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se formează din: contribuțiile persoanelor fizice și juridice, subvenții de la bugetul de stat și dobânzi, donații, sponsorizări, venituri obținute din exploatarea patrimoniului caselor de asigurări și alte venituri, în condițiile legii. Contribuția lunară a persoanei asigurate reiese din cota de 6,5% aplicată veniturilor obținute din salarii, veniturilor din activități independente, indemnizației de șomaj și pensiilor. Persoanele fizice sau juridice care au calitate de angajator au obligația să vireze la fond o contribuție de 7% asupra fondului de salarii, datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă. Veniturile fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează în conformitate cu prevederile art. 262 din Legea nr. 95/2006 pentru: plata serviciilor medicale și medicamentelor acordate în condițiile contractului-cadru; cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a maxim 3% din fondurile colectate; fondul de rezervă în cota de 1% din sumele constituite anual la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic și cele prevăzute în Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuziei, servicii de planificare familială în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru [29].

În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare serviciile medico-sanitare au fost moștenite de la regimurile coloniale și ulterior, în anii 1950-1960, influențate de modelul sovietic de organizare. Dezvoltarea asistenței medicale primare a fost neglijată, finanțată prost, resursele disponibile fiind alocate preponderent spitalelor clinice din centrele urbane mari, o bună parte a populației care locuia în localitățile rurale rămânând fără asistență. Ca rezultat, țările în curs de dezvoltare s-au confruntat cu necesitatea reformării sistemelor de sănătate.

Majoritatea țărilor în curs de dezvoltare cheltuiesc pentru sănătate mai puțin de 4% din PIB, majoritatea resurselor fiind alocate spitalelor costisitoare din centrele urbane mari. Lipsa finanțării statale adecvate determină necesitatea implementării asigurării medicale naționale, în special în țările moderat dezvoltate, scop al cărei este asigurarea majorității populației cu asistență medicală și colectarea fondurilor suplimentare pentru sistemul sanitar insuficient finanțat de stat.

Asigurarea medicală în aceste țări este realizată prin intermediul sistemului de securitate socială și asistență națională, care acoperă grupurile populaționale specifice, cum ar fi personalul militar și muncitorii unor ramuri speciale ale industriei. Practica privată este caracteristică pentru centrele urbane, deservind, în special, clasa socială medie.

De asemenea, decentralizarea managementului serviciilor medico-sanitare cu scop de majorare a rolului autorităților districtuale și locale poate îmbunătăți considerabil eficiența asistenței medicale acordate. Această decentralizare poate favoriza și acumularea de noi fonduri vital necesare sistemului sanitar în condițiile declinului economic [30,31].

1.2. Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova

Tranziția Republicii Moldova spre o economie de piață a generat necesitatea unui șir de reforme, inclusiv în sistemul de sănătate. La sfârșitul anilor '90, sistemul de sănătate din țară se afla într-un proces amplu de restructurări administrative, iar unii indicatori de sănătate rămâneau la nivel nesatisfăcător. Din aceste considerente, era importantă întreprinderea măsurilor imediate și eficiente în vederea ameliorării sănătății populației. Implementarea relațiilor de piață a impus reformarea modului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prin implementarea asigurării medicale obligatorii.

Circumstanțele au dictat aprobarea în anul 1998 a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, instituirea ulterioară a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, a cărei misiune la prima etapă a fost implementarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală – motorul reformelor sistemului de sănătate.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală, implementată în Republica Moldova din anul 2004, a reprezentat o reformă fundamentală a modului de organizare și finanțare a sistemului de sănătate. Astfel, s-a consolidat sistemul de sănătate prin creșterea considerabilă a finanțării instituțiilor medicale și s-au creat posibilități de optimizare în utilizarea resurselor și majorare a salariului lucrătorilor medicali [32]. S-a izbutit și asigurarea unei protecții financiare adecvate pentru persoanele încadrate în sistemul de asigurări. Deosebirea esențială între asigurarea obligatorie de asistență medicală și asigurările medicale facultative constă în calitatea serviciilor medicale prestate de către instituțiile medicale. Sistemul asigurării obligatorii de

asistență medicală încurajează posibilitatea existenței asigurărilor facultative de sănătate [33]. Relațiile de ofertă – cerere, calitate – cost sunt caracteristice numai asigurărilor facultative, deoarece acestea respectă toate caracteristicile relațiilor de piață. Asigurarea obligatorie de asistență medicală, avînd un aspect social pronunțat, nu poate respecta aceste legi [34, 35].

Necesitatea implementării unui sistem de asigurări obligatorii de sănătate în Republica Moldova a reieșit, evident, din faptul că acesta garantează, în primul rînd, o acoperire universală obligatorie a populației, constituindu-se în același timp un sistem garantat de stat de protecție a intereselor cetățenilor în domeniul sănătății, oferindu-le posibilități egale în obținerea asistenței medicale calitative, inclusă în Programul unic de servicii medicale. Deși în prezent acest tip de asigurare obligatorie de sănătate are o mare răspîndire în majoritatea țărilor, inclusiv în cele din Estul Europei, modelul de bază se regăsește în sistemul german de asigurări. Principiile după care se ghidează modelul sunt:

- solidaritatea dintre generații, dintre persoanele sănătoase și cele bolnave;
- echitate în acordarea serviciilor de sănătate;
- accesul universal al populației la servicii medicale și sociale;
- asigurarea îngrijirilor de bază, inclusiv de prevenire a bolilor, acordate de medicul de familie;
- dreptul persoanei asigurate să aleagă instituția medicală primară și medicul de profil general;
- descentralizarea economico-financiară a sistemului de sănătate și asigurarea unui înalt grad de autonomie prestatorilor de servicii medicale;
- garantarea calității prin intermediul acreditării instituțiilor medicale și acordării de licențe activităților medicale [36, 37, 38].

Adaptînd acest model necesităților Republicii Moldova, el prezintă la nivel național următoarele caracteristici de bază:

- aceleași servicii medicale pentru toți contribuabilii;
- contribuțiile sunt plătite de patron și de salariat;
- statul este angajat să achite contribuțiile persoanelor vulnerabile sau dezavantajate din punct de vedere social;
- se exercită controlul public asupra administrării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Printre problemele cele mai importante care au fost soluționate în perioada de implementare a asigurării obligatorii de asistență medicală pot fi menționate:

- creșterea substanțială a finanțării sistemului de sănătate;
- formarea unui fond unic centralizat, care permite redistribuirea riscurilor;
- schimbarea statutului instituțiilor medicale și finanțarea lor pe bază de contract;
- aprobarea Programului unic de servicii medicale;
- sporirea accesului populației la servicii medicale;
- reducerea poverii financiare a persoanelor în caz de îmbolnăvire [39, 40].

Odată cu implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală, finanțarea sectorului de sănătate a crescut semnificativ, de la 1 070,7 mln lei în anul 2004 pînă la 6 550,3 mln lei în anul 2015.

Conform cadrului bugetar de cheltuieli pe termen mediu, prima de asigurare obligatorie de asistență medicală a avut o dinamică pozitivă, majorîndu-se de la 4% în anul 2004 pînă la 9% în anul 2015, fiind distribuită egal între angajator și salariat.

Prin transfer direct de la buget către Compania Națională de Asigurări în Medicină, Statul asigură categorii importante de persoane vulnerabile. În același timp, după datele CNAM la sfîrșitul anului 2015, cota persoanelor neasigurate a constituit circa 14,4% din populația Republicii Moldova. Ponderea acumulărilor de la persoanele fizice care achită prima de asigurare în sumă fixă constituie doar 1,8% din totalul încasărilor la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2015.

Problema acoperirii în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală rămîne a fi una importantă atît în ceea ce privește accesibilitatea, calitatea serviciilor medicale, cît și echitatea și solidaritatea [41, 42].

Cu toate avantajele și dezavantajele, sistemul de asigurări medicale obligatorii din țară a înregistrat rezultate considerabile, apreciate de către numeroși experți internaționali. Organizația Mondială a Sănătății a calificat sistemul de asigurări în medicină din Republica Moldova în anul 2007 drept unul dintre cele mai bune și a recomandat implementarea lui tuturor țărilor în curs de dezvoltare (Decizia OMS, anul 2007).

1.3. Impactul sistemului actual al asigurării obligatorii de asistență medicală asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova

Numărul populației stabile a Republicii Moldova la 1 ianuarie 2015 a constituit 3 555,2 mii persoane, din care 1 507,3 mii (42,4%) – populația urbană și 2 047,9 mii (57,6%) – cea rurală. Repartizarea populației după sexe se prezintă astfel: 51,9% – femei și 48,1% – bărbați. Această tendință este caracteristică pentru ultimii nouă ani [43]. Structura pe vîrste a populației relevă tendințe caracteristice procesului de îmbătrînire demografică, determinat, în principal, de

scăderea natalității și, respectiv, reducerea absolută și relativă a populației tinere. Astfel, comparativ cu 1 ianuarie 2006, ponderea copiilor (0-14 ani) s-a redus de la 18,3% pînă la 16,0% (- 90,0 mii persoane), iar ponderea vîrstnicilor (65 ani și peste) s-a majorat de la 9,8% la 10,3% (+14,6 mii persoane). Situația demografică a Republicii Moldova a cunoscut o deteriorare profundă și constantă începînd cu prima jumătate a anilor 1990, pe fundalul schimbărilor politice, economice și sociale generate de tranziția economică și socială. Deteriorarea nu este specifică numai Republicii Moldova, aproape toate țările Europei de Vest și Europei de Sud Est au suportat schimbări demografice considerabile și predominant negative [44].

Procesul de tranziție prin care a trecut Republica Moldova în ultimii 20 de ani a creat atît oportunități, cît și provocări pentru cetățenii republicii. Dar aceste oportunități adesea au implicat și costuri sociale enorme, ale căror efecte pot fi resimțite și astăzi. Procesul de tranziție a creat adesea provocări de natură economică, socială și politică. Astăzi Republica Moldova este un stat independent și suveran, dar continuă a fi considerată cea mai săracă țară din Europa. Reducerea veniturilor reale ale populației și explozia sărăciei în zonele rurale, creșterea șomajului, intensificarea proceselor de migrație, precum și capacitatea redusă a sistemului de protecție socială de a răspunde provocărilor sociale – toate acestea au contribuit la intensificarea excluziunii sociale cu care se confruntă un număr impunător de cetățeni ai țării.

Excluziunea socială este strîns legată de conceptul dezvoltării umane, introdus de către PNUD în anul 1990 și reconfirmat douăzeci de ani mai tîrziu în Raportul Global al Dezvoltării Umane, intitulat *Adevărata Bogăție a Națiunilor: Căi către Dezvoltarea Umană*. Paradigma dezvoltării umane a fost lansată în 1990 de către Mahbub Ul Haq, Amartya Sen, Frances Stewart, Paul Streeten și alții, fiind amplificată în Rapoartele de Dezvoltare Umană ale PNUD. Dezvoltarea umană depășește obiectivele de reducere a sărăciei, luîndu-i în considerație și pe cei care nu sunt săraci, dar care pot fi analfabeți, discriminați sau care nu au acces la asistență medicală. Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare (PNUD) publică, începînd cu anul 1990, un raport al dezvoltării umane „Human Development Report”. Principala contribuție a acestui raport este calculul unui Indice (Index) al Dezvoltării Umane (IDU), inițial pentru 130 de țări, ulterior s-a ajuns la 187 de țări. Valoarea IDU se înscrie pe intervalul 0–1. Pentru a determina IDU, s-a hotărât utilizarea a patru indicatori pentru trei domenii. Aceștia sunt: produsul intern brut (mai exact produsul intern brut pe locuitor exprimat în dolari SUA la paritatea puterii de cumpărare), speranța de viață la naștere, gradul de alfabetizare și rata de școlarizare a copiilor și tinerilor. Conform Raportului, valoarea IDU a Republicii Moldova în 2014 constituia 0,693, poziționînd țara pe locul 107 în categoria statelor cu o dezvoltare umană medie, dintr-un număr

de 188 de țări și teritorii ale lumii. Între anii 1995 și 2014, Indicele Dezvoltării Umane (IDU) al Republicii Moldova a crescut de la 0,645 pînă la 0,693.

Analiza progreselor înregistrate de Republica Moldova la fiecare dintre cei cîțiva indicatori care compun Indicele Dezvoltării Umane, raportul din anul 2014 relevă că între anii 1980 și 2014 speranța de viață la naștere a crescut cu 6,6 ani, media anilor de școlarizare a crescut cu 4,8, iar durata preconizată a școlarizării a scăzut cu 0,1 ani. Între anii 1990 și 2014, PIB-ul pe cap de locuitor s-a micșorat cu aproximativ 20,8% [45].

Indicele Dezvoltării Umane al Republicii Moldova în valoare de 0,693 se situează peste media de 0,630 a grupului de țări cu o dezvoltare umană medie, dar sub media de 0,748 a statelor din Europa și Asia Centrală. Din Europa și Asia Centrală, țările care sunt apropiate de Republica Moldova ca nivel de dezvoltare umană sunt Turkmenistanul și Uzbekistanul, ocupînd în clasamentul dezvoltării umane pozițiile 109 și 114, respectiv [46].

În Republica Moldova IDU nu a avut o evoluție uniformă. Primii ani de tranziție au afectat considerabil dezvoltarea umană și au dus la un declin drastic în valorile IDU. Cauza principală a acestui declin a fost scăderea standardelor de viață ale populației. O creștere a valorilor IDU a fost înregistrată începînd cu anul 2001, în principal ca urmare a renașterii economiei naționale (Tabelul 1.1). Analiza unor componente ale IDU, efectuată mai jos, arată că evoluția acestuia nu a fost consecventă și uniformă.

Tabelul 1.1. Dinamica Indicelui Dezvoltării Umane în Republica Moldova, anii 2004 – 2014

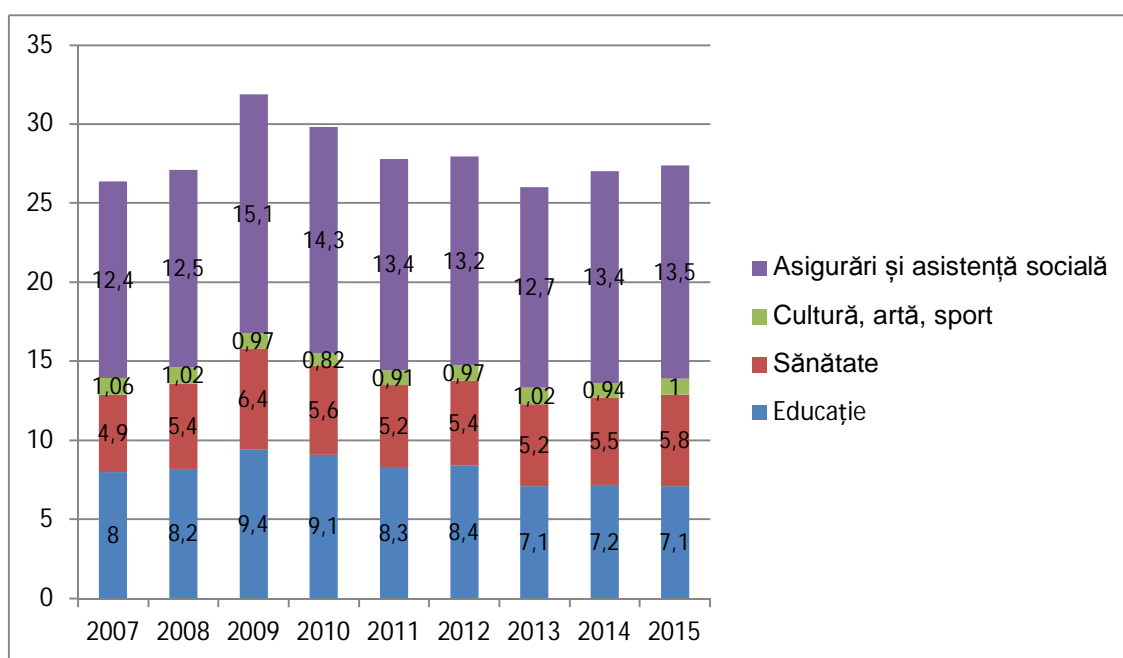
Anii	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
IDU	0,730	0,733	0,720	0,725	0,733	0,727	0,652	0,656	0,657	0,663	0,693

Sursa: Raportul Dezvoltării Umane, 2015

Excluziunea de la viața economică marginalizează persoanele în distribuirea resurselor economice și limitează posibilitățile de dezvoltare umană ale acestora, în ceea ce privește obținerea studiilor de calificare, beneficierea de servicii adecvate de asistență medicală și participarea la alte activități sociale [47].

Analiza evoluției cheltuielilor pentru suportul reformelor în sectorul social a arătat că acestea au continuat să predomine în cadrul cheltuielilor publice. În anul 2015 cheltuielile de ordin social au constituit 26% în PIB sau 68,4% în totalul cheltuielilor bugetului public (BPN) național. Ponderea cheltuielilor sociale în bugetul de stat a cunoscut o tendință ondulatorie, cîțiva

ani a fost în creștere, constituind 70,2% din bugetul total (sau 31,8% din PIB) în anul 2009, ulterior a înregistrat o descreștere pînă în anul 2014 (65,4% din bugetul total sau 26,0% din PIB), ca apoi, în anul 2015, să atingă valorile de 66,8% din bugetul total (sau 27,0% din PIB). Cheltuielile pentru sănătate (Figura 1.1.) au crescut de la 3% din PIB în 2000, la 4,7% în 2006 și 6,4% în 2009, ca apoi să se micșoreze pînă la 5,2% în anul 2013 și să se mențină cu o creștere nesemnificativă în anul 2015, constituind 5,3% (în comparație cu țările Uniunii Europene, unde cheltuielile în medie variază de la 6% la 13% din PIB, cota cheltuielilor este de 1,9 -2,5 ori mai mică) [48, 49]. În pofida alocațiilor financiare în creștere, excluderea din servicii sociale rămîne a fi o problemă.



Sursa: MF

Fig.1.1. Dinamica cheltuielilor în sectorul social, % în PIB.

Excluderea de la sistemul de sănătate are un impact deosebit asupra sănătății populației, reflectată și în indicii medico-demografici.

Paradigma dezvoltării umane recunoaște legătura între sănătate, educație și condițiile de viață. Starea de sărăcie este caracterizată prin lipsa veniturilor, educația joasă, inegalitatea economică și condițiile de locuire precare ce conduc la reducerea speranței de viață și creșterea mortalității populației [50]. Posibilitatea de a trăi o viață lungă, deplină și sănătoasă, reprezintă baza și scopul dezvoltării umane.

Pe parcursul anilor 2003-2015 în evoluția proceselor demografice din Republica Moldova au avut loc schimbări esențiale. Astfel, evoluția demografică a țării se manifestă ca fenomen de „declin demografic”, cu numărul populației în scădere continuă, datorită sporului

natural și migratoriu negativ. Mecanismele care au condus la reducerea numărului și deteriorarea structurii pe vârste a populației sunt determinate de aspectul nefavorabil al fertilității, migrației externe și mortalității generale a populației. Concomitent, reducerea natalității a provocat un dezechilibru în structura pe vârste a populației și a intensificat procesul de îmbătrânire demografică [43, 51, 52]. Numărul populației continuă să se micșoreze într-un ritm alert; se intensifică procesul de îmbătrânire a populației; se micșorează ponderea grupelor de vârstă tânără și, respectiv, cresc indicatorii grupelor de vârstă de peste 60 de ani.

Republica Moldova, în ultimii ani, deține locul 32 în Europa și locul 131 în lume după numărul populației. Ponderea populației urbane în Republica Moldova e de 42,4%, iar a celei rurale - 57,6%.

Mișcarea naturală este componenta principală a evoluției numărului și structurii demografice a populației unei țări. În cadrul acestor fenomene, natalitatea ocupă locul decisiv. Acest indicator, spre deosebire de alte fenomene demografice, poate avea variații destul de mari, aflându-se în corelație cu mai mulți factori. Rata natalității populației în Republica Moldova se caracterizează printr-o dinamică destul de variată, evidențiindu-se etape de scăderi esențiale, stabilitate și scădere bruscă a ei - începând cu anul 1990, spre exemplu, de la 17,7‰ până la 10,9‰ în anul 2015 (Tabelul 1.2) [43, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

Deși numărul născuților a crescut în ultimii doi ani, indicatorul sumar al natalității rămâne cu 40% mai scăzut decât nivelul necesar pentru simpla reproducere demografică prin succesiunea generațiilor. Rata totală de fertilitate în ultimii ani a constituit 1,24 – 1,28 nașteri la o femeie, fiind sub valorile nivelului critic (1,5). Pentru o înlocuire simplă a generației părinților de către copii rata de fertilitate trebuie să constituie 2,2.

Se observă o neomogenitate a ratei natalității pe diferite zone ale țării: indici scăzuți se atestă în raioanele de nord și indici puțin mai înalți – în raioanele de centru și de sud ale republicii.

Scăderea ratei natalității s-a declanșat și s-a amplificat pe fundalul profundelor schimbări de ordin politic, economic și social, care au avut loc în țara noastră după 1990. Criza socioeconomică în perioada anilor 1990-1999 a condus la scăderea nivelului de trai, creșterea șomajului, intensificarea procesului de migrație, la incertitudine și instabilitate socială, ceea ce a contribuit esențial la declinul natalității. În același timp, nu poate fi trecut cu vederea nici impactul factorilor de natură neeconomică. Dreptul la liberă circulație și la informație, accesul la mijloace contraceptive, răspândirea modelelor occidentale de mariaj, locul copilului în ierarhia valorilor și preferințelor tinerilor, rigorile economiei de piață sunt factori care de asemenea au avut o contribuție importantă la scăderea ratei natalității. Rolul acestor factori este în creștere și

eventualele programe orientate spre redresarea situației în ceea ce privește natalitatea trebuie să țină cont de aceste realități.

Rata generală a mortalității populației este un factor obiectiv, care reflectă calitatea vieții, chiar fiind în ușoară descreștere - de la 11,9 decese la 1000 de locuitori în anul 2003, până la 11,2 decese la 1000 de locuitori în anul 2015, plasând Republica Moldova la nivelul statelor regiunii sud-est-europene, dar este încă înaltă comparativ cu țările Uniunii Europene, unde mortalitatea generală constituie în medie 9,7 cazuri la 1000 de locuitori (Tabelul 1.2).

Tabelul 1.2. Natalitatea și mortalitatea în Republica Moldova, anii 2003-2015, la 1000 de locuitori

Anii												
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Natalitatea												
10,1	10,6	10,5	10,5	10,6	10,9	11,4	11,4	11,0	11,1	10,6	10,9	10,9
Mortalitatea												
11,9	11,6	12,4	12,0	12,0	11,8	11,8	12,3	11,0	11,1	10,7	11,1	11,2

Sursa: Baza de date statistice BNS și MS

Din numărul total de persoane decedate, ponderea populației urbane constituie 33,2%, rurale - 66,8%. Se menține decalajul între ratele mortalității generale pe medii: în mediul urban au fost înregistrați 8,7 decedați la 1000 locuitori, în cel rural – 12,9.

Structura mortalității raportată la principalele cauze de deces, practic, nu s-a schimbat în ultimii ani: cele mai multe decese (57,7%) au drept cauză bolile aparatului circulator, urmate de tumori (15,3%), bolile aparatului digestiv (9,4%), accidente, intoxicații și traume (6,9%), bolile aparatului respirator (4,6%).

Analiza cauzelor mortalității persoanelor în vîrsta aptă de muncă ne demonstrează că din cele 39 906 persoane decedate pe parcursul anului 2015, cu vîrstă aptă de muncă au decedat 10 457 persoane, constituind 26,2% [43, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

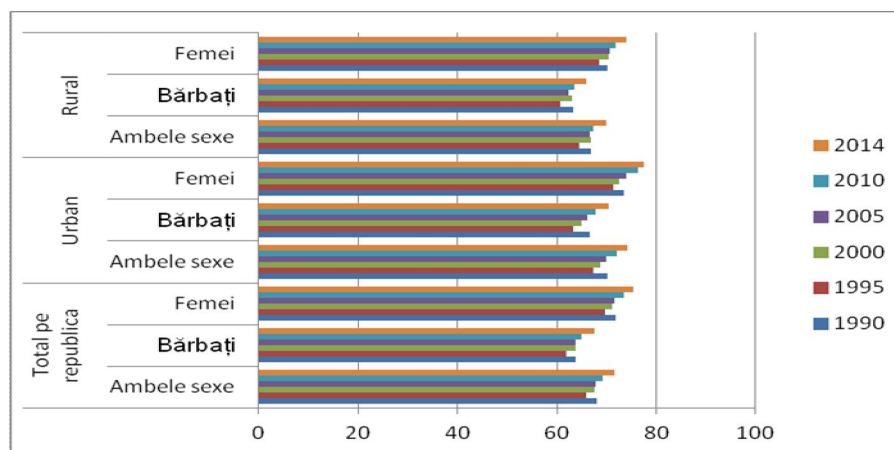
Din cele 10 457 cazuri de decese, 2 827 cazuri sau 27,0% au survenit ca rezultat al bolilor aparatului circulator, 2 147 cazuri sau 20,5% - al tumorilor, 1 891 cazuri sau 18,1% - al traumelor, 1 752 cazuri sau 16,8% - al bolilor aparatului digestiv, 709 cazuri sau 6,8% - al bolilor aparatului respirator.

Indicele mortalității în vîrsta aptă de muncă constituie 446,8 la 100 mii loc. (anul 2014 - 442,8).

Mortalitatea populației în vârstă, aptă de muncă, continuă să prevaleze în structura generală a mortalității populației, în principal, în rîndul populației din mediul rural.

Speranța de viață la naștere este unul dintre principalii indicatori, care caracterizează *calitatea sănătății populației*. În cadrul politicilor UE în domeniul incluziunii sociale, unul dintre indicatorii principali și reprezentativi ai calității sănătății este „Speranța de viață la naștere” care exprimă numărul de ani pe care în medie îi va trăi o generație de la naștere, cu condiția că pe parcursul vieții ce urmează, la trecerea de la o grupă de vârstă la alta, coeficientul de mortalitate pentru fiecare grupă de vârstă va rămîne același, care a fost în anii perfectării tabeli de mortalitate. Indicatorul variază foarte mult atît în timp, cît și ca arie geografică. Se întîlnește și sub denumirea „durata medie a vieții”, iar variația valorilor sale are o semnificație importantă și în studiile privind calitatea vieții populației. Principalii factori care determină variația speranței de viață la naștere pe plan global sunt: (i) nivelul de dezvoltare economică (condițiile de viață, alimentația); (ii) sistemul de îngrijire medicală; (iii) nivelul de instruire al populației; (iv) structura pe grupe de vârstă și sexe. Este necesar de menționat că speranța de viață la naștere este foarte mult influențată de rata mortalității în primii ani de viață [59].

Analizînd dinamica speranței de viață la naștere din anul 1990 pînă în anul 2014, pe intervale de ani, observăm o tendință clară de majorare a speranței de viață la femei – cu 4,03 ani în mediul urban și cu 3,76 ani în cel rural. Totodată, în anul 1995 s-a înregistrat o micșorare a speranței de viață și pe medii, și pe sexe, ca ulterior să se mărească treptat (Figura 1.2).



Sursa: BNS

Fig.1.2. Speranța de viață la naștere, după medii și sexe, în anii 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 și 2014.

Speranța de viață la naștere la ambele sexe în anul 2014 a constituit 71,61 ani, fiind în creștere cu 3,5 ani comparativ cu anul 2003 (Tabelul 1.3). În anul 2014 speranța de viață la naștere este de 67,6 ani pentru bărbați și 75,5 ani pentru femei. Această îmbunătățire poate fi

atribuită reducerii ratei mortalității infantile și mortalității copiilor pînă la vîrsta de 5 ani. Speranța de viață a femeilor este mai mare decît a bărbaților cu 7,9 ani, fapt determinat atît de ratele mortalității copiilor de sex masculin în primii ani de viață, cît și de nivelul ridicat al mortalității premature a bărbaților în vîrstă aptă de muncă, condiționat de factori socioculturali. Durata medie a vieții locuitorilor din mediul urban este mai mare decît a celor din mediul rural cu 4,4 ani [43, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

În același timp, speranța de viață la naștere în Republica Moldova este printre cele mai scăzute din Europa (Tabelul 1.3). Conform acestui indice, Republica Moldova depășește doar două țări europene - Federația Rusă (66,2 ani) și Ucraina (68,2 ani). Problema în acest domeniu este (și va fi în măsură tot mai mare) accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor.

Tabelul 1.3. Speranța de viață la naștere, ani

Anii											
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RM											
68,1	68,4	67,9	68,4	68,8	69,4	69,3	69,1	70,9	71,0	71,9	71,6
UE27											
78,0	78,5	78,7	79,1	79,5	79,3	78,7	78,8	79,3	79,8	79,9	79,8

Sursa: Baza de date statistice BNS și OMS

Speranța de viață la naștere este determinată, în mare măsură, de sănătatea publică, reflectată, la rîndul său, în tipologia mortalității. În general, evoluția sănătății publice în Republica Moldova este caracterizată prin unele tendințe contradictorii. Moldova a obținut anumite succese în reducerea mortalității infantile și a mortalității materne.

Drept efect al politicilor promovate în domeniul sănătății mamei și copilului (inclusiv asigurarea de stat a acestora), rata **mortalității infantile** (Tabelul 1.4) a scăzut de la 14,4 decese la 1 000 de nașteri în anul 2003, pînă la 9,7 decese la 1 000 de nașteri în anul 2015, sau cu circa 32,6%, iar cea a mortalității copiilor pînă la 5 ani, respectiv de la 17,8 decese la 1 000 de nașteri, pînă la 11,7 decese la 1 000 de nașteri sau cu circa 34,3% [43, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

Cu toate acestea, în comparație cu cele 27 de țări ale UE acești indicatori rămîn a fi mai înalți în Republica Moldova - de circa 2,7 - 3,0 ori.

Tabelul 1.4. Rata mortalității infantile în Republica Moldova, anii 2003-2015, la 1000 născuți vii

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
14,4	12,2	12,4	11,8	11,3	12,2	12,1	11,7	10,9	9,8	9,4	9,6	9,7

Sursa: Baza de date statistice BNS

Mortalitatea perinatală în ultimii ani este în continuă scădere.

Însă rata **mortalității materne** a înregistrat o tendință neuniformă. În anul 2014 acest indicator a scăzut semnificativ față de anul 2003, constituind 15,5 decese la 100 000 de născuți vii, comparativ cu 21,9 decese înregistrate în anul 2003. În anul 2008 mortalitatea maternă a crescut pînă la 38,4 cazuri la 100 000 de născuți vii, cînd a fost înregistrat cel mai înalt nivel al acestui indicator [43, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

Asigurarea condițiilor, pentru a permite fiecărui cetățean să se bucure de o viață lungă și sănătoasă, reprezintă o sarcină complexă. Un rol important în acest proces îl are sistemul de asistență medicală, politicile și intervențiile, care promovează un stil de viață sănătos. Din acest punct de vedere, sistemul sănătății din Republica Moldova prezintă un profil epidemiologic ambiguu, caracterizat, pe de o parte, prin prezența unor boli specifice țărilor în curs de dezvoltare, cum ar fi bolile infecțioase și parazitare și bolile condiționate de epidemiile de HIV/SIDA și tuberculoză, dar pe de altă parte, și de bolile cronice necontagioase, care nu sunt caracteristice țărilor în care tranziția epidemiologică a atins niveluri avansate, cum ar fi cancerul și bolile cardiovasculare.

Morbiditatea populației. Incidența generală în Republica Moldova înregistrează unele tendințe de descreștere în ultimii ani. În anul 2015 au fost înregistrați 1 122,2 mii bolnavi cu diagnosticul stabilit pentru prima dată sau cu 14,0% mai puțin comparativ cu anul 2003. Rata incidenței generale a populației a constituit în anul 2015 circa 31,6 bolnavi înregistrați primar la 100 de mii din populație. Totodată, numărul total de bolnavi înregistrați pe parcursul anului este relativ constant, rata prevalenței generale a populației fiind în creștere: 76,9 mii de bolnavi la 100 de mii din populație comparativ cu 64,6 mii în anul 2003 (Tabelul 1.5) [43, 53, 54, 55, 56, 57, 58].

Tabelul 1.5. Morbiditatea generală a populației în Republica Moldova, anii 2003-2015, la 100 de mii de locuitori

Anii												
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalența												
64,6	66,5	67,7	65,5	66,4	68,5	73,6	73,6	75,9	75,4	77,0	74,9	76,9
Incidența												
36,1	36,0	36,7	33,4	32,5	32,3	36,1	34,6	35,4	33,1	33,4	30,8	31,6

Sursa: Baza de date statistice BNS

În Republica Moldova, ca și în multe alte țări, riscul de îmbolnăvire crește ca urmare a consumului de alcool și tutun. Consumul de alcool și fumatul sunt în strânsă legătură cu multe dintre bolile cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare, tumorile maligne și, în special, afecțiunile ficatului.

Pentru a îmbunătăți situația în domeniul sănătății, au fost inițiate mai multe reforme. Cea mai palpabilă pentru cetățeni a fost introducerea, în anul 2004, a sistemului de asigurări obligatorii de sănătate. Acest sistem a făcut asistența medicală mai accesibilă din punct de vedere financiar.

1.4. Concluzii la capitolul 1

1. Ca rezultat al cercetărilor s-a stabilit că, pe parcursul anilor, cele mai multe țări, inclusiv țările-membre ale Uniunii Europene, au modificat propria legislație în domeniul asigurărilor de sănătate. Iar începând cu anii '90, sistemul de asigurare a sănătății a suferit schimbări esențiale în toată lumea ca urmare a nemulțumirilor apărute atât în masa contribuabililor și a utilizatorilor de servicii medicale, a medicilor și instituțiilor medicale, cât și în rîndul autorităților politice și administrative. Datele din literatură pun în evidență principalele condiții pe care trebuie să le îndeplinească sistemul de asigurare a sănătății: acoperire generală; accesibilitate promptă; echitate; posibilități de alegere; eficacitate și eficiență; acceptabilitate socială largă; responsabilitatea statului față de sănătatea publică.

2. Pînă în prezent nu s-a găsit formula unui sistem de asigurare a stării de sănătate care să răspundă integral acestor criterii, dar se fac mari eforturi de diversificare a furnizorilor de servicii medicale. Reformele demarate urmăresc extinderea obiectivelor pentru a crește gradul de acoperire a populației cu AOAM.

3. O etapă importantă în procesul de reformare a sistemului național de sănătate a fost lansată odată cu introducerea AOAM în anul 2004. De rînd cu asigurările obligatorii, au fost introduse bazele unei economii de piață în domeniul sănătății prin modificarea mecanismului de finanțare și contractare a prestatorilor de servicii. Modelul de AOAM aplicat în Republica Moldova conține elemente inerente sistemelor sociale de asigurări medicale întîlnite și în alte țări și are la bază următoarele principii-cheie: *solidaritatea*, *echitatea* în acordarea serviciilor de sănătate, inclusiv pentru persoanele din grupuri social-vulnerabile; *accesul universal* al populației la servicii de sănătate.

4. Deși odată cu implementarea AOAM în Republica Moldova, a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului, fondurile AOAM s-au majorat substanțial și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, mai rămîne substanțială cota populației aflate în

afara sistemului AOAM, îndeosebi în rândul persoanelor angajate neoficial, cu venituri mici și preponderent din mediul rural.

5. Analiza efectuată a demonstrat faptul, că pe parcursul anilor 2003-2015 în evoluția proceselor demografice din Republica Moldova au avut loc schimbări esențiale, care se manifestă prin scăderea continuă a numărului populației, din cauza sporului natural și migratoriu negativ; reducerea numărului și deteriorarea structurii pe vârste a populației; intensificarea procesului de îmbătrânire demografică; micșorarea ponderii grupelor de vârstă tânără și, respectiv, creșterea indicatorilor grupelor de vârstă de peste 60 de ani. În ultimii ani indicatorii morbidității înregistrează unele tendințe de descreștere.

2. MATERIALE ȘI METODE DE ORGANIZARE A CERCETĂRII

2.1. Caracterizare generală a metodologiei de cercetare

Lucrarea reprezintă o cercetare integrată, bazată pe un studiu de documentare și studii cantitative de tip descriptiv, ce au inclus eșantioane integrale și selective.

Obiectul de cercetare: explorarea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății populației neasigurate din Republica Moldova, elaborările științifice moderne naționale și internaționale pentru studierea acoperirii populației cu AOAM și accesibilității la servicii medicale, impactul sistemului actual al AOAM asupra indicatorilor medico-demografici în Republica Moldova, actele normative în vigoare din domeniul sănătății și sistemul AOAM, beneficiarii intervențiilor și responsabilii de implementarea acestora.

Subiectele cercetate. În cadrul studiilor a fost analizată o gamă largă de aspecte medicale, sociale, economice, demografice, geografice, care au avut menirea să elucideze influența factorilor medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate și asigurate din Republica Moldova și gradul de acoperire a populației Republicii Moldova cu AOAM.

Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării au fost utilizate următoarele metode de cercetare: istorică, analitică, sociologică, matematică, statistică, economică.

Prin metoda istorică au fost studiate și analizate actele legislative și normative în vigoare.

Prin metoda analitică a fost efectuată analiza teoretică și generalizarea literaturii metodico-științifice de specialitate în domeniu.

Prin metoda sociologică au fost acumulate date referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate.

Prin metoda matematică au fost efectuate diferite calcule matematice referitor la aprecierea eșantionului studiat și prelucrarea datelor statistice.

Prin metoda statistică s-a apreciat volumul de servicii medicale prestate persoanelor asigurate și celor neasigurate.

Prin metoda economică s-a analizat volumul finanțării serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate și celor neasigurate.

Cercetarea se bazează pe următorii piloni: dezvoltarea modelului fenomenului supus cercetării, formularea ipotezei și operaționalizarea conceptelor. Astfel, cercetarea a fost organizată și desfășurată în conformitate cu modelul liniar, incluzând următoarele etape: studierea surselor de specialitate → formularea ipotezei → definirea problemei și stabilirea obiectivelor → calcularea eșantionului de studiu → organizarea și desfășurarea studiului → colectarea datelor → prelucrarea statistică a datelor → analiza și interpretarea lor → validarea datelor → aplicarea rezultatelor în practică.

Ipoteza cercetării este reprezentată de: 1) esența sănătății publice este starea de sănătate a populației, influențată de factorii medico-sociali; 2) studierea opiniei populației referitor la starea de sănătate este o direcție de perspectivă privind estimarea morbidității populației.

Pentru a evalua opinia persoanelor neasigurate și asigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății acestora, ne-am propus efectuarea unui studiu de cercetare, organizat în patru etape principale [60]:

Etapa I. Strategia efectuării cercetării:

1. Definirea problemei, scopului și obiectivelor studiului.
2. Determinarea volumului, dimensiunile eșantionului și metodele de cercetare.
3. Elaborarea listei factorilor medico-sociali care influențează sănătatea persoanelor asigurate și neasigurate, cu accent pe acces și calitate a serviciilor medicale acordate.

Etapa II. Acumularea materialului:

1. Elaborarea registrelor de acumulare a materialului de studiu.
2. Extragerea informației din documente oficiale: Statistica oficială a Republicii Moldova, formularele de evidență medicală primară și dările de seamă despre volumul acordat de asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, anuarele statistice ale Ministerului Sănătății.
3. Elaborarea Chestionarului de evaluare a factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate.

Etapa III. Prelucrarea informației acumulate:

1. Gruparea și sistematizarea materialului în tabele analitice.
2. Calcularea indicilor cantitativi și calitativi ai cercetării și determinarea exactității lor.

Etapa IV. Analiza și evaluarea rezultatelor:

1. Evaluarea gradului de acoperire a populației Republicii Moldova cu asigurări obligatorii de asistență medicală.
2. Evaluarea factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate și neasigurate, cu accent pe acces și calitate a serviciilor medicale acordate.
3. Analiza rezultatelor chestionarului de evaluare a opiniei persoanelor asigurate și neasigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății.

În cadrul cercetării au fost efectuate 2 studii:

- studiul descriptiv integral al populației asigurate/neasigurate a Republicii Moldova în perioada aa.2004-2013;
- studiul descriptiv selectiv pentru determinarea factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate.

Studiile au fost efectuate în funcție de:

- timp – aa.2004-2013;
- persoană – vîrstă, gen;
- mediul de reședință – urban, rural.

Volumul eșantionului reprezentativ privind evaluarea opiniei persoanelor asigurate și neasigurate referitor la factorii medico-sociali de influență asupra sănătății a fost proiectat prin folosirea formulei statistice [61]:

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta x^2 + t^2Pq}$$

unde:

n – volumul eșantionului reprezentativ;

N – volumul colectivității generale în conformitate cu baza de date a CNAM pentru anul 2010 „Registrul persoanelor luate la evidență în instituțiile medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală” la data de 07.12.2009, ora 10⁰⁰ – 3 185 860 de persoane asigurate și neasigurate;

t – factorul de probabilitate egal cu 1,96, corespunzător unei probabilități de 95%;

P și **q** – probabilitatea și contraprobabilitatea de apariție (sau neapariție) a fenomenului cercetat.

În cazurile în care nu avem date despre fenomenul cercetat, se constată, că „**n**” este maximal cînd produsul „**Pq**” este maximal sau, ținînd cont de faptul că $0 \leq P \leq 1$ și $q=1-P$, produsul „**Pq**” este maximal, atunci cînd **P=q=0,5**;

Δx – eroarea-limită admisă, egală cu 0,03 (3%).

Completînd formula cu cifre, am obținut următoarele:

$$n = \frac{3\ 185\ 860 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{3\ 185\ 860 \times 0,03^2 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = 1067$$

2.2. Metode de acumulare a datelor primare

La a doua etapă a cercetării au fost elaborate registrele de acumulare a materialului de studiu și chestionarul de evaluare a factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate.

De asemenea, a fost extrasă și analizată informația din documente oficiale: Statistica oficială a Republicii Moldova, formularele de evidență medicală primară și dările de seamă

despre volumul acordat de asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, anuarele statistice ale Ministerului Sănătății.

Chestionarul prezentat în anexă conține 58 de întrebări. Completarea chestionarelor a fost benevolă și anonimă.

Au fost chestionate 1 067 de persoane asigurate/neasigurate din cele 3 zone geografice ale Republicii Moldova atât din mediul urban, cât și din cel rural.

Fiecare răspuns din chestionar a fost codificat, ceea ce a permis procesarea datelor.

2.3. Prelucrarea matematico-statistică a materialului

Datele derivate pe parcursul expunerii sunt prezentate în tabele complexe și diagrame.

Analiza datelor a fost realizată, utilizând programele Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc) cu ajutorul funcțiilor și modulelor acestor programe.

Prelucrarea statistică ne-a permis calcularea ratelor, valorilor medii, indicatorilor de proporție [62].

Compararea rezultatelor. Interpretarea s-a efectuat în felul următor: dacă valoarea lui „t calculat” este mai mare decât valoarea lui „t tabelar”, atunci diferența între cele două valori medii sau între cele două probabilități este semnificativă din punct de vedere statistic.

„t calculat” > „t tabelar” = diferența **semnificativă** statistic. Dacă, din contra, valoarea lui „t calculat” este mai mică decât valoarea lui „t tabelar”, atunci diferența dintre cele două medii sau dintre cele două probabilități este ne semnificativă din punct de vedere statistic.

„t calculat” < „t tabelar” = diferență **ne semnificativă**. Pentru verificare în același timp se iau aceleași exemple, care s-au apreciat sub aspectul semnificației diferenței și cu ajutorul erorii diferenței.

Pentru determinarea legăturii dintre factorii medico-sociali de influență și accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale a fost utilizat indicatorul de corelație care ne-a permis stabilirea diferitor grade de corelație.

Analiza de corelație între variabilele continue s-a efectuat prin determinarea coeficienților de corelație Pearson (când variabilele erau aproximativ normal distribuite), respectiv Spearman (în caz că variabilele nu sunt normal distribuite sau sunt de ordine).

Deoarece în medicină se întâlnesc valori ale coeficientului de corelație intermediare valorilor -1 și $+1$, pentru interpretarea intensității legăturii de dependență dintre fenomene s-au utilizat următoarele criterii:

➤ valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între ± 1 denotă o corelație foarte puternică între fenomene;

- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,99$ și $\pm 0,70$ denotă o corelație puternică;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,69$ și $\pm 0,30$ denotă o corelație medie între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,0$ și $\pm 0,29$ exprimă existența unei corelații slabe între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație 0 denotă că legătura dintre fenomene în mod practic o considerăm inexistentă. Cele două fenomene evoluează, deci, independent unul de altul.

2.4. Concluzii la capitolul 2

1. Lucrarea reprezintă o cercetare integrată, bazată pe un studiu de documentare și studii cantitative de tip descriptiv, ce au inclus eșantioane integrale și selective.

2. Ipoteza cercetării este reprezentată de: 1) esența sănătății publice este starea de sănătate a populației, influențată de factorii medico-sociali; 2) studierea opiniei populației referitor la starea de sănătate este o direcție de perspectivă privind estimarea morbidității populației.

3. Pentru realizarea scopului și obiectivelor cercetării au fost utilizate metode de cercetare contemporane.

4. În cadrul cercetării au fost efectuate 2 studii: a) studiul descriptiv integral al populației asigurate/neasigurate a Republicii Moldova în perioada aa.2004-2013; b) studiul descriptiv selectiv pentru determinarea factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor asigurate și neasigurate pe un eșantion de 1 067 de persoane.

5. Datele primare au fost prelucrate matematico-statistic prin intermediul programelor Statistica 7.0 (Statsoft Inc), EXCEL și SPSS 16.0 (SPSS Inc), cu calcularea medianei, ratelor, indicatorilor de proporție, erorii standard pentru valorile medii, estimarea intervalului de încredere de 95% și a indicelui de corelare.

3. EVALUAREA DINAMICII ACOPERIRII CU ASIGURĂRI OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ A POPULAȚIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

3.1. Sursele de finanțare a sistemului național de asigurări obligatorii de asistență medicală

Există, cel puțin, trei motive importante pentru examinarea minuțioasă a acestor surse de finanțare:

- în primul rând, reieșind din modul de finanțare a sistemului sănătății din Republica Moldova, subvențiile joacă un rol important în determinarea nivelurilor de acoperire cu AOAM și accesul la serviciile de sănătate;

- în al doilea rând, sursele de finanțare sunt importante din punctul de vedere al finanțării echitabile, care este prin sine însuși un obiectiv important în aspect de politici;

- în al treilea rând, sursele de finanțare sunt importante din punctul de vedere al stabilității veniturilor și al durabilității viitoare a întregului sistem de finanțare a sănătății.

Veniturile la fondurile AOAM se constituie din primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, achitate de contribuabili, din transferuri de la bugetul de stat și alte venituri (amenzi și sancțiuni administrative, dobânzi bancare etc.).

Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, pe care contribuabilul este obligat să o plătească în FAOAM pentru preluarea riscului asigurat. Mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală se stabilește anual prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Aceste mărimi atât în sumă fixă, cât și sub formă de contribuție procentuală, au evoluat pe parcursul anilor 2004-2015 (Tabelul 3.1), fiind în corelație directă cu evoluția economiei naționale.

Tabelul 3.1. Mărimile primelor de asigurare în Republica Moldova, anii 2004-2015

Anii											
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Mărimea primei de asigurare sub formă de contribuție procentuală (%)											
4	4	4	5	6	7	7	7	7	7	8	9
Mărimea primei de asigurare sub formă de sumă fixă (lei)											
441,2	664,8	816,0	1209,0	1893,6	2637,6	2478,0	2772,0	2982,0	3318,0	4056,0	4056,0

Creșterea mărimii primei de asigurare obligatorie de asistență medicală sub formă de contribuție procentuală s-a făcut gradual, câte 1% în anii 2007-2009, fapt ce s-a repetat și în anii 2014-2015. În anul 2007 mărimea primei a crescut până la 5% (câte 2,5% achitate de angajator și angajat), în anul 2008 – până la 6% (câte 3% pentru fiecare parte), în anii 2009 - 2013 – până la 7% (câte 3,5%), în anul 2014 – până la 8% (câte 4%) și în anul 2015 – până la 9% (câte 4,5%).

Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în mărime procentuală sunt prevăzute în anexa nr.1 la Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 „Cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală” [63]. Printre acestea se numără, în special, angajatorii și angajații.

Stabilită inițial la 4% în anul 2004, această cotă în Republica Moldova și astăzi este mult sub media de 13% din țările europene cu sisteme similare de asigurare obligatorie de sănătate (Figura 3.1).

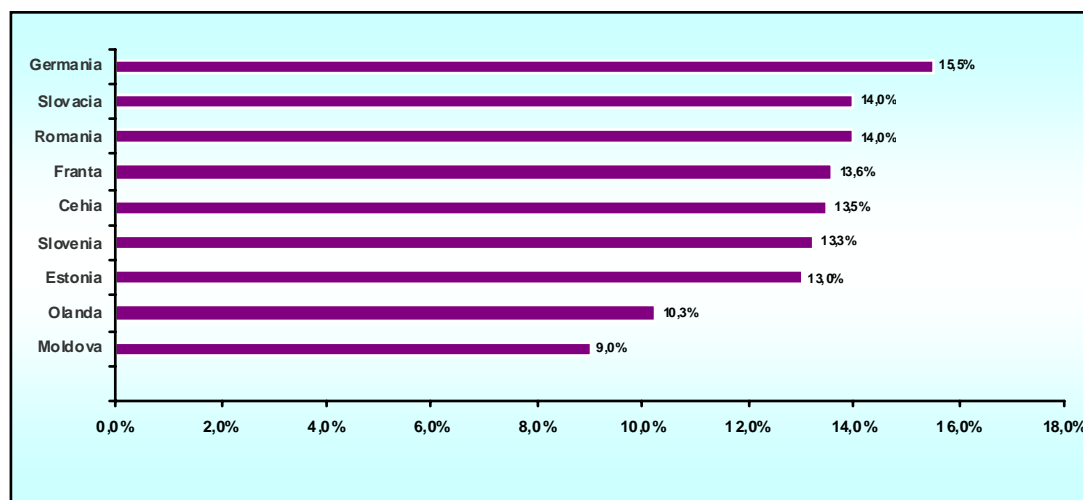


Fig.3.1. Contribuția din salariu la fondurile asigurării de sănătate în diferite țări, %.

Modernizarea sistemului de asigurări presupune și ajustarea treptată a acestui parametru în anii ce urmează, cu o creștere graduală de 0,5-1% anual.

Mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală sub formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în mărime procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.

Prima de asigurare în sumă fixă a crescut față de anul precedent de 1,5 ori în anul 2005, de 1,2 ori în anul 2006, de 1,5 ori în anul 2007, de 1,6 ori în anul 2008, de 1,4 ori în anul 2009 și s-a micșorat în anul 2010 de 1,1 ori față de anul 2009. Începând cu anul 2011, prima de asigurare în sumă fixă a fost în creștere cu o rată de 1,1-1,2 ori, comparativ cu anul precedent (tabelul 3.1).

Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă sunt expuse în anexa nr.2 la Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 „Cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală” [63]. Plătitorii de prime în sumă fixă sunt obligați să achite prima anuală pînă la data de 31 martie a fiecărui an. Începând cu anul 2008, pentru cei care au achitat în termen prima de asigurare (cu excepția notarilor și avocaților, indiferent de forma juridică de organizare a activității) au

beneficiat de o reducere de 50% de la mărimea primei stabilită prin lege. De asemenea, din anul 2010 se aplică reducerea de 75% la mărimea primei de AOAM stabilită în sumă fixă pentru proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, indiferent de faptul dacă au dat sau nu aceste terenuri în arendă sau folosință pe bază de contract. Aceste reduceri au fost introduse pentru a ajusta prima de asigurare cu veniturile reduse ale contribuabililor-persoane neangajate, dar și a încuraja încadrarea acestora în sistemul AOAM.

Guvernul, la rândul său, asigură persoanele neangajate defavorizate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate, cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual. De guvern sunt asigurate 15 categorii de persoane [64].

Suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru categoriile de persoane asigurate de guvern se calculează reieșind din aplicarea cotei procentuale din totalul cheltuielilor de bază aprobate ale bugetului de stat, cu excepția cheltuielilor efectuate din veniturile cu destinație specială prevăzute de legislație, dar nu mai mică de 12,1%.

În contextul ajustărilor operate la sistemul de asigurări și sporirii graduale a primelor de asigurare în mărime procentuală, se înregistrează o tendință firească de micșorare a ponderii acestor venituri în acumulările totale ale fondurilor AOAM de la 66,7% în anul 2004 la 45,0% în anul 2015 (Figura 3.2). Cu toate că se înregistrează o descreștere a ponderii surselor financiare din bugetul de stat de la an la an, rolul statului la capitolul acumulării în fondurile AOAM rămâne destul de important, inclusiv prin prisma contribuțiilor acestuia pentru asigurarea unui număr mare de cetățeni din categorii social vulnerabile.

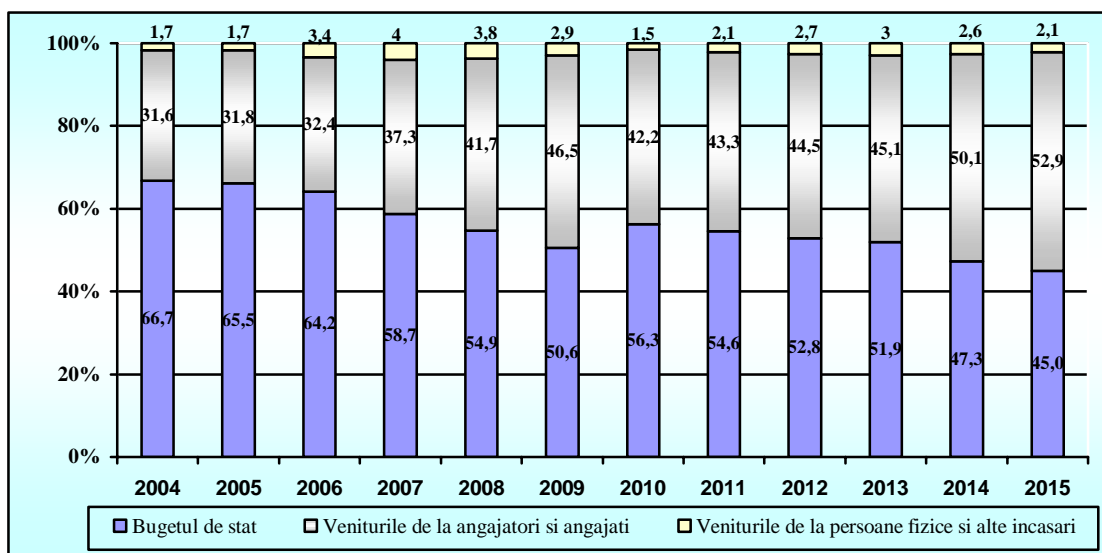


Fig.3.2. Structura încasărilor la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (%), anii 2004-2015.

Analiza cotei veniturilor în FAOAM de la angajatori și angajați constată o creștere a ei de la an la an, fapt ce corespunde strategiei de racordare a sistemului la modelul clasic al asigurărilor sociale de sănătate și, respectiv, creșterea rolului contribuțiilor din salarii în mecanismul de finanțare a structurilor SNSP. Astfel, cota veniturilor de la salariați în totalul acumulărilor fondurilor AOAM a crescut de la 31,6% în anul 2004 până la 52,9% în anul 2015 (Figura 3.2).

Totodată, se observă că proporția veniturilor de la încasarea primelor de asigurare în sumă fixă, achitate de persoanele fizice, rămâne foarte mică, fapt ce confirmă interesul scăzut al persoanelor neangajate în a contribui la fondurile AOAM.

În afară de cele trei surse principale de venit în fondurile AOAM (prime de asigurare achitate de angajatori și angajați, transferuri din bugetul de stat și prime în sumă fixă), există și alte surse de venit. În această categorie de venituri sunt incluse:

- amenzile aplicate de inspectoratele fiscale teritoriale;
- amenzile și sancțiunile administrative aplicate de CNAM;
- dobânzile aferente soldurilor bănești aflate în bănci;
- alte încasări.

Conform legii, instituția financiară ce deservește conturile fondurilor AOAM achită dobîndă la soldurile conturilor în mărimea stabilită în contract, dar nu mai puțin decît rata medie ponderată a dobînzii pe sistemul bancar la depozitele cu același termen de păstrare, calculate din ratele medii disponibile pentru ultimele 3 luni. Această dobîndă se transferă lunar în conturile bancare ale Trezoreriei de Stat, ale CNAM și ale agențiilor ei teritoriale.

Tabelul 3.2. Veniturile în fondurile AOAM în anii 2004-2015 (mln.lei)

Anii											
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Venituri, total											
976,9	1281,7	1559,1	2036,4	2688,7	2878,9	3424,4	3636,6	3870,0	4161,0	4654,5	5160,1
Inclusiv:											
transfer de la bugetul de stat											
651,3	839,5	1001,6	1195,0	1476,1	1456,8	1926,6	1984,4	2043,2	2136,0	2176,2	2235,2
venituri din prime procentuale											
309,0	407,2	505,4	759,4	1121,2	1338,1	1446,3	1576,2	1723,2	1874,7	2332,4	2730,3
venituri din prime în sumă fixă											
14,9	18,2	18,3	24,3	40,3	38,5	40,4	59,8	74,3	92,4	109,7	103,7
alte încasări											
1,7	16,8	33,8	57,7	51,1	45,5	11,1	16,2	29,3	32,8	12,0	6,6
transfer de la bugetul de stat pentru realizarea programelor naționale											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	25,1	24,2	36,0
transfer de la bugetul de stat pentru realizarea proiectului „Modernizarea sectorului sănătății”											
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48,3

Veniturile totale în fondurile AOAM au crescut față de anul 2004 de la 976,9 mln. lei pînă la 5160,1 mln. lei în anul 2015 sau de 5,3 ori. Transferurile de la bugetul de stat au crescut în anul 2015 față de anul 2004 de circa 3,4 ori, veniturile din primele procentuale achitate din salarii – de 8,8 ori, iar de la realizarea polițelor de asigurare – de 7,0 ori (Tabelul 3.2). Volumul veniturilor a fost în corelație directă cu evoluția economiei naționale.

Mijloacele financiare, indiferent de sursa de achitare, se acumulează în contul unic al CNAM, fiind ulterior repartizate conform normativelor legale în următoarele fonduri:

- fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază);
- fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire);
- fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale;
- fondul de administrare a sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală.

Anual în Legea fondurilor AOAM se planifică cheltuieli pentru fiecare fond în parte, divizate pe programe și subprograme. Fondurile de asigurări se constituie pe principiul cumulativ, iar eventualele depășiri ale veniturilor asupra cheltuielilor se utilizează cu aceleași scopuri în anul următor.

Cea mai mare parte (peste 90%) a finanțării structurilor SNSP (instituții medico-sanitare și farmaceutice) provine din fondurile AOAM. Din aceste fonduri circa 94% anual, conform normativelor, se alocă fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază).

Mijloacele financiare acumulate în fondul de bază se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, care include:

- asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU);
- asistența medicală primară (AMP);
- asistența medicală specializată de ambulatoriu (AMSA);
- asistența medicală spitalicească (AMS);
- servicii medicale de înaltă performanță (SIP);
- îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (IMD).

Serviciile medicale achitate de CNAM din fondul de bază corespund spectrului și volumului stipulat în Programul unic, aprobat prin hotărîre de guvern. Achitarea se face pentru serviciile real îndeplinite în limita prevederilor contractuale, odată cu acceptarea facturilor emise de IMS contractate.

Analiza repartizării fondului de bază pe tipuri de asistență medicală, conform celor planificate în legile anuale ale fondurilor AOAM, a constatat în anul 2015 o creștere, comparativ

cu anul 2004, a cheltuielilor pentru acordarea: asistenței medicale de urgență populației de 3,7 ori, asistenței medicale primare – de 6,3 ori, asistenței medicale specializate de ambulator – de 8,3 ori, asistenței medicale spitalicești – de 4,0 ori (Tabelul 3.3).

Tabelul 3.3. Repartizarea fondului de bază pe tipuri de asistență medicală, anii 2004-2015, mln. lei

Anii											
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Asistența medicală urgentă prespitalicească											
109,6	129,0	130,1	163,1	236,5	269,7	299,5	306,8	324,2	333,7	382,5	404,5
Asistența medicală primară											
252,4	371,8	446,2	567,7	781,7	924,5	1010,8	1046,0	1134,1	1192,3	1362,1	1580,0
Asistența medicală specializată de ambulatoriu											
43,5	64,6	93,3	127,2	190,1	230,4	235,6	261,5	280,6	291,2	331,0	360,0
Asistența medicală spitalicească											
600,9	661,6	751,0	982,0	1280,2	1480,2	1673,1	1779,9	1902,5	1993,4	2282,2	2387,1
Servicii medicale de înaltă performanță											
-	19,6	20,0	43,1	64,0	65,5	75,3	87,2	130,8	139,6	156,3	160,0
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu											
-	-	1,0	2,7	2,75	3,1	2,6	5,2	5,6	5,8	7,1	8,0
TOTAL											
1006,4	1246,6	1441,6	1885,9	2555,3	2973,4	3296,9	3486,6	3777,8	3956,0	4521,2	4899,6

Analiza structurii repartizării fondului de bază după tipuri de asistență medicală în cadrul AOAM pentru anii 2004-2015 a constatat că cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească dețin cea mai mare pondere – variind, în medie, de la 59,7% în anul 2004 pînă la 48,7% în anul 2015, iar asistența medicală primară – variind, în medie, de la 25,1% în anul 2004 pînă la 32,2% în anul 2015 (Figura 3.3).

Asistența medicală urgentă prespitalicească a fost finanțată la o cotă destul de uniformă pe parcursul anilor 2004-2015, variind, în medie, de la 10,9% în anul 2004 pînă la 8,3% în anul 2015, iar cota de finanțare a asistenței medicale specializate de ambulator a variat, în medie, de la 4,3% în anul 2004 pînă la 7,3% în anul 2015 (Figura 3.3). Ponderea totală a serviciilor în ambulator (AMU, AMP, AMSA, SIP, IMD) este în creștere din contul diminuării ponderii de finanțare a serviciilor spitalicești cu circa 11,0% în această perioadă, ceea ce confirmă orientarea fondurilor CNAM spre susținerea asistenței extraspitalicești, spre profilaxie, spre un acces mai mare al locuitorilor la servicii medicale de bază.

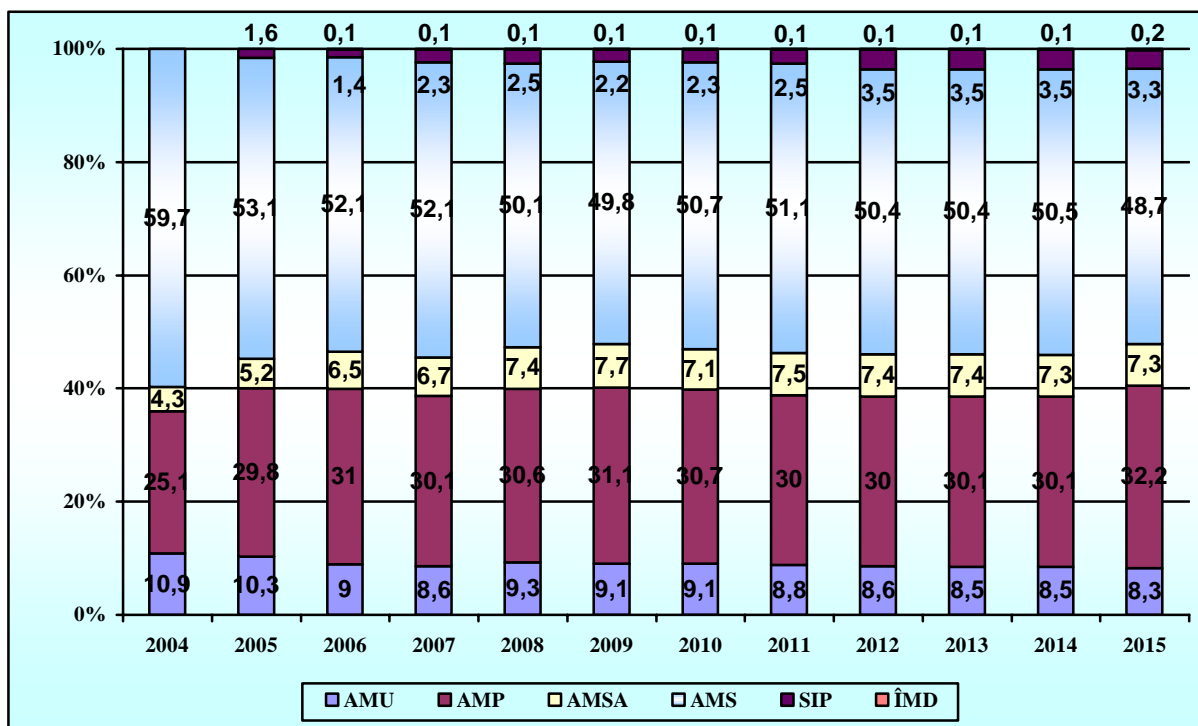


Fig.3.3. Structura repartizării fondului de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală, anii 2004-2015, %.

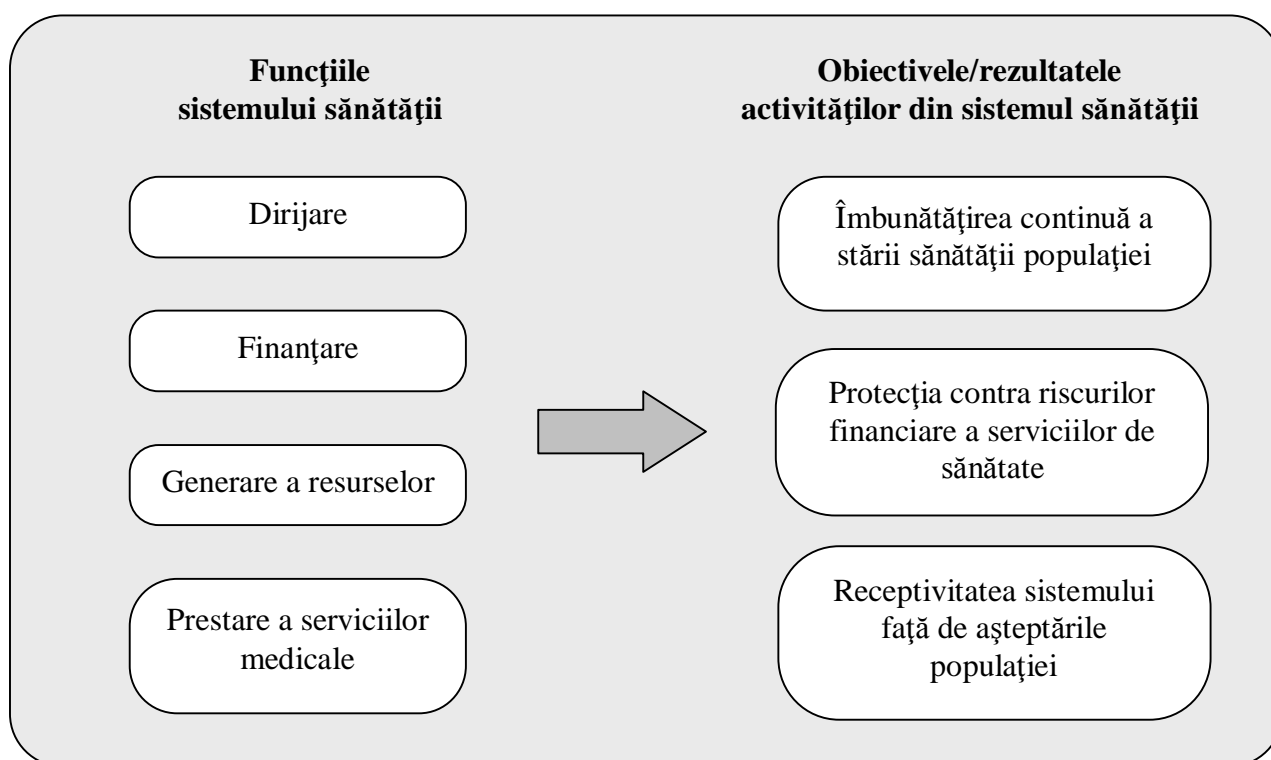
Odată cu creșterea alocațiilor în sumă absolută din fondurile AOAM pentru toate tipurile de asistență medicală, a crescut nivelul de acoperire a populației cu AOAM și volumul de servicii medicale prestate populației.

3.2. Analiza nivelului de acoperire a populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală

În anul 2004 în Republica Moldova au fost implementate reforme considerabile în sistemul de sănătate, odată cu crearea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală. Introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală a reprezentat o reformă fundamentală a modului de organizare și finanțare a sistemului de sănătate și a condus la o îmbunătățire considerabilă a performanței acestuia. Conform prevederilor Legii cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr. 1593-XV din 26.12.2002, în cadrul sistemului național de asigurări de sănătate populația economic activă este obligată să efectueze contribuții prin intermediul sistemului fiscal sau alternativ, în cazul angajării pe cont propriu, achitarea unei sume fixe ca primă pentru asigurări de asistență medicală [63]. Restul populației, inclusiv persoanele oficial înregistrate ca șomere sau neangajate în câmpul muncii sunt scutite de achitarea primelor de asigurări și sunt asigurate de guvern, care achită primele de asigurare în numele acestora prin intermediul transferului bugetar. De exemplu, modalitatea în care sunt colectate fondurile financiare pentru sistemul de sănătate

reprezintă un element important de finanțare echitabilă și influențează accesul la serviciile de asistență medicală; în mod similar, instituirea unui singur plătitor oferă guvernului mai multe pârghii asupra prestării serviciilor din punctul de vedere al calității și eficienței. În linii generale, dovezile empirice ale impactului exercitat de faptul că persoana este asigurată pentru accesul la servicii medicale este unul pozitiv, analizele recente indicând că probabilitatea ca persoanele asigurate să suporte plăți considerabile de cheltuieli din propriul buzunar este pe de parte mai mică [65].

Acoperirea cu asigurări de asistență medicală nu este un scop în sine, dar mai degrabă reprezintă un mijloc de realizare a scopului sau obiectivului final, acel obiectiv fiind definit în Politica Națională de Sănătate pe anii 2007-2021 [2], care stabilește direcția generală pentru evoluția sistemului sănătății, detalii suplimentare fiind oferite și în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pe anii 2008-2017 [3]. Aceste acte normative specifică explicit trei obiective majore ale sistemului de sănătate – ameliorarea continuă a stării sănătății, protecția contra riscului financiar și receptivitatea față de nevoile populației, după cum este prezentat în Figura 3.4.



Sursa: Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017

Fig.3.4. Funcțiile și obiectivele sistemelor de asistență pentru sănătate.

Un mesaj important în acest context este că datele cu privire la acoperirea cu asigurări de asistență medicală reprezintă doar o parte a monedei, în final conținând valoarea acestor asigurări de asistență medicală din punctul de vedere al accesului la servicii medicale și protecția financiară a populației.

Problema acoperirii populației în cadrul AOAM rămâne una importantă în aspectul accesibilității serviciilor medicale, respectării echității și solidarității economice și sociale între diferite pături sociale.

Această problemă este în general caracteristică pentru țările cu venituri reduse, în care există tradiții înrădăcinate de plăți neoficiale pentru servicii de sănătate. Deși sistemul AOAM în Republica Moldova este unul obligatoriu, CNAM are pîrghii reduse pentru a obliga persoanele neangajate să procure polița de asigurări de sănătate, legislația fiind destul de loială în acest sens. În situația dată, sistemul asigurărilor sociale de sănătate face față și unui fenomen de „selecție adversă”, când persoanele cu un risc mai mare de sănătate doresc să procure polițe de asigurare, în timp ce persoanele tinere sau cu risc redus de îmbolnăvire refuză să fie solidare cu alte categorii din societate [40].

Potrivit prevederilor Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate sunt cetățenii Republicii Moldova, cetățenii străini avînd reședință în Republica Moldova, încadrați în muncă pe teritoriul republicii în baza unui contract individual de muncă, străinii titulari ai dreptului de ședere permanentă în Republica Moldova, precum și refugiații și beneficiarii de protecție umanitară, dacă tratatele internaționale nu prevăd altfel. Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de domiciliu, anularea/revocarea dreptului de ședere în Republica Moldova, încetarea/anularea statutului de apatrid sau a formei de protecție, în conformitate cu legislația în vigoare [64].

Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr.1593-XV din 26.12.2002, cu modificările și completările ulterioare, prevede că toată populația economic activă este obligată să contribuie în funcție de nivelurile sale salariale (prin intermediul unei taxe salariate) sau să efectueze contribuții fixe în cazul persoanelor angajate pe cont propriu. Acest ultim grup este definit, după cum urmează:

1. Persoanele fizice neangajate, cu domiciliul în Republica Moldova, care se includ în una din următoarele categorii:

a) proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, cu excepția grădinilor și loturilor pentru legumicultură, indiferent de faptul dacă au dat sau nu aceste terenuri în arendă sau folosință pe

bază de contract, cu excepția proprietarilor cu dizabilități severe, accentuate ori medii sau pensionari;

b) fondatorii de întreprinderi individuale, cu excepția pensionarilor sau persoanelor cu dizabilități severe, accentuate sau medii;

c) persoanele fizice care, pe bază de contract, iau în arendă sau folosință terenuri cu destinație agricolă, cu excepția grădinilor și loturilor pentru legumicultură;

d) titularii de patentă de întreprinzător, cu excepția titularilor pensionari sau cu dizabilități severe, accentuate sau medii;

e) persoanele fizice care dau în arendă unități de transport, încăperi, utilaje și alte bunuri materiale, cu excepția terenurilor cu destinație agricolă și a grădinilor și loturilor pentru legumicultură.

2. Notarii publici, executorii judecătorești și avocații neangajați, indiferent de forma juridică de organizare a activității, care au obținut licență în modul stabilit de lege.

3. Alți cetățeni ai Republicii Moldova, care nu sunt angajați și care nu fac parte din nici una din categoriile enumerate și nu sunt asigurați de guvern, conform art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, care fac dovada aflării în Republica Moldova pentru cel puțin 183 de zile (pe parcursul anului bugetar).

4. Străinii cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare sau religioase și care nu sunt angajați, dacă tratatele internaționale nu prevăd altfel.

Dreptul de monitorizare și aplicare oportună în practică a achitării primelor de asigurare din partea persoanelor asigurate pe cont propriu îl deține doar CNAM. Inspectoratele fiscale de stat teritoriale, de exemplu, dețin doar dreptul de aplicare a primelor de asigurări efectuate prin intermediul contribuțiilor procentuale la salariu ale persoanelor angajate formal în câmpul muncii. Orice încălcare de achitare a primelor de asigurări de asistență medicală - fie prin neachitarea, achitarea tardivă sau achitarea incompletă - poate fi sancționată în conformitate cu Codul contravențional și Codul Penal.

Restul locuitorilor, inclusiv cei oficial înregistrați ca șomeri (sau „neangajați în câmpul muncii”) sunt scutiți de achitarea primelor de asigurări și ca atare sunt asigurați de Guvern, care efectuează transferuri la CNAM în numele acestora pentru a acoperi primele de asigurări. În același timp, Legea nr.22-XVI cu privire la amendamentele aplicate la Capitolul 4 al Legii la asigurarea obligatorie de asistență medicală, a fost adoptată la 3 februarie 2009 [66]. Astfel, membrii gospodăriilor casnice eligibili pentru prestații sociale, după cum sunt definiți potrivit Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008, cu privire la ajutorul social, sunt în mod automat asigurați

de către Guvern [67]. Adoptarea Legii nr.22-XVI a reprezentat un important pas înainte din punctul de vedere al extinderii asigurării obligatorii de asistență medicală la un grup prioritar, care anterior avea acces limitat la serviciile de sănătate. Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova:

- a) copiii de vîrstă preșcolară;
- b) elevii din învățămîntul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- c) elevii din învățămîntul secundar profesional;
- d) elevii din învățămîntul mediu de specialitate (colegii) cu învățămînt la zi;
- e) studenții din învățămîntul universitar cu învățămînt la zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- f) rezidenții învățămîntului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri la zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- g) copiii neîncadrați la învățătură pînă la împlinirea vîrstei de 18 ani;
- h) gravidele, parturientele și lăuzele;
- i) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- j) pensionarii;
- k) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- l) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă sau necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- m) mamele cu patru și mai mulți copii;
- n) persoanele din familiile defavorizate, care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social;
- o) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

Nivelul de asigurare a populației în ultimii ani a cunoscut o dinamică ascendentă și a constituit 85,6% în anul 2015, comparativ cu 63% în anul 2004 sau o creștere de 1,4 ori (Figura 3.5). Dar în anul 2009 se observă o descreștere a gradului de acoperire a populației cu asigurări, fapt cauzat de criza economico-financiară, ce s-a început în ultimul trimestru al anului 2008 și a continuat pe parcursul anului 2009. Criza a condiționat, pe de o parte, diminuarea puterii de cumpărare a populației, iar pe de altă parte, a dus la micșorarea numărului de persoane angajate. Odată cu redresarea situației economico-financiare, începînd cu anul 2010, gradul de acoperire cu asigurări a fost în creștere.

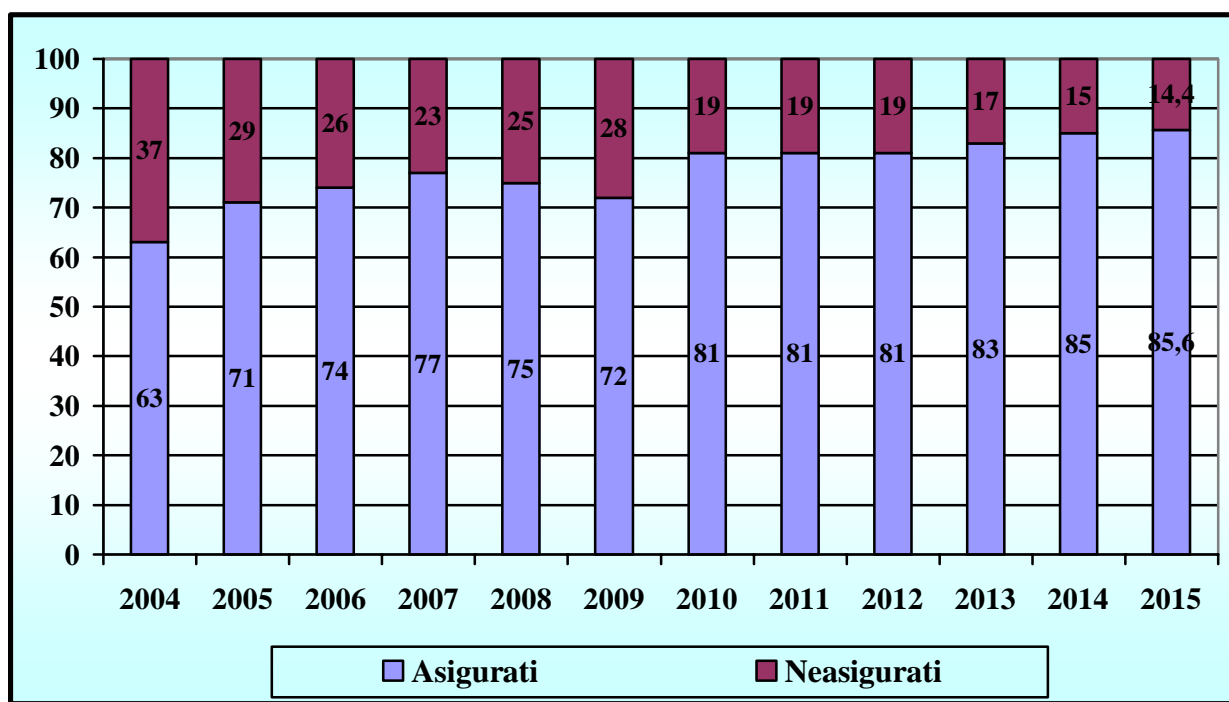


Fig.3.5. Gradul de acoperire a populației Republicii Moldova cu asigurări (%), anii 2004-2015.

Totodată, numărul persoanelor fizice care se asigură în mod individual practic s-a dublat (48 307 de persoane) în anul 2015 comparativ cu anul 2006 (27 300 de persoane). Acest fapt se datorează aplicării reducerilor de 50% (din anul 2008) și de 75% (din anul 2010) din mărimea primei de AOAM și are un impact pozitiv în vederea protecției financiare a categoriilor de populație cu venituri mici.

În anul 2014 din numărul total de populație, cota persoanelor angajate în câmpul muncii constituia 34,2%. Cota persoanelor neangajate în câmpul muncii asigurate din contul statului constituia 63,8%, iar a celor asigurați pe cont propriu – 2,0%. Circa 15,0% din populație nu era asigurată.

Între anul 2004 atunci, când a fost implementat sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, și anul 2015, veniturile fondurilor AOAM au crescut de 5,3 ori, dar rata persoanelor neasigurate s-a micșorat numai de 2,6 ori (Tabelul 3.4). Prioritatea *de facto* a constat în creșterea finanțării instituțiilor medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, majorarea salariilor lucrătorilor medicali și asigurarea unei protecții financiare adecvate pentru persoanele asigurate, dar nu extinderea acoperirii cu asigurări obligatorii de sănătate.

Tabelul 3.4. Evoluția veniturilor fondurilor AOAM și a cotei persoanelor neasigurate, anii 2004-2015

Anii											
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Venituri FAOAM, mil. lei, total											
976,9	1 281,7	1 559,0	2 036,4	2 688,7	2 878,9	3 424,4	3 636,6	3 870,0	4 161,0	4 654,5	5 160,1
Persoane neasigurate (%)											
37,0	29,0	26,0	23,0	25,0	28,0	19,0	19,0	19,0	17,0	15,0	14,4

Ținând cont de faptul că persoanele neasigurate aveau un acces redus la servicii medicale gratuite, iar starea lor materială nu le permitea deseori să achite unele servicii de bază [68], prin Legea pentru modificarea, completarea și abrogarea unor acte legislative, nr.577-XV din 26.12.2003, s-a decis ca asistența medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgențe medico-chirurgicale majore, ce pun în pericol viața persoanei, și asistența medicală primară acordată de către medicul de familie, care prevede examenul clinic (subiectiv și obiectiv), cu recomandarea investigațiilor și tratamentului persoanelor neasigurate, se realizează din fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală [69]. Concomitent a fost abrogată Legea nr.267-XIV din 03.02.1999 privind minimumul de asistență medicală gratuită, garantată de stat. Astfel, prin acest pas curajos, s-a renunțat la garanțiile statului neacoperite financiar și s-a decis punerea accentului pe un pachet de servicii medicale garantat financiar de fondurile de asigurări medicale obligatorii.

În urma coordonării cu experții Organizației Mondiale a Sănătății, a fost adoptată Legea nr.108-XVIII din 17.12.2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative, prin care persoanelor neasigurate li s-a oferit posibilitatea de a beneficia de asistență medicală urgentă prespitalicească, asistență medicală primară, asistență medicală specializată de ambulator (în cazul tuberculozei și HIV/SIDA) și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice [70, 71, 72]. Din fondurile AOAM, cheltuielile pentru acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate pe parcursul anilor au cunoscut o dinamică pozitivă și s-au majorat de la 4 055,7 mii lei în anul 2004 până la 14 976,1 mii lei în anul 2010, iar pentru o persoană neasigurată – de la 3,1 lei până la 23 lei, respectiv.

În acest caz există totuși anumite riscuri: descurajarea persoanelor neasigurate de a achita prima de asigurare, având un pachet, fie și neintegral, de servicii acoperite; riscul de acoperire financiară a asistenței medicale în caz de creștere rapidă a volumului de servicii prestate (investigații de laborator, medicamente compensate). Pentru toate celelalte servicii urmează a fi achitate plăți directe în numerar.

3.3. Volumul de asistență medicală acordată populației în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

În conformitate cu prevederile legislației în vigoare, mijloacele financiare, acumulate în fondul de bază, se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al AOAM, care include: asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulatoriu, asistența medicală spitalicească, servicii medicale de înaltă performanță și îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu.

Asistența medicală urgentă prespitalicească. Conform prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală urgentă prespitalicească se asigură în regim continuu, de la locul accidentului sau îmbolnăvirii și în timpul transportării pînă la transmiterea pacientului instituției medico-sanitare.

Acoperirea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale urgente la etapa prespitalicească pînă în anul 2010 a fost prevăzută atît din fondul de bază, cît și din fondul de rezervă, iar ulterior – respectiv, doar din fondul de bază.

Fondul de bază a fost destinat achitării serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate, iar în prezent și pentru persoanele neasigurate.

Din fondul de rezervă în cadrul asistenței medicale urgente la etapa prespitalicească a fost prevăzută achitarea costului serviciilor medicale prestate persoanelor neasigurate în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore.

Asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească este prestată de stațiile zonale de asistență medicală de urgență, serviciul asistență medicală de urgență al municipiului Chișinău și de instituțiile medico-sanitare departamentale și private, contractate de CNAM.

Pe parcursul anilor 2004-2015 s-a evidențiat o dinamică pozitivă a numărului de solicitări deservite de serviciul asistență medicală urgentă prespitalicească (Figura 3.6).

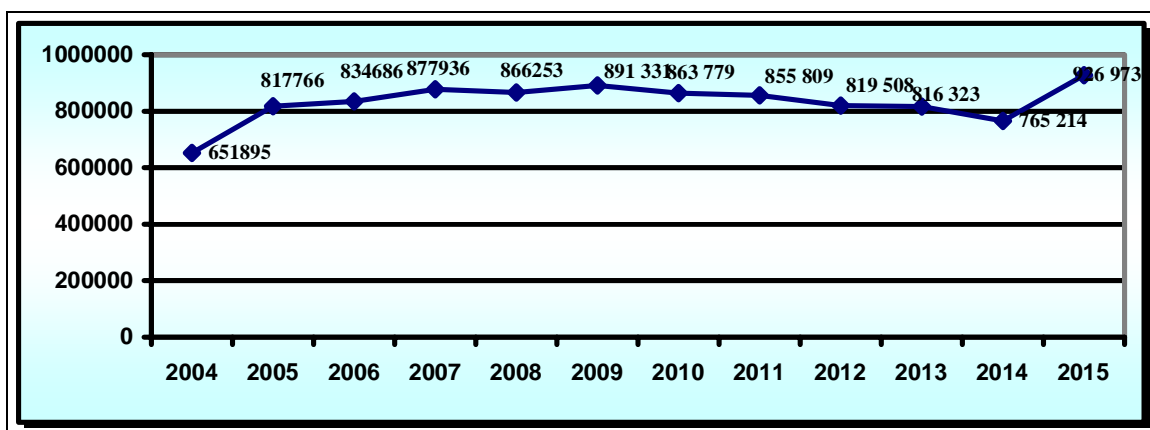


Fig.3.6. Numărul de solicitări deservite de serviciul AMU prestate persoanelor asigurate în anii 2004-2015, abs.

Pe parcursul anului 2015 au fost prestate persoanelor asigurate 926 973 de solicitări sau cu 275 078 de solicitări mai mult decât în anul 2004 (creștere de 3,4 ori).

Pentru persoanele neasigurate în anul 2015 au fost prestate 171 171 solicitări, ținând cont de acoperirea întregului volum de servicii medicale, comparativ cu 40 204 solicitări în anul 2004, când persoanelor neasigurate li se acordau servicii medicale doar în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore (Figura 3.7).

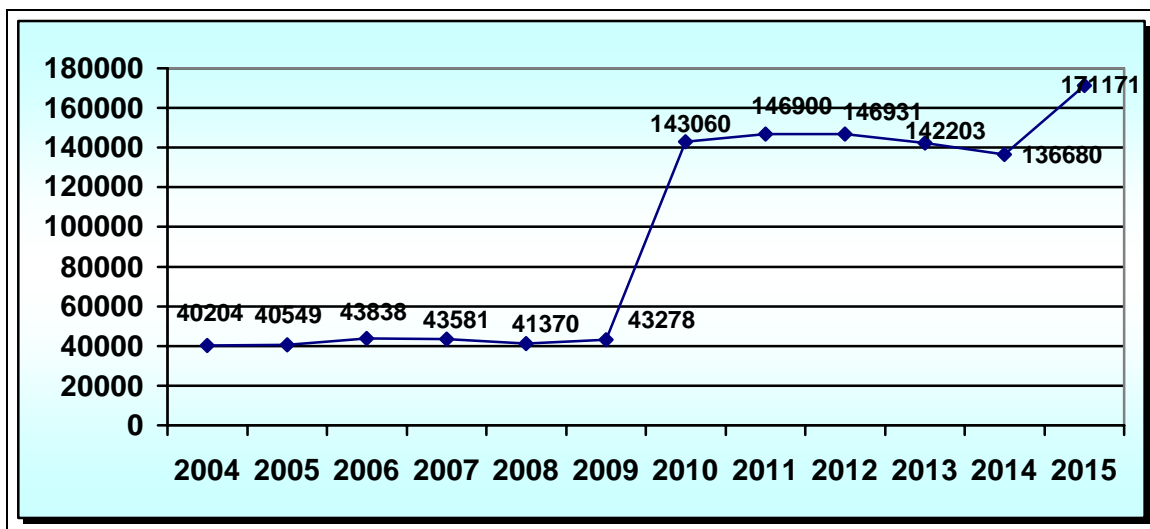


Fig.3.7. Numărul de solicitări deservite de serviciul AMU prestate persoanelor neasigurate în anii 2004-2015, abs.

În linii generale, activitatea serviciului asistență medicală urgentă prespitalicească a acoperit necesitățile populației în serviciile respective. Calitatea serviciilor a fost la un nivel satisfăcător, fapt confirmat prin mărirea accesibilității persoanelor asigurate și neasigurate la asistența medicală urgentă prespitalicească, micșorarea divergențelor între diagnosticul serviciului asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească și diagnosticul stabilit în secția internare a spitalului, lipsa reclamațiilor din partea populației.

Asistența medicală primară. Pe parcursul anului 2015 asistența medicală primară a fost acordată de medicul de familie în comun cu echipa sa în cazul maladiilor și stărilor prevăzute în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și a inclus următoarele activități:

- supravegherea sănătății persoanelor înregistrate la medicul de familie;
- promovarea modului sănătos de viață și educație pentru sănătate;
- imunizări conform calendarului de vaccinări și indicațiilor epidemiologice;
- examene medicale profilactice;
- planificarea familiei;
- supravegherea dezvoltării copilului;

- îngrijirea antenatală, supravegherea gravidelor și îngrijirea postnatală a lăuzelor;
- intervenții medicale de reabilitare și recuperare;
- vizite și îngrijiri la domiciliu;
- organizarea și efectuarea măsurilor antiepidemice primare în focarele de boli infecțioase ș.a.

Pe parcursul anului 2015 persoanele asigurate și neasigurate la medicii de familie au efectuat 10,1 mln. vizite, comparativ cu 8,8 mln. vizite în anul 2004.

Ponderea vizitelor efectuate de către persoanele asigurate din numărul total de vizite la medicii de familie a constituit 94,1%, comparativ cu 94,4 % în anul 2009.

Cauza diminuării numărului de vizite la medicul de familie se explică prin adresarea unei părți a populației nemijlocit la serviciile asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească și la specialiștii din instituțiile medicale spitalicești, precum și lacunele structurale și de activitate a asistenței medicale primare.

Asistența medicală specializată de ambulator. Pe parcursul anilor 2004-2015, asistența medicală specializată de ambulator a fost acordată în scopul stabilirii diagnosticului și tacticii de tratament la trimiterea medicului de familie, altor medici specialiști, la adresarea directă a persoanelor asigurate în caz de urgență și în cazul maladiilor specificate în „Lista afecțiunilor care, după confirmarea ca fiind caz nou, permit prezentarea direct la medicul specialist de profil din asistența medicală specializată de ambulatoriu”.

Asistența medicală specializată de ambulator a inclus următoarele activități:

- consultația medicului specialist de profil;
- recomandări pentru efectuarea analizelor de laborator, inclusiv bacteriologice, virusologice, serologice și instrumentale;
- îndreptarea, în caz de necesitate, la alți medici specialiști de profil sau spital, conform regulamentului stabilit;
- recomandări pentru tratament, reabilitare medico-socială, supraveghere în dinamică de către medicul de familie.

Pe parcursul anului 2015 persoanelor asigurate le-au fost prestate servicii medicale în cadrul a 6,8 mln. vizite consultative, comparativ cu 3,3 mln. vizite în anul 2004 (Tabelul 3.5).

Tabelul 3.5. Numărul de vizite consultative prestate în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator, anii 2004-2015, mil.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total vizite	3,3	4,8	5,1	5,3	5,8	5,9	6,1	6,6	7,0	7,1	7,1	6,8

Comparativ cu anul 2004, se observă o dublare a numărului de vizite consultative la medicii specialiști de profil (creștere de 2,1 ori). Aceste date denotă o creștere a accesibilității persoanelor asigurate la servicii medicale specializate.

Asistența medicală spitalicească. În conformitate cu prevederile Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală spitalicească este acordată persoanelor asigurate în cazurile în care prestarea asistenței medicale nu putea fi efectuată în condiții de ambulator sau starea sănătății pacientului necesita a fi supravegheat în condiții de spital. Prioritate au spitalizările pentru stările de urgență. De asemenea, instituțiile medico-sanitare spitalicești au posibilitatea internării programate a pacienților în baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie și a deciziilor consiliilor medicale consultative.

Cazul tratat include toate indicațiile medicale prescrise de medicul curant sau consiliul medical, inclusiv pentru maladiile concomitente, care influențează rezolvarea cazului tratat.

Durata de internare în spital în fiecare caz este individuală și depinde de starea sănătății pacientului, de indicatorii care caracterizează funcțiile vitale ale organismului, de riscul epidemiologic, care argumentează necesitatea tratamentului în condiții de spital.

În limitele prevederilor contractuale instituțiile medico-sanitare spitalicești, încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în anul 2015 au realizat 551 232 de cazuri tratate pentru persoanele asigurate, comparativ cu 475 597 de cazuri tratate în anul 2004 sau cu 75 635 cazuri mai mult (Figura 3.8).

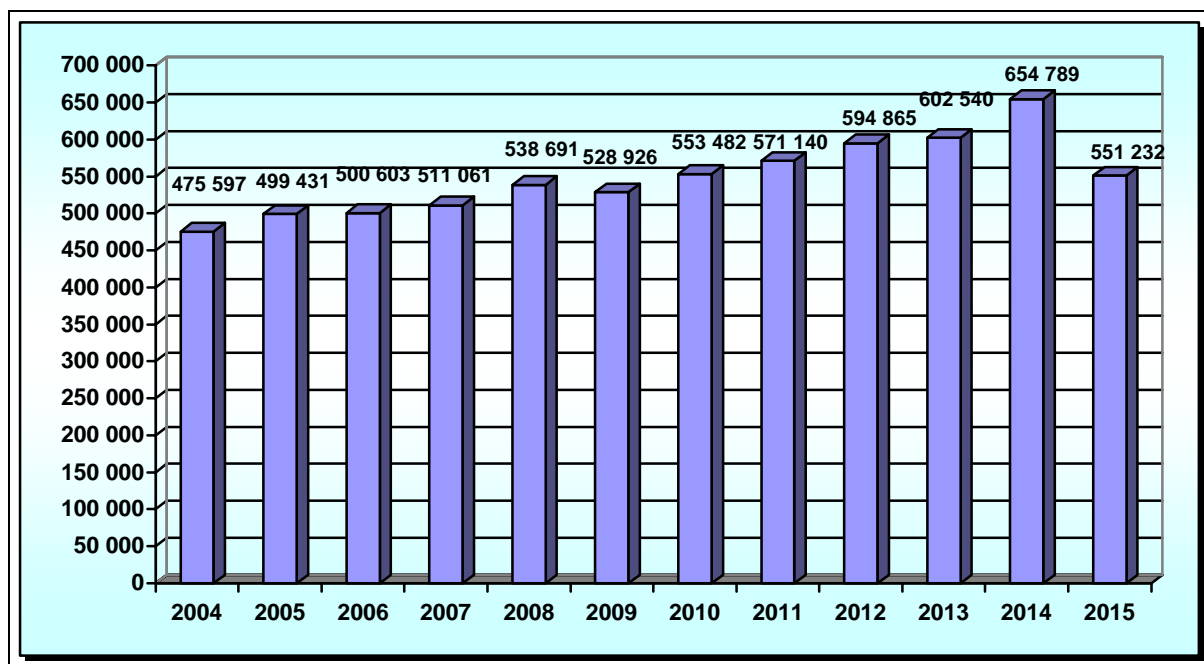


Fig.3.8. Cazuri realizate în limitele prevederilor contractuale pentru persoanele asigurate de către instituțiile medico-sanitare spitalicești, anii 2004-2015, abs.

Analiza activității instituțiilor medicale spitalicești demonstrează o tendință de creștere a numărului de cazuri tratate în anii 2010-2014 față de anii precedenți. Astfel, dacă în anul 2010 numărul de cazuri tratate în spitale constituia 553,5 mii de cazuri, în anul 2014 acest număr era de 602,5 (creștere de 1,2 ori). Aceasta se datorează și modificărilor operate în Programul unic al AOAM prin care s-a inclus asigurarea accesului persoanelor neasigurate la asistența medicală spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice (tuberculoza, psihozele și alte tulburări mentale și de comportament în forme acute, alcoolismul și narcomania, în caz de urgență medicală, afecțiunile oncologice și hematologice maligne confirmate, HIV/SIDA și sifilisul, maladiile infecțioase).

Pe parcursul anului 2011, în cadrul proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul financiar al Băncii Mondiale a fost implementat în 9 instituții medico-sanitare sistemul de plată DRG (CASE-MIX). Acest model nou de plată, bazat pe grupuri omogene de diagnostic, prevede finanțarea prestatorilor de servicii medicale spitalicești în dependență de complexitatea cazului tratat prestat, ceea ce duce la sporirea cost-eficienței utilizării mijloacelor financiare ale sistemului de sănătate.

Acest mecanism nou de plată a fost extins la nivel național, începând cu anul 2013.

Nivelul de spitalizare a bolnavilor la 100 de locuitori s-a redus de la 16,3 în anul 2004 pînă la 15,9 în anul 2015, iar la bolnavii asigurați a crescut de la 16,6 pînă la 21,9, respectiv.

Ponderea bolnavilor tratați asigurați din numărul total de bolnavi externați a crescut de la 86,2% în anul 2004 pînă la 91,4% în anul 2015.

Servicii medicale de înaltă performanță. Pe parcursul anilor 2004-2015 se observă o continuă creștere atât a numărului investigațiilor de înaltă performanță prestate, cât și a spectrului lor. Astfel, dacă în anul 2004 numărul investigațiilor prestate a fost de 12,4 mii, atunci în anul 2015 numărul lor a crescut de 45,8 ori și a constituit 568,3 mii de servicii (Figura 3.9).

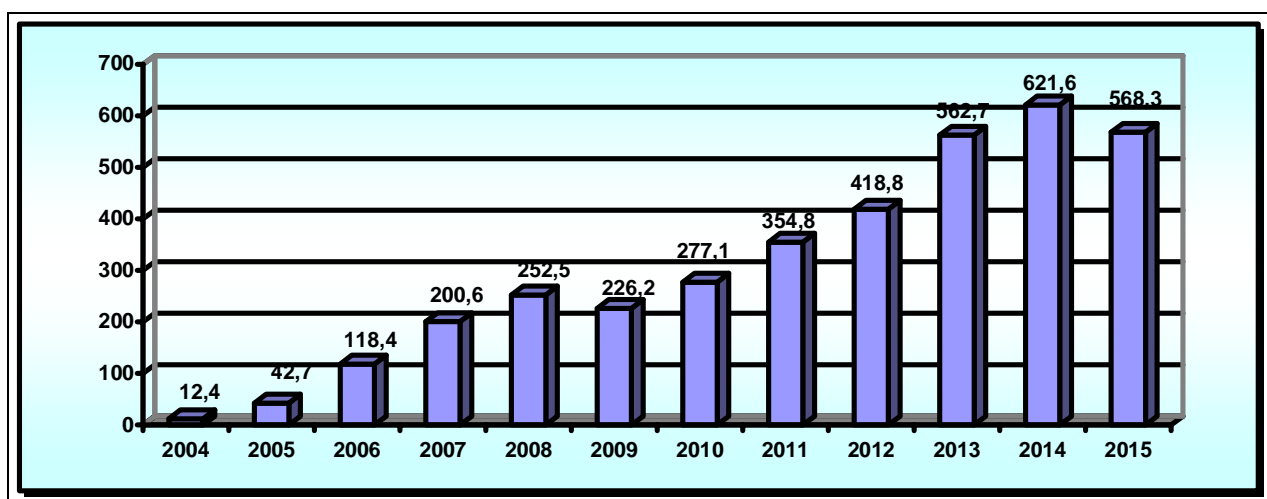


Fig.3.9. Numărul de servicii medicale de înaltă performanță, anii 2004-2015, mii.

Odată cu creșterea acumulărilor în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală a sporit și ponderea cheltuielilor pentru servicii medicale în condiții de ambulator, inclusiv a celor de înaltă performanță și cost-eficiente, al căror cost este destul de ridicat pentru achitarea individuală din partea persoanelor asigurate.

Medicamente compensate. În conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.1372 din 23.12.2005 „Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală”, în scopul perfectării mecanismului de organizare a accesului populației la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și sporirea transparenței privind selectarea medicamentelor pentru compensare prin ordinul Ministerului Sănătății nr.843 din 27.12.2010 a fost aprobat Regulamentul cu privire la compensarea și includerea medicamentelor în lista celor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, care ulterior a fost modificat și completat.

La includerea în listă a medicamentelor compensate se ține cont de nivelul morbidității prin maladii cronice, nivelul și structura mortalității și invalidității primare înregistrate în republică, impactul economic și social al maladiei asupra sănătății publice.

La determinarea listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se ține cont de mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală planificate în acest scop și de tendințele de utilizare a surselor financiare pentru perioada de timp respectivă [73, 74].

Completarea listei medicamentelor compensate și îmbunătățirea mecanismului de prescriere de către medicii de familie a dus la creșterea sumelor alocate pentru compensarea medicamentelor, în baza facturilor instituțiilor farmaceutice, de la 7 403,5 mii de lei în anul 2005 la 279,7 mii de lei în anul 2015. Până în anul 2010 medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală au fost prescrise doar persoanelor asigurate. Începând cu anul 2010, de medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală au beneficiat și persoanele neasigurate în cadrul programelor naționale (medicamente antidiabetice, psihotrope și anticonvulsivante) (Figura 3.10).

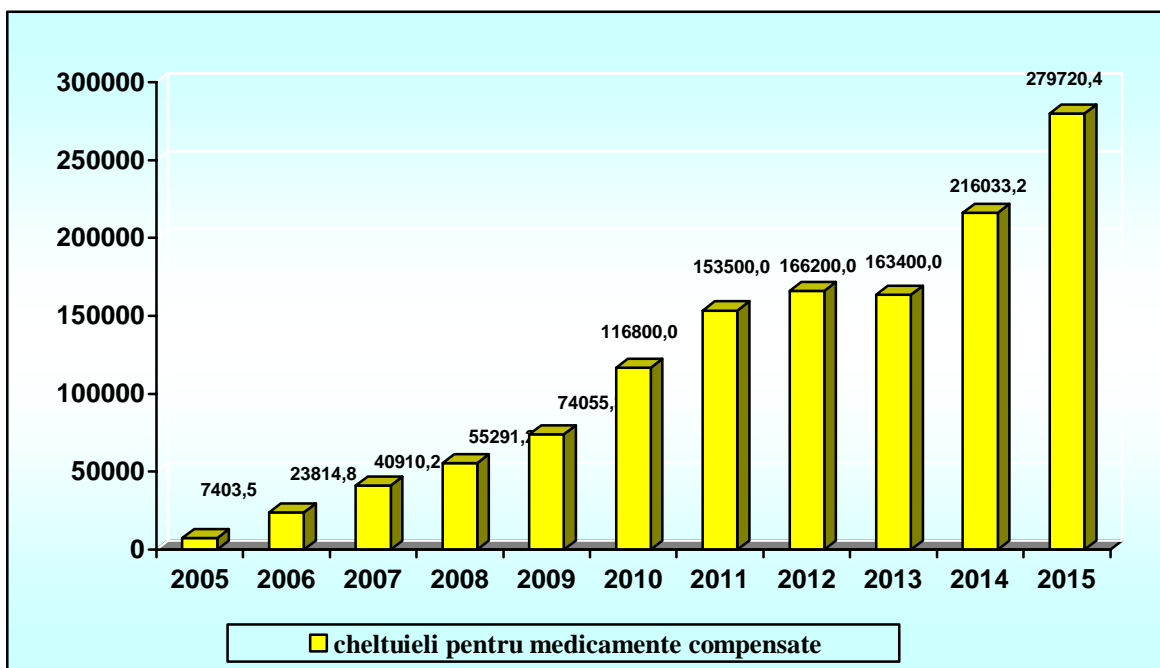


Fig.3.10. Dinamica alocațiilor pentru medicamentele compensate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală, anii 2005-2015, mii lei.

3.4. Concluzii la capitolul 3

1. În anul 2004 în Republica Moldova au fost implementate reforme considerabile în sistemul de sănătate, odată cu crearea sistemului AOAM. Introducerea AOAM a reprezentat o reformă fundamentală a modului de organizare și finanțare a sistemului de sănătate și a condus la o îmbunătățire considerabilă a performanței acestuia.

2. Studiul a relevat, că veniturile totale în fondurile AOAM au crescut față de anul 2004 de la 976,9 mln. lei pînă la 5 160,1 mln. lei în anul 2015 sau de 5,3 ori. Transferurile de la bugetul de stat au crescut în anul 2015 față de anul 2004 de circa 3,4 ori, veniturile din primele procentuale achitate din salarii – de 8,8 ori, iar de la realizarea polițelor de asigurare – de 7,0 ori.

3. Rezultatele analizei cheltuielilor din fondurile AOAM pentru acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate pe parcursul anilor pun în evidență o dinamică pozitivă și o majorare de 3,7 ori, iar în raport cu o persoană neasigurată – de 7,4 ori.

4. Analiza repartizării fondului AOAM destinat achitării serviciilor medicale curente a relevat în anul 2015, comparativ cu anul 2004, o creștere a cheltuielilor pentru acordarea: asistenței medicale de urgență populației de 3,7 ori, asistenței medicale primare – de 6,3 ori, asistenței medicale specializate de ambulator – de 8,3 ori, asistenței medicale spitalicești – de 4,0 ori.

5. Problema acoperirii populației în cadrul sistemului AOAM rămîne una importantă în aspectul accesibilității serviciilor medicale, respectării echității și solidarității economice între

diferite pături sociale, deși nivelul de asigurare medicală a populației a cunoscut o dinamică ascendentă și a constituit 85,6% în anul 2015, comparativ cu 63% în anul 2004 sau o creștere de 1,4 ori.

6. Analiza efectuată în cadrul studiului denotă faptul, că în cadrul sistemului AOAM volumul de asistență medicală acordat populației în anii 2004-2015 a cunoscut o dinamică pozitivă, inclusiv: numărul de solicitări acordate populației de serviciul AMU a crescut de 3,5 ori, numărul de vizite la medicul de familie – de 1,1 ori, numărul de vizite în cadrul AMSA – de 2,1 ori, numărul de cazuri tratate în condiții de staționar – de 1,2 ori și numărul de SÎP – de 45,8 ori (datorită atât volumului, cât și spectrului lor).

4. PERCEPȚIA DE CĂTRE POPULAȚIA ASIGURATĂ/NEASIGURATĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA A FACTORILOR MEDICO-SOCIALI DE INFLUENȚĂ ASUPRA SĂNĂTĂȚII

4.1. Considerații privind influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor asigurate/neasigurate

Scopul dezvoltării umane constă în posibilitatea de a trăi o viață lungă, deplină și sănătoasă. Indiscutabil este și faptul că o condiție esențială, pentru a considera calitatea vieții bună - este o stare normală de sănătate. Sănătatea este una dintre componentele principale ce definesc conceptul de „calitate a vieții”, alături de celelalte aspecte de ordin social, economic, cultural etc. [75].

Sănătatea populației este o componentă esențială a dezvoltării economice, sociale și culturale a țării și reprezintă un indicator integrat al calității mediului ambiant, emergent sub influența atât al factorilor externi, cât și al particularităților biologice ale populației, care în ansamblu alcătuiesc factorii medico-ecologici.

La diferite etape de dezvoltare a societății problemelor de studiere a sănătății întotdeauna li se atribuia o atenție deosebită. Reprezentanții diferitor științe și specialități se străduiau să pătrundă în tainele fenomenului sănătății, să determine esența lui pentru a se învăța să dirijeze eficace cu el, să utilizeze econom sănătatea pe parcursul întregii vieți și să identifice mijloace pentru păstrarea ei.

Sănătatea este atât o problemă locală, cât și globală, fiind de importanță vitală pentru fiecare persoană, fiecare stat și pentru întreaga omenire.

În prezent sunt întâlnite un număr relativ mare de definiții a conceptului de „sănătate”, care diferă după direcții, structură și conținut.

De-a lungul timpului sănătatea a fost definită sub diferite aspecte. Încă Hipocrate afirma că „Sănătatea prezintă o stare de echilibru între corp, minte și mediu”. Actualmente cea mai acceptată și utilizată definiție este cea a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), care a propus în anul 1946 următoarea definiție: „Sănătatea este o stare pe deplin favorabilă atât fizic, mintal, cât și social, și nu doar absența bolilor sau a infirmităților”. Mai târziu, fiind inclusă în această definiție și „capacitatea de a duce o viață productivă social și economic”. Se mai menționează că sănătatea este o resursă pentru viața de zi cu zi, constituind un concept pozitiv, care subliniază resursele sociale și personale, ca și capacitățile fizice [76].

Conform unor autori [77], definiția OMS pune probleme din punctul de vedere al aplicării practice – chiar dacă au devenit disponibile în ultimele trei decenii unele instrumente de măsurare a dimensiunilor pozitive ale sănătății, există posibilități mult mai mari și mai puțin

costisitoare de a valorifica informații de morbiditate și pentru fundamentarea politicilor de sănătate. Chiar și în cele mai bogate societăți, aspectele negative ale sănătății vor mai rămâne încă pentru mult timp principalul obiect al intervențiilor din domeniul sănătății. Însă, în același timp, crește importanța definirii, măsurării și influențării sănătății din perspectiva percepției subiective a indivizilor și a capacității funcționale, influențate atât de elemente biologice obiective, cât și de percepții.

În acest context este important de a fi abordată problema factorilor determinanți ai sănătății, care, e binecunoscut faptul că acționează sinergic. Un prim exemplu de fundamentare a unei strategii de sănătate pe un model care să recunoască influența majoră asupra sănătății și a altor factori în afară de serviciile medicale, a apărut în anul 1974 în documentul „O nouă perspectivă asupra sănătății canadienilor”, cunoscut ca raportul Lalonde (după numele ministrului canadian al sănătății din acea vreme). Modelul conceptual susținut de acest raport de referință a propus clasificarea determinanților sănătății în patru categorii: comportamente, mediu, biologia umană și îngrijiri de sănătate [77] (Figura 4.1).

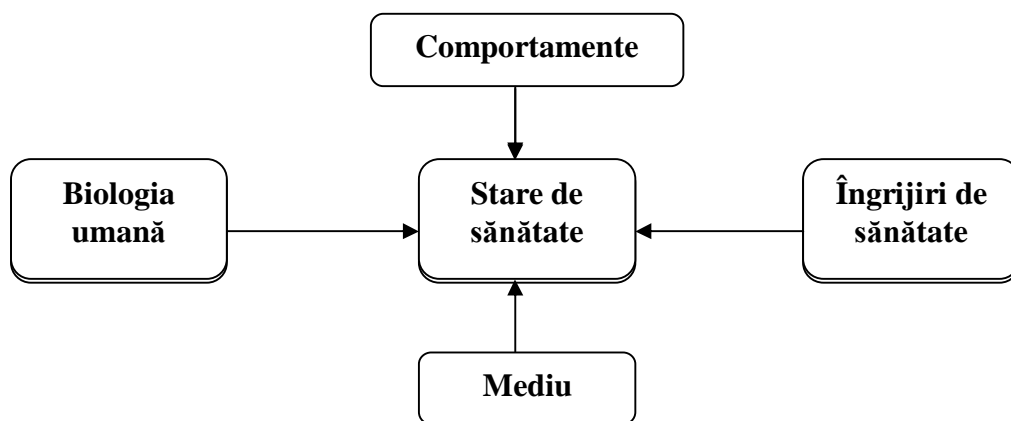


Fig. 4.1. Modelul celor patru categorii de determinanți ai stării de sănătate.

Factorii determinanți ce influențează starea de sănătate a populației sunt descriși în diferite moduri [78, 79].

După cum menționează unii autori [80], sănătatea este rezultatul unei combinații complexe de factori cu relevanță la nivel individual și la nivel macro-. La nivel individual, starea de sănătate depinde de numeroși factori interrelaționați, precum: moștenirea genetică, poziția socială, opțiunile în ceea ce privește stilul de viață, comportamentele, atitudinile și valorile adoptate cu privire la starea de sănătate.

Multiplele cercetări, precum și experții OMS [81], au identificat factorii determinați ai sănătății și ponderea lor, care influențează sănătatea publică: factorii biologici (ereditate, caracteristici demografice ale populației) – 20%; factorii climato-geografici și ecologici (factori fizici, chimici etc.) – 20%; factorii sociali (comportamentul, atitudinile, obiceiurile, stilul de viață) – 52-53%; eficiența serviciilor de sănătate (preventive, curative, recuperatorii) – 7-8%. Una din principalele sarcini a statului și a sistemului de sănătate constă în elaborarea și realizarea unui complex de măsuri menite să diminueze acțiunea factorilor de risc și să fortifice factorii pozitivi care contribuie la îmbunătățirea sănătății populației (Tabelul 4.1).

Tabelul 4.1. Factorii de influență asupra sănătății

Sfera de influență a factorilor	Factori fortificanți ai sănătății	Factori de risc
Factorii sociali (52-53%)	Organizarea rațională a vieții, stilul de viață sedentar, activitate fizică adecvată, confort social și psihologic, alimentație rațională și echilibrată, absența deprinderilor dăunătoare, educație valeologică.	Absența unui mod rațional de viață, migrația, hipo- sau hiperdinamia, disconfort social și psihologic, alimentație nesănătoasă, deprinderi vicioase, lipsa de cunoștințe valeologice.
Factorii climato-geografici și ecologici (20%)	Condiții adecvate de trai și activitate, condiții climaterice și naturale favorabile. Lipsa factorilor nocivi în activitate. Stilul de viață sedentar.	Condiții nocive de trai și activitate, condiții nefavorabile climaterice și naturale. Mediu înconjurător poluat. Migrația.
Factorii biologici (20%)	Ereditate sănătoasă. Absența premiselor morfo-funcționale ale maladiilor.	Predispunere ereditară la boli. Maladii și tulburări ereditare. Particularități constituționale care condiționează apariția maladiilor.
Eficiența serviciilor de sănătate (7-8%)	Screening-ul medical, nivel ridicat al măsurilor de prevenție, asistență medicală oportună și calitativă.	Lipsa de supraveghere medicală, nivel scăzut al profilaxiei primare, asistență medicală precară.

Vârsta, sexul și caracteristicile ereditare sunt considerate determinanți de bază ai stării de sănătate, însă asupra lor indivizii au control redus [75]. În același timp, după cum menționează unii autori [82], deși moștenirea genetică are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea și îngrijirea sănătății. Poziția socială reprezintă un factor complex care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale: vârstă, gen, statut socio-economic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, prin condițiile de viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, fie prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate. Un rol considerabil în sănătatea indivizilor îl joacă rețelele sociale și ale comunităților în care este inclusă și familia [75].

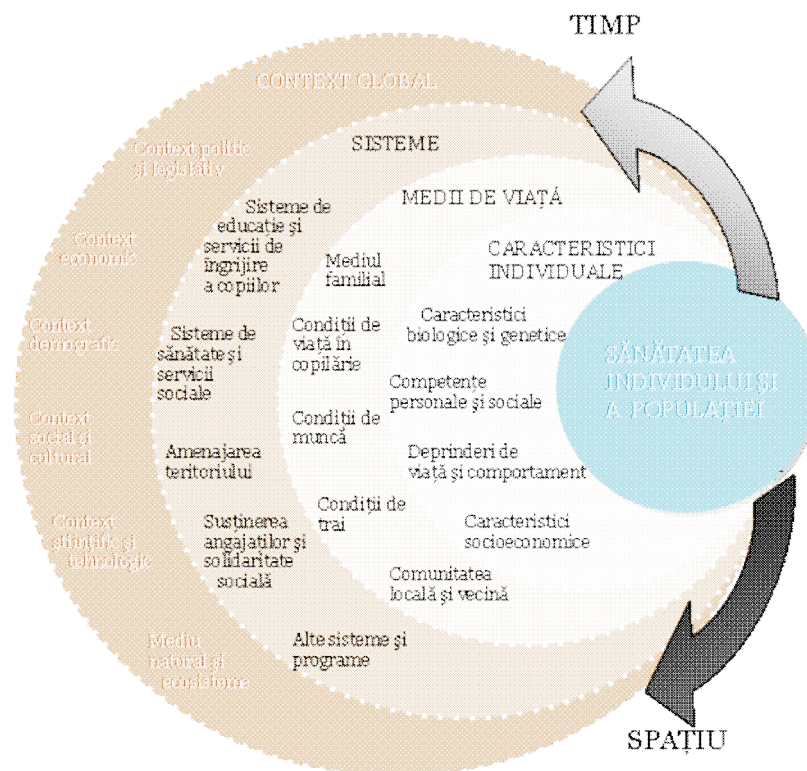
Printre factorii comportamentali cu impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate se evidențiază fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta, inactivitatea fizică. Fumatul a luat amploare în Republica Moldova după anul 1990 atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor, dar mai ales în rândul tinerilor. În Republica Moldova numărul fumătorilor înregistrează 27% din populație, ocupând locul 4 în topul statelor europene cu număr mare de fumători (după Armenia, Belarus și Ucraina). Vârsta medie a minorilor care încep să fumeze este de 15 ani [83]. Potrivit celor mai recente studii, rata mortalității în rândul fumătorilor este de 2-3 ori mai mare decât la nefumători în toate grupurile de vârstă. Fumatul este responsabil pentru 90% din cazurile de cancer pulmonar, 75% din cazurile de bronșită cronică și 25% din cazurile de boli de inimă.

Factorii socio-economici cu un impact deosebit asupra stării de sănătate sunt: nivelul sărăciei, rata șomajului, structura cheltuielilor în gospodărie, excluziunea socială. După cum menționează unii autori [84], venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate atât la nivel individual, cât și la nivel societal. Acest lucru este evidențiat și de către alți autori [85], care demonstrează că există o strânsă legătură între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice.

Mediul înconjurător este un factor cu un impact deosebit asupra stării de sănătate, influențând apariția multor boli, cum ar fi: afecțiunile respiratorii cronice, cardiovasculare, alergice, endocrine, de metabolism și nutriție, bolile psihice și, nu în ultimul rând, bolile neoplazice. În acest grup de determinanți ai stării de sănătate trebuie să se ia în considerare: calitatea aerului, a apei, a solului, a alimentelor, a locului de muncă, a așezărilor umane și a factorilor fizici, cum ar fi zgomotul și radiațiile. Accesul la o sursă de apă potabilă, la o locuință având facilități sanitare, la o încălzire adecvată a locuinței etc. contribuie la starea de sănătate [86]. Desfășurarea muncii într-un mediu toxic sau predispus la accidente de muncă, o muncă

solicitanță din punct de vedere fizic sau psihic constituie alți factori determinanți ai stării de sănătate. Schimbările climatice, diminuarea stratului de ozon, pierderea biodiversității și degradarea solului pot afecta, de asemenea, sănătatea umană. Totuși, interacțiunile dintre mediu și sănătatea umană sunt extrem de complexe și dificil de evaluat.

În Figura 4.2 sunt prezentați mai detaliat factorii determinanți ai sănătății.



Sursa: După Paquette J., Leclerc B-S., Bourque S. *La santé dans tous ces états: les déterminants sociaux de la santé* [87].

Fig.4.2. Harta factorilor determinanți ai sănătății.

Eminamente, unul din obiectivele esențiale al sistemului național de sănătate publică este considerată a fi asigurarea sănătății populației țării. Deoarece, conform definiției lui Frenk, esența sănătății publice este starea de sănătate a populației, aceasta include și organizarea personalului și a instituțiilor medico-sanitare în vederea furnizării tuturor serviciilor de sănătate necesare pentru promovarea sănătății, prevenirea bolilor, diagnosticarea și tratamentul bolilor și reabilitarea fizică, socială și profesională [88]. În același timp, prezența unor probleme majore cu care încă se confruntă în prezent sistemele de sănătate publică din alte țări [89], precum și din țara noastră, influențează calitatea vieții populației, printre care pot fi enumerate: subfinanțarea și utilizarea inefficientă a resurselor; accesul scăzut și inechitabil la servicii de calitate (inechitați în accesul la servicii există, în primul rând, între populația din mediul urban și cel rural, categorii relativ mari de persoane nu sunt înscrise pe lista medicilor de familie etc.); managementul deficitar al resurselor umane (comparativ cu țările europene, nivelul asigurării populației cu

medici și cadre medii medicale este inferior mediilor europene, distribuția teritorială a personalului medical este neuniformă, pondere inadecvată a personalului auxiliar, concentrarea personalului medical în zonele urbane și în spitale, nivelul scăzut al salariilor etc.); insuficientă atenție acordată serviciilor de promovare a sănătății: (a) resurse umane insuficiente numeric în specialiști de sănătate publică, (b) colaborare dificilă cu instituțiile din domeniu atât la nivel național, cât și local și (c) resurse financiare modeste, repartizate în fiecare program național de sănătate; managementul deficitar al informațiilor; colaborare intersectorială inadecvată etc.

În acest context, se impun acțiuni susținute întru a realiza un nivel ridicat de sănătate și a distribui echitabil serviciile de asistență medicală, iar sistemul sanitar, la rândul său, trebuie să corespundă așteptărilor populației. OMS, stabilind responsabilitățile guvernelor față de propriile sisteme sanitare, invocând asumarea unui rol mult mai activ în promovarea sănătății, a pus accentul pe necesitatea elucidării impactului pe care, sistemele sanitare îl au asupra sănătății.

Accesul universal la servicii de sănătate trebuie să se numere printre prioritățile oricărui stat. Accesibilitatea la servicii medicale este determinată de concordanța dintre oferta și cererea de servicii, respectiv dintre disponibilitatea reală a facilităților de asistență medicală, comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru servicii de sănătate. Oferta, dar și cererea de servicii medicale sunt influențate de finanțarea diferitor tipuri de asistență în cadrul sistemului de sănătate, dar și de posibilitatea populației de a suporta din resurse proprii contravaloarea serviciilor. Nivelul de acoperire al populației rămâne a fi una dintre cele mai sensibile și importante probleme în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală atât din punctul de vedere al accesibilității serviciului, cât și al echității și solidarității [90, 91, 92].

Tot mai frecvent în ultimii ani devine preocuparea cercetătorilor pentru evaluarea stării de sănătate a populației, care poate fi apreciată atât obiectiv (de exemplu: colectarea și analiza unor parametri biologici și clinici incluși într-o fișă de cercetare/evaluare, pentru fiecare individ al unei populații), cât și subiectiv (percepția stării sănătății).

Cea mai frecventă metodă de apreciere subiectivă a stării de sănătate este autoevaluarea. Chestionarele de satisfacție și/sau de evaluare a stării proprii de sănătate sunt destul de frecvent utilizate, de obicei, în complementaritate cu o metodă de apreciere obiectivă a stării de sănătate. Avantajul măsurării subiective a sănătății constă în faptul că la răspunsul subiectiv al pacientului se pot asocia și parametri biologici ai pacientului. Măsurarea subiectivă a sănătății poate fi utilizată pentru: monitorizarea îngrijirii pacientului; îmbunătățirea interrelației dintre medic și pacient; informarea medicilor, pe tot parcursul îngrijirii asupra stării de bine a pacientului; studii clinice pentru evaluarea a două sau mai multe tratamente diferite; evaluarea câștigului în sănătate

la diferite grupe de pacienți când se evaluează furnizările de servicii cele mai valoroase; monitorizarea stării de sănătate a populației în general [77, 93, 94, 95, 96, 97].

4.2. Rezultatele evaluării opiniei persoanelor asigurate/neasigurate referitor la impactul factorilor medico-sociali asupra sănătății

Republica Moldova a avut pînă la mijlocul anilor '90 un sistem medical puternic centralizat, finanțat doar de către bugetul de stat și coordonat de către Ministerul Sănătății. Oficial, serviciile erau oferite în mod gratuit, însă subfinanțarea sistemului pentru o lungă perioadă de timp a condus la scăderea calității serviciilor.

În cadrul reformei sistemului național de sănătate, odată cu trecerea de la un sistem centralizat-finanțat, condus și al cărui proprietar unic era statul – către un sistem descentralizat – cu finanțare bazată pe asigurări obligatorii de asistență medicală, concomitent cu apariția de noi actori pe scena politicii medico-sanitare, participarea la reformă a prestatorilor de servicii medicale este esențială în reușita reformelor propuse.

Beneficierea de tratament sau observație medicală depinde, nu în ultimul rînd, de nivelul de bunăstare al populației, resursele financiare, fiind o condiție importantă în stabilirea accesului la anumite servicii. În dependență de nivelul de bunăstare al populației, se constată o solicitare mai mare a serviciilor medicale din partea populației asigurate pe motiv de consult, tratament general, continuarea vizitei la medicul specialist, precum și la serviciile medicale private, la care în medie, practic fiecare a cincea persoană din categoria celor asigurați au recurs [98].

Starea sănătății populației este un indice integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice și morale, un factor decisiv de influență asupra potențialului economic, cultural și al forței de muncă a societății. Sănătatea este valoarea vitală, care ocupă nivelul superior pe scara ierarhică a valorilor. Prin urmare, importanța identificării și menținerii stării de sănătate a populației țării nu poate fi pusă la îndoială. Cunoscînd incidența anumitor grupuri de populație după vîrstă și sex, este posibil de a identifica acele grupuri prioritare care necesită cea mai mare atenție din partea statului. Sănătatea pentru cei mai mulți dintre reprezentanții săi nu este numai doar absența bolilor, dar, de asemenea, prezența energiei vitale, lipsa stărilor de stres etc., deci nu este doar o bunăstare pur fiziologică, dar, de asemenea, și una social-psihologică.

De mai multe decenii ale secolului trecut și pînă în prezent în țara noastră principala metodă de determinare a sănătății populației constă în înregistrarea morbidității în baza adresărilor populației în instituțiile medico-sanitare. Însă estimarea nivelului incidenței populației numai în baza adresărilor devine acum imposibilă, deoarece un procent mare de

populație nu se adresează după ajutor medical, chiar și cu maladii grave. Persoana poate simți agravarea sănătății lui, dar nu solicită asistență medicală. De asemenea, există și autotratare, și apel la surse alternative de ajutor. Estimarea volumului și calității unor astfel de practici este dificilă [96].

Mai frecvent, sănătatea, în cercetările savanților referitor la calitatea vieții, este abordată din două perspective distincte. O dimensiune a sănătății constă în considerarea sănătății ca un domeniu al calității vieții, fiind descrisă prin indicatorii cu referință la sfera sănătății, situați la niveluri diferite de analiză: evaluarea propriei stări de sănătate, constrângerile percepute impuse de starea de sănătate, percepția accesului la servicii medicale, evaluarea sau satisfacția față de acestea, speranța de viață la naștere, ratele de morbiditate sau mortalitate, rata din PIB a cheltuielilor pentru serviciile medicale etc. Dimensiunea a doua în cercetările referitor la calitatea vieții din perspectiva sănătății, se axează pe modul în care pacienții cu diferite probleme de sănătate își resimt calitatea vieții, pe percepțiile oamenilor care descriu diferite stări de sănătate sau pe timpul de supraviețuire al beneficiarilor de tratamente medicale etc., fiind și în această abordare dezvoltată un număr impunător de indicatori și indici de calitate a vieții.

Statisticile curente ale morbidității totale dețin informații din abundență, însă cu fiabilitate redusă și capabilități analitice slabe. Înregistrările generale anuale ale datelor privind cauzele adresărilor după consultații medicale, adoptate ca o sursă de studiu a morbidității, a pierdut în prezent relevanța. Această metodă slab informativă este menținută doar de tradiții. Acest lucru ridică bine întemeiata îndoială în posibilitatea nivelului estimat al incidenței calculate conform adresărilor, de a juca rolul de instrument de evaluare rapidă a situației referitor la sănătatea populației într-un anumit teritoriu administrativ.

O direcție promițătoare de estimare a incidenței în prezent constă în utilizarea diferitor metode de cercetări sociologice. În țările dezvoltate economic, datele cu privire la starea de sănătate a populației, obținute în baza sondajelor sociologice, au devenit foarte solicitate.

Starea sănătății percepute reflectă percepția generală pe care persoanele o au despre sănătatea lor fizică și psihică. Mai multe țări OCDE realizează chestionare de sănătate, ce permit respondenților să evalueze diferite aspecte ale stării lor de sănătate. În pofida caracterului subiectiv al întrebărilor din chestionare, indicatorii de percepție a stării de sănătate permit, în general, a se face prognoze corecte privind evoluția morbidității și a necesarului de servicii medicale. Percepția sau autoevaluarea stării de sănătate constituie un indicator important al stării de sănătate. Ea reflectă aprecierea globală pe care persoana o face despre starea sănătății ei, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie.

Valoarea deosebită a evaluărilor sociologice a sănătății populației constă în abilitatea de a analiza un număr mare de date referitor la patologie, cu care, din diverse motive, nu se adresează după ajutor medical. Chestionarea, ca metodă de bază în cercetările sociologice, face posibilă obținerea de informații în mod rapid și cost-eficient. Informația subiectivă în procesul de acumulare devine o caracteristică populațională obiectivă.

În ultimele decenii, în Europa, mai ales în țările Europei Centrale și de Est, considerabil a sporit accesibilitatea și calitatea rezultatelor chestionării referitor la starea sănătății populației. În prezent, chestionarea este recunoscută ca o metodă cu drept deplin de monitorizare a sănătății populației, de rînd cu înregistrarea [99, 100].

În acest context, ne-am propus să efectuăm un studiu asupra percepției populației referitor la schimbările prin care trece sistemul de sănătate din Republica Moldova, cu accent pe factorii medico-sociali ce influențează starea sănătății și pe acces și calitatea serviciilor medicale [101].

Am utilizat ca instrument de lucru un chestionar (anexă), care vizează problemele de sănătate majore cu care se confruntă populația, modalitățile prin care sistemul de sănătate răspunde acestor probleme, gradul de cunoaștere a noilor structuri și mecanisme implicate odată cu implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova, gradul de acoperire cu asigurări și servicii de sănătate, barierele în accesul la serviciile medicale.

Au fost realizate analize separate referitoare la principalele niveluri de asistență medicală, inclusiv asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența specializată de ambulator și asistența medicală spitalicească, evaluînd și analizînd percepția populației față de o serie de aspecte specifice fiecărui tip de asistență în parte, precum: calitatea serviciilor oferite, timpul de așteptare, atitudinea personalului medical, conlucrarea între niveluri de asistență medicală, costurile implicate de asistența medicală.

Colectarea datelor a fost realizată prin metoda anchetării, în baza chestionarului elaborat de către autor, a 1 067 de persoane asigurate/neasigurate din 3 zone geografice ale Republicii Moldova atît din mediul urban, cît și din cel rural.

Rezultatele studiului au fost prelucrate și analizate prin intermediul programului Excel, aplicația SPSS și prezentate grafic în tabele și diagrame.

Eșantionul respondenților (1 067 de persoane) a fost constituit din: 760 de persoane asigurate (71,2±1,64%) și 307 de persoane neasigurate (28,8±2,58%) ($t=13,8459$, $p<0,001$); după mediul de reședință – 533 de persoane din mediul urban (49,95±2,17%) și 534 de persoane din mediul rural sau 50,05±2,16% ($t=0,0327$, $p>0,05$).

Persoanele neasigurate în proporție de $37,1 \pm 2,09\%$ provin din mediul rural, comparativ cu $20,5 \pm 1,75\%$ a celor din mediul urban ($t=6,0909$, $p<0,001$). În cea mai mare parte aceasta se datorează faptului că populația rurală, de regulă, practică activități agricole pe cont propriu ($87,5\%$), dar și dispune de posibilități financiare reduse pentru procurarea poliței de asigurare medicală obligatorie, ceea ce limitează accesul la serviciile medicale oferite în cadrul sistemului AOAM.

În funcție de vârstă, constatăm că rata cea mai înaltă a persoanelor care nu dispun de asigurare medicală ($93,2 \pm 0,77\%$) sunt persoanele cuprinse în grupa de vârstă 21-59 de ani (persoane apte de muncă), printre ele: primul loc îl ocupă persoanele din grupa de vârstă 21-29 de ani cu $44,1\%$, din rîndul lor $52,7\%$ sunt cele din mediul rural sau cu $16,6\%$ mai mult decît cele din mediul urban; locul II, cu $35,8\%$, îl ocupă persoanele din grupa de vârstă 30-39 de ani, $50,0\%$ fiind persoane din mediul rural, ceea ce e cu $28,4\%$ mai mult decît cele din mediul urban; locul III îl ocupă persoanele din grupa de vârstă 40-49 de ani cu $25,0\%$, cota celor din mediul rural constituind $34,0\%$ sau cu $16,9\%$ mai mult decît cele din mediul urban; locul IV fiind ocupat de persoanele din grupa de vârstă 50-59 de ani cu $18,3\%$, dintre care $23,6\%$ provin din mediul rural sau cu $10,2\%$ mai mult decît cele din mediul urban. Astfel, în grupa de vârstă a persoanelor apte de muncă (21-59 de ani), cota cea mai înaltă a persoanelor neasigurate o constituie cele din mediul rural – $63,3 \pm 2,09\%$, comparativ cu $26,7 \pm 1,92\%$ a celor din mediul urban ($t=19,9221$, $p<0,001$) sau cu $36,6\%$ mai mult (Figura 4.3).

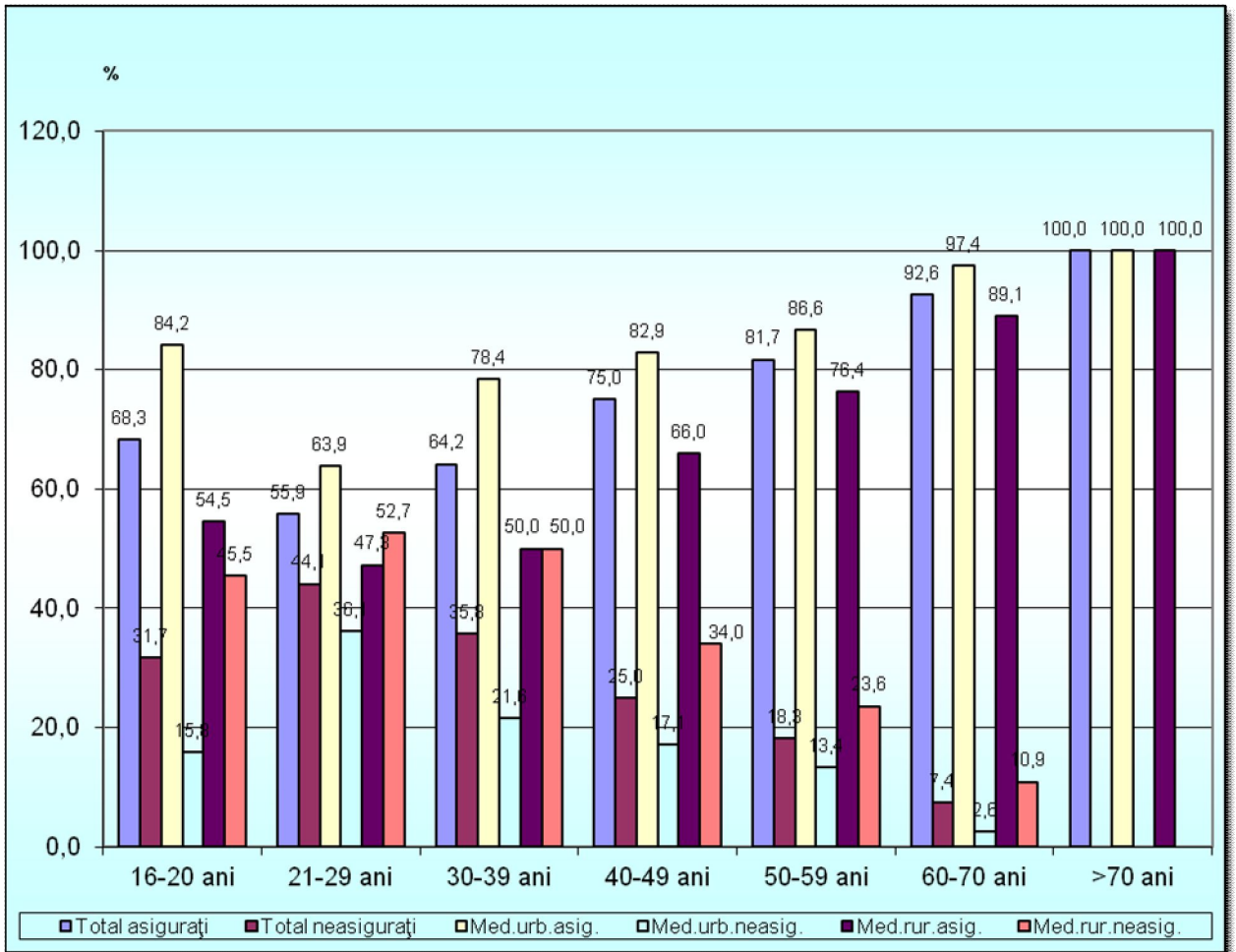


Fig.4.3. Repartizarea după vîrstă și mediul de reședință al respondenților (persoane asigurate/neasigurate), %.

Conform studiului, ponderea femeilor care au poliță medicală este mai înaltă ($74,9 \pm 1,33\%$) decît a bărbaților ($63,1 \pm 1,48\%$) ($t=5,9416$, $p<0,001$), fapt explicat prin încadrarea mai frecventă a femeilor, oficial, în cîmpul muncii, unde beneficiază de pachetul social. De asemenea, este important rolul statului prin includerea femeilor gravide, a parturientelor și a lăuzelor în lista persoanelor care beneficiază de asigurare medicală din partea Guvernului. Cota femeilor deținătoare de poliță de asigurare medicală în mediul urban constituie $82,2 \pm 1,66\%$, comparativ cu $67,1 \pm 2,03\%$ - în mediul rural ($t=5,7572$, $p<0,001$) sau cu 15,1% mai mult.

În același timp, constatăm ponderea bărbaților neasigurați ($36,9\%$) atît în mediul urban ($27,1 \pm 1,93\%$), cît și în mediul rural ($45,3 \pm 2,15\%$) ($t=6,2996$, $p<0,001$), fiind mai înaltă decît a femeilor (Figura 4.4).

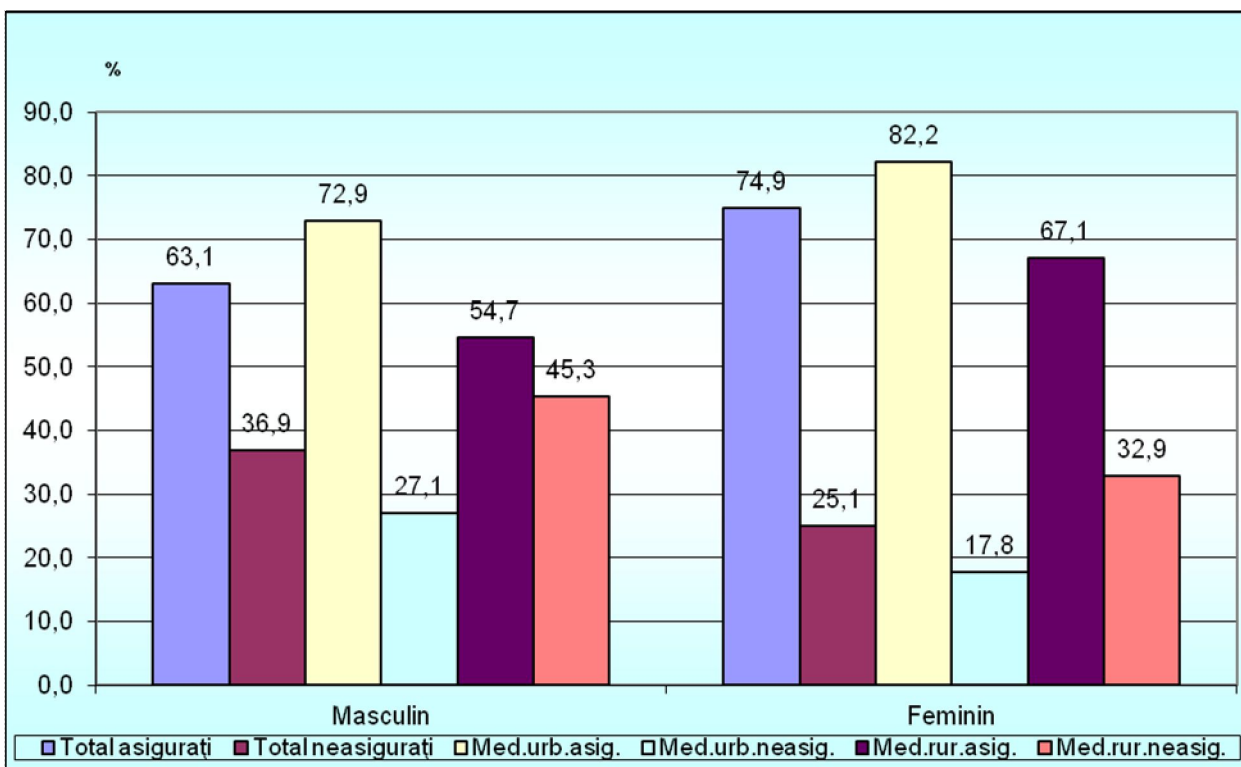


Fig.4.4. Repartizarea după gen și mediul de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

În rândul respondenților cu studii superioare se atestă cele mai înalte cote ale celor ce dețin polița de asigurare medicală: 85,8% total persoane asigurate, dintre care $87,0 \pm 1,46\%$ sunt din mediul urban și $82,4 \pm 1,65\%$ - din mediul rural ($t=2,0914$, $p<0,05$). În același timp, respondenții fără studii ($30,8 \pm 1,99\%$) și cu studii medii ($29,7 \pm 1,98\%$) reprezintă segmentul cel mai slab acoperit de asigurări medicale, ceea ce s-ar explica prin activitatea acestora în sectorul neoficial al economiei, unde angajatorii nu le oferă pachetul social. Dacă cota acestora în mediul urban o constituie $15,8 \pm 1,58\%$, atunci în mediul rural - $37,0 \pm 2,09\%$ ($t=8,0935$, $p<0,001$) (Figura 4.5).

Analiza de corelație dintre nivelul de studii și aprecierea stării de sănătate denotă o legătură directă și puternică ($r_{xy} = +0,71$, $m_t=0,02$, $t_t=35,5$, $p<0,001$).

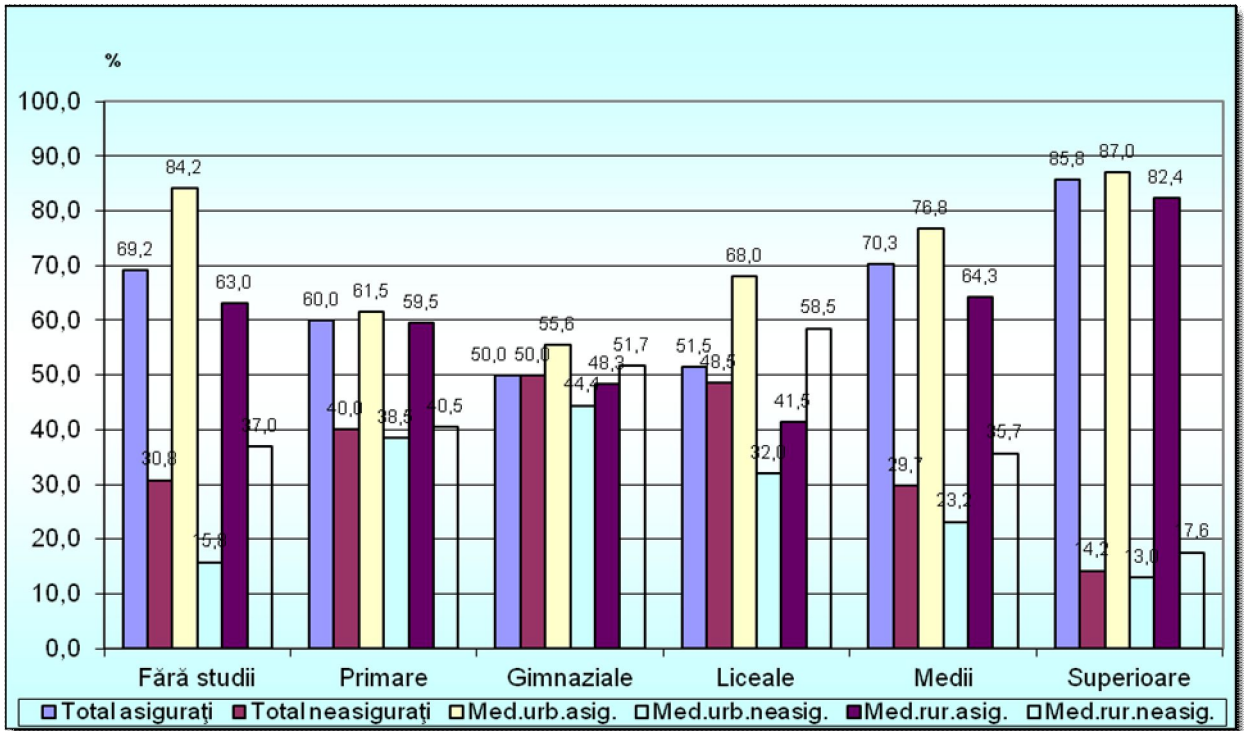


Fig.4.5. Repartizarea după nivelul de studii și mediul de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

În raport cu starea civilă, ponderea cea mai înaltă a persoanelor neasigurate o dețin cei din căsătoriile neregistrate: 54,2% - total neasigurați, 42,5±2,14% persoane neasigurate din mediul urban și 62,5±2,09% persoane neasigurate din mediul rural ($t=6,6763$, $p<0,001$) (Figura 4.6).

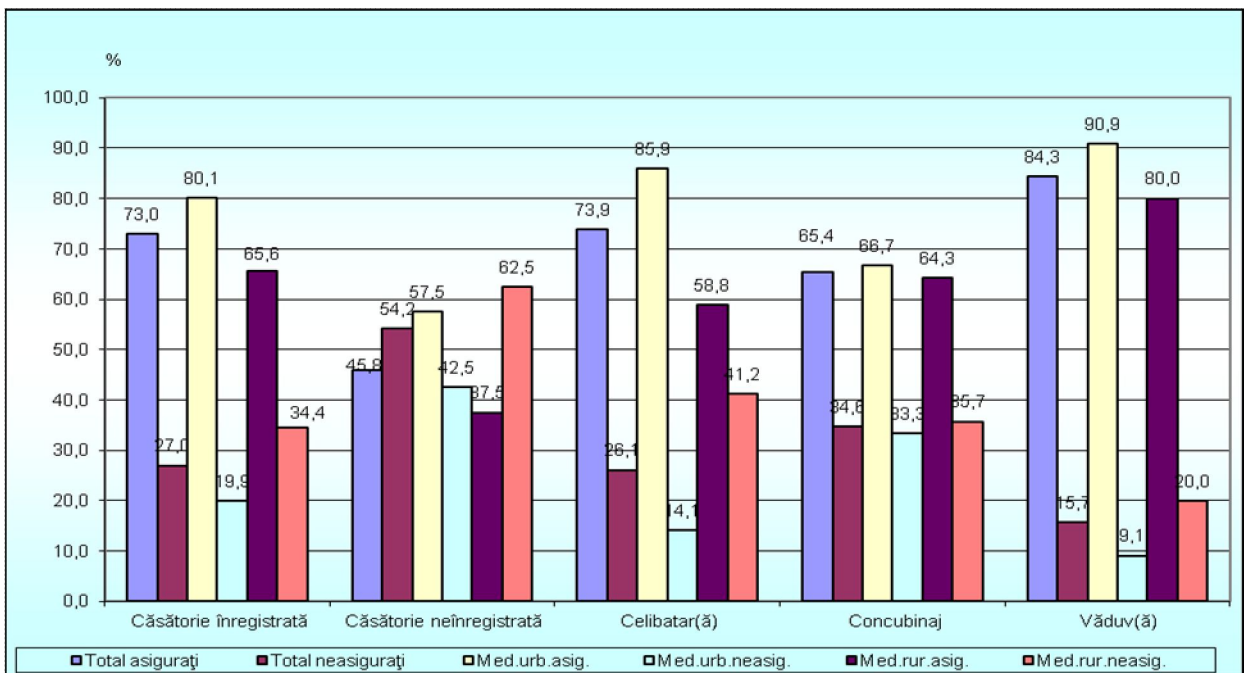


Fig.4.6. Repartizarea după starea civilă și mediul de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %

Persoanele care locuiesc în locuințe de cazare temporară alcătuiesc cota cea mai mare din rândul celor neasigurați: 47,6% - total neasigurați (36,1±2,08% persoane neasigurate din mediul urban și 63,0±2,09% persoane neasigurate din mediul rural) ($t=9,1236$, $p<0,001$), comparativ cu cei care au locuință în chirie (39,8%), locuință proprie (26,5%), deținătorii de locuințe de serviciu (25,0%) și sociale (23,1%) (Figura 4.7).

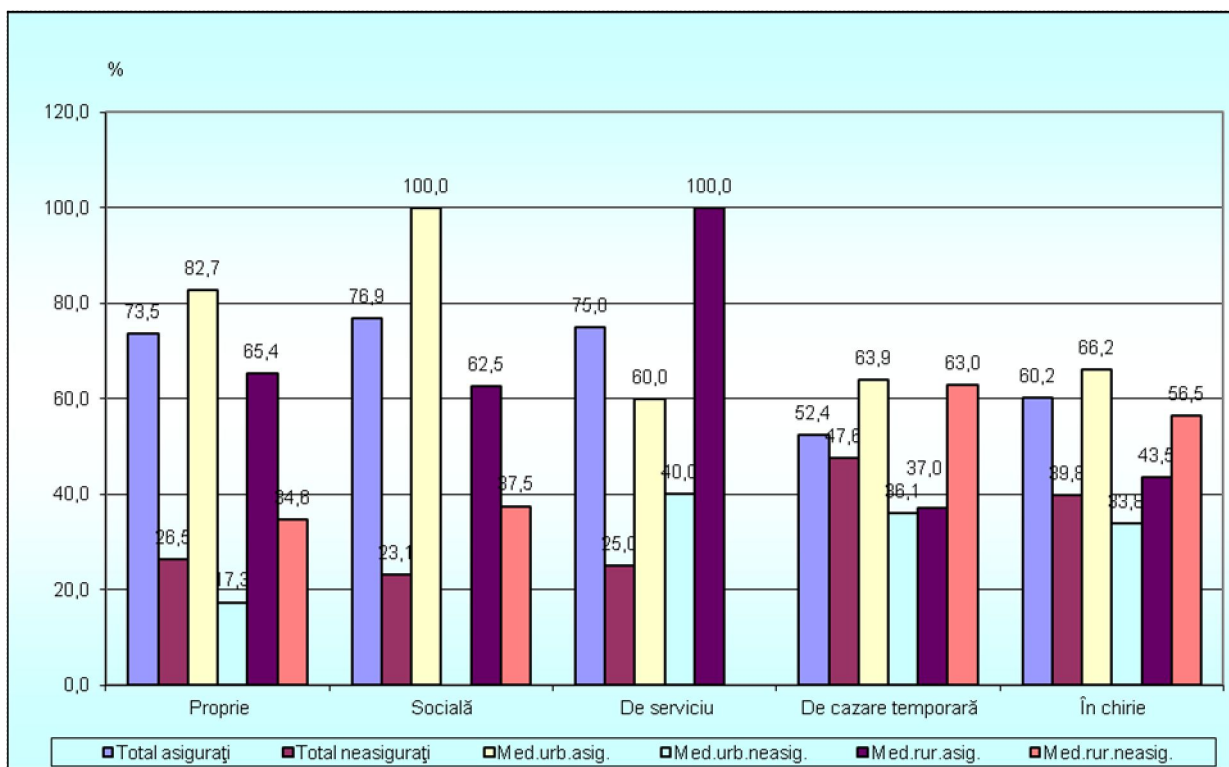


Fig.4.7. Repartizarea după condițiile locative și mediul de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

În raport cu nivelul bunăstării, ponderea cea mai mare (58,1%) a persoanelor neasigurate o constituie cei cu cele mai mici venituri (0-549,4 lei), variind de la 45,2±2,16% în mediul urban până la 62,8±2,09% în mediul rural ($t=5,8595$, $p<0,001$), fiind evidentă limitarea accesului acestei categorii de populație la asistență medicală (Figura 4.8).

În urma analizei de corelație dintre nivelul bunăstării și percepția stării de sănătate a fost stabilită o legătură directă și puternică ($r_{xy} = +0,76$, $m_r=0,01$, $t_r=76,00$, $p<0,001$).

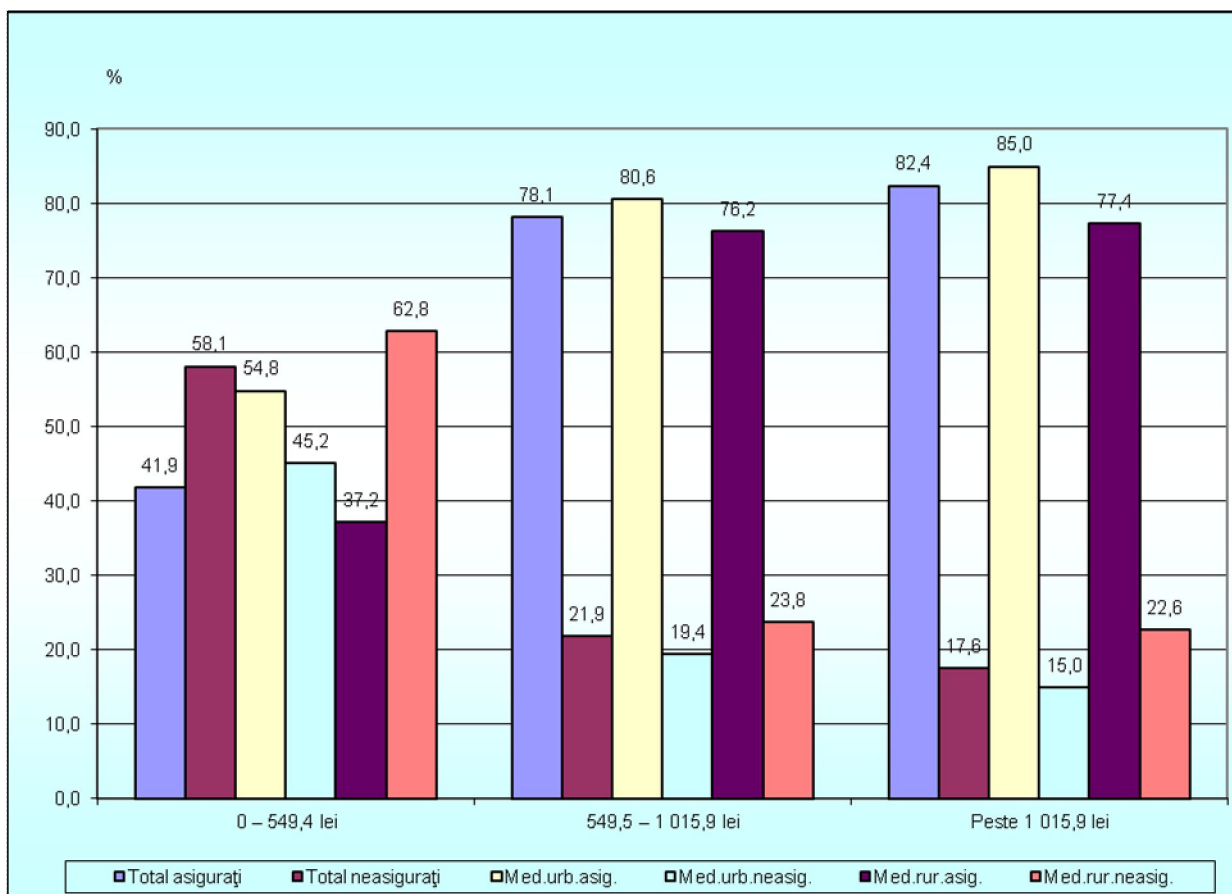


Fig.4.8. Repartizarea după nivelul bunăstării și mediul de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

În rezultatul analizei chestionarelor, s-a constatat că în lotul persoanelor mulțumite de nivelul de trai se atestă cea mai mică cotă (16,5%) a celor neasigurate, variind de la 15,0±1,55% în mediul urban pînă la 18,3±1,67% în mediul rural ($t=1,4483$, $p>0,05$) (Figura 4.9).

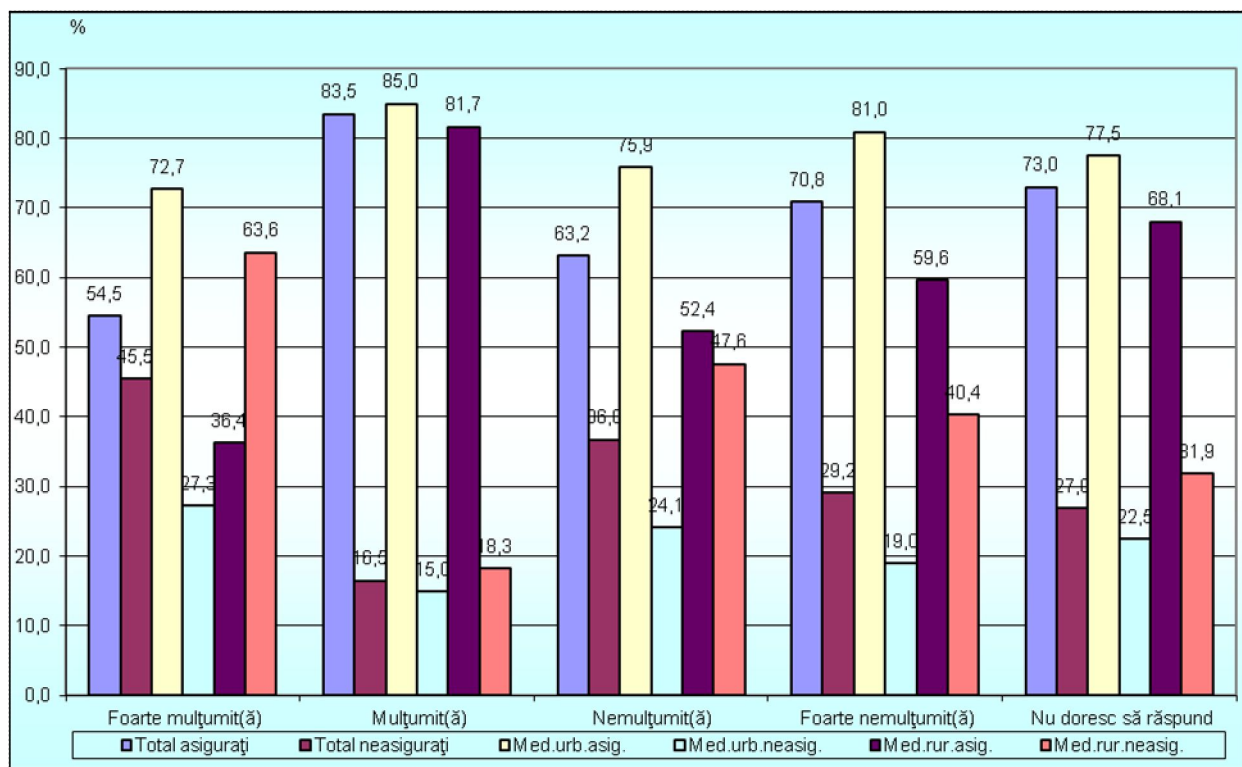


Fig.4.9. Repartizarea după percepția nivelului de trai și mediul de reședință al persoanelor asigurate/neasigurate, %.

Astfel, factorii socio-economici, în complexitatea interacțiunilor lor sinergice, influențează direct statutul persoanei și accesul la serviciile oferite în cadrul sistemului AOAM, care la rândul lor contribuie la starea de sănătate.

Studiul efectuat a reliefat că printre principalele cauze de neprocurare a poliței de asigurare medicală pot fi enumerate: lipsa unui loc de muncă indicată de către 45,0±2,15% persoane neasigurate din mediul urban și 45,5±2,15% persoane neasigurate din mediul rural ($t=0,1607$, $p>0,05$); costul mare al poliței de asigurare medicală, invocat de 22,0±1,79% persoane neasigurate din mediul urban și 26,3±1,91% - din mediul rural ($t=1,6430$, $p>0,05$); activitatea neoficială practică de 18,3±1,67% persoane neasigurate din mediul urban și 19,7±1,72% - din mediul rural ($t=0,5829$, $p>0,05$); 12,8±1,45% persoane neasigurate din mediul urban și 7,6±1,15% persoane neasigurate din mediul rural consideră că nu au nevoie ($t=2,8163$, $p<0,01$), deoarece, oricum, plătesc medicului, chiar și în cazul prezenței poliței; activitatea temporară peste hotarele țării, indicată de 8,3±1,19% persoane neasigurate din mediul urban și 10,6±1,33% persoane neasigurate din mediul rural ($t=1,2852$, $p>0,05$); 3,7±0,82% persoane neasigurate din mediul urban și 2,5±0,68% - din mediul rural preferă obținerea serviciilor medicale contra plată ($t=1,1314$, $p>0,05$) (Figura 4.10).

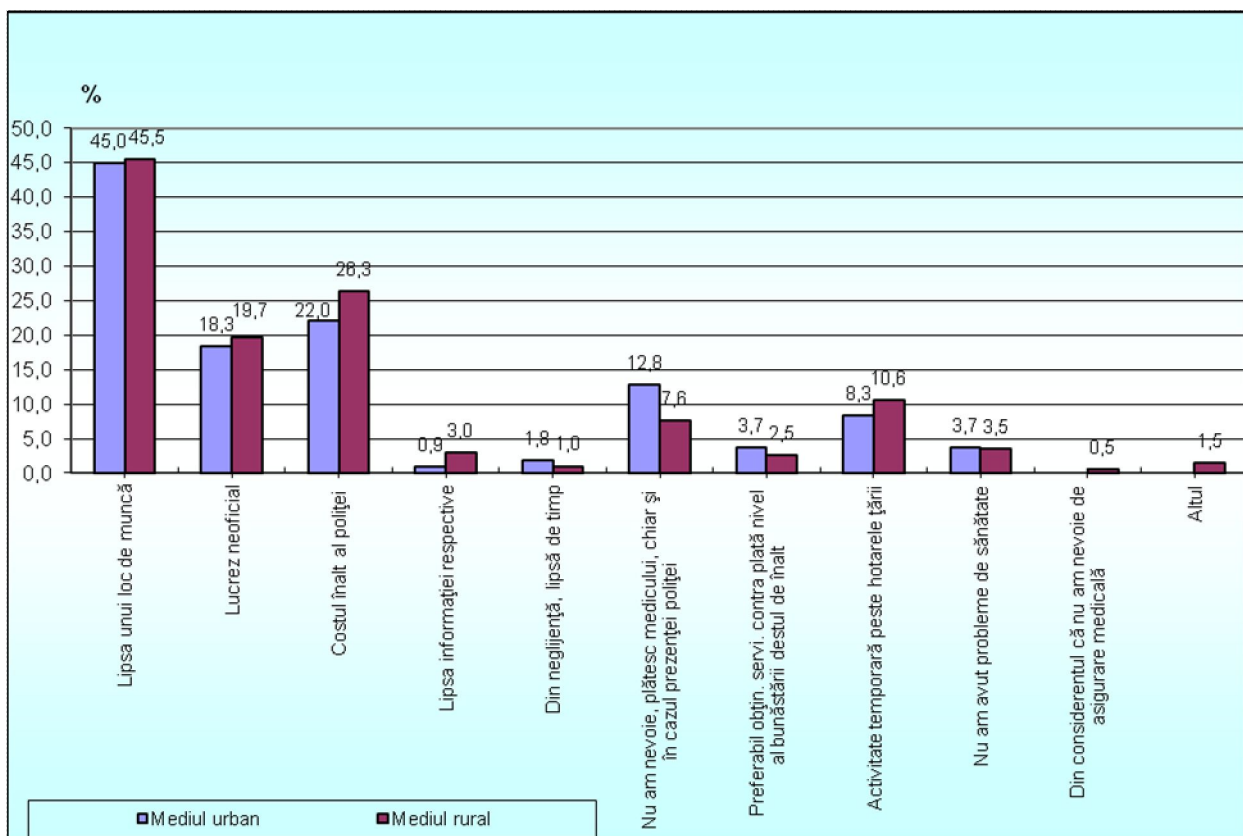


Fig.4.10. Motivele neprocurării poliței de asigurare medicală de către persoanele neasigurate, %.

Percepția stării de sănătate este unul din indicatorii recomandați la nivel internațional în contextul analizei asupra stării de sănătate a populației. Este relevant faptul influenței factorilor socio-culturali asupra nivelului de percepere a stării de sănătate. Astfel, conform datelor studiului, starea sănătății în limitele ”satisfăcătoare – foarte bună” este apreciată de către 71,7±1,38% persoane asigurate și de către 80,1±1,22% persoane neasigurate ($t=4,5585$, $p<0,001$), incluse în lotul total de studiu; din mediul urban, respectiv, de către 76,4±1,84% persoane asigurate și 87,2±1,45% persoane neasigurate ($t=4,6165$, $p<0,001$), iar din mediul rural – respectiv, 66,0±2,05% și 76,3±1,84% ($t=3,7371$, $p<0,001$), ceea ce arată că persoanele asigurate sunt mai exigente și mai precaute vis-a-vis de starea de sănătate, avînd grijă de a dispune de asigurare medicală în eventuala necesitate. Aceasta o confirmă și aprecierea stării de sănătate cu calificativele ”rea” și ”foarte rea” de către 10,1±0,92% persoane neasigurate din lotul de studiu, comparativ cu 17,6±1,17% de către persoanele asigurate ($t=5,0449$, $p<0,001$); din mediul urban – respectiv 7,3±1,13% și 14,9±1,54% și din mediul rural – 11,6±1,39% și 20,9±1,76%, respectiv ($t=2,4076$, $p<0,05$; $t=2,5643$, $p<0,05$) (Figura 4.11).

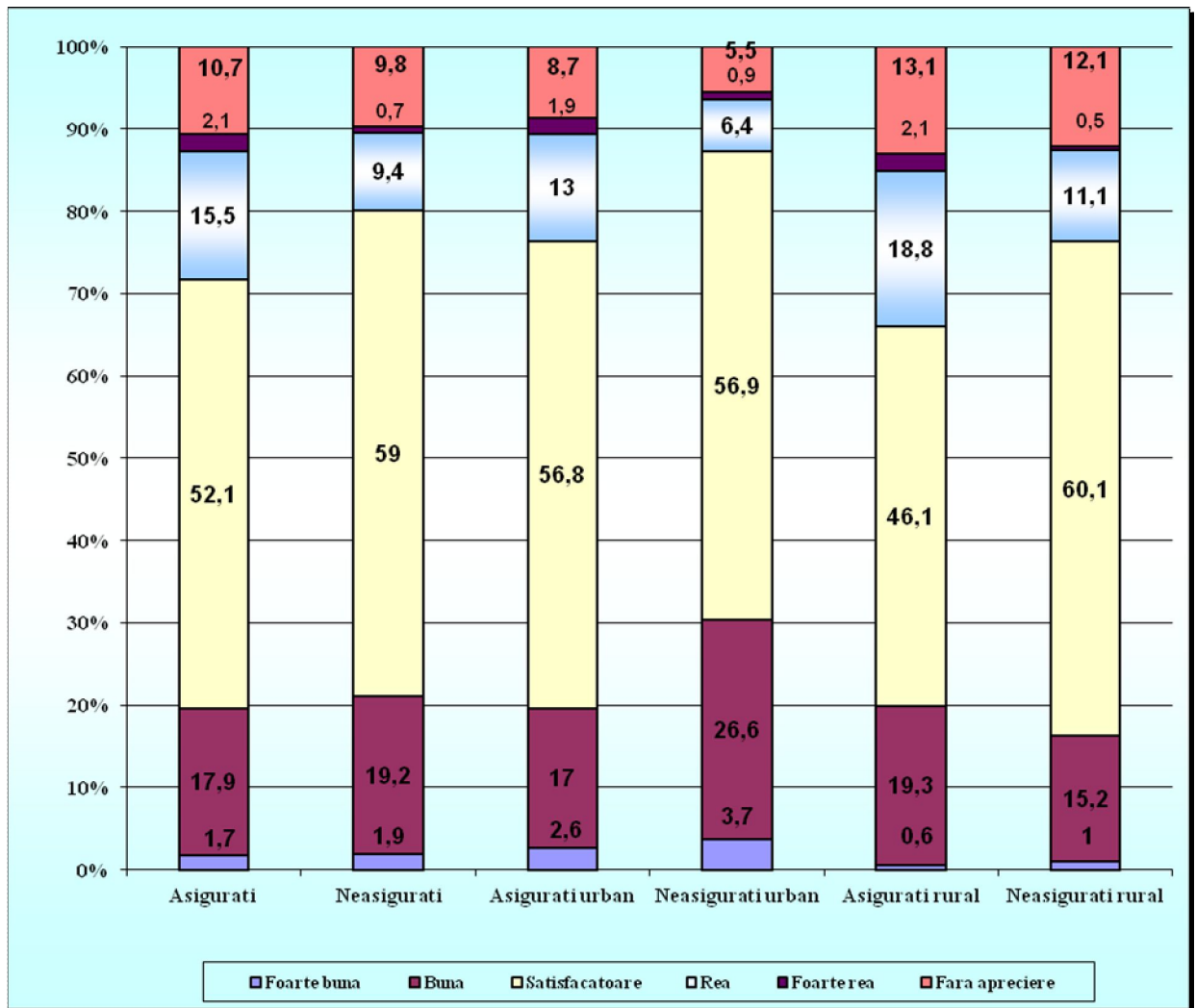


Fig.4.11. Perceperea stării sănătății la moment de către persoanele asigurate/neasigurate, %.

La momentul chestionării, respondenții (bazându-se pe rezultatele accesării sistemului medical) au afirmat următoarele: 78,4±1,26% din persoanele asigurate sufereau de maladii cu evoluție cronică sau cu 56,8% mai mult decât persoanele neasigurate (21,6±1,26%) ($t=31,8809$, $p<0,001$); de maladii cu evoluție acută - 65,9±1,45% și 34,1±1,45% ($t=15,4944$, $p<0,001$), respectiv sau cu 31,8% mai mult, ceea ce atestă o grijă mai sporită față de propria sănătate din partea persoanelor asigurate (Figura 4.12).

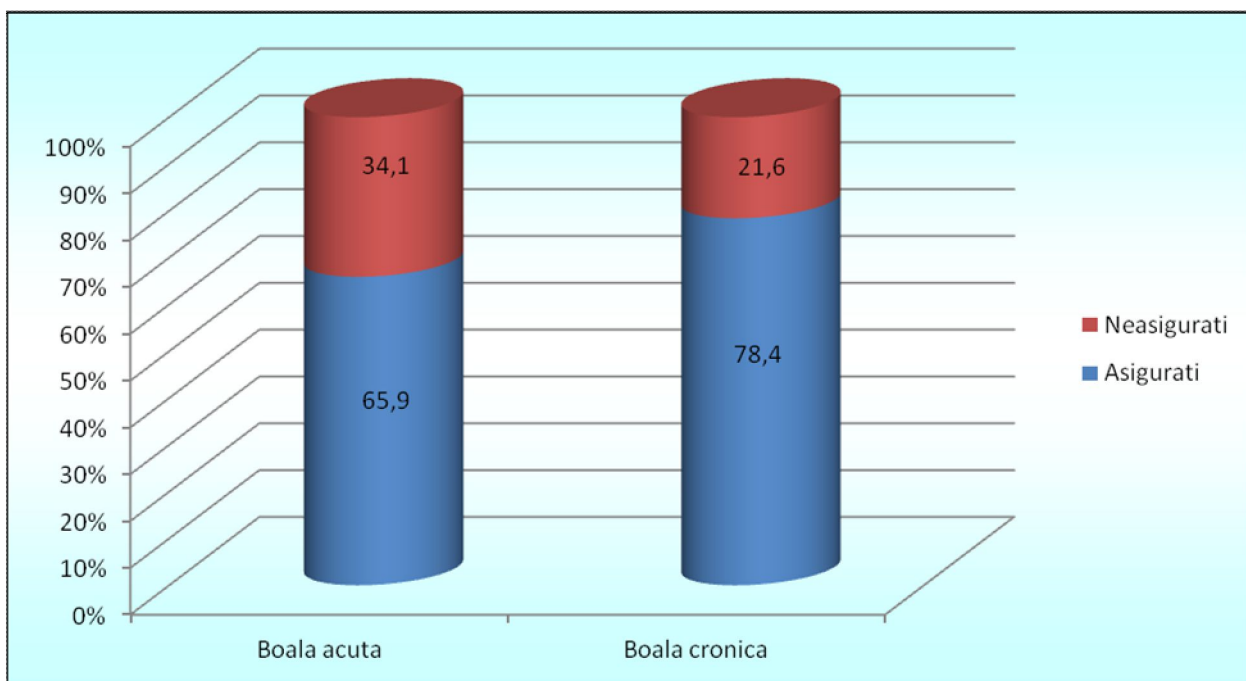


Fig.4.12. Ponderea persoanelor asigurate/neasigurate cu maladii acute și cronice, %.

Confirmarea concluziei expuse mai sus este argumentată și prin datele privind zilele nelucrătoare pe parcursul ultimului an. Astfel, persoanelor asigurate li s-a întâmplat să nu muncească din cauza bolilor de 1,5 ori mai puțin decât persoanelor neasigurate.

În cazul unor probleme de sănătate, în funcție de disponibilitatea asigurării medicale, constatăm că persoanele asigurate apelează preponderent la serviciile de spital ($90,0 \pm 1,09\%$), ale medicului de familie ($74,4 \pm 1,58\%$), ale medicului specialist ($74,3 \pm 1,57\%$), ale ambulanței ($73,8 \pm 1,59\%$), farmaciei ($62,5 \pm 1,76\%$), iar în $65,2 \pm 1,73\%$ cazuri nu se adresează nimănui, pe când persoanele neasigurate în aceste situații preponderent apelează în $47,1 \pm 2,85\%$ la centrele medicale private, la serviciile asistentei medicale – $40,7 \pm 2,80\%$ cazuri, la farmacie – $37,5 \pm 2,76\%$, la ambulanță – $26,2 \pm 2,51\%$ cazuri, la medicul specialist – $25,7 \pm 2,49\%$, la medicul de familie – $25,6 \pm 2,48\%$, iar în $34,8 \pm 2,72\%$ cazuri nu se adresează la nimeni.

Persoanele asigurate din mediul urban, în caz de boală, mai frecvent apelează la serviciile spitalicești ($95,1 \pm 0,94\%$), ale medicului de familie ($83,2 \pm 1,62\%$) și în $77,9 \pm 1,79\%$ cazuri la serviciile AMU, comparativ cu cele neasigurate, care în $30,1 \pm 1,98\%$ apelează la farmacie, în $30,0 \pm 1,98\%$ - la serviciile medicale oferite de centrele private și $25,0 \pm 1,75\%$ cazuri – la asistenta medicală sau nu apelează la nimeni ($p < 0,001$).

Persoanele asigurate din mediul rural, în caz de boală, se adresează, de obicei, la serviciile spitalicești ($85,7 \pm 1,51\%$) ($t=5,2802$, $p < 0,001$), ambulanței ($69,3 \pm 1,75\%$) ($t=3,2019$,

$p < 0,01$), medicului specialist ($68,4 \pm 1,55\%$) și în $64,7 \pm 2,07\%$ cazuri – la medicul de familie ($t = 7,0431$, $p < 0,001$), pe cînd persoanele neasigurate în $71,4 \pm 1,96\%$ cazuri apelează la centrele medicale private, în $48,3 \pm 2,16\%$ cazuri – la asistenta medicală și în $46,7 \pm 2,16\%$ cazuri – la farmacie, iar $45,5 \pm 2,15\%$ din ele nu apelează la nimeni ($t = 7,1757$, $p < 0,001$).

Studiul efectuat atestă faptul îngrijorător că în caz de boală, practic, fiecare a treia persoană neasigurată ($34,8\%$) nu apelează la nimeni și doar fiecare a patra persoană ($25,6\%$) se adresează la medicul de familie, deși beneficiază de întregul volum de servicii medicale prevăzute în Programul unic al AOAM (Figura 4.13).

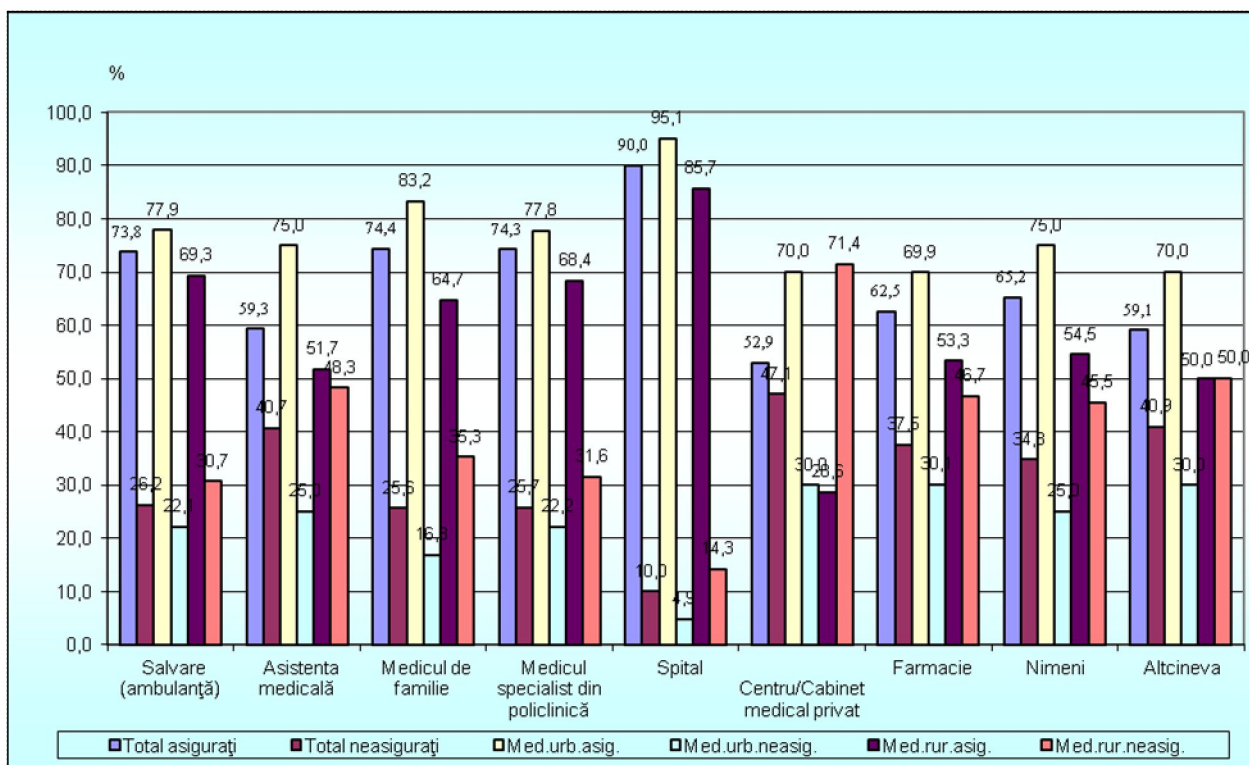


Fig.4.13. Asistența medicală la care apelează persoanele asigurate/neasigurate în caz de boală, %.

Conform studiului efectuat, cota cea mai mare a celor înscriși la medicul de familie o constituie persoanele asigurate atât din mediul urban ($80,8 \pm 1,71\%$), cât și din cel rural ($63,3 \pm 2,09\%$) ($t = 6,4944$, $p < 0,001$), urmate de persoanele neasigurate din mediul rural ($36,7 \pm 2,09\%$) și cele neasigurate din mediul urban ($19,2 \pm 1,71\%$) ($t = 6,4944$, $p < 0,001$), vezi Figura 4.14.

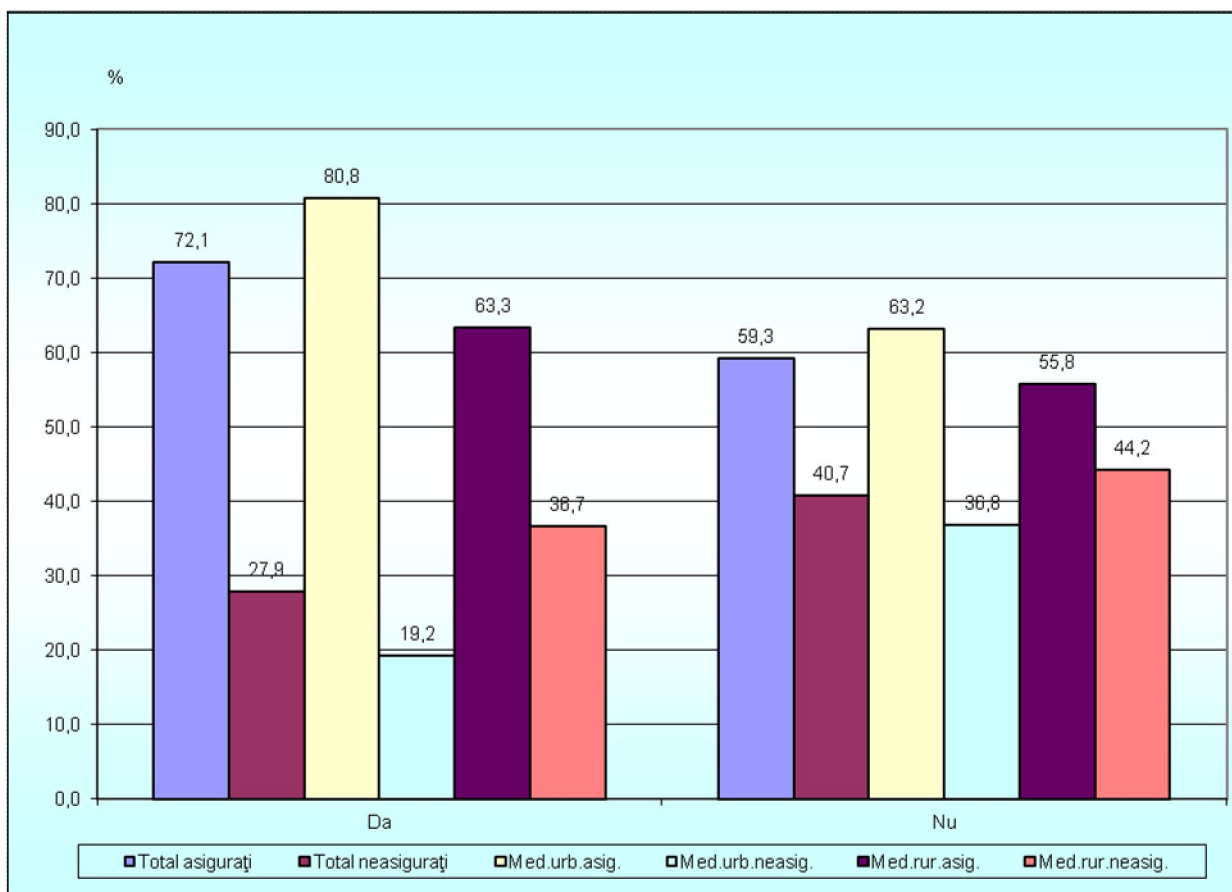


Fig.4.14. Cota persoanelor asigurate/neasigurate înscrise la medicul de familie raportată la mediul de reședință, %.

Infrastructura și structura rețelei instituțiilor medico-sanitare determină nemijlocit accesul populației la anumite tipuri de asistență medicală, influențând posibilitatea utilizării serviciilor de sănătate necesare promovării sănătății, prevenirii, diagnosticării, tratamentului maladiilor și reabilitării.

Interacțiunea cu medicul de familie prezent în localitate influențează pozitiv încadrarea populației în sistemul AOAM, majorând gradul de asigurări de 1,5 ori (Figura 4.15).

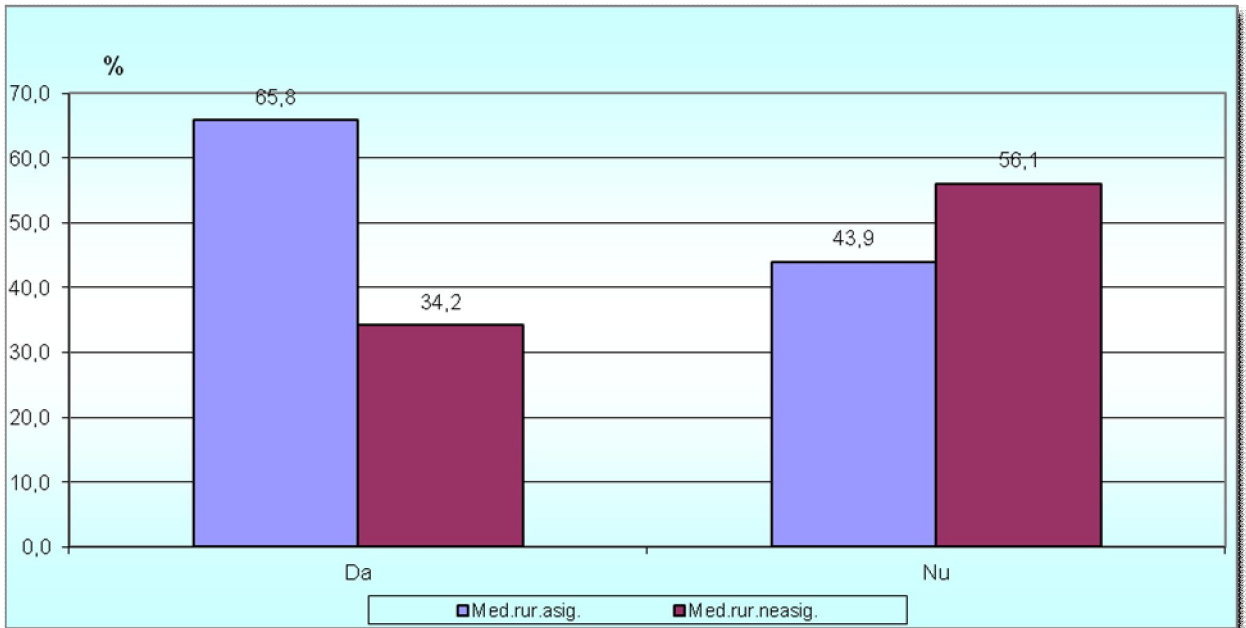


Fig.4.15. Încadrarea populației în sistemul AOAM condiționată de prezența medicului de familie în localitate, %.

La fel de pozitiv (majorare de circa 1,4 ori) este influențată cuprinderea populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală și în cazul prezenței cabinetului de familie în localitatea asiguraților (Figura 4.16).

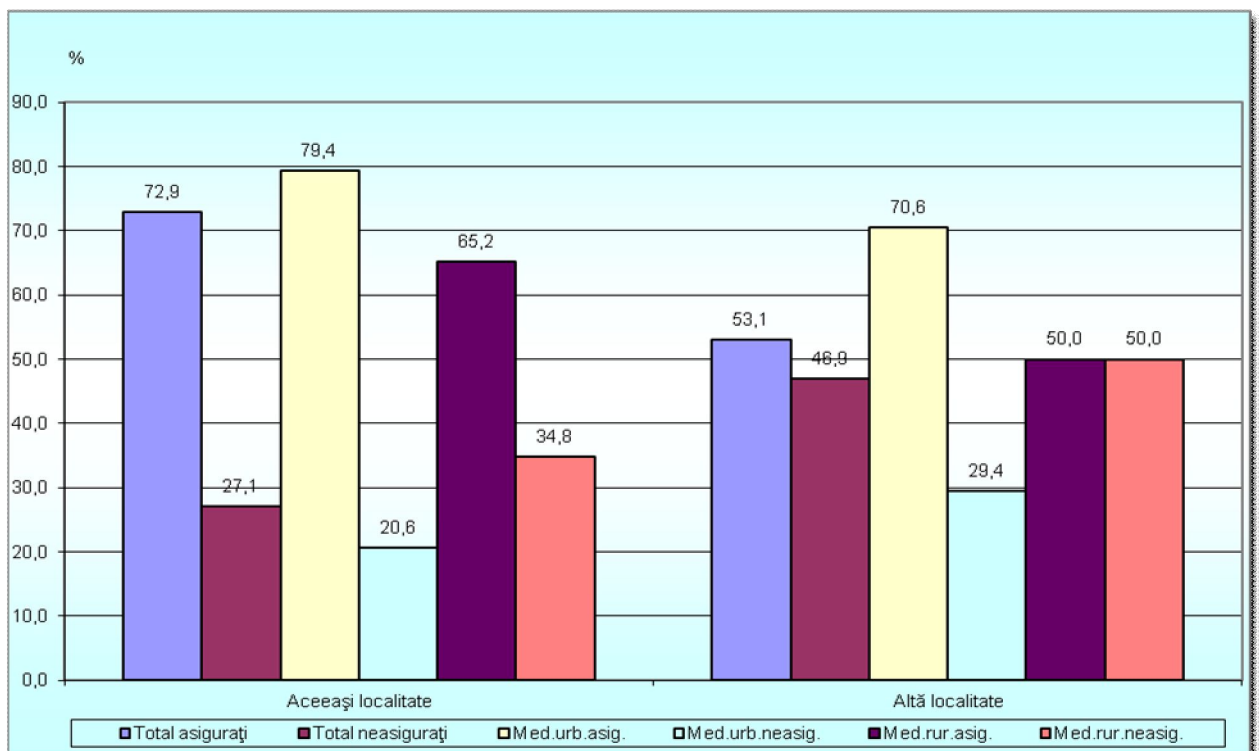


Fig.4.16. Încadrarea populației în sistemul AOAM condiționată de prezența cabinetului medicului de familie în localitate, %.

Rezultatele studiului efectuat relevă faptul că distanța amplasării cabinetului medicului de familie în localitate, precum și timpul necesar pentru a ajunge la medicul de familie manifestă o corelație relativ directă asupra nivelului de încadrare a populației în AOAM (Figura 4.17 și Figura 4.18).

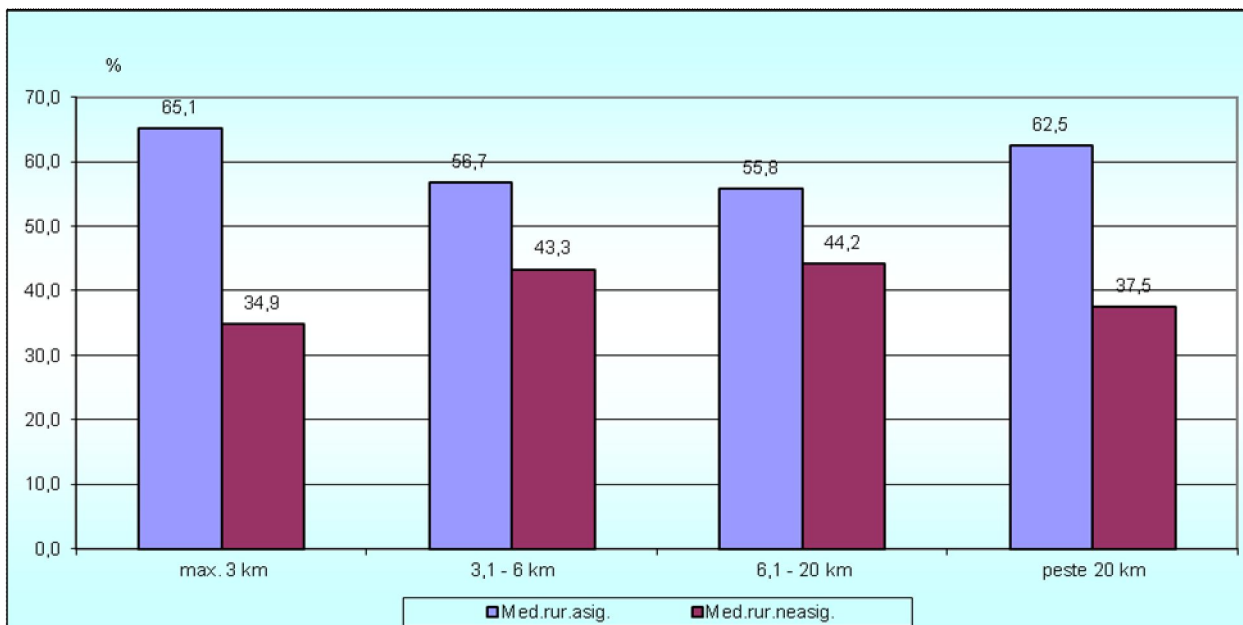


Fig.4.17. Opinia persoanelor asigurate/neasigurate referitor la distanța amplasării cabinetului medicului de familie în localitate, %.

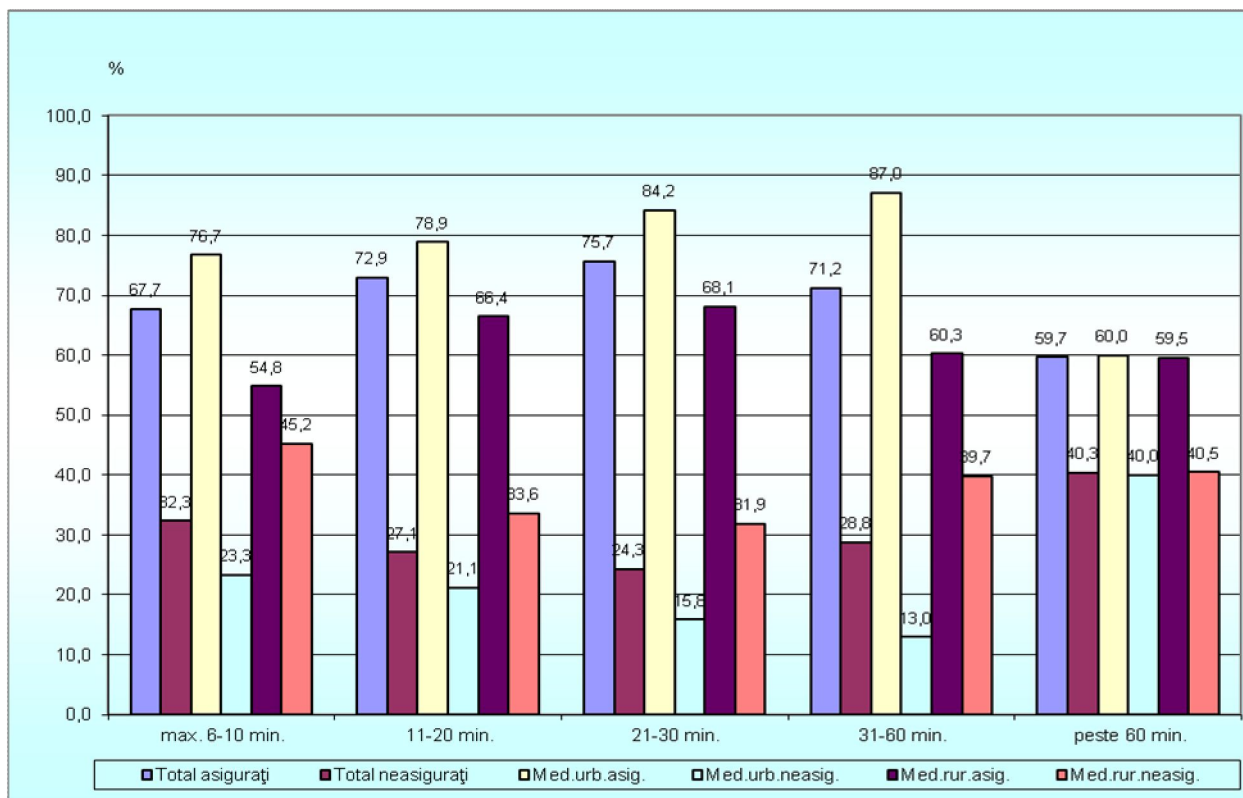


Fig.4.18. Opinia persoanelor asigurate/neasigurate referitor la timpul necesar pentru a ajunge la medicul de familie, %.

Între răspunsurile bărbaților și cele ale femeilor asigurate din mediul rural date la întrebarea „De câte ori în ultimul an ați apelat la serviciile medicale oferite de medicul dvs. de familie?” nu au fost stabilite diferențe statistice semnificative ($p>0,05$).

În urma analizei a fost stabilită diferența statistică semnificativă între răspunsurile bărbaților și femeilor asigurați din mediul urban, care în ultimul an s-au adresat la medicul de familie mai mult de 5 ori ($3,3\pm 0,97\%$ și $7,3\pm 0,96\%$, respectiv, $p<0,01$). La alte variante de răspuns nu au fost stabilite diferențele statistice semnificative. Mai mult de 5 ori pe an s-au adresat la medicul de familie femeile asigurate din mediul urban, adică de 2,2 ori mai mult decât bărbații (Tabelul 4.2).

Tabelul 4.2. Persoane asigurate

Mediul	Niciodată				1-2 ori/an			
	Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Mediul urban	24	7,1±1,40	48	6,6±0,92	59	17,6±2,08	155	21,2±1,51
Mediul rural	19	5,7±1,26	47	6,4±0,91	38	11,3±1,73	105	14,4±1,29

* $p>0,05$

Mediul	3-5 ori/an				Mai mult de 5 ori/an			
	Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
	Abs	P±ES%	Abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Mediul urban	19	5,7±1,26	55	7,5±0,97	11	3,3±0,97	53	7,3±0,96
Mediul rural	26	7,7±1,45	48	6,6±0,92	15	4,5±1,13	36	4,9±0,79

* $p>0,05$ *** $p<0,01$

Dintre ratele de răspuns la aceeași întrebare a bărbaților și femeilor neasigurați din mediul urban și mediul rural au fost stabilite următoarele diferențe statistice semnificative.

La respondenții neasigurați din mediul urban au fost stabilite diferențe statistice semnificative dintre bărbați și femei la variantele de răspuns „niciodată” ($5,7\pm 1,26\%$ și $2,3\pm 0,55\%$, respectiv, $p < 0,05$). Astfel, bărbații neasigurați din mediul urban nu s-au adresat niciodată la medicul de familie de 2,5 ori mai frecvent decât femeile.

La respondenții neasigurați din mediul rural au fost stabilite diferențele statistice semnificative dintre bărbați și femei la variantele de răspuns „niciodată” ($14,6\pm 1,93\%$ și $3,8\pm 0,71\%$, respectiv, $p < 0,001$). Astfel, bărbații neasigurați din mediul rural nu s-au adresat niciodată la medicul de familie de 3,8 ori mai frecvent decât femeile (Tabelul 4.3).

Tabelul 4.3. Persoane neasigurate

Mediul	Niciodată				1-2 ori/an			
	Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	P±ES%
Mediul urban	19	$5,7\pm 1,26$	17	$2,3\pm 0,55$ **	19	$5,7\pm 1,26$	39	$5,3\pm 0,83$ *
Mediul rural	49	$14,6\pm 1,93$	28	$3,8\pm 0,71$ ****	25	$7,4\pm 1,43$	62	$8,5\pm 1,03$ *

* $p > 0,05$ ** $p < 0,05$ **** $p < 0,001$

Mediul	3-5 ori/an				mai mult de 5 ori/an			
	Bărbați		Femei		Bărbați		Femei	
	abs	P±ES%	abs	P±ES%	abs	p±ES%	abs	P±ES%
Mediul urban	2	$0,6\pm 0,42$	6	$0,8\pm 0,33$ *	2	$0,6\pm 0,42$	6	$0,8\pm 0,33$ *
Mediul rural	9	$2,7\pm 0,88$	22	$3,0\pm 0,03$ *	0	0	4	$0,5\pm 0,26$ *

* $p > 0,05$

Durata așteptării în rând la medicul de familie, fiind o componentă a satisfacției pacientului, influențează percepția asupra nivelului calității serviciilor medicale. Studiul efectuat

denotă că majoritatea pacienților au așteptat consultul medicului de familie timp de pînă la 60 min. (relatat de $83,6 \pm 1,34\%$ persoane asigurate, comparativ cu $79,3 \pm 2,31\%$ persoane neasigurate ($t=1,6080$, $p>0,05$) sau cu $4,3\%$ mai mult). În același timp, o durată de așteptare ce depășește 60 min. o relatează $16,4 \pm 1,34\%$ persoane asigurate, comparativ cu $20,7 \pm 2,31\%$ persoane neasigurate ($t=1,6080$, $p>0,05$) sau cu $4,3\%$ mai puțin. Aceeași tendință se constată și în cadrul analizei chestionarelor completate de persoanele asigurate/neasigurate, indiferent de mediul de trai.

Un alt aspect sugerat de date indică la faptul că gradul de acces al populației la serviciile medicale influențează direct luarea deciziei de încadrare în sistemul AOAM.

Studiul nostru relevă că majoritatea persoanelor asigurate ($78,0 \pm 1,50\%$) au acces liber la medicul de familie, indiferent de mediul de trai (Figura 4.19).

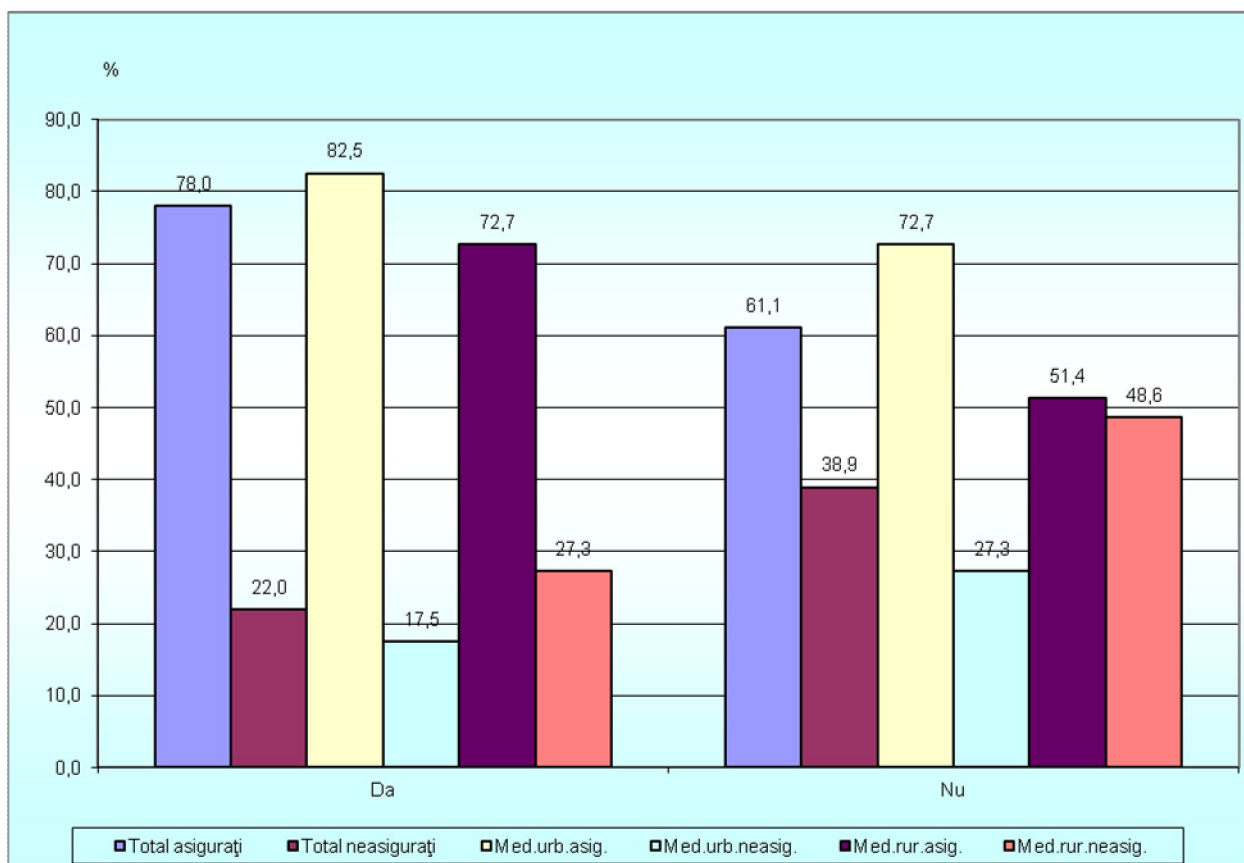


Fig.4.19. Opinia persoanelor asigurate/neasigurate privitor la accesul la medicul de familie, %.

Practicile de evitare a serviciilor medicale, în pofida necesităților, sunt destul de răspândite în rîndul populației. Astfel, conform studiului efectuat, motivul principal pentru care persoanele asigurate, comparativ cu persoanele neasigurate, nu apelează la consultul medicului de familie, este faptul că se adresează direct la medicul specialist ($78,2 \pm 1,49\%$), practică autotratarea sau metode tradiționale de tratament ($57,1 \pm 1,79\%$), sau nu au probleme de sănătate

(54,2±1,81%). În același timp, persoanele neasigurate, comparativ cu cele asigurate, indică lipsa medicamentelor compensate (78,6±2,34%), lipsa de timp și atitudinea neglijentă (72,4±2,55%), nu au probleme de sănătate (45,8±2,84%) ($t=2,4931$, $p<0,05$) și practică autotratarea sau metodele tradiționale (42,9±2,82%) ($t=4,2426$, $p<0,001$).

Neaccesarea serviciilor medicale necesare populației, în raport cu mediul de trai, este cauzată de mai mulți factori, cei mai importanți fiind: persoanele asigurate din mediul urban, relatează adresarea directă la medicul specialist, urmate de lipsa problemelor de sănătate, lipsa de timp și atitudine neglijentă și practicarea autotrătării/metodelor tradiționale; pe când persoanele asigurate din mediul rural invocă adresarea directă la medicul specialist, practicarea autotrătării, a metodelor tradiționale de tratament și lipsa problemelor de sănătate. În rândul persoanelor neasigurate din mediul urban motivele invocate sunt: lipsa medicamentelor compensate, urmate de practicarea autotrătării/metodelor tradiționale și lipsa de timp și atitudine neglijentă, comparativ cu cele din mediul rural, care în prim-plan invocă lipsa de timp și atitudine neglijentă, lipsa medicamentelor compensate și lipsa problemelor de sănătate (Figura 4.20).

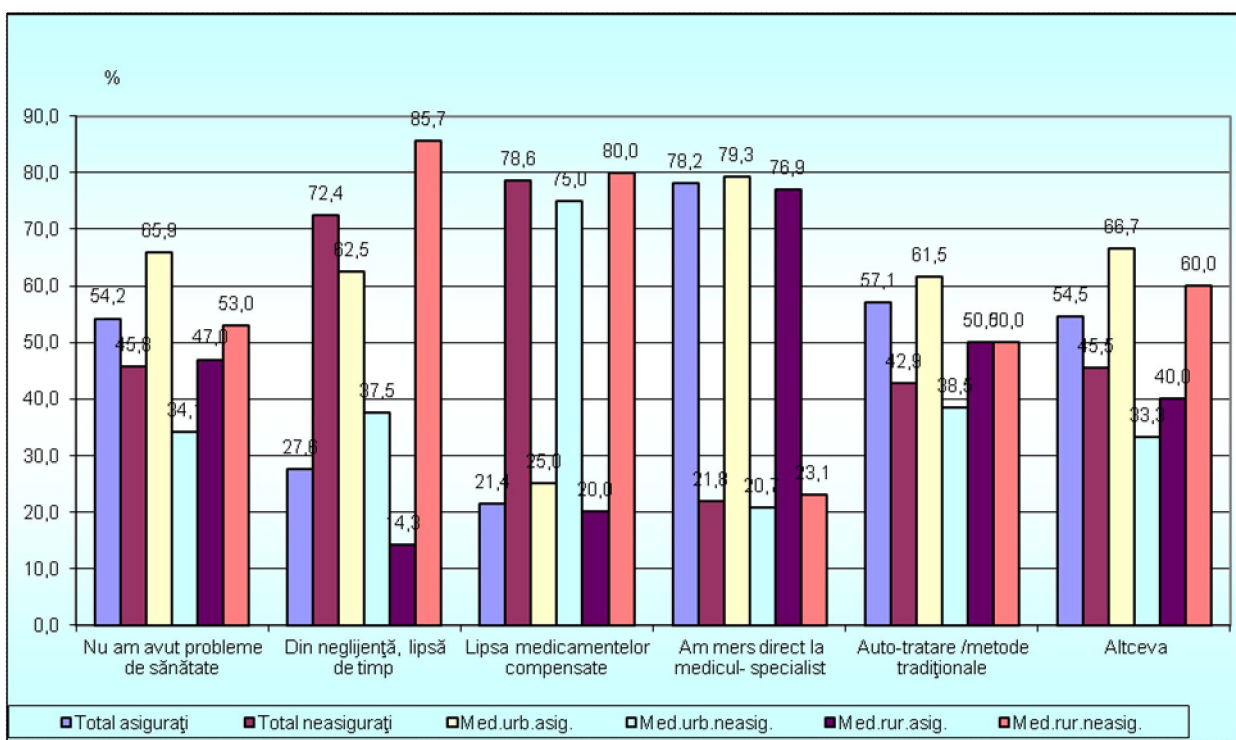


Fig.4.20. Structura motivelor principale, pentru care persoanele asigurate/neasigurate nu apelează la medicul de familie, %.

Cu referire la accesibilitatea serviciilor medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, opinia respondenților a fost următoarea: persoanele neasigurate, indiferent de mediul de

trai, consideră că au acces limitat la astfel de servicii, comparativ cu persoanele asigurate - vezi Figura 4.21.

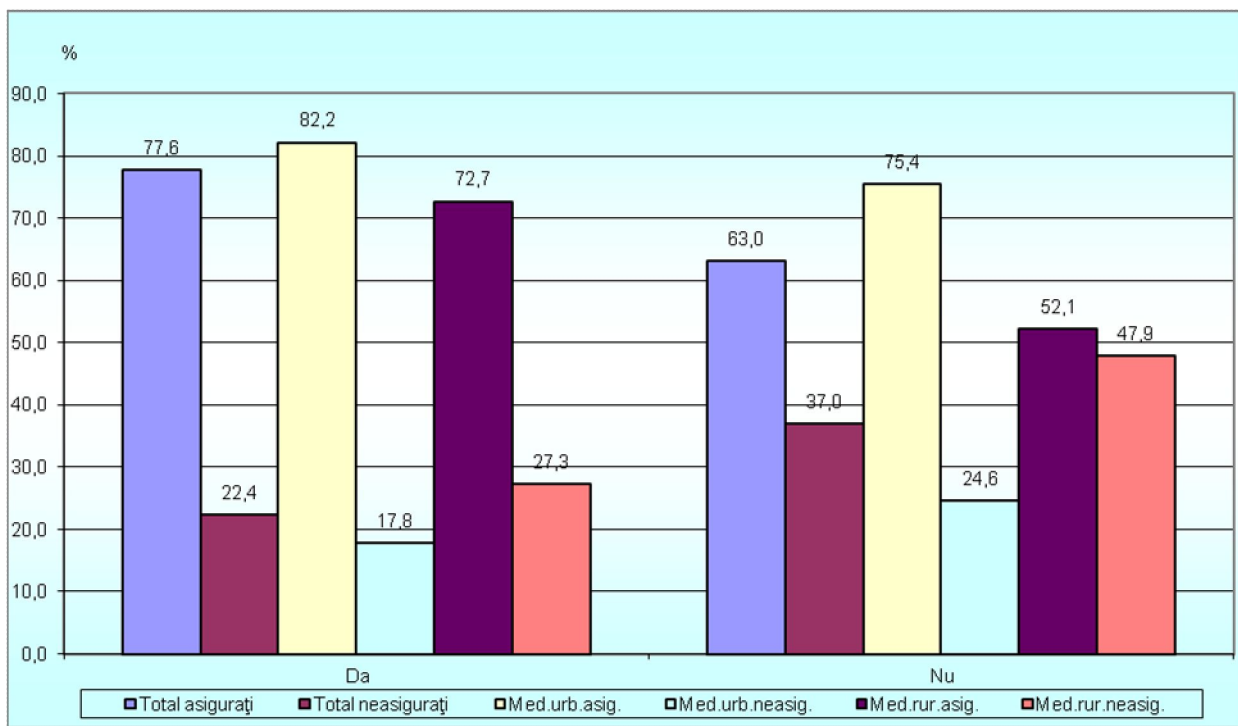


Fig.4.21. Opinia persoanelor asigurate/neasigurate privind serviciile medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, %.

Ca rezultat al analizei chestionarelor, constatăm prezența mai multor factori (motive), care în viziunea persoanelor neasigurate condiționează accesarea mai redusă de către ei a serviciilor medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, printre care cele mai relevante sunt: costul majorat al analizelor de laborator ($58,3 \pm 2,81\%$ cazuri), costul majorat al medicamentelor ($52,9 \pm 2,85\%$ cazuri), programul medicului ($50,8 \pm 2,85\%$), distanța foarte mare până la instituția medicală ($47,2 \pm 2,85\%$), costul scump al transportului ($47,1 \pm 2,85\%$) și timpul lung de așteptare până la consult ($43,0 \pm 2,83\%$) – vezi Figura 4.22.

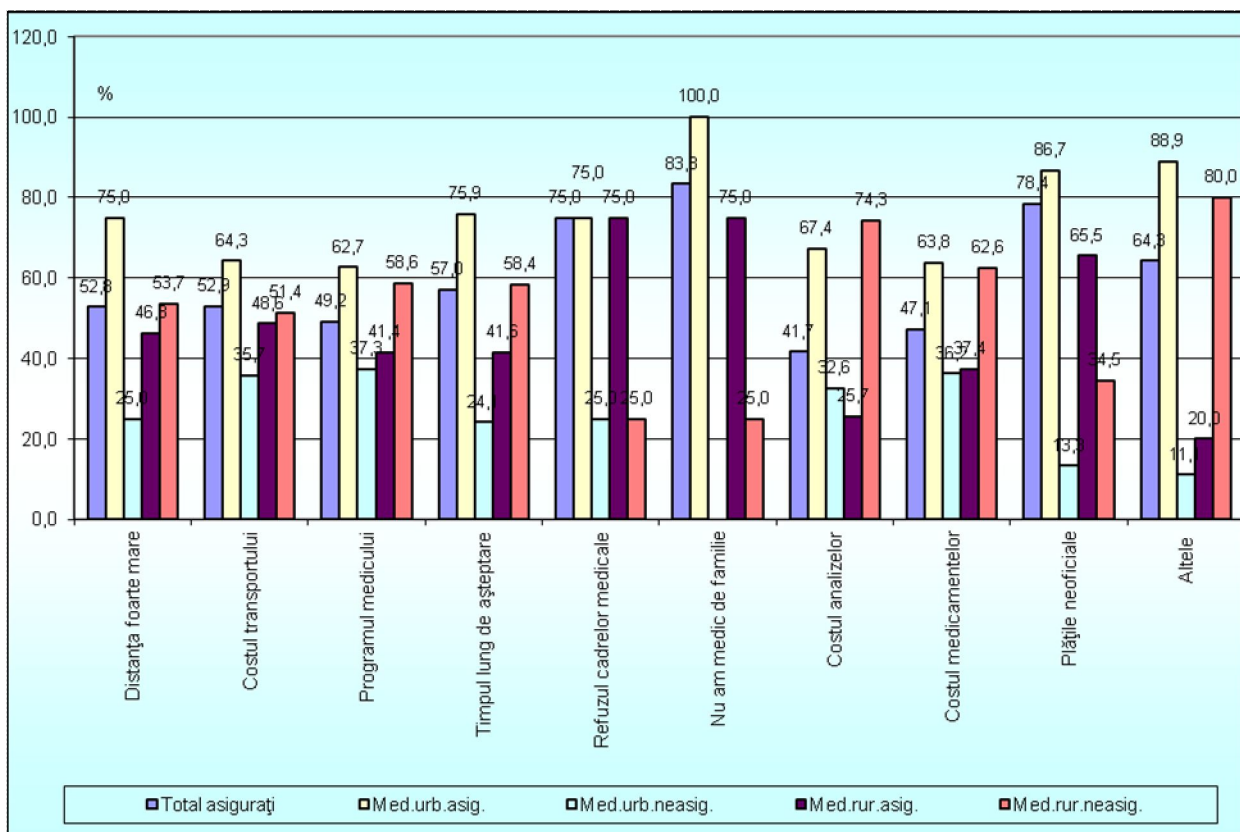


Fig.4.22. Structura motivelor principale, pentru care persoanele asigurate/neasigurate nu au acces liber la serviciile medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, %.

Serviciile medicale oferite de spitale, în viziunea persoanelor asigurate, preponderent din mediul urban, sunt considerate „accesibile” (variind în limitele 79,2±1,47% - 87,0±1,22%), iar în viziunea persoanelor neasigurate, preponderent din mediul rural - „mai degrabă inaccesibile” (variind în limitele 50,8±2,85% - 63,6±2,75%) și „inaccesibile” (variind în limitele 43,3±2,83% - 62,7±2,76%). Acest fapt poate fi explicat prin acoperirea de către FAOAM doar a asistenței medicale spitalicești acordate persoanelor neasigurate în cazul bolilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice (Figura 4.23).

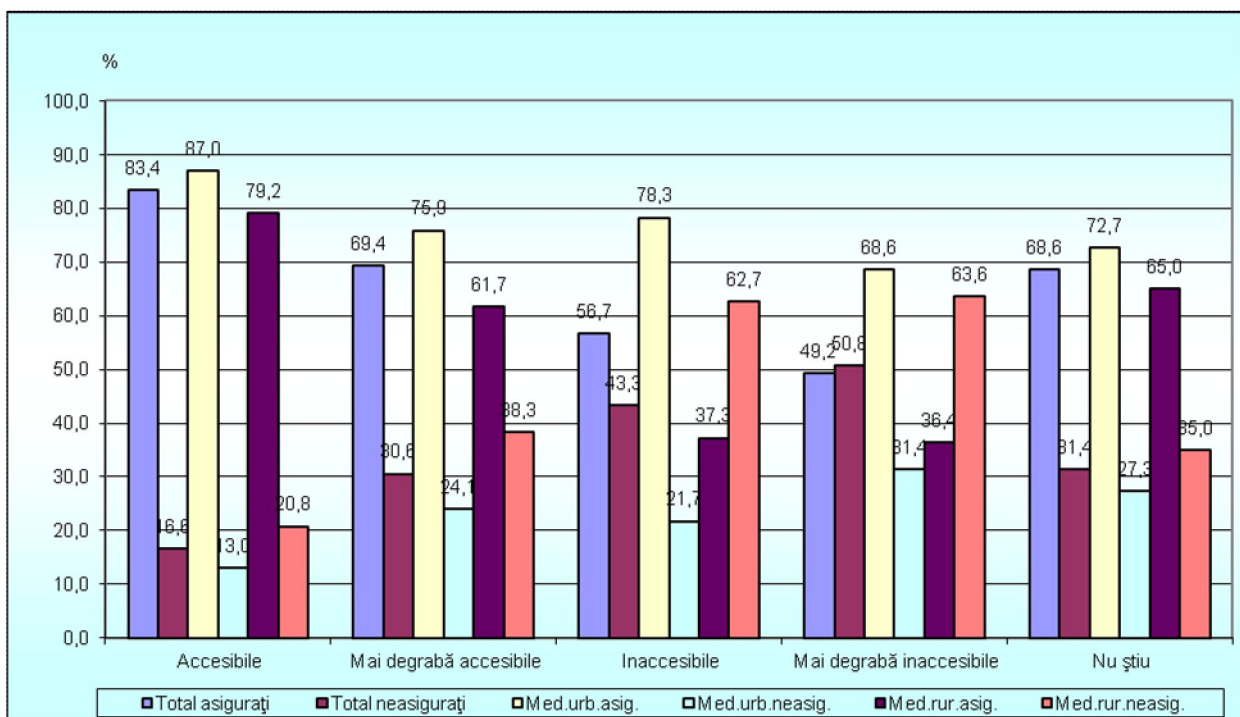


Fig.4.23. Opinia persoanelor asigurate/neasigurate referitor la accesibilitatea serviciilor medicale spitalicești, %.

Conform studiului efectuat, respondenții au apreciat calitatea serviciilor medicale, după cum urmează:

- Serviciile acordate de către medicul de familie au fost apreciate cu nota medie 7,2
- Serviciile specializate de ambulator – cu nota medie 7,0
- Serviciile medicale spitalicești – cu nota medie 7,2
- Serviciile medicale de urgență – cu nota medie 6,8
- Serviciile de laborator – cu nota medie 7,0
- Serviciile medicale radiologie-imagistică (RMN, CT, ECHO) – cu nota medie 7,4
- Serviciile oferite de farmacie – cu nota medie 7,8.

Unul din compartimentele studiului a avut drept scop aprecierea nivelului de informare a populației referitor la sistemul AOAM, prin prisma respectării drepturilor de acces liber la informare. S-a constatat că $77,3 \pm 1,52\%$ persoane asigurate sunt informate privitor la sistemul AOAM, comparativ cu $22,7 \pm 2,39\%$ persoane neasigurate ($t=19,2745$, $p<0,001$), care nu dețin informația nominalizată sau de 3,4 ori mai mult. În același timp, cu referință la mediul de trai, s-a constatat că $30,9 \pm 2,0\%$ persoane neasigurate din mediul rural, comparativ cu $17,7 \pm 1,65\%$ persoane neasigurate din mediul urban (sau de 1,7 ori mai mult) nu cunosc despre sistemul AOAM ($t=5,0868$, $p<0,001$) (Figura 4.24).

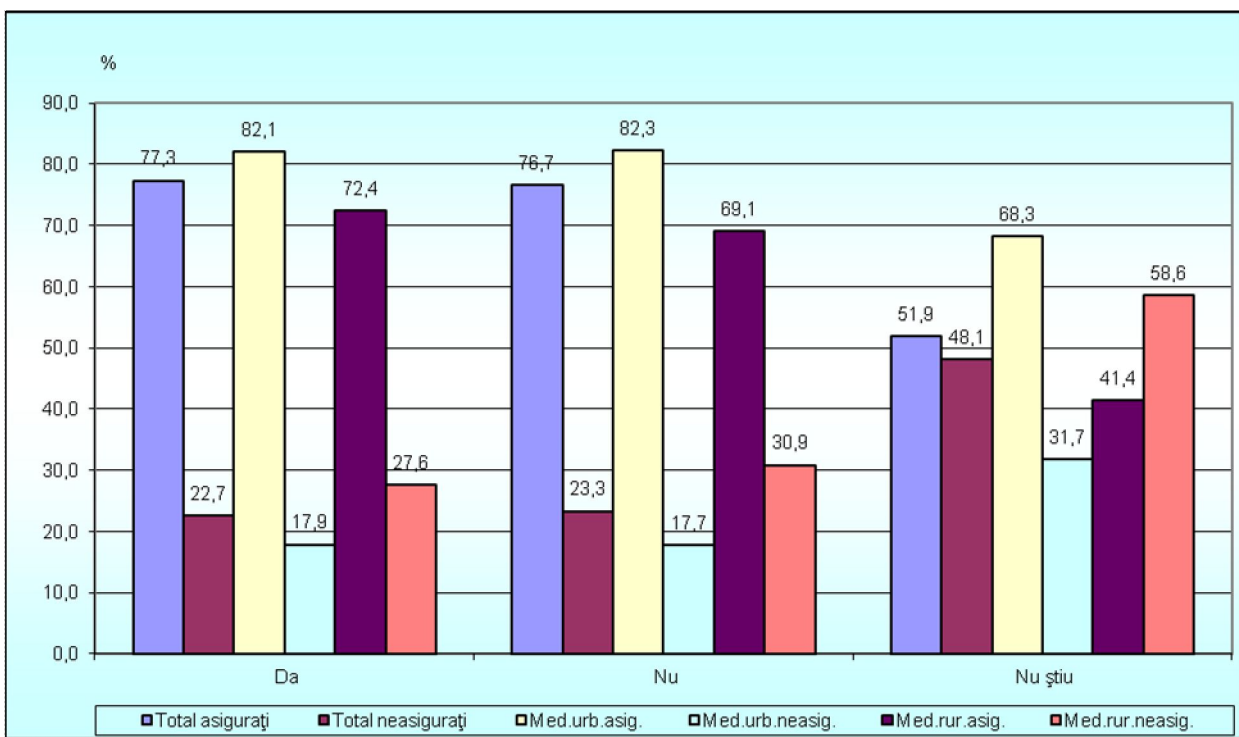


Fig.4.24. Aprecierea nivelului de informare a persoanelor asigurate/neasigurate referitor la sistemul AOAM, %.

În urma analizei de corelație dintre nivelul de informare a populației referitor la sistemul AOAM și nivelul de studii a fost stabilită o legătură directă și puternică ($r_{xy} = +0,79$, $m_r=0,01$, $t_r=79,00$, $p<0,001$), iar cu statutul socioeconomic, respectiv, o legătură medie ($r_{xy} = +0,61$, $m_r=0,02$, $t_r=30,50$, $p<0,001$).

În concluzie, se poate de justificat, că în cadrul studiului efectuat în baza anchetării de opinii, utilizînd ca instrument de lucru chestionarul, influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate și asigurate este evidentă, condiționată de accesibilitatea la serviciile medicale oferite în cadrul sistemului AOAM.

4.3. Sănătatea persoanelor asigurate/neasigurate concepută prin prisma indicatorilor de morbiditate

Sănătatea, fiind o bogăție a vieții, reprezintă, în același timp, atât calitatea, precum și o măsură a calității ei. Creșterea nivelului stării de sănătate a populației este principalul obiectiv al medicinei. Apărarea și promovarea sănătății au reprezentat, dintotdeauna, idealul medicinei, modalitățile de concretizare a acestui deziderat, variind de la o epoca istorică la alta [102].

Starea de sănătate a populației constituie un fenomen complex - biologic, psihologic, social, cultural, care exprimă, sintetic, nivelul și caracteristicile sănătății membrilor comunității, privită în ansamblul ei [103].

Printre cei 12 indicatori, propuși de experții ONU pentru definirea calității vieții, starea de sănătate a populației ocupă prima poziție, reprezentând un indicator major al nivelului de trai al comunității.

Conform unor autori [104], într-o abordare științifică a stării de sănătate „Model pozitiv” - sănătatea este privită ca o stare de bine din punct de vedere fizic (persoana muncește, se hrănește, își desfășoară activitatea în condiții bune), mental (omul nu trăiește într-un climat de violență, nu este confruntat permanent cu stări ca frica, deprimarea, neliniștea, anxietatea și are o capacitate sigură de a face față stresului zilnic), social (abilitatea de a realiza și de a menține relațiile interumane în societate).

Pe când starea de sănătate „Model negativ” biomedical este privită ca fiind proprietatea ființei biologice, și nu a persoanei; reduționist – afectarea sănătății nu ia în considerare contextul (bolnavul), ci boala; mecanicist - omul este privit ca o mașinărie ce se poate defecta; caracterul alopatric în cadrul acestui model negativ presupune că fiecare boală poate presupune un anumit tratament medicamentos.

Tradițional, starea de sănătate a populației este evaluată, utilizând anumiți indicatori. Indicatorii de sănătate sunt o bază pentru planificarea resurselor de sănătate necesare pentru a satisface nevoile existente în diferite tipuri de servicii medicale.

În general, sănătatea populației se apreciază după indicii de morbiditate și mortalitate, care, fiind analizați, este necesar să fie abordați în strictă corelație.

E binecunoscut faptul că datele privind morbiditatea spitalizată trebuie să fie analizate în raport cu incidența și prevalența cazurilor de boală din teritoriu, pentru a putea aprecia gradul de spitalizare a maladiilor ce necesită sau nu internare.

Morbiditatea spitalizată nu poate caracteriza morbiditatea reală, deoarece nu toate îmbolnăvirile trebuie spitalizate, precum și că pot interveni și o serie de factori, cum ar fi: accesibilitatea la serviciile spitalicești (număr, distanțe, capacitate); adresabilitatea, care depinde, la rândul ei, de nivelul culturii sanitare a populației; regimul de asigurare a sănătății populației (cheltuielile de asistență medicală). Mai mult ca atât, studiul morbidității spitalizate, pe baza evaluării foilor de observație clinică, nu oferă decât un aspect deformat al structurii și dinamicii morbidității reale în teritoriu, constituind doar o sursă importantă de cunoștințe științifice, detaliate, precise ale maladiilor spitalizate, ale investigațiilor efectuate și tratamentelor aplicate.

Analizând structura cazurilor noi de boală survenite în populație, s-a constatat o deosebire între cauzele adresărilor la medicii de familie a persoanelor asigurate și a persoanelor neasigurate. Astfel, sănătatea tuturor persoanelor, inclusiv a persoanelor asigurate, precum și a persoanelor neasigurate, este influențată dominant de bolile aparatului respirator și ale aparatului circulator,

însă cu o pondere mai mică, respectiv. În același timp, ponderea bolilor aparatului digestiv, osteoarticular, genitourinar, urmate de bolile endocrine este mai mare la persoanele neasigurate în comparație cu cele asigurate (Tabelul 4.4).

Tabelul 4.4. Structura incidenței prin cele mai frecvente boli la persoanele asigurate/neasigurate

Nr. d/o	Incidența	Total		Persoane asigurate		Persoane neasigurate	
		Locul	%	Locul	%	Locul	%
1.	Incidența prin bolile aparatului respirator	I	49,09	I	52,21	I	41,62
2.	Incidența prin bolile aparatului circulator	II	10,41	II	11,14	II	8,67
3.	Incidența prin bolile aparatului osteoarticular	III	5,63	III	5,06	IV	6,99
4.	Incidența prin bolile aparatului genitourinar	IV	5,57	IV	5,03	V	6,85
5.	Incidența prin bolile aparatului digestiv	V	5,53	VI	4,87	III	7,10
6.	Incidența prin bolile endocrine	VI	5,51	V	4,97	VI	6,83

Concomitent, analizând morbiditatea spitalicească prin cele mai frecvente 5 grupuri de diagnostice, în funcție de diagnosticul principal al pacienților spitalizați pe parcursul anului 2014, s-a constatat o oarecare discrepanță în comparație cu incidența și prevalența populației prin diferite boli [105], și anume:

locul I îl ocupă bolile aparatului respirator (14,1%), ca și în structura incidenței (49,09%), pe când în structura prevalenței, respectiv - bolile aparatului circulator (19,7%);

locul II – bolile aparatului circulator (13,7%), în structura incidenței - bolile aparatului circulator (10,41%), iar în structura prevalenței, respectiv - bolile aparatului respirator (18,8%);

locul III – complicații de sarcină, naștere, lăuzie (11,3%), în structura incidenței – bolile osteoarticular (5,63%), în structura prevalenței, respectiv - bolile aparatului digestiv (12,0%);

locul IV – bolile aparatului digestiv (11,0%), în structura incidenței - bolile aparatului genitourinar (5,57%) ca și în structura prevalenței - bolile aparatului genito-urinar (6,8%);

locul V – leziunile traumatice (6,9%), în structura incidenței - bolile aparatului digestiv (5,53%), în structura prevalenței, respectiv - bolile endocrine (6,7%).

Această distribuție este caracteristică și pentru pacienții asigurați spitalizați.

Pe când povara bolilor în cazul pacienților neasigurați spitalizați diferă și are altă distribuție a celor mai frecvente 5 grupuri de diagnostice, fiind următoarea: locul I îl ocupă bolile aparatului digestiv (14,8%), locul II – leziunile traumatice (12,1%), locul III – tulburările

mentale (11,1%), locul IV – bolile aparatului genito-urinar (9,9%) și locul V – bolile aparatului respirator (8,8%).

4.4. Concluzii la capitolul 4

1. Studiul efectuat ne permite a concluziona că factorii medico-sociali, componenți ai determinantilor sănătății, influențându-se reciproc și variind în cadrul diverselor grupuri și niveluri ale societății de astăzi a țării, marcată de o diferențiere socială profundă, au un impact sinergic asupra stării reale, percepute de sănătate a persoanelor neasigurate. S-a evidențiat ponderea factorilor care influențează starea de sănătate a persoanelor neasigurate, după cum urmează: factorii sociali – 53,3%, factorii biologici – 21,6%, factorii de mediu – 19,6% și organizarea asistenței medicale – 5,5%.

2. Rezultatele obținute justifică, că percepția stării de sănătate, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, devine o metodă alternativă de estimare a stării de sănătate a populației.

3. Ca rezultat al studiului, prin prisma factorilor medico-sociali, s-a evidențiat „portretul” persoanelor neasigurate medical, care: în proporție de 37,1% provin din mediul rural; ponderea cea mai înaltă o dețin bărbații (36,9%); în 93,2% cazuri sunt persoane cu vîrstă 21-59 de ani (persoane apte de muncă), cota cea mai înaltă constituind-o cele din mediul rural (63,3%); predomină respondenții fără studii (30,8%) și cu studii medii (29,7%); cei din căsătorii neînregistrate (54,2%); sunt persoane care locuiesc în locuințe de cazare temporară (47,6%), precum și cei care au locuință în chirie (39,8%); cu un nivel redus al bunăstării, ponderea cea mai mare (58,1%) a căroră o constituie cei cu cele mai mici venituri, toate acestea condiționînd un acces limitat al acestei categorii de populație la asistență medicală oferită în cadrul sistemului AOAM.

4. În cadrul studiului efectuat au fost identificate principalele cauze de neprocurare a poliței de asigurare medicală, cum ar fi: lipsa unui loc de muncă (45,0% persoane neasigurate din mediul urban și 45,5% persoane neasigurate din mediul rural); costul înalt al poliței de asigurare medicală (22,0% persoane neasigurate din mediul urban și 26,3% - din mediul rural); activitate neoficială practică de 18,3% persoane neasigurate din mediul urban și 19,7% - din mediul rural; din considerentul că, oricum, plătesc medicului, chiar și în cazul prezenței poliței (12,8% persoane neasigurate din mediul urban și 7,6% persoane neasigurate din mediul rural); activitate temporară peste hotarele țării (8,3% persoane neasigurate din mediul urban și 10,6% persoane neasigurate din mediul rural); preferința de a obține servicii medicale contra plată (3,7% persoane neasigurate din mediul urban și 2,5% - din mediul rural).

5. Rezultatele studiului referitor la influența factorilor socio-culturali asupra nivelului de percepere a stării de sănătate de către populație relevă faptul, că starea sănătății în limitele „satisfăcătoare – foarte bună” a fost apreciată de către 71,7% persoane asigurate și de către 80,1% persoane neasigurate; din mediul urban, respectiv, de către 76,4% persoane asigurate și 87,2% persoane neasigurate, iar din mediul rural – respectiv, 66,0% și 76,3%, ceea ce indică la diferențe de percepție și satisfacție față de domeniile componente ale calității vieții și a factorilor medico-sociali cu impact asupra sănătății, precum și că persoanele asigurate sunt mai exigente și mai precaute vis-a-vis de starea de sănătate, avînd grijă să dispună de asigurare medicală în eventuala necesitate, comparativ cu persoanele neasigurate.

6. În cadrul studiului efectuat s-a constatat, că în cazul unor probleme de sănătate, persoanele neasigurate, în majoritate, apelează la centrele medicale private (47,1% cazuri), iar fiecare a treia persoană (34,8%) nu apelează la nimeni și doar fiecare a patra persoană (25,6%) se adresează la medicul de familie.

7. Rezultatele studiului efectuat relevă faptul că accesul populației la anumite tipuri de servicii medicale oferite în cadrul sistemului AOAM este determinat de mai mulți factori medico-sociali, printre care: infrastructura și structura rețelei instituțiilor medico-sanitare; prezența cabinetului medicului de familie în localitatea de trai a persoanei; distanța amplasării cabinetului medicului de familie în localitate; timpul necesar pentru a ajunge la medicul de familie, precum și nivelul de informare a populației referitor la sistemul AOAM, toate manifestînd o corelație relativ directă.

8. Studiul a relevat motivele principale pentru care persoanele neasigurate nu apelează la consultul medicului de familie: lipsa medicamentelor compensate (78,6%), lipsa de timp și atitudinea neglijentă față de propria sănătate (72,4%), lipsa problemelor de sănătate (45,8%) și practicarea autotratării sau a metodelor tradiționale (42,9%).

9. Cu referire la accesibilitatea serviciilor medicale, altele decît cele oferite de medicul de familie, opinia persoanelor chestionate denotă următoarele: persoanele neasigurate, indiferent de mediul de trai, consideră că au acces limitat la astfel de servicii, comparativ cu persoanele asigurate.

10. S-au identificat mai mulți factori (motive), care în viziunea persoanelor neasigurate condiționează accesarea mai redusă de către ei a serviciilor medicale, altele decît cele oferite de medicul de familie, printre care cele mai relevante sunt: costul înalt al analizelor de laborator (58,3% cazuri), costul înalt al medicamentelor (52,9% cazuri), programul medicului (50,8% cazuri), distanța foarte mare pînă la instituția medicală (47,2% cazuri), costul înalt al transportului (47,1% cazuri) și timpul lung de așteptare pînă la consult (43,0% cazuri). Serviciile

medicale oferite de spitale, în viziunea persoanelor neasigurate, preponderent din mediul rural sunt considerate „mai degrabă inaccesibile” (variind în limitele 50,8% - 63,6% cazuri) și „inaccesibile” (variind în limitele 43,3% - 62,7%), fapt ce poate fi explicat prin acoperirea de către FAOAM doar a asistenței medicale spitalicești acordate persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice.

11. Studiul efectuat denotă, că sănătatea persoanelor asigurate, precum și a persoanelor neasigurate, este influențată prioritar de bolile aparatului respirator și ale aparatului circulator, însă cu o pondere mai mică la persoanele neasigurate. În același timp, ponderea bolilor aparatului digestiv, osteoarticular, genitourinar, urmate de bolile endocrine este mai mare la persoanele neasigurate, comparativ cu ponderea acestor boli la persoanele asigurate, fapt ce necesită o atenție deosebită în cadrul activităților medicilor de familie.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Concluzii generale:

1. Din sinteza datelor din literatură am evidențiat faptul, că pînă în prezent nu s-a găsit formula unui sistem de asigurare a stării de sănătate care să răspundă integral principalelor condiții pe care trebuie să le îndeplinească acesta (acoperire generală, accesibilitate promptă, echitate, posibilități de alegere, eficacitate și eficiență, acceptabilitate socială largă, responsabilitatea statului față de sănătatea publică), dar se fac mari eforturi de diversificare a furnizorilor de servicii medicale. Reformele demarate urmăresc extinderea obiectivelor pentru a crește gradul de acoperire a populației cu AOAM.

2. Deși odată cu implementarea AOAM în Republica Moldova, a crescut gradul de stabilitate financiară a sistemului, fondurile AOAM s-au majorat substanțial și s-a îmbunătățit accesul populației la servicii medicale de bază, mai rămîne substanțială cota populației aflate în afara sistemului AOAM, îndeosebi în rîndul persoanelor angajate neoficial, cu venituri mici și preponderent din mediul rural.

3. Analiza efectuată a demonstrat faptul, că pe parcursul anilor 2003-2015 în evoluția proceselor demografice din Republica Moldova au avut loc schimbări esențiale, care se manifestă prin scăderea continuă a numărului populației, din cauza sporului natural și migratoriu negativ; reducerea numărului și deteriorarea structurii pe vârste a populației; intensificarea procesului de îmbătrînire demografică; micșorarea ponderii grupelor de vîrstă tînără și, respectiv, creșterea indicatorilor grupelor de vîrstă de peste 60 de ani. În ultimii ani indicatorii morbidității înregistrează unele tendințe de descreștere.

4. Studiul efectuat relevă faptul, că deși veniturile totale în fondurile AOAM în anul 2015 au crescut de 5,3 ori comparativ cu anul 2004, cheltuielile din fondurile AOAM pentru acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate s-au majorat de 3,7 ori, numărul populației asigurate medical a cunoscut o creștere de 1,4 ori, problema acoperirii populației în cadrul sistemului AOAM rămîne una importantă în aspectul accesibilității serviciilor medicale, respectării echității și solidarității economice între diferite pături sociale.

5. Ca rezultat al studiului, prin prisma factorilor medico-sociali, s-a evidențiat „portretul” persoanelor neasigurate medical, care: în proporție de 37,1% provin din mediul rural; ponderea cea mai înaltă o dețin bărbații (36,9%); în 93,2% cazuri sunt persoane cu vîrstă 21-59 de ani (persoane apte de muncă), cota cea mai înaltă constituind-o cele din mediul rural (63,3%); predomină respondenții fără studii (30,8%) și cu studii medii (29,7%); cei din căsătorii neînregistrate (54,2%); sunt persoane care locuiesc în locuințe de cazare temporară (47,6%), precum și cei care au locuință în chirie (39,8%); cu un nivel redus al bunăstării, ponderea cea

mai mare (58,1%) a cărora o constituie cei cu cele mai mici venituri, toate acestea condiționând un acces limitat al acestei categorii de populație la asistență medicală oferită în cadrul sistemului AOAM.

6. Rezultatele studiului referitor la influența factorilor socio-culturali asupra nivelului de percepere a stării de sănătate de către populație relevă faptul, că starea sănătății în limitele „satisfăcătoare – foarte bună” a fost apreciată de către 71,7% persoane asigurate și de către 80,1% persoane neasigurate; din mediul urban, respectiv, de către 76,4% persoane asigurate și 87,2% persoane neasigurate, iar din mediul rural – respectiv, 66,0% și 76,3%, ceea ce indică la diferențe de percepție și satisfacție față de domeniile componente ale calității vieții și a factorilor medico-sociali cu impact asupra sănătății, precum și că persoanele asigurate sunt mai exigente și mai precaute vis-a-vis de starea de sănătate, având grijă să dispună de asigurare medicală în eventuala necesitate, comparativ cu persoanele neasigurate.

7. Studiul efectuat denotă, că sănătatea persoanelor asigurate, precum și a persoanelor neasigurate, este influențată prioritar de bolile aparatului respirator și ale aparatului circulator, însă cu o pondere mai mică la persoanele neasigurate. În același timp, ponderea bolilor aparatului digestiv, osteoarticular, genitourinar, urmate de bolile endocrine este mai mare la persoanele neasigurate, comparativ cu ponderea acestor boli la persoanele asigurate, fapt ce necesită o atenție deosebită în cadrul activităților medicilor de familie.

8. Rezultatele cercetării relevă faptul, că factorii medico-sociali identificați, componenți ai determinantilor sănătății, variind în cadrul diverselor grupuri și niveluri ale societății de astăzi, marcată de o diferențiere socială profundă, influențându-se reciproc, au un impact sinergic asupra stării reale, percepute de sănătate a persoanelor neasigurate, ceea ce potențează efectul lor. În studiul efectuat s-a evidențiat ponderea factorilor care influențează starea de sănătate a persoanelor neasigurate, după cum urmează: factorii sociali – 53,3%, factorii biologici – 21,6%, factorii de mediu – 19,6% și organizarea asistenței medicale – 5,5%.

9. Rezultatele obținute justifică, că percepția stării de sănătate, integrând aspectele obiective și subiective, în special cunoștințele sale și experiența sa despre sănătate sau maladie, devine o metodă alternativă de estimare și indicator important al stării de sănătate a populației.

10. Problema științifică importantă soluționată: dezvăluirea impactului factorilor medico-sociali de influență asupra stării reale, percepute de sănătate a persoanelor neasigurate, fapt ce a permis fundamentarea căilor de sporire al accesului acestora la servicii medicale oferite în cadrul AOAM în vederea valorificării lor în politicile și strategiile de sănătate publică și în cadrul normativ aferent.

Recomandări practice:

Pentru soluționarea problemelor evidențiate în cadrul studiului, sporirii accesului la servicii medicale în cadrul sistemului AOAM și eliminării factorilor medico-sociali de influență negativă asupra sănătății persoanelor neasigurate, propunem următoarele recomandări pentru diferite nivele:

1. Pentru Ministerul Sănătății de comun acord cu CNAM:

- implementarea evidenței, monitorizării și analizei indicatorilor medico-demografici pentru persoanele asigurate și neasigurate, separat, întru argumentarea unor politici și strategii în vederea corectitudinii stabilirii pachetului de servicii medicale pentru persoanele neasigurate și acoperirii financiare a acestuia;

- implementarea studierii percepției populației în evaluarea stării de sănătate, de apreciere a calității serviciilor medicale, a satisfacției pacienților, reprezentând o etapă necesară în identificarea problemelor majore de sănătate și a factorilor condiționali, cu întreprinderea acțiunilor ce se impun în acest aspect;

- perfecționarea mecanismelor de plată a contribuțiilor la FAOAM prin elaborarea metodologiei de trecere treptată de la contribuția sub formă de sumă fixă la contribuția calculată sub forma de cotă procentuală raportată la venituri;

- perfecționarea metodelor de achitare diferențiată a primelor de asigurare pentru populația cu ocupație individuală din sectorul agrar.

2. Pentru **autoritățile administrației publice locale** - definirea categoriilor de cheltuieli acoperite de către autoritățile publice locale spre direcționarea lor în scopul achitării primelor de asigurare obligatorie de sănătate pentru persoanele cu venituri mici.

3. Pentru **USMF „Nicolae Testemițanu”** – utilizarea în activitatea didactică a catedrelor respective a:

- rezultatelor studierii percepției populației în evaluarea stării de sănătate;
- rezultatelor cercetării științifice referitor la influența factorilor medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate din Republica Moldova.

Complexitatea interacțiunilor factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor neasigurate medical implică dezvoltarea următoarelor **direcții de cercetare:**

- extinderea cercetărilor științifice legate de sănătatea persoanelor neasigurate în vîrsta aptă de muncă;

- efectuarea cercetărilor științifice referitor la sănătatea unor categorii de persoane neasigurate în scopul elaborării unor programe ce țin de asigurarea acestora cu servicii medicale de calitate.

BIBLIOGRAFIE

1. Legea nr. 295-XVI din 21.12.2007 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare pe anii 2008–2011, publicată în Monitorul Oficial nr.18-20 din 29.01.2008 (p. 60, 63-64 din SND).
2. Hotărîrea Guvernului nr.886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate 2007-2021, publicată în Monitorul Oficial nr.127-130 din 17.08.2007 (p. 33, 58, 61 din PNS).
3. Hotărîrea Guvernului nr.1471 din 24.12.2007 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, publicată în Monitorul Oficial nr.8-10 din 15.01.2008 (p.15, 26 din SDSS).
4. Rezultatele studiului în gospodării, august-octombrie 2010 (sinteză). Accesul populației la serviciile de sănătate. Biroul Național de Statistică. Chișinău, 2011. p.31-32.
5. Murray C. J. L., Govindaraj R., Musgrove P. 1994. National health expenditures. A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:623-627.
6. Roemer M. I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14:335-353.
7. Aday L. A. et al. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
8. Russel L. B. 1993. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine*, 329:352-354.
9. Tulchinsky Th. H., Varavikova El. A. *Noua sănătate publică. Introducere în secolul XXI*. Chișinău, 2003.
10. Avian R. et al. 1990. *Health Insurance in the Developing Countries – The Social Security Approach*. Geneva: International Labor Organization.
11. Iglehart J. K. 1991. Germany's health care system. *The New England Journal of Medicine*, 324:1750-1756.
12. World Health Organization. 1997. *The World Health Report, 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
13. Anderson R. M. et al. 1997. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*. San Francisco: Jossey-Bass.
14. Reforma sistemului de asigurări medicale din SUA. <http://www.wall-street.ro/articol/international> (vizitat 25.07. 2010).
15. Canadian Public Health Association. 1996. *Focus on health: Public health in health services restructuring: An issue paper*. Ottawa: CPHA.

16. Naylor, C. D. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*, 18:9-26.
17. Boyle S. The health system in England. *Eurohealth*, volumul 14, numărul 1, 2008.
18. Dobson, F. 1999. Modernizing Britain's National Health Service. *Health Affairs*, 18:40-41.
19. Modele de asigurări de sănătate europene. <http://www.medicacademica.com> (vizitat 07.10.2010).
20. Saltman R. B., Figueras J. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
21. Saltman R. B. 1990. Competition and reform in the Swedish health system. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68:597-618.
22. Hermanson T. et al. 1994. Finland's health care system: Universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association*, 271:1957-1962.
23. Brawn L. D., Amelung V. E. 1999. "Manacled competition": Market reforms in German health care. *Health Affairs*, 18:76-91.
24. Panait L., Ciutan M. *Modele de organizare și finanțare a sistemelor de sănătate europene. Management în sănătate*, 2008.
25. Klazinga N. The health system in the Netherlands. *Eurohealth*, volumul 14, numărul 1, 2008.
26. Legislația olandeză în materia asigurărilor de sănătate. <http://www.euroavocatura.ro/jurisprudenta/163> (vizitat 15.06.2010).
27. Ikegami, N., Campbell, J. C. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs*, 18:56-75.
28. Ministry of Health. 1998. *Health in Israel: Selected Data, 1998*. Jerusalem: Ministry of Health.
29. Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, titlul VIII, (România).
30. Rotaru D-M. Tendințe actuale a sistemelor de asigurări medicale în diferite țări. *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Zilele Universității 17-19 octombrie 2012, ed. XIII-a, vol. II. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2012, p.338-349.
31. Schieber G., Maeda A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18:135-143.
32. Shishkin S. et al. Evaluation of Moldova's 2004 Health Financing Reform. *Health Financing Policy Paper*. Division of Country Health Systems. WHO Europe, 2008.
33. Ețco C., Malanciuc Iu. *Asigurările medicale*. Chișinău, 2007. 456 p.

34. Bușmachiu E., Casian A. Sistemul asigurărilor sociale: Reforma, strategiile și direcțiile de dezvoltare în Republica Moldova. Informație de sinteză, rubrica SATI și INEI. Chișinău, 2002. 50 p.
35. Tintiuc D., Russu Gh., Ciocanu M. Asigurarea obligatorie de asistență medicală (manual de legi și acte normative). Chișinău, 2002.
36. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. Avantajele asigurărilor sociale pentru sănătate. Materialele Conferinței Științifice a colaboratorilor și studenților USMF „N.Testemițanu”. Chișinău, 1996, p.71.
37. Ețco C., Damașcan Gh. Implementarea asigurărilor medicale – etapă nouă în dezvoltarea sistemului de sănătate. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2006, nr.3, p.24-30.
38. Manole Gh., Galițescu Em. Asigurările sociale de sănătate. București, 1998. 162 p.
39. Atun R. et al. Moldova: Health System Review, Health Systems in Transition, 10(5). Copenhagen, World Health Organisation, 2008. 138 p.
40. Ețco C. ș.a. Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective. Chișinău, 2011, p.10-11.
41. Ababii I. ș.a. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate. Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”. Chișinău, 2007, nr.6 (21), p. 21-26.
42. Ротару Д-М. Новые подходы к повышению доступности и качества медицинской помощи населению. Материалы научно-практической конференции «Управление качеством в здравоохранении: стандартизация, клинико-экономический анализ». Москва, 2007, с. 73-74.
43. Anuarul Statistic al Republicii Moldova. Chișinău, 2015. 566 p.
44. Matei C. ș.a. Cartea Verde a Populației Republicii Moldova. Chișinău: Statistica, 2009. 56 p.
45. Human Development Report 2015. http://hdr.undp.org/en/2015_human_development_report/ (vizitat 11.05.2016).
46. Raportul Dezvoltării Umane 2015. <http://md.undp.org/content/moldova/ro> (vizitat 11.05.2016).
47. Vaculovschi D. ș.a. Raportul Național de Dezvoltare Umană 2010/2011: Republica Moldova de la Excluziune Socială la o Dezvoltare Umană Incluzivă. Chișinău: Nova-imprim SRL, 2011. 168 p.
48. Evoluția cheltuielilor bugetului public național 2000–2013, în termenii clasificatorului economic. Ministerul Finanțelor al Republicii Moldova, 2014.

49. Evoluția reformelor în sectorul social (2010–2014). <http://www.promis.md/> (vizitat 25.01.2015).
50. Aspecte privind nivelul de trai al populației (Rezultatele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice). <http://www.statistica.md/> (vizitat 18.01.2015).
51. Populația și procesele demografice în Republica Moldova. Culegere statistică. Chișinău, 2009. 56 p.
52. Lista țărilor după populație. <http://ro.wikipedia.org/wiki> (vizitat 12.05.2016).
53. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2011. Chișinău, 2012. 494 p.
54. Evoluția sistemului sănătății din Republica Moldova în perioada guvernării coaliției pro-europene, anii 2009-2013. Chișinău, 2014. 311 p.
55. Sănătatea Publică în Moldova, anul 2003. Chișinău, 2004. 263 p.
56. Sănătatea Publică în Moldova, anul 2005. Chișinău, 2006. 305 p.
57. Sănătatea Publică în Moldova, anul 2007. Chișinău, 2008. 322 p.
58. Sănătatea Publică în Moldova, anul 2009. Chișinău, 2010. 332 p.
59. Vremiș M. ș.a. Abordări ale excluziunii sociale în Republica Moldova. Aspecte metodologice și analitice. Chișinău, 2010. 322 p.
60. Spinei L. ș.a. Noțiuni de bază de epidemiologie și metode de cercetare. Casa editorial-poligrafică Bons Offices. Chișinău, 2006. 180 p.
61. Mureșan P. Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate. București, 1989. 574 p.
62. Spinei L., Lozan O., Badan V. Biostatistica, Chișinău, 2009. 186 p.
63. Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, publicată în Monitorul Oficial nr.18-19 din 08.02.2003.
64. Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, publicată în Monitorul Oficial nr.38-39 din 30.04.1998.
65. Jowett M., Shishkin S. Creșterea acoperirii populației cu asigurări de asistență medicală în Republica Moldova. Opțiuni Strategice. Raport asupra politicilor de finanțare a sănătății 2010/1. Seria „Rapoarte asupra politicilor de finanțare a sănătății”. WHO Regional Office for Europe. 43 p.
66. Legea nr.22-XVI din 03.02.2009 cu privire la amendamentele aplicate la Capitolul 4 al Legii la asigurarea obligatorie de asistență medicală, publicată în Monitorul Oficial nr.45-46 din 27.02.2009.

67. Legea nr.133-XVI din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social, publicată în Monitorul Oficial nr.179 din 30.09.2008.
68. Nemerenco A. Access to primary medical services of vulnerable or pauperized persons that do not hold medical insurance. *European Journal of Public Health*. Oxford, 2006, vol.16, supl.1, p.180-181.
69. Legea nr.577-XV din 26.12.2003 pentru modificarea, completarea și abrogarea unor acte legislative, publicată în Monitorul Oficial nr.006 din 01.01.2004.
70. Ețco C. ș.a. Eficientizarea utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală destinate tratamentului pacienților cu tuberculoză în condiții de ambulatoriu. *Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”*. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 105-108.
71. Legea nr.108-XVIII din 17.12.2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative, publicată în Monitorul Oficial nr.193-196 din 29.12.2009.
72. Leșco G., Damașcan G., Rotaru D-M. Accesul adolescenților și tinerilor la servicii de sănătate în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate. *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Zilele Universității 17-19 octombrie 2012, ed. XIII-a, vol. II. Probleme actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2012, p.332-338.
73. Buga M. ș.a. Mecanismul de formare a listei medicamentelor compensate din fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală. *Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”*. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 94-95.
74. Ețco C. ș.a. Tendințele de sporire a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. *Revista „Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină”*. Chișinău, 2013, nr. 3, p. 95-98.
75. Vlădescu C., Ciutan M., Mihăilă V. Rolul măsurării mortalității evitabile în aprecierea stării de sănătate a populației. *Revista „Management în sănătate”*. București, 2010, nr.3 (XIV), p. 5-11.
76. Constituția OMS (1946). <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/index.html> (vizitat 15.03.2015).
77. Vlădescu C. Sănătate publică și management sanitar. Cartea Universitară. București, 2004. 614 p.
78. Lucaci I. Medicina socială. <http://www.studentie.ro/cursuri/> (vizitat 15.03.2015).
79. www.testweb.umf.ro/umf/images/stories/cap1.pdf (vizitat 15.03.2015).
80. Precupețu I. Evaluări ale protecției sociale și îngrijirii sănătății. București, 2008, p. 137-146.
81. www.grandars.ru/college/medicina/factory-zdorovya (vizitat 13.05.2016).

82. Pop C-E. Starea de sănătate a populației din România în context european. O abordare din perspectiva calității vieții. Revista „Calitatea vieții”. București, 2010, nr. 3-4 (XXI), p. 274-305. <http://www.revistacalitateavietii.ro.pdf> (vizitat 15.03.2015).
83. Noua lege anti-fumat: cu 1% mai puțini fumători pe an în Moldova. <http://www.bloguvern.md/2014/07/14/> (vizitat 15.03.2015).
84. Anderson R. et al. Second European Quality of Life Survey: Overview, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2009. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/1/EF0902EN.pdf> (vizitat 15.03.2015).
85. Marginean I. et al. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania, Luxembourg, Office for Official Publications European Communities, 2006. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/67/en/1/ef0667en.pdf> (vizitat 15.03.2015).
86. Doboș C. Accesul populației la serviciile publice de sănătate. Revista „Calitatea vieții”. București, 2003, nr.3-4, p. 3-14.
87. Paquette J., Leclerc B-S., Bourque S. La santé dans tous ces états: les déterminants sociaux de la santé. CSSS de Bordeaux-Cartierville-Laurent-CAU, Montréal, 2014. 45 p.
88. The New Genetics and The Public's Health. <http://www.books.google.md/books> (vizitat 16.03.2015).
89. European Union on the public health policy. http://www.apms.ro/documente/c1_strat_nationala.doc (vizitat 16.03.2015).
90. Lupușor A., Cenușă D., Romaniuc R. Republica Moldova 2013. Raport de stare a țării. Chișinău, 2013. 54 p.
91. Plugaru L. Sănătatea populației în perioada transformărilor sociale. Akademos. Chișinău, 2012, nr.1(24), p. 112-116.
92. Tintiuc D. Particularitățile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală și a strategiilor de fortificare a capacităților manageriale din sistemul de sănătate al Republicii Moldova: profesor universitar Dumitru Tintiuc la 70 ani. Chișinău, 2013. 39 p.
93. Буллинджер М. Международная сопоставимость результатов опросов по изучению состояния здоровья населения: обзор методов и подходов. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. «Права человека», Москва, 2005. 193 с.
94. Etat de sante general peçu. Panorama de la sante 2011: Les indicateurs de l'OCDE. 40 p.
95. Мартынчик С.А. Управление процессом предоставления медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования и анализ здоровья застрахованных граждан. Автореферат диссертации доктора медицинских наук. Москва, 1999. 43 с.

96. Подсви́рова Т.Е. и др. Социологический опрос как альтернативный метод оценки здоровья населения. Журнал «Вестник новых медицинских технологий». Тула, 2009, №2 (XVI), с. 172.
97. Тишук Е.А. Современные проблемы информационного обеспечения управления здравоохранением. Журнал «Врач и информационные технологии». Москва, 2004, №7, с. 8-13.
98. Soltan V., Moșneaga A. Monitorul sănătății. Analiza de impact a reformelor în domeniul sănătății. Centrul Pentru Politici și Analize în Sănătate. Chișinău, 2010. 17 p.
99. Ротару Д-М., Тинтюк Д. Анализ восприятий населения как альтернативный метод оценки состояния здоровья. В: Сборник статей по материалам XLIV-XLV международной научно-практической конференции «Современная медицина: актуальные вопросы». Новосибирск, 2015, с. 53-65.
100. Rotaru D-M. Public perception as an alternative method for estimating health status. Revista „Curierul Medical”. Chișinău, 2015, p. 24-27. ISSN 1857-0666.
101. Rotaru D-M., Tintiuc D. Considerații referitor la influența unor factori medico-sociali asupra sănătății persoanelor neasigurate. Revista „Curierul Medical”. Chișinău, 2015, p. 32-38. ISSN 1857-0666.
102. Moleavin I., Keresztes A. Măsurarea, evaluarea și autoevaluarea stării de sănătate a populației. JMB 2010, nr.3. [http:// www.webbut.unitbv.ro/](http://www.webbut.unitbv.ro/) (vizitat 24.10.2015).
103. EURO: Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework. Copenhagen. [http:// www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994) (vizitat 23.10.2015).
104. Sănătate publică. <http://www.umfcaroldavila.ro> (vizitat 25.10.2015).
105. Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2014. Chișinău, 2015, p.3-60.

**Chestionar
de evaluare a factorilor medico-sociali de influență asupra sănătății persoanelor
asigurate/neasigurate**

Dumneavoastră sunteți invitat(ă) să participați la un studiu al opiniei cetățenilor referitor la factorii medico-sociali, care influențează starea de sănătate a persoanei, cu accentul pus pe accesul și calitatea serviciilor medicale.

Vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde la întrebările din Chestionarul de mai jos.

Citiți atent întrebările și variantele de răspuns, iar apoi în rubrica „Variante de răspuns” alegeți și bifați în căsuța respectivă varianta care descrie cel mai bine situația Dvs.

Nu trebuie să vă semnați, acest chestionar este anonim.

Răspunsurile Dvs. sunt importante pentru noi!

Nr. d/o	Întrebări	Variante de răspuns	Cod
1.	Vârsta	<input type="checkbox"/> 16-20 ani <input type="checkbox"/> 21-29 ani <input type="checkbox"/> 30-39 ani <input type="checkbox"/> 40-49 ani <input type="checkbox"/> 50-59 ani <input type="checkbox"/> 60-70 ani <input type="checkbox"/> >70 ani	1 2 3 4 5 6 7
2.	Sexul	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Feminin	1 2
3.	Locul de trai	<input type="checkbox"/> Urban (oraș) <input type="checkbox"/> Rural (sat)	1 2
4.	Studii	<input type="checkbox"/> Fără studii <input type="checkbox"/> Primare <input type="checkbox"/> Gimnaziale <input type="checkbox"/> Liceale <input type="checkbox"/> Medii <input type="checkbox"/> Superioare	1 2 3 4 5 6
5.	Statutul socio-economic	<input type="checkbox"/> Angajat(ă) <input type="checkbox"/> Neangajat(ă) <input type="checkbox"/> Fermier (ă) <input type="checkbox"/> Membru al gospodăriei țărănești <input type="checkbox"/> Lucrător pe cont propriu în sectorul agricol <input type="checkbox"/> Lucrător pe cont propriu în sectorul non-agricol <input type="checkbox"/> Șomer(ă) înregistrat(ă) <input type="checkbox"/> Elev(ă) <input type="checkbox"/> Student(ă)	1 2 3 4 5 6 7 8 9

		<input type="checkbox"/> Invalid <input type="checkbox"/> Pensionar(ă) <input type="checkbox"/> Altă categorie (specificați)	10 11 12
6.	Starea civilă	<input type="checkbox"/> Căsătorie înregistrată <input type="checkbox"/> Căsătorie neînregistrată <input type="checkbox"/> Celibatar(ă) <input type="checkbox"/> Concubinaj <input type="checkbox"/> Văduv(ă)	1 2 3 4 5
7.	Mărimea familiei	<input type="checkbox"/> 1 persoană <input type="checkbox"/> 2 persoane <input type="checkbox"/> 3 persoane <input type="checkbox"/> 4 persoane <input type="checkbox"/> 5 și mai multe persoane	1 2 3 4 5
8.	Componența familiei (<i>famiile în componența cărora sunt copii în vârstă de pînă la 18 ani</i>)	<input type="checkbox"/> Familie cu 1 copil <input type="checkbox"/> Familie cu 2 copii <input type="checkbox"/> Familie cu 3 copii <input type="checkbox"/> Familie cu 4 copii <input type="checkbox"/> Familie cu 5 și mai mulți copii <input type="checkbox"/> Familie cu copii în îngrijirea bunelor sau rudelor <input type="checkbox"/> Familie cu copii adoptați <input type="checkbox"/> Familie fără copii	1 2 3 4 5 6 7 8
9.	Locuința	<input type="checkbox"/> Proprie <input type="checkbox"/> Socială <input type="checkbox"/> De serviciu <input type="checkbox"/> De cazare temporară <input type="checkbox"/> În chirie	1 2 3 4 5
10.	Dotarea locuinței	<input type="checkbox"/> Instalație de alimentare cu apă <input type="checkbox"/> Instalație de alimentare cu apă caldă <input type="checkbox"/> Instalație de canalizare <input type="checkbox"/> Instalație electrică <input type="checkbox"/> Conectare la conducta de gaz <input type="checkbox"/> Încălzire centrală <input type="checkbox"/> Încălzire autonomă <input type="checkbox"/> Bucătărie <input type="checkbox"/> Baie <input type="checkbox"/> Veceu cu apă	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11.	Venitul lunar al familiei (lei)	<input type="checkbox"/> 0 – 549,4 lei <input type="checkbox"/> 549,5 – 1 015,9 lei <input type="checkbox"/> Peste 1 015,9 lei	1 2 3
12.	Cît de mulțumit(ă) sunteți, în general, de nivelul de trai?	<input type="checkbox"/> Foarte mulțumit(ă) <input type="checkbox"/> Mulțumit(ă) <input type="checkbox"/> Nemulțumit(ă) <input type="checkbox"/> Foarte nemulțumit(ă) <input type="checkbox"/> Nu doresc să răspund	1 2 3 4 5
13.	Dispuneți de poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	1 2

14.	<i>Pentru cei care nu dețin poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală: Care este principalul motiv pentru care nu ați procurat-o?</i>	<input type="checkbox"/> Lipsa unui loc de muncă <input type="checkbox"/> Lucrez neoficial <input type="checkbox"/> Costul înalt al poliței în raport cu posibilitățile financiare limitate pentru procurarea acesteia <input type="checkbox"/> Lipsa informației respective <input type="checkbox"/> Din neglijență, lipsă de timp <input type="checkbox"/> Nu am nevoie, deoarece oricum plătesc medicului, chiar și în cazul prezenței poliței <input type="checkbox"/> Preferabil obținerea serviciilor contra plată în cazul problemelor de sănătate în cazul unui nivel al bunăstării destul de înalt <input type="checkbox"/> Activitate temporară peste hotarele țării <input type="checkbox"/> Nu am avut probleme de sănătate <input type="checkbox"/> Din considerentul că nu am nevoie de asigurare medicală <input type="checkbox"/> Altul (specificați) _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
15.	Cum apreciați starea sănătății Dvs. la moment?	<input type="checkbox"/> Foarte bună (excelentă) <input type="checkbox"/> Bună <input type="checkbox"/> Satisfăcătoare <input type="checkbox"/> Rea <input type="checkbox"/> Foarte rea <input type="checkbox"/> Nu pot să o apreciez	1 2 3 4 5 6
16.	Suferiți de:	<input type="checkbox"/> O boală acută <input type="checkbox"/> O boală cronică <input type="checkbox"/> O boală infecțioasă <input type="checkbox"/> O invaliditate <input type="checkbox"/> Altceva (specificați) _____	1 2 3 4 5
17.	În ultimul an s-a întâmplat să nu puteți munci mai mult de o lună din motive de sănătate?	<input type="checkbox"/> Da, o singură dată <input type="checkbox"/> Da, de mai multe ori <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Nu țin minte	1 2 3 4
18.	Cînd aveți o problemă de sănătate, Dvs. apelați, de obicei, în primul rînd la ...?	<input type="checkbox"/> Salvare (ambulanță) <input type="checkbox"/> Asistenta medicală <input type="checkbox"/> Medicul de familie <input type="checkbox"/> Medicul specialist din policlinică <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Centru/Cabinet medical privat <input type="checkbox"/> Farmacie <input type="checkbox"/> Nimeni <input type="checkbox"/> Altcineva (specificați) _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9
19.	Sunteți înscris(ă) la un medic de familie?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	1 2
20.	Aveți medic (medici) de familie în localitatea Dvs?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	1 2

21.	În ce localitate se află cabinetul medicului Dvs. de familie?	<input type="checkbox"/> Aceeași localitate <input type="checkbox"/> Altă localitate	1 2
22.	La câți km de localitatea Dvs. se află cabinetul medicului de familie?	<input type="checkbox"/> max. 3 km <input type="checkbox"/> 3,1 - 6 km <input type="checkbox"/> 6,1 - 20 km <input type="checkbox"/> peste 20 km	1 2 3 4
23.	În mod obișnuit, de cât timp aveți nevoie pentru a ajunge la medicul Dvs. de familie?	<input type="checkbox"/> max. 6-10 min. <input type="checkbox"/> 11-20 min. <input type="checkbox"/> 21-30 min. <input type="checkbox"/> 31-60 min. <input type="checkbox"/> peste 60 min.	1 2 3 4 5
24.	De câte ori în ultimul an ați apelat la serviciile medicale oferite de medicul Dvs. de familie?	<input type="checkbox"/> Niciodată <input type="checkbox"/> 1-2 ori pe an <input type="checkbox"/> 3-5 ori pe an <input type="checkbox"/> Mai mult de 5 ori pe an	1 2 3 4
25.	Care au fost cauzele adresărilor la medicul Dvs. de familie?	<input type="checkbox"/> Examinare profilactică <input type="checkbox"/> Pe motiv de boală <input type="checkbox"/> Vaccinare <input type="checkbox"/> Eliberarea certificatelor medicale <input type="checkbox"/> Alte cauze (specificați) _____	1 2 3 4 5
26.	În ultimele 12 luni v-a chemat medicul Dvs. de familie la un control preventiv pentru a controla starea Dvs. de sănătate?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	1 2
27.	Care a fost durata așteptării în rând la medicul Dvs. de familie?	<input type="checkbox"/> 10-30 min. <input type="checkbox"/> 31-60 min. <input type="checkbox"/> 1-2 ore <input type="checkbox"/> peste 2 ore	1 2 3 4
28.	Considerați, că aveți acces ușor la medicul Dvs. de familie?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	1 2
29.	Care este principalul motiv pentru care nu ați apelat la serviciile medicului de familie în ultimul an?	<input type="checkbox"/> Nu am avut probleme de sănătate <input type="checkbox"/> Din neglijență, lipsă de timp <input type="checkbox"/> Lipsa medicamentelor compensate <input type="checkbox"/> Am mers direct la medicul-specialist <input type="checkbox"/> Auto-tratare /metode tradiționale <input type="checkbox"/> Altceva (specificați) _____	1 2 3 4 5 6
30.	La ce servicii medicale, altele decât cele oferite de medicul de familie, ați apelat Dvs. în ultimul an?	<input type="checkbox"/> Servicii medicale specializate de ambulator <input type="checkbox"/> Servicii medicale spitalicești <input type="checkbox"/> Servicii medicale de urgență (salvare, servicii urgențe spital) <input type="checkbox"/> Laborator/radiologie - imagistică (RMN, TC, ECHO, ECG, EEG, probe de efort etc.) <input type="checkbox"/> Centru/Cabinet medical privat <input type="checkbox"/> Cabinet stomatologic privat	1 2 3 4 5 6

		<input type="checkbox"/> Farmacie	7
		<input type="checkbox"/> Altele (specificați) _____	8
		<input type="checkbox"/> Nu am apelat la servicii medicale	9
31.	<i>Pentru cei care nu au apelat la alte servicii medicale: Care este principalul motiv pentru care nu ați apelat la alte servicii medicale în ultimul an?</i>	<input type="checkbox"/> Nu am avut probleme de sănătate	1
		<input type="checkbox"/> A rezolvat problema medicul de familie	2
		<input type="checkbox"/> Din neglijență, lipsă de timp	3
		<input type="checkbox"/> Acces dificil la serviciile specializate de ambulator	4
		<input type="checkbox"/> Nu am avut bani	5
		<input type="checkbox"/> Auto-tratare / metode tradiționale	6
		<input type="checkbox"/> Altul (specificați) _____	7
32.	Considerați, că aveți acces ușor la servicii medicale, altele decât cele furnizate de medicul de familie?	<input type="checkbox"/> Da	1
		<input type="checkbox"/> Nu	2
33.	Care sînt motivele pentru care considerați că nu aveți acces ușor la aceste servicii?	<input type="checkbox"/> Distanța foarte mare	1
		<input type="checkbox"/> Costul transportului	2
		<input type="checkbox"/> Programul medicului	3
		<input type="checkbox"/> Timpul lung de așteptare	4
		<input type="checkbox"/> Refuzul cadrelor medicale	5
		<input type="checkbox"/> Nu am medic de familie	6
		<input type="checkbox"/> Costul analizelor	7
		<input type="checkbox"/> Costul medicamentelor	8
		<input type="checkbox"/> Plățile neoficiale	9
		<input type="checkbox"/> Altele (specificați) _____	10
Vă rugăm să încercați una dintre cifre care reflectă părerea Dvs. față de cele specificate mai jos: (NOTA: 5 - excelent, 4 - bine, 3 - mediu, 2 - nesatisfăcător, 1 - rău)			
34.	Cum apreciați calitatea serviciilor medicale oferite de medicul de familie?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
35.	Cum apreciați calitatea serviciilor specializate de ambulator (policlinică, centru/cabinet medical privat)?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
36.	Cum apreciați calitatea serviciilor medicale spitalicești?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
37.	Cum apreciați calitatea serviciilor de urgență (salvare, secții de primire urgentă din spital)	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
38.	Cum apreciați calitatea serviciilor de laborator?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
39.	Cum apreciați calitatea serviciilor de radiologie-imagistică (RMN, CT, ECHO)?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
40.	Cum apreciați calitatea serviciilor oferite de farmacie?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/>	
41.	Cu privire la serviciile medicale oferite de spitale, considerați că ele sunt...?	<input type="checkbox"/> Accesibile	1
		<input type="checkbox"/> Mai degrabă accesibile	2
		<input type="checkbox"/> Inaccesibile	3

		<input type="checkbox"/> Mai degrabă inaccesibile	4
		<input type="checkbox"/> Nu știu	5
42.	În ultimul an ați fost internat(ă) în spital?	<input type="checkbox"/> Da	1
		<input type="checkbox"/> Nu, nu am fost internat niciodată	2
		<input type="checkbox"/> Nu, ultima dată am fost internat în urmă cu câțiva ani	3
43.	Cît de mulțumit(ă) ați fost de serviciile primite în timpul spitalizării?	<input type="checkbox"/> Foarte mulțumit	1
		<input type="checkbox"/> Destul de mulțumit	2
		<input type="checkbox"/> Nu prea mulțumit	3
		<input type="checkbox"/> Deloc mulțumit	4
44.	Dacă ar fi necesar să vă re-internați, ați opta pentru același spital?	<input type="checkbox"/> Sigur Da	1
		<input type="checkbox"/> Probabil Da	2
		<input type="checkbox"/> Probabil Nu	3
		<input type="checkbox"/> Sigur Nu	4
45.	Pentru serviciile medicale primite în ultimul an ați plătit taxe oficiale (cu chitanță)?	<input type="checkbox"/> Nu	1
		<input type="checkbox"/> Da	2
		<input type="checkbox"/> Dacă Da, specificați suma (lei)	3
46.	Pentru serviciile medicale primite în ultimul an ați plătit neoficial / ați oferit cadouri?	<input type="checkbox"/> Nu	1
		<input type="checkbox"/> Da	2
		<input type="checkbox"/> Dacă Da, specificați suma (lei)	3
47.	Care sînt motivele pentru care ați oferit bani sau cadouri?	<input type="checkbox"/> Așa se obișnuiește	1
		<input type="checkbox"/> Au fost solicitate de personalul medical	2
		<input type="checkbox"/> Pentru tratament	3
		<input type="checkbox"/> Pentru îngrijire mai atentă din partea medicului	4
		<input type="checkbox"/> Pentru îngrijire mai atentă din partea asistentei medicale	5
		<input type="checkbox"/> Pentru medicamente de mai bună calitate	6
		<input type="checkbox"/> Pentru o relație mai bună cu medicul în viitor	7
		<input type="checkbox"/> Pentru avantaje/servicii auxiliare	8
48.	Care este opinia Dvs. față de plățile neoficiale (oferirea de bani sau cadouri personalului medical) pentru serviciile de sănătate?	<input type="checkbox"/> Negativă	1
		<input type="checkbox"/> Categorie negativă	2
		<input type="checkbox"/> Indiferentă	3
		<input type="checkbox"/> De încurajare, deoarece personalul medical este plătit insuficient	4
		<input type="checkbox"/> Din alte motive (specificați)	5
49.	Credeți, că plățile neoficiale ar trebui transformate în taxe oficiale (cu chitanță)?	<input type="checkbox"/> Da	1
		<input type="checkbox"/> Nu	2
50.	Față de posibilitățile Dvs. financiare, considerați costul serviciilor medicale pe care le-ați plătit, oficial și neoficial, ca fiind ...?	<input type="checkbox"/> Mare	1
		<input type="checkbox"/> Mediu	2
		<input type="checkbox"/> Mic	3
51.	Considerați, că aveți suficiente informații despre sistemul de asigurare obligatorie de	<input type="checkbox"/> Da	1
		<input type="checkbox"/> Nu	2

	asistență medicală din Republica Moldova?	<input type="checkbox"/> Nu știu	3
52.	Care este sursa de unde aflați cele mai multe lucruri despre sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova?	<input type="checkbox"/> Instituțiile medicale <input type="checkbox"/> Presa scrisă <input type="checkbox"/> Televiziune <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Discuții cu prietenii <input type="checkbox"/> Din alte surse (specificați) <hr/> <input type="checkbox"/> Nu mă interesează	1 2 3 4 5 6 7
53.	Cunoașteți în ce constă pachetul de servicii medicale de bază de care puteți beneficia ca persoană asigurată?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Parțial <input type="checkbox"/> Nu știu	1 2 3
54.	Cunoașteți în ce constă pachetul de servicii medicale de care puteți beneficia ca persoană neasigurată?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Parțial <input type="checkbox"/> Nu știu	1 2 3
55.	Cunoașteți despre faptul că unele medicamente sînt compensate sau se acordă fără plată?	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	1 2
56.	În urma implementării asigurării obligatorii de asistență medicală în sistemul de sănătate din Republica Moldova puteți afirma, că ...	<input type="checkbox"/> Acum e mai bine decît înainte în privința serviciilor de sănătate <input type="checkbox"/> Nu sesizez nici o schimbare, e la fel ca înainte <input type="checkbox"/> Înainte era mai bine decît acum în privința serviciilor de sănătate <input type="checkbox"/> Nu știu	1 2 3 4
57.	Care din următoarele afirmații despre sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova este cea mai aproape de opinia Dvs?	<input type="checkbox"/> În general sistemul funcționează destul de bine și necesită doar mici modificări care să-l facă să funcționeze și mai bine <input type="checkbox"/> Există părți bune în actualul sistem, dar sînt necesare schimbări fundamentale pentru ca acesta să funcționeze mai bine <input type="checkbox"/> Sistemul funcționează atît de prost, încît este nevoie de o schimbare completă/totală a sa	1 2 3
58.	De unde credeți, că s-ar putea obține mai mulți bani pentru sănătate?	<input type="checkbox"/> Prin reducerea altor cheltuieli ale statului și transferul fondurilor către sănătate <input type="checkbox"/> Prin creșterea contribuției populației la fondul asigurării obligatorii de asistență medicală <input type="checkbox"/> Prin alte taxe și impozite <input type="checkbox"/> Prin plăți oficiale la casieria instituțiilor medicale (co-plată) <input type="checkbox"/> Prin asigurări facultative de sănătate <input type="checkbox"/> Prin gestionarea eficientă a resurselor financiare existente	1 2 3 4 5 6

		<input type="checkbox"/> Altă modalitate (specificați) ____ <input type="checkbox"/> Nu știu	7 8
--	--	---	--------

ACTE DE IMPLEMENTARE



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

str. Vasile Alecsandri 2, MD-2009, mun. Chișinău
Tel. +373 22 729 907, +373 22 268 818; Fax. +373 22 738 781; e-mail: office@ms.gov.md
www.ms.gov.md

31.12.14 nr. 019/2018

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta, se confirmă că rezultatele cercetărilor obținute în cadrul studiului științific la teza de doctor în medicină „Sănătatea persoanelor neasigurate în medicină ca problemă medico-socială din Republica Moldova”, realizate de către dna Doina-Maria Rotaru, au fost utilizate la elaborarea și implementarea:

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2012, nr.271 din 23.12.2011;

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2013, nr.251 din 08.11.2012;

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2014, nr.330 din 23.12.2013;

Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1021/206-A din 29.12.2011, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1239/253-A din 10.12.2012, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1605/414-A din 31.12.2013, cu modificările și completările ulterioare;

Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.337/54-A din 26.04.2011 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.492/139-A din 22.04.2013 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1285/265-A din 20.12.2012 cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulator.

Viceministru

Mihai CIOCANU


REPUBLICA MOLDOVA
COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ
НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

MD-2005, mun. Chișinău, bd. Grigore Vieru, nr.12; tel.(373 22)22-31-66; fax.(373 22)22-61-84; www.cnam.md; e-mail: info@cnam.md

15.10.2014 nr. 01/14-1323

ACT DE IMPLEMENTARE

Prin prezenta, se confirmă că rezultatele cercetărilor obținute în cadrul studiului științific la teza de doctor în medicină „Sănătatea persoanelor neasigurate în medicină ca problemă medico-socială din Republica Moldova”, realizate de către dna Doina-Maria Rotaru, au fost utilizate la elaborarea și implementarea:

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2012, nr.271 din 23.12.2011;

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2013, nr.251 din 08.11.2012;

Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2014, nr.330 din 23.12.2013;

Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1021/206-A din 29.12.2011, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1239/253-A din 10.12.2012, cu modificările și completările ulterioare;

Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1605/414-A din 31.12.2013, cu modificările și completările ulterioare;

Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.337/54-A din 26.04.2011 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.492/139-A din 22.04.2013 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

Ordinului comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.1285/265-A din 20.12.2012 cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, în condiții de ambulator;

Strategiei de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru anii 2013-2017, aprobată prin Decizia Consiliului de Administrație al CNAM din 13 noiembrie 2012 (actualizată anual).

Vicedirector general




Diana GROSU-AXENTI

DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, declar pe propria răspundere, că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez, că în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Rotaru Doina-Maria

CURRICULUM VITAE

Nume: Rotaru

Prenume: Doina-Maria

Data nașterii: 27.06.1975

Cetățenia: Republica Moldova

Starea civilă: Celibatară

Adresă domiciliu: 2019, mun.Chișinău, str.Grenoble 161/1, ap.59
tel.: (373 22) 77 – 96 – 65, 069110645

Adresă serviciu: Compania Națională de Asigurări în Medicină
2005, mun. Chișinău, bd. Grigore Vieru 12
tel./fax: (373 22) 22 – 30 – 19
e-mail: doina-maria.rotaru@cnam.gov.md

Studii: 1992, Liceul româno-francez „Gheorghe Asachi”, Chișinău
1998, USMF „Nicolae Testemițanu”, facultatea medicină generală
2003, Academia de Administrare Publică de pe lângă Președintele Republicii Moldova, Masterat, facultatea management
2005, Academia de Studii Economice din Moldova, Masterat, specializarea Administrarea afacerilor
2009, Universitatea de Studii Europene din Moldova, facultatea drept
2011, USMF „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătate Publică, Masterat în Managementul Sănătății Publice

Grad științific, titlu: 2003, Master în management
2005, Master în economie „Administrarea afacerilor”
2009, Licențiat în drept
2011, Master în Managementul Sănătății Publice
2012, Specialist în management sanitar, categoria superioară

Studii postgraduale: 2001, Probleme actuale ale Sănătății Publice și Managementului (Moldova)
2005, Women's Political Leadership, International Republican Institute (Moldova)
2006, Management în sănătate (Moldova)
2007, Training of Trainers Course, „The management of primary health care institution in the context of decentralization of the rayon health care system”, organized by the Moldova Governance Threshold Country Program (Moldova)



2008, Training „Analiza națională a cheltuielilor în domeniul HIV/SIDA și modelul estimărilor necesităților de resurse”

2010, Formation en Management de la sante (Malesroit, France)

2010, Sistemul de codificare a diagnosticilor pacienților internați, utilizând CIM 10 a OMS (Chișinău)

2011, Sistemul de codificare a procedurilor medicale pentru pacienții internați (Chișinău)

2011, Managementul maladiilor în baza protocoalelor clinice (Chișinău)

2012, Flagship Course on Health System Strengthening and Sustainable Financing (WHO Regional Office for Europe, Moldova)

2012, Moving towards universal health coverage in Moldova – strengthening health financing policy (WHO and European Observatory on Health Systems and Policies Policy Dialogue, Moldova)

2012, Actualități în managementul sănătății publice (Chișinău)

2012, Managementul maladiilor în baza protocoalelor clinice (Chișinău)

2013, Dialogul de politici privind plățile pentru performanță în asistența medicală primară în cadrul Proiectului finanțat de Uniunea Europeană „Îmbunătățirea managementului mobilității cadrelor medicale din Republica Moldova” (Chișinău)

2013, Actualități în managementul sănătății publice (Chișinău)

2013, Managementul maladiilor în baza protocoalelor clinice (Chișinău)

2013, participare la lucrările Congresului specialiștilor din domeniul sănătății publice și managementului sanitar din Republica Moldova

2014, Condiții susceptibile în asistența medicală primară (Chișinău)

2014, Managementul maladiilor în baza protocoalelor clinice (Chișinău)

2014, Auditul Medical Intern, curs de instruire organizat în cadrul misiunii OMS cu scopul evaluării sistemului de management a calității, finanțate de Uniunea Europeană prin intermediul inițiativei comune UE/OMS de a sprijini dialogul de politici în Republica Moldova

2014, Abordarea aspectelor discriminării în sănătate și combaterea acestora (Chișinău)

2016, Managementul Strategic (Chișinău)

Activități practice:

1999-2000, medic-intern fizioterapeut, Institutul Mamei și Copilului; medic reabilitolog prin cumul

2000-2003, specialist principal, Direcția Generală a Sănătății, județul Chișinău

2003-2004, consultant Direcția Tehnologii de Asigurări și Asigurări Internaționale, Compania Națională de Asigurări în Medicină

2004-2009, șef-adjunct Direcția Tehnologii de Asigurări Medicale, Statistică și Informatică, Compania Națională de Asigurări în Medicină

2009-până în prezent, șef-adjunct Direcția Contractare și Relații cu prestatorii, Compania Națională de Asigurări în Medicină

Abilități:

Limbile română, rusă, franceză – avansat

Limba engleză – intermediar

Atestat de competențe de operare la calculator. Abilități de lucru în Microsoft Windows; Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint); Adobe (Page Maker, Photo Shop, Acrobat Reader); Internet Explorer și Outlook Express

Alte abilități:

Perseverență, organizare, seriozitate în îndeplinirea obiectivelor propuse, atitudine optimistă, persoană echilibrată, calmă, atitudine prietenoasă față de cei din jurul meu și spirit de echipă, adaptabilitate și capacitate de muncă în condiții de stres, comunicare și capacitate de convingere