



ANALIZA

**Programului Unic al asigurării
obligatorii de asistență medicală din
perspectiva distribuției și a utilizării
structurale pentru perioada 2020-2022**

Acest studiu a fost realizat în cadrul proiectului 415932 „Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, implementat de Crucea Roșie din Elveția în parteneriat cu AO CASMED și AO HOMECARE, finanțat de Guvernul Elveției. Conținutul acestui studiu reprezintă opinia autorului și nu reflectă neapărat punctul de vedere al donatorului.

ANALIZA
Programului Unic al asigurării obligatorii
de asistență medicală din perspectiva
distribuției și a utilizării structurale pentru
perioada 2020-2022

Autor: Mircea Buga, dr. șt. med., conf. univ. la USMF
„Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

ABREVIERI	4
LISTA FIGURILOR ȘI TABELELOR.....	5
SUMAR EXECUTIV	7
EXECUTIVE SUMMARY.....	10
Capitolul I. METODOLOGIE	13
Capitolul II. ACOPERIREA UNIVERSALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII.....	15
2.1. Asigurarea obligatorie de asistență medicală	15
2.2. Dimensiunile acoperirii universale în domeniul sănătății	16
2.3. Populația acoperită cu asigurare obligatorie de asistență medicală	17
Capitolul III. ACOPERIREA COSTURILOR DE SĂNĂTATE	21
Capitolul IV. ACHIZIȚIONAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE.....	24
4.1. Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală	24
4.1.1. Completări la Programul Unic	24
4.2. Prestatorii de servicii de sănătate	28
4.3. Aranjamentele contractuale.....	30
4.4. Metodele de plată a serviciilor de sănătate	32
4.5. Sistemele informaționale	37
4.6. Guvernanța în achiziționarea serviciilor de sănătate	40
Capitolul V. ACOPERIREA POPULAȚIEI CU SERVICII MEDICALE	44
5.1. Tipurile de asistență medicală	44
5.2. Pandemia de COVID-19 în Republica Moldova	45
5.3. Serviciile de sănătate esențiale în pandemia de COVID-19	46
5.4. Fondul CNAM de achitare a serviciilor prestate (fondul de bază)	48
5.5. Asistența medicală urgentă prespitalicească	52
5.6. Asistența medicală primară.....	53
5.7. Medicamente și dispozitive medicale compensate	55
5.8. Asistența medicală spitalicească (în particular cea chirurgicală programată)	60
5.9. Servicii medicale de înaltă performanță (în particular investigațiile de RMN)	65
5.10. Îngrijiri medicale la domiciliu.....	67
5.11. Profilaxia maladiilor, promovarea sănătății și educația pentru sănătate	70
Capitolul VI. ANALIZA IMPLEMENTĂRII RECOMANDĂRILOR ANTERIOARE.....	75
6.1. Recomandările pe termen scurt.....	75
6.2. Recomandările pe termen mediu.....	80
CONCLUZII.....	84
RECOMANDĂRI	86

Pe termen scurt (1-2 ani):.....	86
Pe termen mediu (3-5 ani):	87
Pe termen lung (mai mare de 5 ani).....	87
ANEXE	89
Anexa nr.1. Categoriile de persoane neangajate asigurate de Guvern	89
Anexa nr.2. Extras din Nomenclatorul prestatorilor de AMP	90
Anexa nr.3. Extras din Nomenclatorul IMSP spitalicești	92
Anexa nr.4. Procedura de contractare a CNAM	94
Anexa nr.5. Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)	96
Anexa nr.6. Contururile funcționale ale SII AOAM.....	104
Anexa nr.7. Cazuri chirurgicale programate, la 1000 populație, pe UAT, 2022	107
Anexa nr.8. Cazuri operate pentru cataractă, la 1000 populație, pe UAT, 2022	108
Anexa nr.9. Lista serviciilor de imagistică prin rezonanță magnetică	109
Anexa nr.10. Serviciile de RMN efectuate și suma contractuală executată, pe prestatori, 2019- 2022	111
Anexa nr.11. Îngrijiri medicale la domiciliu, pe agenții teritoriale ale CNAM și prestatori, 2019- 2022	112
Anexa nr.12. Prestarea serviciilor de îngrijiri paliative de echipa mobilă, 2019-2022.....	120

ABREVIERI

AMP	asistența medicală primară
AMS	asistența medicală spitalicească
AMSA	asistența medicală specializată de ambulator
AMUP	asistența medicală urgentă prespitalicească
ANSP	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
AOAM	asigurări obligatorii de asistență medicală
AUDS	acoperirea universală în domeniul sănătății
BM	Banca Mondială
BNS	Biroul Național de Statistică
CIM	Clasificare Internațională a Maladiilor
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
DCI	denumire comună internațională
DMS	durata medie de spitalizare
DRG	sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (Diagnostic Related Groups)
IMD	îngrijiri medicale la domiciliu
IMS	instituție medico-sanitară
IMSP	instituție medico-sanitară publică
IP	îngrijiri paliative
RMN	rezonanța magnetică nucleară
MA	Ministerul Apărării
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MDC	medicamente și dispozitive medicale compensate
MDL	leu (valuta națională a Republicii Moldova)
MF	Ministerul Finanțelor
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
ODD	obiectiv de dezvoltare durabilă
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PIB	Produsul intern brut
RM	Republica Moldova
SIP	servicii de înaltă performanță
SIS	Serviciul de Informații și Securitate
UAT	unitate administrativ-teritorială
UE	Uniunea Europeană

LISTA FIGURILOR ȘI TABELELOR

Figuri:

- Figura 1. Trei dimensiuni ale acoperirii universale în domeniul sănătății
- Figura 2. Indicele de acoperire universală în domeniul sănătății (ODD 3.8.1), ani selectați
- Figura 3. Cota persoanelor asigurate în sistemul AOAM din total populație, %, 2004-2021
- Figura 4. Structura persoanelor asigurate, pe categorii, 2022, %
- Figura 5. Numărul de decese, 2018-2022, categoria de vârstă 60+
- Figura 6. Ponderea persoanelor neasigurate, pe quintile, %
- Figura 7. Structura persoanelor neasigurate după statutul ocupațional, quintila I și V
- Figura 8. Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate din PIB, %, 2000-2021
- Figura 9. Ponderea cheltuielilor publice și din buzunar în total cheltuieli pentru sănătate, %, 2000-2022
- Figura 10. Cheltuielile medii lunare pentru sănătate a unei persoane și cota plăților pentru medicamente din acestea, MDL și %
- Figura 11. Cheltuielile totale pentru sănătate și pentru procurarea medicamentelor, pe quintile, 2021
- Figura 12. Contururile funcționale ale SII AOAM
- Figura 13. Publicarea informației despre achiziționarea serviciilor de sănătate pe pagina CNAM
- Figura 14. Cota alocațiilor din fondul de bază, pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică, %, 2022
- Figura 15. Cota alocațiilor pentru AMP și MDC din fondul de bază, %, 2005-2022
- Figura 16. Soldurile fondurilor AOAM la sfârșitul anului bugetar, 2018-2022, milioane lei
- Figura 17. Numărul de solicitări în AMUP, mii, 2004-2022
- Figura 18. Ponderea persoanelor care s-au adresat la medic în ultimele 4 săptămâni, pe quintile
- Figura 19. Evoluția cheltuielilor efective ale fondurilor AOAM pentru medicamente compensate și a numărului de DCI, 2019-2022
- Figura 20. Suma medie și rata de compensare pentru o rețetă, 2019-2022
- Figura 21. Structura cheltuielilor pentru medicamente compensate, pe grupe de maladii, %, 2022
- Figura 22. Numărul de beneficiari de medicamente compensate, mii, 2019-2022
- Figura 23. Numărul de cazuri tratate și validate în AMS, mii, 2015-2022
- Figura 24. Evoluția numărului de intervenții chirurgicale și a letalității postoperatorii, 2019-2022
- Figura 25. Proporția intervențiilor pentru persoane asigurate din total, %, 2019-2022
- Figura 26. Proporția intervențiilor chirurgicale pe tip de persoană asigurată, 2022
- Figura 27. Intervenții chirurgicale programate, la 1000 de populație, 2019-2022
- Figura 28. Intervenții chirurgicale programate, pe categorii de vârstă, 2019-2022
- Figura 29. Intervenții chirurgicale programate, după mediul de trai, 2019-2022
- Figura 30. Intervenții chirurgicale programate, după sexul pacientului, 2019-2022
- Figura 31. Durata medie de spitalizare până și după operație, zile, 2022
- Figura 32. Numărul total de RMN conform datelor ANSP, mii, 2019-2022
- Figura 33. Numărul de RMN raportat către CNAM, mii, 2019-2022
- Figura 34. Tariful „per vizită” în IMD, MDL, 2019-2022
- Figura 35. Numărul de vizite de IMD efectuate, 2019-2022
- Figura 36. Tariful „per vizită” în îngrijiri paliative, MDL, 2019-2022
- Figura 37. Numărul de vizite în îngrijiri paliative, 2019-2022
- Figura 38. Cheltuieli pentru FMP în totalul fondurilor AOAM, 2019-2022

Tabele:

- Tabelul 1. Numărul de persoane asigurate de Guvern, 2019-2022
- Tabelul 2. Cheltuielile publice pentru sănătate, 2019-2022, milioane MDL
- Tabelul 3. Data aprobării anuale a Legii fondurilor AOAM și a Criteriilor de contractare
- Tabelul 4. Numărul de contracte pe tipuri de prestatori de servicii medicale, 2020-2022
- Tabelul 5. Metodele de plată a prestatorilor din fondurile AOAM, 2022
- Tabelul 6. Exemple de tarife la servicii incluse în contractele pe anul 2022
- Tabelul 7. Tarife per capita în AMP, MDL, 2020-2022
- Tabelul 8. Tarife de bază DRG pentru prestatori, 2022
- Tabelul 9. Tarifele de bază contractate și cele aprobate pentru programul special „Tratament operator pentru cataractă”, 2022, MDL
- Tabelul 10. Activitatea Consiliului de administrație al CNAM, 2020-2022
- Tabelul 11. Incidența și mortalitatea prin COVID-19, 2020-2022, cazuri
- Tabelul 12. Gradul de perturbare a SSE în timpul pandemiei de COVID-19
- Tabelul 13. Cheltuielile aprobate și executate ale fondului de bază, 2019-2022, milioane lei
- Tabelul 14. Sume nevalidate de CNAM pentru serviciile raportate, mii lei, 2018-2022
- Tabelul 15. Numărul vizitelor la medicul de familie și costul unei vizite, 2019-2022
- Tabelul 14. Numărul de cazuri chirurgicale programate pe nivele de instituții, 2019-2022
- Tabelul 15. Top 10 categorii de beneficiari asigurați, cumulativ 2019-2022
- Tabelul 16. Numărul de cazuri chirurgicale programate pe nivele de instituții, 2019-2022
- Tabelul 17. Top 10 categorii de beneficiari asigurați, cumulativ 2019-2022
- Tabelul 18. Cele mai solicitate servicii de înaltă performanță, 2019 – 2022
- Tabelul 19. Numărul de servicii de RMN, pe prestatori, 2019-2022
- Tabelul 20. Numărul de vizite de IMD efectuate de prestatori privați, 2019-2022
- Tabelul 21. Prioritățile de utilizare a FMP pentru anul 2022
- Tabelul 22. Gradul de realizare a FMP din suma planificată, 2019-2022, %
- Tabelul 23. Cheltuieli din FMP, pe tipuri de activități, mii MDL, 2019-2022

SUMAR EXECUTIV

Acoperirea universală în domeniul sănătății (AUDS) presupune asigurarea accesului tuturor oamenilor la servicii de sănătate de calitate, fără a constitui o povară financiară pentru aceștia. Acest obiectiv este susținut de tranziția către un sistem de asigurare obligatorie de asistență medicală (AOAM) în Republica Moldova, care a fost introdus în 2004.

Cu toate că AOAM este obligatorie, totuși, există încă aproximativ 12% din populație care nu este asigurată. Principalele categorii asigurate sunt cele finanțate de Guvern și angajații, dar există și categorii care nu contribuie încă la AOAM, cum ar fi angajații structurilor de forță. Există inechități în asigurarea cetățenilor, cu o proporție mai mare de persoane neasigurate în zonele rurale și printre cei cu venituri mai mici. Teritoriile din stânga Nistrului și mun. Bender rămân, în mare parte, în afara acoperirii cu AOAM. De asemenea, există preocupări cu privire la echitatea asigurării categoriilor mai bogate de către Guvern și nu din veniturile proprii.

Republica Moldova a înregistrat o creștere a cheltuielilor publice pentru sănătate ca procent din PIB, cu o creștere a ponderii cheltuielilor AOAM. Aceasta a contribuit la reducerea ponderii plăților private (din buzunar), contribuind la reducerea poverii financiare a populației. Cu toate acestea, există încă dependență de plățile din buzunar, iar cheltuielile pentru sănătate variază în funcție de nivelul de bunăstare al populației. Acest lucru poate duce la riscul ca unii oameni să cadă sub pragul de sărăcie din cauza cheltuielilor mari, în special pentru medicamente.

Achiziționarea în domeniul sănătății este esențială pentru a asigura accesul populației la servicii medicale și farmaceutice. Este un proces complex care implică alocarea de fonduri către prestatori, fie ei publici sau privați, pentru a oferi servicii de sănătate întregii populații sau unor grupuri specifice. Există o tendință către o achiziționare mai activă și strategică a serviciilor de sănătate pentru a progresa către obiectivele de sănătate sustenabile.

Pachetul de beneficii acoperite de sistemul de AOAM este aprobat de guvern (Programul Unic) și a fost supus unor modificări periodice pentru a reflecta nevoile de sănătate ale populației și prioritățile guvernamentale. Modificările au inclus extinderea serviciilor pentru persoanele neasigurate și adaptarea la nevoile specifice, cum ar fi îngrijirea paliativă și gestionarea pandemiei COVID-19. În același timp, deciziile despre serviciile ce urmează a fi incluse în pachetul de beneficii sunt luate fără o analiză a cost-eficacității (CEA) și fără o evaluare a tehnologiilor medicale (HTA), precum și fără o examinare comprehensivă a impactului asupra bugetului.

În ceea ce privește prestatorii de servicii de sănătate, aceștia pot fi publici sau privați și sunt supuși unor criterii de evaluare și acreditare pentru a asigura calitatea și eficiența serviciilor furnizate. Recent, au fost introduse în lege criterii suplimentare de selecție pentru prestatorii implicați în sistemul AOAM, cu accent pe nevoile pacienților, calitatea serviciilor și gradul de satisfacție a acestora. Există încă provocări de gestionare, cum ar fi necesitatea stabilirii indicatorilor de rezultat pentru serviciile medicale și farmaceutice, ajustarea cadrului de raportare pentru instituțiile medicale și actualizarea listei de așteptare pentru intervențiile în cadrul programelor speciale. Implementarea schimbărilor pentru a face achizițiile mai strategice poate fi un proces gradual, implicând construirea unui sistem de management al informațiilor, specificarea clară a beneficiilor și ajustarea metodologiilor de plată și tarifelor.

Sistemele informaționale sunt esențiale pentru gestionarea eficientă a achizițiilor de servicii de sănătate. În 2022, s-a propus un nou sistem integrat, Sistemul Informațional Integrat "Asigurarea obligatorie de asistență medicală" (SII AOAM), pentru a îmbunătăți colectarea și gestionarea datelor. Până la implementarea acestui nou sistem, CNAM a îmbunătățit sistemele existente. Cu toate acestea, au existat provocări, cum ar fi deficiențe în utilizarea sistemului informațional existent în AMP și neconcordanțele în raportările populației înregistrate.

Raportul enumera tipurile de asistență medicală, inclusiv cele noi adăugate în timp, și evidențiază necesitatea de a se adapta la noile abordări centrate pe pacient, așa cum promovează Organizația Mondială a Sănătății. În plus, se discută despre impactul pandemiei de COVID-19 asupra sistemului de sănătate, inclusiv măsurile luate de autorități pentru a gestiona situația și pentru a asigura continuarea furnizării serviciilor esențiale de sănătate în timpul pandemiei.

În timpul implementării sistemului AOAM, volumul și spectrul de servicii de sănătate contractate au suferit modificări substanțiale, datorită necesităților crescânde ale pacienților, dezvoltării tehnologiilor medicale și modificării protocoalelor de tratament. Se observă, însă, o tendință de scădere a ponderii fondurilor alocate pentru AMP în ultimii ani, ceea ce necesită o inversare a acestei tendințe pentru a pune accentul pe serviciile cruciale pentru asigurarea unei asistențe medicale de calitate. Prestarea anumitor servicii de sănătate esențiale în AMP ar putea fi stimulată prin reintroducerea unor indicatori de performanță, cu impact asupra prevenirii și tratamentului unor maladii prioritare.

Începând cu anul 2005, sistemul de AOAM a introdus compensarea parțială sau integrală a costului medicamentelor, iar din 2022 a inclus în lista de beneficii și dispozitive medicale. Pentru a spori accesul la medicamente compensate, metodologia de calcul a sumelor fixe compensate a fost modificată. În ciuda creșterii numărului de beneficiari și extinderii listei de medicamente compensate, numărul total de beneficiari nu a atins încă nivelul dinaintea pandemiei de COVID-19. Este evident că există încă nevoia de a extinde lista de medicamente compensate, de a informa mai bine populația despre aceste beneficii și de a continua eforturile pentru asigurarea accesului la medicamente esențiale pentru toți cei care au nevoie de ele.

Asistența medicală spitalicească (AMS) reprezintă cea mai finanțată formă de asistență medicală, consumând peste jumătate din totalul fondului de bază al CNAM. Pandemia a generat o scădere bruscă a numărului de cazuri tratate în 2020, inclusiv chirurgicale programate, comparativ cu anul precedent, revenind în 2022 la cifre similare dinaintea pandemiei. Internările programate au fost anulate în perioada stării de urgență, concentrându-se pe serviciile esențiale.

Distribuția cazurilor chirurgicale programate la nivel teritorial a evidențiat diferențe semnificative între regiuni, necesitând o analiză suplimentară. De intervențiile chirurgicale programate au beneficiat preponderent persoanele asigurate, iar proporția acestora a rămas relativ constantă pe parcursul a patru ani. Cazurile chirurgicale au fost în principal pentru pacienți cu vârsta medie și cei în vârstă. Durata medie de spitalizare a variat în funcție de nivelul instituției spitalicești, fiind mai mare la instituțiile departamentale și republicane și mai mică la cele private. Distribuția internărilor a arătat diferențe în funcție de nivelul de bunăstare al populației, cu o concentrare a celor mai sărace persoane în spitalele de nivel raional și a celor mai bogate în cele municipale.

În perioada 2006-2008, serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu (IMD) au fost prestate în cadrul AMP, iar din 2009 sunt prevăzute ca tip de asistență medicală aparte. În 2022, CNAM a contractat servicii de IMD conform metodei „per vizită”, la un tarif dublu comparativ cu 2019, însă numărul de vizite efectuate a scăzut. Unele lacune în contractare au fost identificate în 2021, inclusiv angajarea personalului cu derogări de la actele normative și raportarea eronată a vizitelor. Există o acoperire teritorială neuniformă a serviciilor de IMD și a celor de îngrijiri paliative.

Măsurile de profilaxie și promovare a sănătății sunt esențiale pentru prevenirea bolilor și menținerea sănătății. Cheltuielile din fondul măsurilor de profilaxie al CNAM au oscilat în perioada 2019-2022, iar unele activități nu au fost uniform finanțate. Mai mult, există preocupări cu privire la suprapunerea unor activități finanțate din acest fond cu activități finanțate din fondul de bază al CNAM, ceea ce poate duce la o utilizare ineficientă a resurselor.

Raportul actual face o comparație a datelor obținute pentru perioada 2020-2022 cu rezultatele din perioada precedentă, 2015-2019, descrise într-un studiu anterior cu tematică similară („Analiza Programului Unic al AOAM din perspectiva distribuției și a utilizării structurale” pentru perioada 2015-2019), precum și evaluează gradul de implementare a recomandărilor formulate în studiul respectiv.

În capitolele de final ale raportului, în baza analizei efectuate, a lacunelor și provocărilor identificate, sunt formulate concluzii și recomandări pe termen scurt, mediu și lung pentru modificări legislative și de reglementare.

EXECUTIVE SUMMARY

Universal Health Coverage (UHC) entails ensuring access to quality healthcare services for all individuals without imposing financial burdens on them. This objective is supported by the transition to a mandatory health insurance (MHI) system in the Republic of Moldova, which was introduced in 2004.

Although MHI is mandatory, there are still approximately 12% of the population uninsured. The main insured categories are those covered by the Government and employees, but there are also categories not yet contributing to MHI, such as employees of law enforcement agencies. Inequities exist in citizen coverage, with a higher proportion of uninsured individuals in rural areas and among those with lower incomes. Territories on the left bank of the Dniester River and in the city of Bender largely remain outside MHI coverage. Concerns also exist regarding the equity of coverage for wealthier categories by the Government rather than through their own incomes.

The Republic of Moldova has seen an increase in public health expenditures as a percentage of GDP, with a growing share of MHI expenditures. This has contributed to reducing the proportion of private (out-of-pocket) payments, thus alleviating the financial burden on the population. However, there is still a reliance on out-of-pocket payments, and healthcare expenditures vary depending on the population's level of prosperity. This can lead to the risk of some individuals falling into poverty due to high expenditures, especially for medications.

Procurement in the healthcare sector is essential to ensure population access to medical and pharmaceutical services. It is a complex process involving allocating funds to providers, whether public or private, to deliver healthcare services to the entire population or specific groups. There is a trend towards more active and strategic procurement of healthcare services to advance sustainable health objectives.

The package of benefits covered by the MHI system is approved by the government (the Unified Program) and has undergone periodic modifications to reflect the population's health needs and governmental priorities. Changes have included expanding services for uninsured individuals and adapting to specific needs such as palliative care and managing the COVID-19 pandemic. However, decisions about services to be included in the benefits package are made without cost-effectiveness analysis (CEA) and health technology assessment (HTA), as well as without a comprehensive examination of the budget impact.

As for healthcare providers, they can be public or private and are subject to evaluation and accreditation criteria to ensure the quality and efficiency of the services provided. Recently, additional selection criteria for providers involved in the MHI system have been introduced into law, focusing on patient needs, service quality, and patient satisfaction levels. There are still management challenges, such as the need to establish outcome indicators for medical and pharmaceutical services, adjust reporting frameworks for healthcare institutions, and update waiting lists for interventions under special programs. Implementing changes to make procurement more strategic can be a gradual process, involving building an information management system, clearly specifying benefits, and adjusting payment methodologies and

tariffs.

Information systems are essential for efficiently managing healthcare service procurement. In 2022, a new integrated system, the Integrated Information System "Mandatory Health Insurance" (MHI IIS), was proposed to improve data collection and management. Until the implementation of this new system, the National Health Insurance Company (NHIC) improved existing systems. However, there were challenges such as deficiencies in the use of the existing information system in primary health care (PHC) institutions and discrepancies in registered population reports.

The report lists the types of healthcare, including new ones added over time, and highlights the need to adapt to new patient-centered approaches as promoted by the World Health Organization. Additionally, it discusses the impact of the COVID-19 pandemic on the healthcare system, including measures taken by authorities to manage the situation and ensure the continued provision of essential healthcare services during the pandemic.

During the implementation of the MHI system, the volume and spectrum of contracted healthcare services have undergone substantial changes due to growing patient needs, medical technological advancements, and changes in treatment protocols. However, there has been a downward trend in the proportion of funds allocated to primary health care in recent years, necessitating a reversal of this trend to emphasize critical services for ensuring quality healthcare. The provision of certain essential healthcare services in PHC could be incentivized by reintroducing performance indicators impacting the prevention and treatment of priority diseases.

Since 2005, the MHI system has introduced partial or full reimbursement of medication costs, and as of 2022, it has also included medical devices in the benefits list. To enhance access to reimbursed medications, the methodology for calculating fixed reimbursement amounts has been modified. Despite the increasing number of beneficiaries and the expansion of the list of reimbursed medications, the total number of beneficiaries has not yet reached pre-COVID-19 pandemic levels. It is evident that there is still a need to expand the list of reimbursed medications, better inform the population about these benefits, and continue efforts to ensure access to essential medications for all who need them.

Hospital care represents the most funded form of healthcare, consuming over half of NHIC's basic fund. The pandemic led to a sharp decrease in the number of cases treated in 2020, including scheduled surgeries, compared to the previous year, returning to pre-pandemic figures in 2022. Scheduled hospitalizations were canceled during the state of emergency, focusing on essential services.

The distribution of scheduled surgical cases at the territorial level highlighted significant differences between regions, necessitating further analysis. Scheduled surgical interventions predominantly benefited insured individuals, and their proportion remained relatively constant over four years. Surgical cases were mainly for patients of average and older age. The average length of hospital stays varied depending on the level of hospital institution, being longer in departmental and republican institutions and shorter in private ones. The distribution of

hospitalizations showed differences depending on the population's level of prosperity, with a concentration of the poorest individuals in district hospitals and the wealthiest in municipal ones.

During the period 2006-2008, home medical care (HMC) services were provided within PHC, and since 2009, they have been provided as a separate type of medical assistance. In 2022, NHIC contracted HMC services according to the "per visit" method, at a double rate compared to 2019, yet the number of visits has decreased. Some contracting gaps were identified in 2021, including hiring personnel with derogations from regulatory acts and misreporting visits. There is an uneven territorial coverage of HMC services and palliative care services.

Preventive and health promotion measures are essential for disease prevention and maintaining health. Expenditures from NHIC's prevention fund fluctuated between 2019 and 2022, with some activities not consistently funded. Moreover, there are concerns about overlapping activities funded from this fund with those funded from NHIC's basic fund, which may lead to inefficient resource utilization.

The current report compares data obtained for the period 2020-2022 with results from the previous period, 2015-2019, described in a previous study with a similar theme ("Analysis of the Unified MHI Program from the perspective of distribution and structural usage" for the period 2015-2019), and evaluates the degree of implementation of recommendations formulated in that study.

In the final chapters of the report, based on the analysis conducted, identified gaps, and challenges, conclusions and recommendations are formulated for short, medium, and long term legislative and regulatory changes.

Capitolul I. METODOLOGIE

Prezentul Raport conține o analiză a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (Programul Unic) din perspectiva distribuției și a utilizării structurale în perioada anilor 2020-2022. Analiza se focusează, în principal, asupra evoluției structurii și a dreptului la pachetul de beneficii de sănătate, a mecanismului de contractare și de rambursare, precum și la perspectivele asigurării accesului la acest pachet a diferitor categorii de persoane.

Anumite limitări au influențat realizarea studiului, în special accesul restrâns sau lipsa datelor relevante și complete pentru unele secțiuni. Un element aparte îl constituie analiza prestării serviciilor de sănătate prin prisma impactului pandemiei de COVID-19, derulate exact în perioada de referință 2020-2022. Perturbările în activitatea instituțiilor medicale au influențat furnizarea inclusiv a serviciilor medicale esențiale, precum și tendințele discutate în acest raport.

Pentru pregătirea acestui raport au fost realizate următoarele etape metodologice:

1. Documentarea inițială cu raportul anterior, pentru perioada 2015-2019, având tematică similară, și formularea și coordonarea conceptului Raportului. În particular, a fost asigurată continuitatea analizei anterioare, fiind examinate, inclusiv, aceleași cinci servicii medicale selectate în raportul precedent, și anume:
 - a) Prescrierea medicamentelor compensate;
 - b) Asistența medicală spitalicească chirurgicală programată;
 - c) Investigații prin rezonanța magnetică nucleară (RMN);
 - d) Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;
 - e) Servicii de promovare a sănătății și educație pentru sănătate.
2. Efectuarea de cercetări tip „desk review”:
 - Analiza legislației și altor reglementări pertinente (naționale, sectoriale, instituționale etc.), în domeniul structurii și a dreptului la pachetul de beneficii de sănătate (Programul Unic);
 - Familiarizarea cu eventuale rapoarte, analize și studii relevante, realizate în domeniu în contextul derulării proiectului și în afara acestuia;
 - Studiarea literaturii de specialitate, disponibile online, cu referință la domeniu și la sistemul de sănătate din Republica Moldova;
 - Identificarea organigramei și listei actualizate a instituțiilor din sectorul sănătății, pentru potențiale interviuri, a datelor de contact ale acestora.
 - Analiza datelor statistice, rapoartelor din domeniul sănătății, în special elaborate de Biroul Național de Statistică (BNS), Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP) și Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM).
 - Pregătirea referințelor bibliografice care au servit drept surse pentru elaborarea Raportului.

3. Desfășurarea de întreveneri și discuții cu persoane responsabile din instituții și autorități relevante ale sectorului de sănătate: Ministerul Sănătății (MS), CNAM, prestatori publici și privați de servicii medicale, în particular care prestează serviciile selectate pentru studiu, precum și reprezentanți ai sectorului academic și celui asociativ. Opiniile relevante ale acestora au fost folosite la scrierea textului raportului.
4. Solicitarea informației structurate adiționale de la instituțiile / autoritățile relevante (CNAM, Ministerul Sănătății) pentru triangularea și verificarea datelor obținute anterior.
5. Colectarea altor date, agregarea, analiza lor și pregătirea informației detaliate pentru Raport.
6. Elaborarea sugestiilor, recomandărilor și propunerilor argumentate pe termen scurt, mediu și lung pentru eventuale modificări legislative și de reglementare.
7. Definitivarea și coordonarea Raportului privind analiza Programului Unic din perspectiva distribuției și a utilizării structurale.

De asemenea, a fost analizat gradul de implementare a recomandărilor studiului anterior „Analiza Programului Unic al AOAM din perspectiva distribuției și a utilizării structurale” pentru perioada 2015-2019.

Capitolul II. ACOPERIREA UNIVERSALĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Acoperirea universală în domeniul sănătății (AUDA) presupune ca toți oamenii să aibă acces la serviciile de sănătate de calitate de care au nevoie atunci când au nevoie, acolo unde au nevoie și fără ca acestea să fie o povară financiară pentru ei. Aceste servicii includ întregul spectru de servicii esențiale de sănătate, centrate pe pacient, de la promovarea sănătății la prevenire, tratament, reabilitare și îngrijire paliativă, pe tot parcursul vieții.¹

Tranziția către AUDA necesită consolidarea sistemelor de finanțare în sănătate. Atunci când oamenii trebuie să plătească o mare parte a costurilor pentru serviciile de sănătate din propriile buzunare, cei săraci devin adesea incapabili să obțină multe dintre serviciile de care au nevoie și chiar și cei bogați pot fi expuși la dificultăți financiare în cazul unor probleme grave și de durată. De aceea, mecanismele de finanțare, instituite prin implementarea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală (AOAM) în Republica Moldova, au rolul de a limita riscurile financiare pentru populație în caz de îmbolnăvire.

2.1. Asigurarea obligatorie de asistență medicală

Reforma finanțării sănătății în Republica Moldova a început în 2004 odată cu introducerea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, în baza implementării Legii nr.1585/1998². Acest act legislativ a schimbat cardinal principiile de organizare și finanțare a sistemului autohton al ocrotirii sănătății, prin substituirea mecanismului centralizat de finanțare bugetară planificată, moștenit din perioada sovietică, cu un nou model de asigurare socială de sănătate, existent în prezent în majoritatea statelor europene.

Astfel, conform Legii nr.1585/1998, sistemul AOAM reprezintă un sistem autonom, garantat de stat, de protecție financiară a populației în domeniul sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a maladiilor sau afecțiunilor. Acest nou sistem a devenit, de asemenea, un mecanism de finanțare durabil care a îmbunătățit eficiența tehnică și alocativă a sistemului, precum și transparența generală.³

Printre obiectivele legii menționate se numără: reglementarea principiilor de organizare a AOAM, definirea noțiunilor de bază și a statutului subiecților AOAM (asigurătorului, asiguratului, persoanelor asigurate, prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice), a drepturilor și obligațiilor subiecților AOAM, a relațiilor dintre cumpărător și prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, a pachetului garantat de servicii medicale (Programul Unic al AOAM), precum și aspectele financiare ale funcționării AOAM.

Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), fondată de Guvern în septembrie 2001, a

¹ Universal Health Coverage fact-sheet, World Health Organization, 1 April 2021 (disponibil la: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)))

² Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=139809&lang=ro#)

³ Turcanu G, Domente S, Buga M, Richardson E. Republic of Moldova: health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(7):1–151 (disponibil la: <https://iris.who.int/handle/10665/330316>)

devenit autoritatea implementatoare de bază, fiind responsabilă de constituirea și gestionarea conform legii a fondurilor de AOAM, încheind contracte de acordare a asistenței medicale cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, publici și privați, acreditați conform legii.

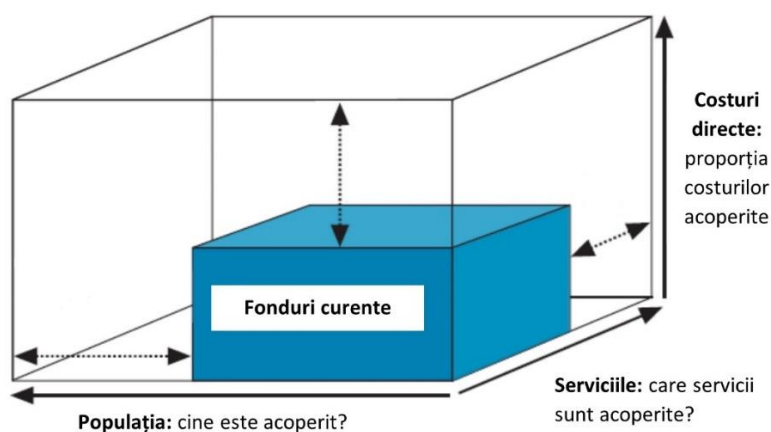
Beneficiarii de bază ai implementării AOAM sunt, desigur, persoanele asigurate, adică persoanele fizice angajate în câmpul muncii sau neangajate, care au achitat sau în folosul cărora au fost achitate primele de AOAM conform legislației în vigoare. Acestora li este asigurat riscul, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică, prevăzută în Programul Unic al AOAM.

De efectele AOAM pot beneficia, într-o anumită măsură, și persoanele neasigurate, obținând un pachet limitat de servicii de sănătate, în cazurile specificate expres în legislație.

2.2. Dimensiunile acoperirii universale în domeniul sănătății

Conceptual, acoperirea universală în domeniul sănătății (AUDS) cuprinde trei dimensiuni fundamentale⁴: 1) populația (cine este acoperit?), 2) serviciile de sănătate (care servicii sunt acoperite?) și 3) costul serviciilor (cât de mult din cost este acoperit de cetățeni?) (Figura 1), care vor fi examinate mai detaliat în continuare.

Figura 1. Trei dimensiuni ale acoperirii universale în domeniul sănătății



Sursa: Adaptat și tradus după The World Health Report, OMS, 2010

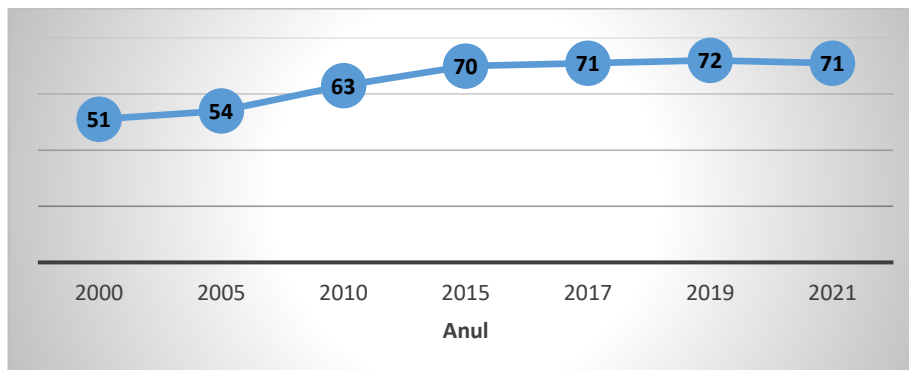
În contextul Agendei de dezvoltare durabilă 2030⁵, sunt monitorizați mai mulți indicatori cu tangență la sănătate, printre care este indicele de acoperire universală în domeniul sănătății (obiectivul de dezvoltare durabilă (ODD) 3.8.1), care este un indicator al măsurării echității. Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), ODD 3.8.1 utilizează 16 servicii esențiale de sănătate ca indicatori ai nivelului și echității de acoperire, din patru categorii: 1) sănătatea reproducerii, a mamei, a nou-născutului și a copilului; 2) boli infecțioase; 3) boli netransmisibile; 4) capacitatea serviciului și accesul. Indicele este raportat pe o scară fără unități de la 0 la 100, 100 fiind valoarea optimă.

⁴ Health systems financing: the path to universal coverage. The world health report 2010. World Health Organization, Geneva, 2010. (disponibil la : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>)

⁵ În septembrie 2015, Republica Moldova, alături de alte 192 de state membre ale Organizației Națiunilor Unite (ONU), și-a asumat angajamentul de a implementa Agenda 2030 de Dezvoltare Durabilă prin adoptarea Declarației Summit-ului privind Dezvoltarea Durabilă desfășurat la New York.

Conform OMS, scorul indicelui estimativ în anul 2021 (ultimul an disponibil) pentru Republica Moldova a fost de 71, în creștere cu 39% față de anul 2000.⁶ Observăm că în primul deceniu după începutul implementării AOAM, în perioada anilor 2005-2015, indicele AUDES are o dinamică ascendentă, ulterior observându-se, însă, o stagnare a acestuia (*Figura 2*).

Figura 2. Indicele de acoperire universală în domeniul sănătății (ODD 3.8.1), ani selectați



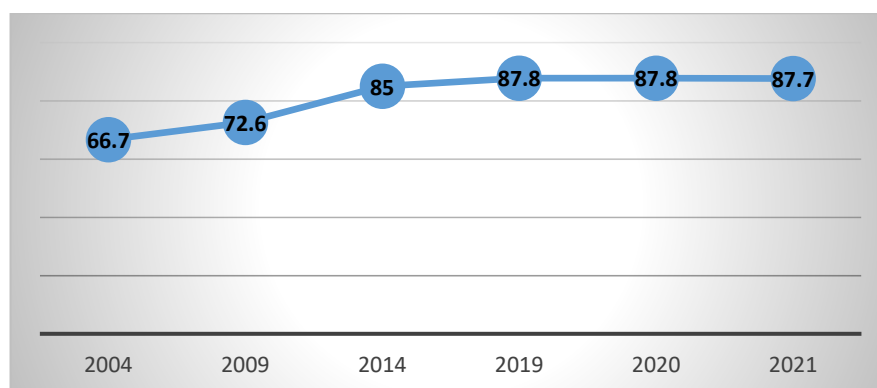
Sursa: UN SDG Indicators Database, 2023

2.3. Populația acoperită cu asigurare obligatorie de asistență medicală

Examinând prima dimensiune a AUDES, vom menționa că unul dintre principiile de organizare a sistemului de AOAM este principiul obligativității, potrivit căruia asiguratul are, conform legii, obligația de a participa la sistemul AOAM, iar drepturile de asigurări medicale se exercită corelativ cu îndeplinirea obligațiilor legale. Reieșind din acest principiu, toată populația cu reședință în Republica Moldova are obligația să fie asigurată în sistemul AOAM.

Totuși, conform datelor CNAM, aproximativ 12% din populație nu are acoperire cu asigurare obligatorie de asistență medicală. Proporția persoanelor asigurate din totalul populației a avut o dinamică ascendentă de la lansarea AOAM în anul 2004. Dacă în primul an doar circa 67% din populație⁷ erau asigurați, în anul 2021 cota celor asigurați a atins nivelul de circa 88% (*Figura 3*). De remarcat că în Raportul anual al CNAM pentru 2022, nu mai este indicată ca anterior cota persoanelor asigurate, doar cifrele absolute ale acestora pe categorii.

Figura 3. Cota persoanelor asigurate în sistemul AOAM din total populație, %, 2004-2021

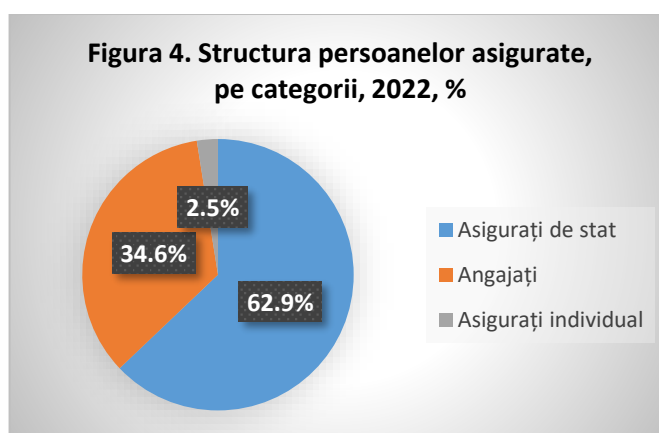


Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

⁶ Global SDGs Indicator Database [website]. New York: UN; 2023 (diponibil la <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>)

⁷ Se ia în calcul numărul populației din Registrul de stat al populației al Agenției Servicii Publice.

Conform datelor CNAM pe anul 2022, în structura persoanelor asigurate predomină categoriile asigurate de Guvern, constituind 1.585,5 mii persoane sau 62,9% din totalul de 2.519 mii de persoane asigurate. Angajații au constituit 34,6% din acest număr (sau 872,7 mii), în timp ce doar 2,5% sunt persoane ce se asigură în mod individual (62,8 mii de contribuabili) (Figura 4)⁸.



Sursa: Raportul de activitate al CNAM pe anul 2022

În același timp, se atestă și o abordare diferită față de sistemul public de asigurări medicale din partea unor categorii de angajați. Paradoxal, dar la sistemul AOAM nu contribuie, deocamdată, angajații structurilor de forță, spre deosebire de sistemul de asigurări sociale de stat, unde aceștia au început din anul 2018 a vira contribuțiile obligatorii de asigurări sociale. Asistăm la o fragmentare a finanțării unice din fondurile AOAM, structurile de forță (MA, MAI, SIS) continuând să-și mențină propriile sisteme paralele de acordare a serviciilor medicale, în cadrul instituțiilor medicale departamentale, finanțate preponderent din contul bugetului de stat.

În anul 2022, Guvernul a acoperit asigurarea pentru 13 categorii de persoane neangajate (a se vedea *Anexa nr.1*), totodată atestându-se o scădere semnificativă, cu peste 100 de mii (sau cu 6,4%), comparativ cu anul 2019, a numărului total de persoane asigurate de stat (*Tabelul 1*).

Tabelul 1. Numărul de persoane asigurate de Guvern, 2019-2022

Categoria	2019	2020	2021	2022	2022 față de 2019
Copii, elevi și studenți	937.546	926.538	929.441	878.593	-58.953
Pensionari	573.115	500.144	476.531	506.994	-66.121
Cu dizabilități	122.896	133.318	132.254	132.798	9.902
Alte categorii	58.133	69.189	67.605	65.132	6.999
Total	1.691.690	1.629.189	1.605.831	1.583.517	-108.173

Sursa: Calcule proprii conform Rapoartelor anuale de activitate ale CNAM

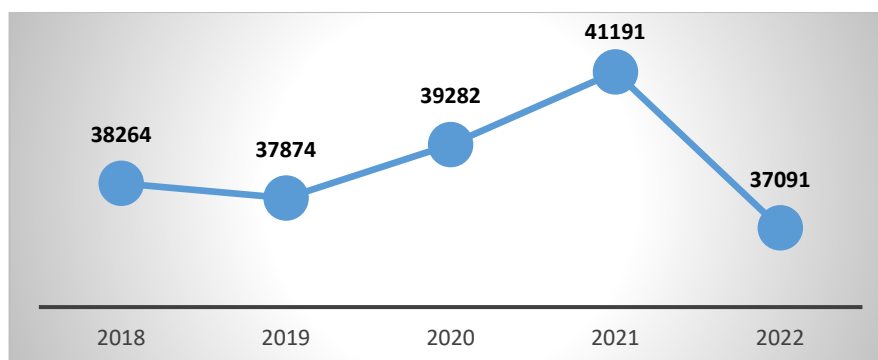
Scăderea cea mai importantă s-a înregistrat în numărul persoanelor din categoriile „Copii, elevi și studenți” – cu circa 59 mii în 2022 față de 2019 (sau cu 6,3%), precum și numărul pensionarilor s-a micșorat cu 66 de mii în această perioadă (sau cu 11,5%). Doar numărul persoanelor cu dizabilități și a altor categorii s-a majorat (cel mai probabil datorită includerii prin lege începând

⁸ Raport de activitate a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pe anul 2022 (disponibil la: <http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/2023/11/3/Raport%20de%20activitate%20CNAM%202022.pdf>)

cu anul 2021⁹ a două categorii noi – veteranii de război și participanții la lichidarea consecințelor avariei de la Cernobîl, precum și unor redistribuiri între categorii în condițiile pandemiei).

Dinamica descrescătoare a persoanelor tinere corespunde tendinței demografice generale din ultimele decenii de scădere a natalității (de la 72 mii născuți în 1991 până la circa 27 mii în 2022, sau de circa 3 ori)¹⁰ și a fenomenului migrațional. Cât privește pensionarii, un aspect evidențiat este creșterea mortalității la persoanele cu vârsta peste 60 de ani în perioada pandemică din 2020-2021 (Figura 5), revenind ulterior în 2022.

Figura 5. Numărul de decese, 2018-2022, categoria de vârstă 60+



Sursa: Biroul Național de Statistică, 2023

În general, includerea în lista categoriilor de persoane asigurate de către Guvern a persoanelor neangajate ar trebui să fie însoțită de o abordare complexă, nediscriminatorie în raport cu alte categorii de persoane. Nu totdeauna persoanele care fac parte din categoriile asigurate de stat sunt și persoane social-vulnerabile, cu venituri foarte mici și pentru care cheltuielile pentru serviciile medicale ar fi catastrofale sau împovărătoare. Dimpotrivă, sunt numeroase persoane, cu venituri mari proprii sau ale gospodăriei din care fac parte, nimerind grație mecanismului imperfect, bazat pe categorii, în lista celor scutiți de plata primelor de AOAM.

Totodată, trebuie subliniat că, deși sistemul de AOAM acoperă întreg teritoriul Republicii Moldova, populația din regiunile din stânga Nistrului și mun. Bender, necontrolate de autoritățile constituționale, rămâne, în mare parte, în afara sistemului.

Indiscutabil, unul din obiectivele implementării asigurării medicale obligatorii este îmbunătățirea accesului populației la serviciile medicale, inclusiv și a categoriilor social-vulnerabile. Un studiu recent al BNS¹¹ identifică, însă, mai multe probleme, inclusiv în acoperirea cu asigurare medicală obligatorie. Astfel, în funcție de mediul de reședință, se constată faptul, că populația din mediul urban în proporție de 12% nu dispune de asigurare medicală, pe când în mediul rural 22,5% din populație este în afara sistemului AOAM. Ponderea persoanelor fără asigurare medicală din categoria celor mai săraci (quintila I)¹² a constituit 22,5%, iar în cazul populației celei mai bogate

⁹ Legea nr.138/2020 pentru modificarea unor acte normative (https://legis.md/cautare/getResults?doc_id=124247&lang=ro)

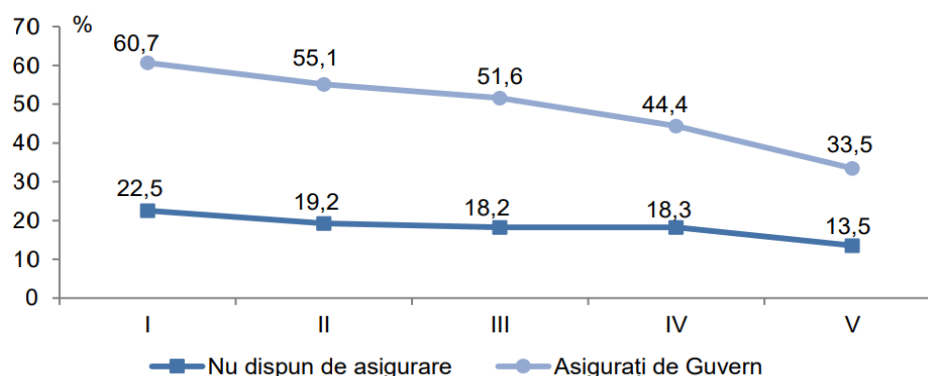
¹⁰ Datele Biroului Național de Statistică (<https://statistica.gov.md>)

¹¹ Accesul populației la serviciile de sănătate: Rezultatele studiului de sănătate: Sinteză / Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Chișinău, 2022 (disponibil la: https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf)

¹² Quintilele se construiesc prin gruparea populației conform nivelului cheltuielilor de consum. Quintila I cuprinde 20% din populația cea mai puțin asigurată (cu cele mai mici cheltuieli de consum pe o persoană), quintila II – următoarele 20% etc., quintila V – 20% din populația cel mai bine asigurată (cu cele mai mari cheltuieli de consum pe o persoană).

(quintila V) – 13,5%. Totodată, ponderea persoanelor asigurate de Guvern în quintila I este de 60,7% față de 33,5% în quintila V (Figura 6).

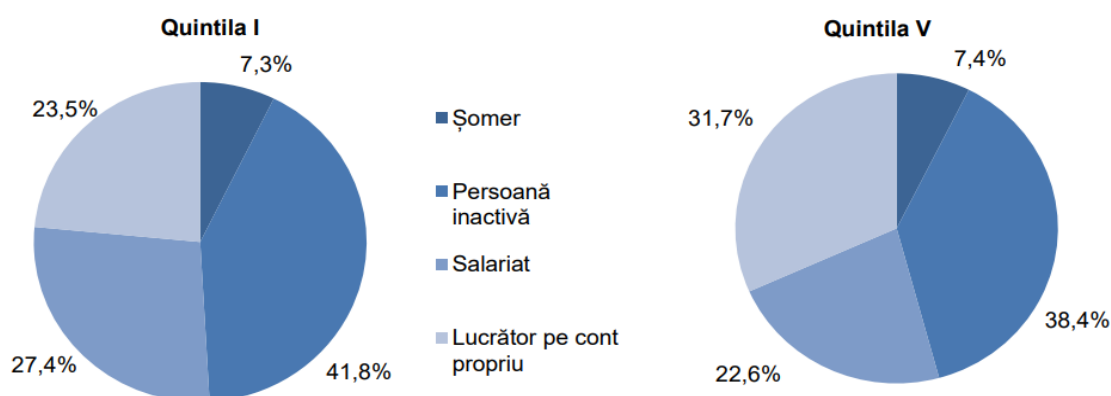
Figura 6. Ponderea persoanelor neasigurate, pe quintile, %



Sursa: Biroul Național de Statistică, 2022

După statutul ocupațional, cea mai mare parte a persoanelor neasigurate din quintila I sunt persoane inactive – 41,8% și salariații¹³ – 27,4%. Lucrătorii pe cont propriu, care nu dispun de asigurare medicală, se regăsesc într-o proporție mai mare în quintila V – 31,7% (Figura 7).

Figura 7. Structura persoanelor neasigurate după statutul ocupațional, quintila I și V



Sursa: Biroul Național de Statistică, 2022

În consecință, observăm că există inechități în asigurarea cetățenilor, o pondere mai mare a persoanelor neasigurate fiind în rândul celor din zona rurală, din quintila I (cea mai săracă), având, respectiv, un acces mai scăzut la serviciile medicale. În același timp, apar neclarități referitor la echitatea asigurării de către Guvern a categoriilor celor mai bogate (de ex., 33,5% din quintila V), pe când mai mulți cetățeni social-vulnerabili rămân în afara AOAM. Ar fi oportună examinarea posibilității de atribuire a calității de persoană asigurată din contul Guvernului ținându-se cont de nivelul veniturilor, folosindu-se, de exemplu, modele similare selectării beneficiarilor de ajutor social.

Acoperirea deplină a populației Republicii Moldova cu AOAM ar permite un progres substanțial a uneia din cele trei dimensiuni ale AUDS.

¹³ E vorba, cel mai probabil, de salariații instituțiilor de forță (MAI, MA, SIS) care nu achită contribuțiile de asigurări obligatorii de asistență medicală, precum și cei care lucrează neoficial.

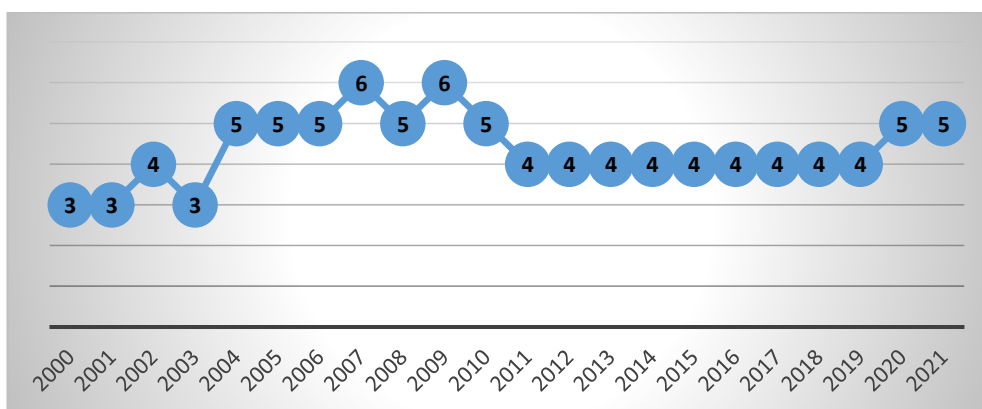
Capitolul III. ACOPERIREA COSTURILOR DE SĂNĂTATE

O altă dimensiune a acoperirii universale în domeniul sănătății (AUDS), conform definiției OMS, se referă la acoperirea costurilor serviciilor de sănătate. Este recunoscut faptul că serviciile de sănătate sunt foarte costisitoare în toate sistemele de sănătate, incluzând salariile și plățile sociale pentru medici și alt personal, costurile medicamentelor și consumabilelor, investițiile capitale și întreținerea infrastructurii. Având în vedere că bolile transmisibile prezintă în continuare un risc sporit, pandemia cu COVID-19 fiind un exemplu elocvent recent, iar prevalența bolilor netransmisibile (boli cardiovasculare, cancer, diabet și alte afecțiuni cronice) crește peste tot în lume, costurile de sănătate vor continua să se mărească la fel.

Din perspectiva protecției financiare a populației, cheltuielile totale pentru sănătate trebuie analizate prin coraportul dintre ponderea cheltuielilor publice și a celor private, în special a celor achitate direct de beneficiar (din buzunarul propriu). Evident că o pondere cât mai mare a cheltuielilor publice va diminua povara financiară pentru cetățeni, facilitând atingerea AUDS.

În intervalul de timp 2000-2021, Republica Moldova a demonstrat o creștere a ponderii cheltuielilor publice pentru sănătate raportat la produsul intern brut (PIB), de la 3% în anul 2000 până la 5% în anul 2021, deși cu anumite fluctuații pe parcurs (Figura 8).¹⁴ După cum se observă, un rol important în sporirea cheltuielilor publice l-a avut implementarea AOAM, începând cu anul 2004.

Figura 8. Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate din PIB, %, 2000-2021



Sursa: OMS; Baza de date a cheltuielilor globale pentru sănătate (GHED)

Cheltuielile publice pentru sănătate includ mai multe surse de mijloace financiare, ponderea cea mai mare o dețin fondurile AOAM, în creștere de la 70% în anul 2004 până la 87,6% în anul 2022, cu o pondere mai mică (84,1%) în anul 2020 datorită creșterii ponderii finanțării din bugetul de stat pentru combaterea pandemiei de COVID-19. Pe lângă fondurile AOAM, în cheltuielile publice se mai includ alte alocații din bugetul de stat pentru sănătate (în afara transferurilor către CNAM), precum și alocațiile din bugetele unităților administrativ teritoriale (UAT) (Tabelul 2).

După cum putem observa, cheltuielile unităților administrativ teritoriale (UAT), deși au calitatea de fondator pentru majoritatea instituțiilor medico-sanitare publice (IMSP) din teritoriu, sunt

¹⁴World Health Organization; Global Health Expenditure Database (GHED), 2023 (disponibil la: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

destul de reduse, inclusiv pentru investiții în infrastructură și echipamente. Contribuția acestora (bugetele UAT) reprezintă în anul 2022 doar 1,1% din cheltuielile publice pentru sănătate. În consecință, investițiile capitale se realizează în mare parte din bugetul de stat, prin MS, din surse externe sau din contul fondului CNAM de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici.

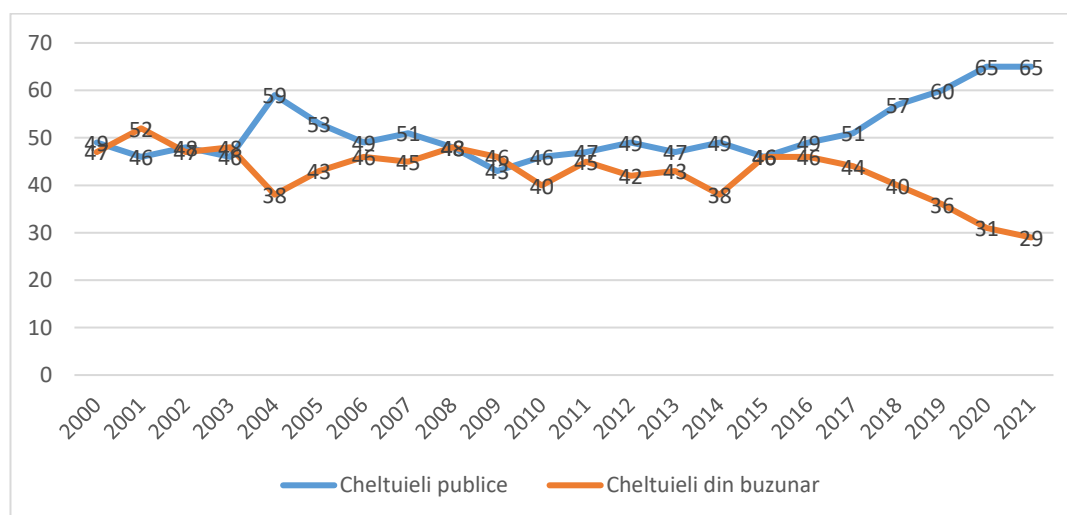
Tabelul 2. Cheltuielile publice pentru sănătate, 2019-2022, milioane MDL

	2019	2020	2021	2022
Cheltuieli publice pentru sănătate (total)	8.635,0	9.990,2	13.527,8	13.655,8
Fondurile AOAM	7.489,6	8.405,5	11.552,0	11.963,3
<i>inclusiv transferurile din BS</i>	<i>2.813,6</i>	<i>3.533,7</i>	<i>5835,0</i>	<i>6.095,2</i>
Bugetul de stat (fără transfer către CNAM)	973,1	1.409,6	1.813,1	1.539,8
Bugetele UAT	172,3	175,1	162,7	152,7

Sursa: Rapoartele MF privind executarea bugetului de stat, fondurilor AOAM și bugetelor UAT

Revenind la coraportul cheltuielilor publice și private, conform datelor statistice ale OMS, ponderea cheltuielilor publice a crescut treptat, de la 49% în 2000 la 65% în 2021 din totalul cheltuielilor pentru sănătate. Corespunzător și ponderea plăților din buzunar (ale persoanelor fizice) s-a redus de la 47% în 2000 până la 29% în 2021 (Figura 9).¹⁵

Figura 9. Ponderea cheltuielilor publice și din buzunar în total cheltuieli pentru sănătate, %, 2000-2022



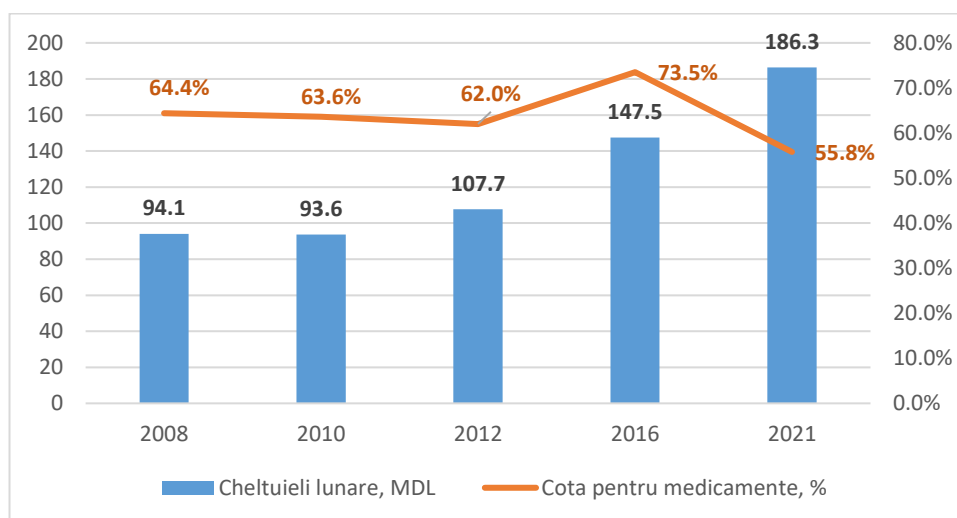
Sursa: OMS; Baza de date a cheltuielilor globale pentru sănătate

Ponderea plăților din buzunar denotă gradul de dependență a finanțării sistemului de sănătate de cheltuielile gospodăriilor casnice. În anul 2021 cheltuielile medii lunare pentru sănătate a unei persoane au constituit 186,3 lei, practic dublu față de 2008. În proporție de circa 56 la sută cheltuielile populației din 2021 au avut drept destinație procurarea medicamentelor, în diminuare față de studiile BNS precedente. Ponderea cheltuielilor pentru procurarea

¹⁵ WHO Global Health Expenditure Database (disponibil la: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

medicamentelor în mediul rural a fost mai mare față de ponderea cheltuielilor din mediul urban cu 8 puncte procentuale și a constituit 60,3%. (Figura 10)¹⁶

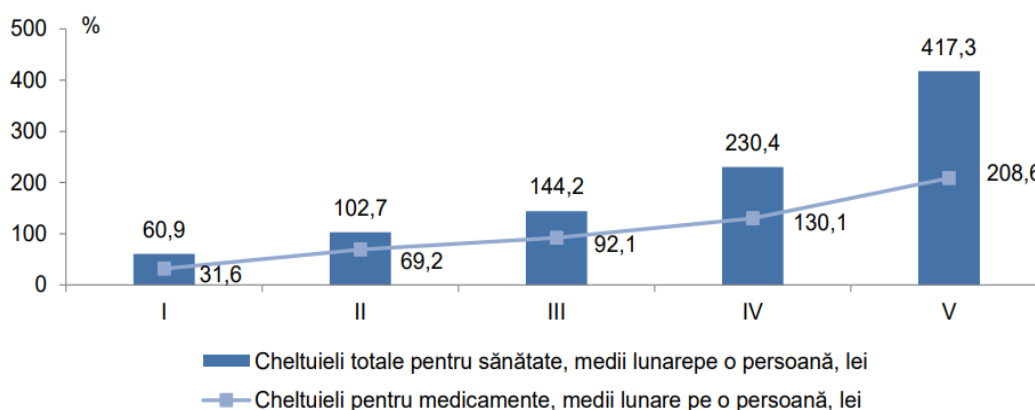
Figura 10. Cheltuielile medii lunare pentru sănătate a unei persoane și cota plăților pentru medicamente din acestea, MDL și %



Sursa: Biroul Național de Statistică, 2023

Volumul total al cheltuielilor pentru sănătate și inclusiv pentru procurarea medicamentelor crește semnificativ în funcție de creșterea nivelului de bunăstare al populației. Astfel, populația cea mai bogată (quintila V) cheltuie pentru sănătate practic de 7 ori mai mult decât populația cea mai săracă (quintila I), în schimb cota cheltuielilor pentru medicamente este mai mare la quintilele II și III, de circa 70% (Figura 11).

Figura 11. Cheltuielile totale pentru sănătate și pentru procurarea medicamentelor, pe quintile, 2021



Sursa: Biroul Național de Statistică, 2023

Ponderea importantă a plăților din buzunar duce la cazuri de cheltuieli catastrofale, inechitate printre păturile socio-economice și la posibilitatea ca tot mai mulți oameni să cadă sub pragul de sărăcie din cauza acestor plăți.

¹⁶ Accesul populației la serviciile de sănătate, edițiile 2009, 2011, 2013, 2017, 2022, BNS, 2023 (disponibil la : https://statistica.gov.md/ro/accesul-populatiei-la-serviciile-de-sanatate-editiile-2009-2011-2013-2017-2022-9675_59477.html)

Capitolul IV. ACHIZIȚIONAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Achiziționarea este o funcție de bază de finanțare a sănătății care se referă la alocarea de fonduri prestatorilor publici și privați de asistență medicală pentru serviciile de sănătate pe care le furnizează întregii populații sau unor grupuri aparte. Există un consens tot mai larg la nivel internațional că achiziționarea de servicii de sănătate trebuie să fie cât mai activă sau strategică, dacă țările doresc să facă progrese către AIDS.

Achizițiile strategice transformă bugetele în beneficii, cu scopul de a distribui resursele în mod echitabil, a spori eficiența și de a îmbunătăți calitatea. Achizițiile strategice implică mai multe domenii interdependente, care trebuie abordate în comun:

- specificarea beneficiilor;
- selectarea prestatorilor;
- aranjamentele contractuale;
- sistemele informaționale integrate sau interoperabile;
- aranjamente eficiente de guvernare pentru achizițiile strategice.¹⁷

4.1. Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Achiziția strategică începe cu *definirea pachetului de beneficii și servicii* care vor fi acoperite de sistemul AOAM. În Republica Moldova, pachetul de beneficii (așa-numitul Program Unic) este aprobat prin hotărâre de guvern¹⁸ și cuprinde „lista maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală și stabilește volumul asistenței acordate persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate de CNAM, în conformitate cu prevederile legale”.¹⁹ Lista maladiilor și stărilor cuprinse în Programul Unic include practic întreaga Clasificare Internațională a Maladiilor (CIM) a Organizației Mondiale a Sănătății, revizia a 10-a. Programul Unic conține, pe lângă enumerarea sumară a listei maladiilor din CIM-10, o listă (un pachet) a serviciilor medicale prestate în sistemul AOAM.

În Programul Unic se subliniază că volumul serviciilor medicale prevăzute se acordă în limita mijloacelor fondurilor AOAM, aprobate pentru anul respectiv. Iar volumul real (cantitatea) al serviciilor procurate de CNAM și furnizate de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice este indicat de facto în contractele încheiate anual.

4.1.1. Completări la Programul Unic

În contextul AIDS, orientate spre asigurarea protecției financiare și accesului beneficiarilor la serviciile medicale esențiale, au fost operate mai multe modificări în legislație, ulterior fiind ajustat și Programul Unic. Astfel, din contul fondurilor AOAM, în anii 2004-2009, au început a fi acoperite pentru persoanele neasigurate serviciile medicale în asistență medicală urgentă prespitalicească (în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore) și în

¹⁷ Mathauer I, Dale E, Jowet M, Kutzin J. Purchasing of health services for universal health coverage: How to make it more strategic? Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization; 2019 (disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6>)

¹⁸ Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136680&lang=ro#)

¹⁹ Art.2 alin.(1) și (2) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

asistență medicală primară (examenul obiectiv și subiectiv cu prescrierea investigațiilor și tratamentului).

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

Revenind la persoanele asigurate, reieșind din abordarea centrată pe categorii de pacienți, Programul Unic a fost completat periodic cu numeroase servicii. De exemplu, în anul 2010, a fost inclusă la nivelul AMP prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor. Iar în anul 2013 a fost inclusă prestarea serviciilor de sănătate mintală în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală, aflate în prezent la nivelul AMP.

În anul 2016, au fost incluse noi servicii pentru anumite categorii de pacienți, cum ar fi:

- exoprotezele și implanturile mamare, protezele individuale și consumabilele necesare reabilitării chirurgicale și protetice a pacienților cu tumori maligne ale capului, gâtului și ale aparatului locomotor (în AMS);
- testele de screening prenatal al gravidelor din grupul de risc, pentru depistarea malformațiilor congenitale, realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase) în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, cu asigurarea dispozitivelor medicale de unică utilizare, inclusiv a medicamentelor de către instituția medicală (în AMP), și
- serviciile de intervenție timpurie acordate copiilor de la naștere până la 3 ani cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit, asigurarea supravegherii medicale și a tratamentului antiretroviral în condiții de ambulator, a tratamentului medical oncologic (chimioterapie) în condiții de ambulator (îngrijiri de zi), asistența medicală stomatologică în volum deplin, cu excepția protezării și restaurării dentare, acordată copiilor cu vârsta de până la 12 ani (în AMSA).

Modificări la Programul Unic au fost operate și în anul 2020, cu completările următoare:

- evaluarea anuală complexă a stării de sănătate a persoanelor vârstnice pentru depistarea precoce a maladiilor care au nevoie de îngrijire integrată, în vederea promovării îmbătrânirii sănătoase (în AMP);
- acordarea serviciilor orientate spre probleme specifice persoanelor în vârstă, de îngrijiri de lungă durată, cu accent pe servicii specifice de tratament de lungă durată al maladiilor cronice, reabilitare (kinetoterapie, medicină fizică) (în AMP);
- acordarea serviciilor medicale geriatrice orientate spre probleme specifice persoanelor în vârstă, de îngrijiri de lungă durată, cu accent pe servicii specifice de tratament geriatric de lungă durată al maladiilor cronice, reabilitare (kinetoterapie,

- medicină fizică), recuperare geriatrică (în AMSA);
- acoperirea de instituția medico-sanitară contractată de CNAM a cheltuielilor de transport pentru pacienții care efectuează în condiții de ambulatoriu (în staționarul de zi): 1) servicii de dializă; 2) servicii de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice); 3) servicii de radioterapie (în AMSA);
 - asistență medicală specializată geriatrică (în AMS).

De asemenea, în 2020, în contextul evoluției situației epidemiologice prin infecția de COVID-19, urgențele de sănătate publică au fost incluse în Lista urgențelor medico-chirurgicale majore. În urma modificărilor, persoanele suspecte sau confirmate cu COVID-19 au obținut acces gratuit la asistența medicală urgentă, primară, de ambulatoriu și spitalicească, indiferent de statutul acestora (asigurat sau neasigurat), iar cheltuielile pentru serviciile de diagnostic (inclusiv efectuarea testelor de confirmare a diagnosticului de COVID-19) și tratament al infecției COVID-19 fiind acoperite din fondurile AOAM.

În 2021, Programul Unic este completat cu îngrijirile paliative ca tip separat de asistență medicală, anterior fiind contractat de CNAM în contextul altor tipuri de asistență (AMS și IMD). De asemenea au fost incluse:

- protezarea oculară a pacienților cu anoftalmie, defect parțial/total al globului ocular, indiferent de etiologie (în AMSA);
- determinarea parametrilor imunologici prin metoda chemiluminiscenței amplificate nonenzimatic (ECLIA); servicii de investigare și examinare citogenică; completarea compartimentelor: hematologie și ORL; testare citogenică prin FISH (în SIP).

Iar în anul 2022 se specifică expres că volumul serviciilor medicale include și prescrierea și eliberarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate; în AMP se completează cu dreptul de prescriere, prin bilet de trimitere, a SIP și referirea pacientului către specialiștii de profil din cadrul prestatorilor de nivel republican; în AMS se precizează definițiile tipurilor de tratament spitalicesc, în special pentru tratamentul de durată, psihiatric prin constrângere, asistența narcologică a copiilor, serviciile în unitățile de primiri urgențe (UPU).

Observăm, deci, că pachetul de beneficii, definit de Programul Unic, s-a extins constant pe parcursul perioadei de evaluare, însă acest domeniu are nevoie de a fi îmbunătățit. În analiza implementării Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 se subliniază că deciziile despre ce urmează a fi inclus în pachetul de beneficii sunt aprobate de Guvern fără a se baza pe vreo analiză detaliată a cost-eficacității și/sau o analiză comprehensivă a impactului asupra bugetului.²⁰ În prezent nu există un mecanism și nici o instituție responsabilă de evaluare a tehnologiilor medicale (HTA) sau de analiză detaliată a cost-eficacității (CEA) unor decizii de includere a serviciilor în Programul Unic.

Vom aduce drept exemplu modificările operate la Programul Unic la sfârșitul anului 2021 – începutul anului 2022, menționate mai sus. În nota informativă la proiectul Hotărârii Guvernului

²⁰ Analiza strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 în Republica Moldova. Ilaria Mosca, OMS, 2020 (disponibil la: <https://sindsan.md/wp-content/uploads/2020/07/Raport-evaluare-SNS-2008-2017.pdf>)

de modificare a Programului Unic²¹ sunt menționate succint două legi (nr.116/2021 și nr.119/2021) care au aprobat deja noi servicii de sănătate pentru a fi incluse în Programul Unic și doar se face o ajustare mecanică a HG, precum și sunt listate alte noi servicii, fără o evaluare profundă. Analiza de impact²², anexată la proiect, repetă practic textul din nota informativă, fără a oferi și analiza careva opțiuni alternative pentru modificările propuse. Fără o evaluare a cost-eficacității, sunt menționate costurile estimative pentru noile servicii, care se ridică la peste 60 de milioane de lei:

- dispozitive medicale compensate (pentru determinarea glicemiei, pungi colectoare și exoproteze mamare) – 53,95 milioane lei,
- protezare oculară – 300 mii lei,
- asistența narcologică a copiilor- 3,18 milioane lei,
- investigații de laborator prin metoda ECLIA – 1,93 milioane lei,
- testare citogenetică prin FISH – 1,11 milioane lei.

Examinând legile aprobate în 2021 (nr.116 și 119), care au servit ca bază pentru mai multe modificări operate în Programul Unic, în contextul discutat mai sus, observăm că nota informativă la legea nr.116/2021,²³ fără o analiză detaliată, propune completarea Legii ocrotirii sănătății cu servicii suplimentare de protezare oculară, cheltuielile necesare fiind estimate la 203 mii lei, mai puțin cu 97 mii lei decât în proiectul HG ulterior elaborat de MS.

Materialele informative la legea nr.119/2021 includ o analiză de impact²⁴ mult mai detaliată, dar ambiguă în același timp, referindu-se la o modificare cardinală – includerea dispozitivelor medicale în mecanismul de compensare al CNAM, substituind mecanismul anterior de procurare centralizată și distribuire a acestora, lansat în 2018. Recunoscându-se problemele majore ale aplicării achiziției centralizate, analiza efectuată de autor (MS) admite creșterea cheltuielilor pentru dispozitive medicale, în noile condiții, cu cel puțin 22% față de 35 milioane lei estimate pentru 2020. De facto, implementarea noului mecanism a rezultat în cheltuieli pentru dispozitive medicale compensate în 2022 de 8 milioane lei (începând cu semestrul II, în condițiile unor stocuri formate anterior), iar în 2023 – deja de circa 45 milioane lei.²⁵ Și în acest caz cifrele în diferite evaluări sumare efectuate pentru includerea unor servicii noi în Programul Unic, diferă mult de cheltuielile reale, ceea ce denotă lipsa unei abordări clare și argumentate, conform unor standarde de evaluare (HTA și CEA) aprobate.

Un alt aspect ține de prioritizarea includerii unor servicii noi, de exemplu în condițiile unui impact major al cheltuielilor private (din buzunar) ale pacienților pentru medicamente, conform datelor BNS (a se vedea *capitolul III*). Lista de medicamente compensate este destul de mică comparativ

²¹ Nota informativă la proiectul Hotărârii Guvernului cu privire la modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1387/2007 pentru aprobarea Programului unic al AOAM (disponibil la: https://particip.gov.md/ro/download_attachment/15725)

²² Analiza de impact în procesul de fundamentare a proiectului de HG cu privire la modificarea Hotărârii Guvernului nr. 1387/2007 pentru aprobarea Programului unic al AOAM (https://particip.gov.md/ro/download_attachment/15726)

²³ Nota informativă la proiectul legii nr.116/2021 (disponibil la: <https://www.parlament.md/LegislationDocument.aspx?Id=383e9de9-908f-4c8c-8691-b313630e6524>)

²⁴ Analiza de impact în procesul de fundamentare a proiectului legii nr.119/2021 (disponibil la: <https://www.parlament.md/LegislationDocument.aspx?Id=4d7a14b8-1de1-40b5-930a-3ea600fc444b>)

²⁵ Raport privind cheltuielile FAOAM pentru medicamente și dispozitive medicale compensate (http://cnam.md/wp-content/uploads/2024/02/Raport-DCI_anul-2023.pdf)

cu lista medicamentelor esențiale recomandată de OMS (a se vedea și *secțiunea 5.7* de la capitolul V), iar extinderea acestei liste ar fi trebuit să reprezinte un scop strategic pentru sistemul de sănătate, lucru dificil în condițiile inexistenței unui document strategic guvernamental aprobat pentru perioada 2018-2022.

Noua strategie națională de sănătate (SNS), aprobată în 2023,²⁶ recunoaște că lipsește o abordare strategică națională de utilizare și selecție a medicamentelor în sectorul public, finanțate din bugetul de stat și din fondurile asigurărilor obligatorii în medicină, iar includerea produselor medicale în liste de achiziții și compensare este dificilă și cu evaluare insuficientă a cost-eficacității. SNS propune expres să fie instituționalizate mecanismele de evaluare a tehnologiilor în sănătate și includere a serviciilor în pachetul de beneficii în baza analizei bazate pe evidențe.

4.2. Prestatorii de servicii de sănătate

Conform legii, prestatorii de servicii medicale din sistemul AOAM sunt prestatorii de servicii medicale publici și privați care au încheiat contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu CNAM. Cât privește prestatorii de servicii farmaceutice, aceștia sunt prestatorii de servicii farmaceutice publici și privați care au încheiat cu asigurătorul un contract privind eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile AOAM.²⁷

În cadrul AOAM, asistența medicală și farmaceutică se acordă de către prestatorii de servicii, indiferent de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care sunt autorizați sanitar, acreditați, incluși în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate, conform Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995, și care activează în conformitate cu legislația.²⁸

De asemenea, Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995 stipulează la art.4 alin.(5) că „...nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, precum și lista serviciilor prestate de aceștia, sunt aprobate de Ministerul Sănătății, cu excepția celor ale organelor de drept și ale organelor militare”. Respectiv, MS are elaborate și aprobate mai multe nomenclatoare, pe tipuri de proprietate a prestatorilor, dar și pe tipuri de asistență medicală, deși nu sunt publicate în Monitorul Oficial, iar pe pagina oficială a MS pot fi găsite doar unele dintre ele.

Astfel, la compartimentul „Ordine” al paginii oficiale a MS pot fi accesate doar nomenclatoarele actualizate în 2023 a prestatorilor privați²⁹ și cel al prestatorilor de AMP³⁰ (extras la *Anexa nr.2*). În același timp, ultimul nomenclator disponibil online al IMSP spitalicești este cel din 2019, publicat pe pagina MSMP³¹ (extras la *Anexa nr.3*). După cum putem observa, în cazul spitalelor în nomenclator se indică, pentru fiecare IMSP, numărul de paturi pe profile de tratament, grupate

²⁶ Strategia Națională de Sănătate „Sănătatea 2030”, Hotărârea Guvernului nr.387/2023 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138493&lang=ro)

²⁷ Art.4 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

²⁸ Art.13 alin. (1) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

²⁹ Ordinul MS nr.47 din 10 februarie 2016 (actualizat la 15.12.2023) „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului prestatorilor privați de servicii de sănătate”

³⁰ Ordinul MS nr.224 din 17 martie 2023 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului prestatorilor de-asistență medicală primară”

³¹ Ordinul MSMP nr.1306 din 14 noiembrie 2019 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului IMSP spitalicești pentru anul 2020”

separat pe îngrijiri acute și cronice. În cazul AMP se indică subdiviziunile instituției (CS, OMF, OS) și localitățile deservite, iar anexa pentru medicii de familie care-și exercită independent profesiunea mai menționează și numărul de înregistrare a practicii.

O altă cerință obligatorie pentru toți prestatorii este să aibă o acreditare conform legii³² care să confirme dreptul de a desfășura activitate medicală și/sau farmaceutică. Sunt stabilite criteriile și cerințe față de prestatorii de servicii medicale pentru evaluarea și acreditarea acestora, care se referă la:

- a) baza tehnico-materială;
- b) activitatea economico-financiară;
- c) profesionalismul personalului medico-sanitar și farmaceutic;
- d) conformitatea calității serviciilor medico-sanitare și farmaceutice, a eficienței procesului de diagnosticare și tratament și a activității farmaceutice cu standardele din domeniul medicinei și farmaciei.

Activitatea de evaluare și acreditare în sănătate se realizează de către Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (CNEAS), care, conform redacției din iulie 2023 a Legii nr.552/2001, este o instituție publică fondată de MS. În perioada 2020-2022, structura responsabilă de acreditare a activat în cadrul în ANSP ca subdiviziune internă (Direcția de autorizare și evaluare în sănătate).

Prestatorii de servicii medicale, de stat și privați, sunt supuși evaluării și acreditării o dată în 5 ani. Anual, prin ordinul MS, se aprobă programul de evaluare și acreditare a prestatorilor. Rezultatele acreditării oferă cumpărătorului (CNAM) informații relevante despre performanța prestatorului. În perioada 2020-2022, conform listelor actualizate a prestatorilor evaluați publicate pe pagina oficială a ANSP,³³ nu au existat prestatori contractați de CNAM fără acreditare valabilă.

Prin modificările operate în noiembrie 2023, Legea cu privire la AOAM a inclus în premieră (art.13 alin. (1¹)) criterii suplimentare de selecție a prestatorilor pentru încadrarea lor în sistemul AOAM. Astfel, se prevede că la examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, CNAM va ține cont de:

- 1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul AOAM;
- 2) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;
- 3) performanța dispozitivelor medicale, calitatea consumabilelor și medicamentelor;
- 4) acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;
- 5) disponibilitatea fondurilor AOAM;
- 6) neexecutarea obligațiilor contractuale de către prestatorul de servicii medicale față de CNAM, care a determinat rezoluțiunea contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);
- 7) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;
- 8) gradul de satisfacție a pacienților.

³² Legea nr. 552 din 18 octombrie 2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138755&lang=ro)

³³ Agenția Națională pentru Sănătate Publică, pagina web, rubrica „Acreditare în sănătate”, (disponibil la: <https://drive.cloud.gov.md/index.php/s/8y2iTDt4tMFkRZ6>)

Concomitent a fost abrogată prevederea anterioară de la art.12 alin.(3) lit.a¹) a Legii nr.1585/1998 care presupunea aprobarea de către Guvern a criteriilor de selecție a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice.

Anual, prin ordinul CNAM se aprobă procedura de contractare a prestatorilor, cu implicarea Grupului de lucru pentru coordonarea procesului de contractare. Ultimul ordin aprobat în acest sens este cel din octombrie 2023³⁴, care stabilește lista de acte actualizate ce urmează a fi prezentate în procesul de contractare și procedura de depunere a dosarelor (*Anexa nr.4*). Conform acestor ordine anuale, prestatorii prezintă ofertele către CNAM și actele necesare, care sunt examinate și supuse negocierilor ulterioare.

4.3. Aranjamentele contractuale

În termen de o lună de la aprobarea de către Parlament a legii fondurilor AOAM, MS și CNAM au obligația legală să aprobe și să publice în Monitorul Oficial Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului AOAM pentru anul respectiv.³⁵ Criteriile de contractare reprezintă un document de reglementare pe termen scurt (anual), dependent de prevederile legale aprobate în privința fondurilor planificate și serviciilor garantate, esențial pentru procesul de achiziție a serviciilor medicale de către CNAM.

Deși termenul limită de aprobare în Parlament a legii anuale a fondurilor AOAM este 1 decembrie, în perioada analizată (2020-2022) acest termen nu a fost respectat (*Tabelul 3*), ceea ce condiționează aprobarea cu întârziere a Criteriilor de contractare și afectează contractarea în termen a prestatorilor și poate perturba activitatea ritmică a acestora.

Tabelul 3. Data aprobării anuale a Legii fondurilor AOAM și a Criteriilor de contractare

Anul	Data aprobării de Parlament a Legii fondurilor AOAM	Data publicării în Monitorul Oficial a Criteriilor de contractare
2020	19 decembrie 2019	24 ianuarie 2020
2021	16 decembrie 2020	22 ianuarie 2021
2022	06 decembrie 2021	21 ianuarie 2022

Sursa: Registrul de stat al actelor juridice al RM (www.legis.md)

Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)³⁶ în cadrul AOAM, reglementează acordarea asistenței medicale de către prestatorii de servicii medicale contractați de CNAM, în volumul și calitatea prevăzute de Programul Unic și normele metodologice de aplicare a acestuia (*Anexa nr.5*). Principalele compartimente se referă la:

- obiectul contractului și suma contractuală;

³⁴ Ordinul CNAM nr.248-A din 5 octombrie 2023 „Cu privire la inițierea procedurii de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM pentru anul 2024” (disponibil la: <http://date.cnam.md/procurarea-de-servicii-medicale-2024/>)

³⁵ Conform Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1387/2007 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136680&lang=ro#)

³⁶ Hotărârea Guvernului nr. 770 din 9 noiembrie 2022 cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM și modificarea unor hotărâri ale Guvernului (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134126&lang=ro)

- obligațiile părților (a cumpărătorului și a prestatorului);
- costul serviciilor, termenele și modul de achitare;
- responsabilitatea părților;
- termenul de valabilitate;
- alte clauze (modificarea și rezoluțiunea contractului, corespondența etc.);
- anexe, în funcție de tipurile de servicii prestate.

În perioada analizată (2020-2022) de către CNAM au fost încheiate peste 400 de contracte anual. De exemplu, în 2022 au fost semnate 448 de contracte cu prestatorii de servicii medicale, conform statisticii pe tipuri de prestatori din *Tabelul 4*. Cu toate că angajații structurilor de forță nu contribuie deocamdată la fondurile AOAM, instituțiile medicale departamentale sunt contractate de asemenea, fiind vorba de anumite categorii de persoane asigurate deservite de acestea (pensionari MAI sau ai Forțelor Armate, de exemplu) sau de anumite servicii acoperite universal (AMP, de exemplu).

Tabelul 4. Numărul de contracte pe tipuri de prestatori de servicii medicale, 2020-2022

Tipul prestatorilor	2020	2021	2022
Nivel republican	27	25*	25
Nivel municipal	33	33	32**
Nivel raional	290	287	287
Departamentali	7	7	7
Privați	98	103	97
Total	455	455	448

Notă: * excluse două instituții (Centre COVID) create temporar pe perioada pandemiei;

** o IMSP din mun. Chișinău nu a fost contractată, după rezilierea contractului cu ea în anul precedent.

Sursa: Compilat conform Rapoartelor de activitate ale CNAM pe anii 2020-2022.

Contractarea selectivă, precum și acreditarea sunt instrumente cheie în achizițiile strategice. Contractarea selectivă înseamnă că un cumpărător (în cazul nostru, CNAM) poate alege dintre prestatori (concurenți), adică are, prin urmare, dreptul de a nu contracta toți furnizorii disponibili.³⁷ Utilizarea contractării selective este totuși o practică limitată în Republica Moldova, din diverse motive. Pe de o parte, în special în zonele rurale și îndepărtate, poate exista doar un singur prestator, la care oamenii să aibă acces la serviciile de sănătate într-o anumită zonă. Pe de altă parte, includerea anumitor furnizori în contractare (privați, de regulă), dar și necontractarea unor furnizori (cel mai des publici) poate fi o provocare politică.

De la începutul sistemului de AOAM se constată că anual absolut toți prestatorii publici au fost contractați, fie din rațiuni politice, de tradiție, de continuitate a funcționării rețelei de instituții publice existente sau din necesarul de acoperire a populației. O excepție notabilă este necontractarea în 2022 a unei instituții publice specializate din mun. Chișinău, contractul cu ea

³⁷ Prin modificările operate în 2023 la Legea nr.1585/1998, CNAM este în drept „să încadreze în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală prestatorii de servicii medicale și farmaceutice prin încheierea contractelor”, anterior fiind obligată „să încheie cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, selecția conform criteriilor aprobate de Guvern, contracte”.

fiind reziliat în anul precedent urmare a unui control efectuat.

În general, contractarea selectivă a furnizorilor de servicii de sănătate poate ridica o serie de controverse:

- Există îngrijorări că contractarea selectivă ar putea limita *accesul pacienților* la anumite servicii sau la anumiți prestatori de servicii medicale, în special în zonele cu resurse limitate sau în comunitățile defavorizate, unde ar putea fi active organizațiile necomerciale, de exemplu.
- Reducerea numărului de prestatori contractați ar putea duce la o *scădere a calității* serviciilor medicale, deoarece concurența și diversitatea prestatorilor pot fi importante pentru a încuraja inovația și pentru a menține standardele ridicate.
- Selectarea preferențială a anumitor prestatori sau a anumitor tipuri de servicii poate ridica întrebări despre *echitatea în sistemul de sănătate*. Dacă anumiți prestatori sunt excluși din motive financiare sau alte considerente, acest lucru ar putea accentua inegalitățile deja existente în ceea ce privește accesul la serviciile medicale.

Pentru a menține încrederea în sistemul de sănătate, este important ca procesele de contractare să fie transparente și responsabile. Deciziile ar trebui să fie bazate pe criterii obiective, cum ar fi calitatea serviciilor și costurile, și să fie supuse unei supravegheri și revizuirii adecvate.

4.4. Metodele de plată a serviciilor de sănătate

La achiziționarea/contractarea serviciilor medicale, CNAM utilizează diverse metode de plată actualizate în fiecare an în Criteriile de contractare, aprobate prin ordin comun de MS și CNAM.

Criteriile de contractare pe anul 2022³⁸ includ mai multe forme de plată, cele mai des întâlnite fiind metodele de plată „per capita”, „per serviciu” și „bugetul global” (Tabelul 5).

Tabelul 5. Metodele de plată a prestatorilor din fondurile AOAM, 2022

Tipul de asistență	Metode de plată
Asistența medicală primară (AMP)	1) „per capita” ajustată pentru risc de vârstă (metoda principală); 2) „buget global” pentru: a) pentru activități specifice centrelor de sănătate raionale și municipale; b) acoperirea suplimentară a cheltuielilor salariale.
Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMUP)	1) „per capita” (metoda principală)
Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA)	1) „per capita” (metoda principală); 2) „buget global” (pentru secțiile de ambulator ale furnizorilor de nivel republican și municipal); 3) „per caz tratat” (pentru serviciile de narcologie); 4) „per vizită” (pentru tratamentul farmacologic al dependenței de opiacee);

³⁸ Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1227/350-A din 29 decembrie 2021 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM pentru anul 2022” (disponibil la: <http://cnam.md/?page=65&>)

Tipul de asistență	Metode de plată
	5) „retrospectivă pentru serviciu/produs” (alimentație și transport pentru bolnavii TBC, proteze pentru bolnavii onco, punși colectoare, transport pentru chimio- și radioterapie, medicamente cu destinație specială) 6) „per ședință” pentru ședințele de radioterapie și dializă.
Asistența medicală spitalicească (AMS)	1) „pe caz tratat” (metoda principală): a) în cadrul sistemului DRG (Case-Mix) pentru cazurile acute și chirurgia de zi; b) pentru cazuri cronice (geriatrie și reabilitare), transplant; proceduri de fertilizare in vitro; 2) pe „zi-pat” pentru tratamentul TBC; 3) „buget global” pentru: unități de primiri urgențe, psihiatrie și narcologie, serviciul AVIASAN, tratament COVID-19; 4) „retrospectivă pentru serviciu” (pentru consumabilelor costisitoare achitate în plus față de costul cazurilor tratate, stabilite prin ordin comun al MS și CNAM); 5) „per ședință” pentru ședințele de radioterapie și dializă.
Servicii medicale de înaltă performanță (SIP)	1) „per serviciu” (metoda principală); 2) „buget global” (pentru acoperirea cheltuielilor curente ale CRDM).
Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu (IMCD)	1) „pre vizită” (metoda principală); 2) „buget global” pentru centrele de sănătate prietenoase tinerilor, centrele comunitare de sănătate mintală.
Îngrijiri paliative (IP)	1) pe „zi-pat” pentru îngrijiri în spital (hospice); 2) „per vizită” pentru îngrijirile oferite la domiciliu.

Sursa: Criteriile de contractare pentru anul 2022

În cazul refugiaților din Ucraina, pentru fiecare tip de asistență medicală prezentat în tabel, a fost utilizată metoda de plată retroactivă per serviciu, conform unei evidențe și raportări aparte.³⁹ Cheltuielile suportate pentru asistența medicală acordată în 2022 cetățenilor refugiați din Ucraina, în temeiul Dispozițiilor Comisiei pentru Situații Excepționale (CSE) a Republicii Moldova, au fost acoperite din mijloacele financiare ale fondurilor AOAM și din surse externe, conform acordurilor încheiate cu Banca de Dezvoltare a Consiliului Europei (CEB), Fondul Națiunilor Unite pentru Populație (UNFPA), Fondul Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) și Organizația Internațională pentru Migrație (OIM). Astfel, în perioada 24 februarie – 31 decembrie 2022, au fost acordate și raportate servicii medicale refugiaților ucraineni pe întreg teritoriul Republicii Moldova de către 160 prestatori contractați de CNAM, în valoare totală de 54.664,5 mii lei, din care au fost acoperite din surse externe 31.749,5 mii lei.⁴⁰

Plata „per serviciu”: În acest model, fiecărui serviciu medical i se atribuie un tarif specific, iar furnizorii de servicii medicale facturează corespunzător CNAM sau direct pacienții (în cazul

³⁹ Ordinul CNAM nr.79-A din 18 aprilie 2022 „Cu privire la raportarea serviciilor medicale prestate cetățenilor străini refugiați din Ucraina” (disponibil la: <http://cnam.md/?page=65&>)

⁴⁰ Raportul de activitate al CNAM pe anul 2022 (disponibil la: <http://www.cnam.md/?page=132&>)

serviciilor prestate contra plată). Tarifele sunt standardizate în funcție de tipul de serviciu oferit. Metodologia de stabilire a tarifelor este prevăzută într-un regulament special aprobat de Guvern.⁴¹ Există și un Catalog de tarife (lista de prețuri), inclus ca anexă la hotărâre, care reprezintă limita maximă de preț pentru serviciile prestate de furnizorii publici de asistență medicală și pentru contractarea lor de către CNAM, prin metoda „per serviciu”. În procesul de negociere, tarifele pot fi diminuate de comun acord, cu eventuala creștere a numărului de servicii pentru același buget alocat. În *Tabelul 6* sunt arătate tarifele la unele investigații la doi prestatori, dintre care prestatorul 1 a solicitat tariful maxim din Catalog, iar cu prestatorul 2 a fost negociat un tarif mai mic cu 10% decât cel din Catalog.

Tabelul 6. Exemple de tarife la servicii incluse în contractele pe anul 2022

Investigația	Tarif catalog, MDL	Tarif prestator 1, MDL	Tarif prestator 2, MDL
Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1415	1415	1274
Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2731	2731	2458
Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1724	1724	1552
Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2677	2677	2409
Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1505	1505	1355
Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	2784	2784	2506

Sursa: Contractele pe anul 2022, pagina web a CNAM

Plata „per capita”: În acest caz, prestatorii de servicii medicale primesc o plată fixă per pacient înscris la ei sau din teritoriul arondat, indiferent de numărul de servicii oferite. Acest model stimulează furnizorii să se concentreze pe serviciile de prevenție și pe starea de sănătate generală a pacientului. Metoda de plată este utilizată în asistența ambulatorie, în principal în AMP.

Pentru contractarea de către CNAM a serviciilor de AMP pe baza metodei „per capita” ajustată la riscul de vârstă, tarifele se aprobă anual în Criteriile de Contractare, în funcție de numărul de persoane înscrise la medicii de familie și de suma alocată subprogramului „Asistența medicală primară” în legea anuală a fondurilor AOAM. Categoriile de vârstă și tarifele utilizate în anii 2020-2022 pentru AMP sunt prezentate în *Tabelul 7*. Alte tarife „per capita” sunt, de asemenea, aprobate în Criteriile de Contractare (pentru AMUP și pentru AMSA).

Din 2023, conform Criteriilor de contractare, sunt aplicate deja 5 categorii de vârstă pentru ajustarea tarifelor per capita: 1) de la 0 - până la 2 ani; 2) de la 2 ani - până la 5 ani; 3) de la 5 ani - până la 8 ani; 4) de la 8 ani - până la 50 de ani; 5) 50 de ani și peste. De remarcat, că în alte state, în afară de ajustarea la riscul de vârstă, tarifele pot ajustate în funcție de genul persoanei, precum și amplasarea instituției medicale (rural sau urban, distanța de la centru raional sau

⁴¹ Hotărârea Guvernului nr.1020 din 29 decembrie 2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=133978&lang=ro)

municipiu).

Tabelul 7. Tarife per capita în AMP, MDL, 2020-2022

Categoria de vârstă	2020	2021	2022
De la 0 la 5 ani	581,84	913,83	974,67
De la 5 ani inclusiv – până la 50 ani	342,26	537,54	573,33
De la inclusiv 50 de ani și peste	513,39	806,32	860,00

Sursa: Criteriile de contractare pentru anii 2020-2022

În ce privește numărul populației înregistrate la medicii de familie, luată în calcul la contractare, auditul public extern efectuat de Curtea de Conturi menționează discrepanțele dintre acest număr și datele Biroul Național de Statistică la 01.01.2022, unde numărul populației cu reședință obișnuită⁴² în Republica Moldova a fost de 2.603.813 persoane (fără teritoriul din partea stângă a Nistrului și mun. Bender), cu 815.551 de persoane mai puțin comparativ cu numărul persoanelor înregistrate în sistemul informațional al CNAM (3.419.364 persoane).⁴³ Conform CNAM, Sistemul Informațional „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medico-sanitare ce prestează asistență medicală primară în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală” este interconectat cu baza de date a Agenției Servicii Publice (cu un număr de populație diferit față de cifrele BNS), însă datele nu sunt actualizate pe deplin de către prestatori care sunt responsabili de evidența cererilor persoanelor. În martie 2022, CNAM a emis circulara către prestatorii de servicii medicale primare, pentru a reaminti acestora despre necesitatea asigurării procesului de reconfirmare a datelor.

Bugetul global: similar cu plata per capita, plățile globale oferă o sumă forfetară pentru a acoperi toate serviciile de asistență medicală pentru o anumită populație sau grup de pacienți (de exemplu, secții de ambulator, Centre de sănătate prietenoase tinerilor) sau pentru a acoperi costurile de funcționare ale unor unități spitalicești care nu pot fi contractate folosind tarifele pe caz tratat. Această abordare oferă furnizorilor flexibilitate în modul în care alocă resursele. Volumul bugetului global contractat este stabilit în procesul de negociere între CNAM și furnizori. Cel mai des este respectat principiul istoric de acoperire a finanțării instituțiilor, cu o creștere anuală în limitele ratei de creștere a fondului de bază.

Curtea de Conturi a reiterat în raportul său de audit pe anul 2022 necesitatea reexaminării modului de contractare „buget global”, cu stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate.

Plata pe caz tratat în bază de DRG (Case-Mix): Folosite în mod obișnuit în mediul spitalicesc, DRG-urile clasifică pacienții cu diagnostice și tratamente similare în grupuri. Spitalelor li se rambursează o sumă fixă pentru tratarea pacienților din cadrul fiecărui grup, indiferent de

⁴² Reședința obișnuită este definită ca locul în care persoana a trăit preponderent în ultimele 12 luni, indiferent de absențele temporare (în scopul recreării, vacanței, vizitelor la rude și prieteni, afacerilor, tratamentului medical, pelerinajelor religioase etc.). Informația este prezentată fără populația raioanelor din partea stângă a Nistrului și mun. Bender.

⁴³ Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023 cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022 (disponibil la: https://www.legis.md//cautare/getResults?doc_id=137700&lang=ro)

costurile reale suportate. Sistemul de plată pe bază de DRG este orientat către rezultatele activității unui spital, reflectate în cazurile tratate și nu către resursele și procesele desfășurate în cadrul spitalului. Regulamentul care descrie modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a cazurilor tratate a fost aprobat de Ministerul Sănătății și CNAM în 2013.⁴⁴

În contractele semnate se precizează numărul de cazuri acute planificate, indicele de complexitate corespunzător profilului spitalului, precum și tariful de bază.

În același timp, tariful de bază încă nu este unificat la nivel național, de aceea se folosesc 3 tipuri de tarife (de exemplu, în 2022, tariful de 6.616 lei a fost folosit pentru spitalele republicane, 6.575 lei pentru cele municipale și 5.598 lei pentru cele raionale).⁴⁵ Mai mult, pentru prestatorii departamentali (ai MA, SIS, MAI) au fost folosite tarife diferite (*Tabelul 8*).

Tabelul 8. Tarife de bază DRG pentru prestatori, 2022

Prestatori	Tarif de bază, MDL
Spitale republicane	6.616
Spitale municipale	6.575
Spitale raionale	5.598
Spitalul Clinic Militar Central	6.187
Direcția Medico-Sanitară a SIS	4.955
Serviciul Medical al MAI	6.575

Sursa: Contractele încheiate pe anul 2022, pagina web a CNAM

Raportul de audit al Curții de Conturi pe anul 2022 denotă că serviciile medicale spitalicești prestate în cadrul programului special „Tratament operator pentru cataractă” au fost contractate și achitate cu aplicarea tarifelor mai mici decât cele aprobate. Se menționează că ajustarea tarifelor s-a efectuat de către Grupul de lucru pentru coordonarea procesului de contractare, prin Procesul-verbal nr.5 din 10.02.2022, prin care s-a decis că achitarea serviciilor de cataractă se va efectua cu aplicarea tarifului propriu pentru fiecare prestator de servicii medicale (*Tabelul 9*).⁴⁶

La acest aspect, CNAM a informat Curtea de Conturi că: „în urma negocierilor cu prestatorii de servicii medicale spitalicești s-a agreat de comun că, costul mediu al unui caz tratat să nu depășească suma de 13,5 mii lei. Respectiv, în urma analizei cazurilor tratate prestate pe parcursul anului 2021 și cu indicele de complexitate (ICM) recalculat conform noilor valori relative, costul mediu al unui caz tratat varia de la 10,0 mii până la 17,6 mii lei. Ca urmare a discuțiilor, s-a decis ca pentru a fi respectat costul mediu al unui caz tratat să fie estimat tariful propriu pentru fiecare prestator”. Drept urmare, la semnarea contractelor părțile au convenit și au acceptat costurile tarifelor ajustate, plafonul negociat nefiind depășit.

⁴⁴ Ordinul MS și CNAM nr.397/125A din 5 aprilie 2013 privind aprobarea Regulamentului cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (Case-Mix) (https://ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordinul_nr.397-125a_din_05.04.13_privind_regulamentul_cu_privire_la_modalitatea_de_codificare_colectare_drg.pdf)

⁴⁵ Ordinul comun al MS și CNAM nr.1221/344-A din 27 decembrie 2021 „Cu privire la aprobarea costurilor pentru anul 2022”

⁴⁶ Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023 cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022

Tabelul 9. Tarifele de bază contractate și cele aprobate pentru programul special „Tratament operator pentru cataractă”, 2022, MDL

Prestatorul	Tarif contractat	Tarif aprobat
„Medclinic International” SRL	6.558	6.575
Spitalul Raional Drochia „Nicolae Testemițanu”	4.131	5.598
ÎȘP „Incomed” SRL	5.322	6.575
Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	5.090	6.616
Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”	5.150	6.575
Institutul de Medicină Urgentă	5.054	6.616
ÎCS „Health Forever International” SRL (Medpark)	5.047	6.575
Spitalul Raional Călărași	5.047	5.598
SC „Repromed” SRL	5.047	6.575

Sursa: Raportul Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023, anexa nr.5

Este important de reținut că tarifele pentru asistența medicală sunt complexe și implică negocieri între furnizorii de asistență medicală și CNAM. Tarifele stabilite clar și transparent facilitează contractarea mai ușoară a serviciilor de sănătate. Tarifele per serviciu aprobate prin HG nr.1020/2011 sunt considerate de prestatori mult mai transparente, și mai puțin cele stabilite în criteriile anuale de contractare, în special pe cap de locuitor (de exemplu, în AMP și AMSA), precum și tarifele DRG pentru spitale. Tarifalul de bază DRG, care nu este încă unificat, este deseori criticat în aprecierile prezentate de spitalele raionale.

4.5. Sistemele informaționale

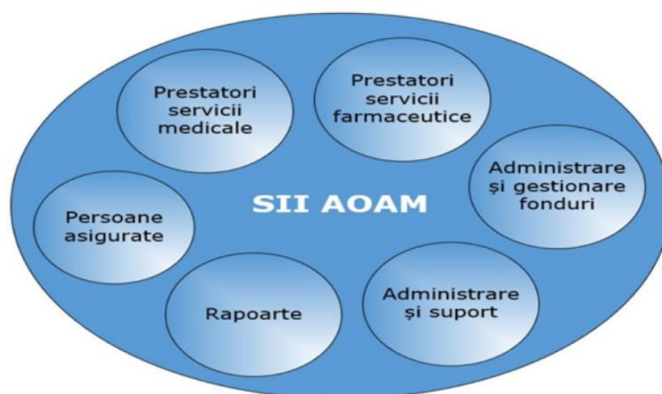
Sistemele robuste de date și informații sunt cruciale pentru achiziții strategice eficiente. Ele ajută la urmărirea realizării asistenței medicale, a costurilor și a rezultatelor, care, la rândul lor, contribuie la luarea deciziilor manageriale în sistemul de AOAM.

În urma unei evaluări din 2021 a sistemelor informaționale ale CNAM, s-a constatat că sistemele informaționale sunt fragmentate și orientate preponderent către nevoile departamentale, neacoperind în totalitate procesele și datele care sunt operate în cadrul CNAM. Soluțiile IT existente au fost dezvoltate pe baza diferitelor tehnologii, unele fiind deja învechite din punct de vedere funcțional și tehnologic, existând și o problemă majoră - a interoperabilității între sisteme.

Drept urmare, CNAM a elaborat și Guvernul a aprobat în anul 2022⁴⁷ conceptul *Sistemului Informațional Integrat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”* (SII AOAM) în vederea realizării unei baze de date unificate și sistematizate privind managementul sistemului AOAM, fiind stabilită responsabilitatea CNAM de a asigura dezvoltarea, administrarea și întreținerea acestui sistem. În SII AOAM vor fi incluse șase contururi funcționale (*Figura 12*), dintre care majoritatea au funcții importante pentru achiziția de servicii de sănătate (*Anexa nr.6*).

Figura 12. Contururile funcționale ale SII AOAM

⁴⁷ Hotărârea Guvernului nr. 575 din 03 august 2022 cu privire la aprobarea Conceptului Sistemului informațional integrat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=133091&lang=ro)



Sursa: Conceptul SII AOAM, HG nr.575/2022

Până la dezvoltarea unui nou sistem integrat, de la 1 noiembrie 2023 CNAM a pus în aplicare un sistem informațional îmbunătățit de evidență a persoanelor asigurate. Sistemul informațional automatizat existent (*SIA AOAM*) a fost completat cu noi funcționalități, care ajută la ținerea unei evidențe mai bune a persoanelor asigurate, permit o clasificare mai clară a categoriilor de persoane încadrate în sistem. De asemenea, au fost automatizate mai multe proceduri, care anterior erau efectuate în mod manual în sistem.

Conform Registrului medical⁴⁸ CNAM este deținătoarea a 4 sisteme din acest registru:

- 1) Sistemul informațional automatizat „Asistența Medicală Primară” (*SIA AMP*);
- 2) Sistemul informațional automatizat „Asistența Medicală Spitalicească” (*SIA AMS*);
- 3) Portalul certificatelor de concediu medical;
- 4) Sistemul informațional automatizat „Registrul de screening cervical”.⁴⁹

Sistemul informațional automatizat „Asistența Medicală Primară” (*SIA AMP*) a fost elaborat în anii 2013-2014 la inițiativa Ministerului Sănătății, iar în perioada 2014-2019 a fost administrat de către acesta. Ulterior, prin hotărâre de Guvern, acest sistem informațional a fost transmis în gestiunea CNAM. *SIA AMP* funcționa anevoios la scurt timp de la darea în exploatare, iar operarea lui a fost îngreunată și mai mult odată cu anexarea la acest sistem a unor funcționalități și module noi, precum modulul imunizări, formularul F083/e pentru obținerea permisului de conducere, formularul F088/e pentru determinarea dizabilității și capacității de muncă, registrul de screening cervical etc.

Conform Raportului Curții de Conturi pe anul 2022, 61% din toate instituțiile de asistență medicală primară nu au utilizat *SIA AMP* în activitatea de evidență a serviciilor. *SIA AMP* nu poate genera rapoarte consistente privind numărul persoanelor înregistrate la medicul de familie, după anumite criterii (de ex., după categorii de vârstă a persoanelor înregistrate) și persoane unic deservite, informație necesară pentru contractarea IMS ce prestează AMP. *SIA AMP* nu este interconectat cu Sistemul Informațional „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie”, ceea ce nu oferă posibilitatea evaluării categoriilor de persoane deservite. Nivelul scăzut

⁴⁸ Registrul medical reprezintă o resursă informațională de stat care conține informații despre pacienți (serviciile medicale prestate, rețetele prescrise de medici, medicamentele administrate), prestatorii de servicii medicale și farmaceutice și farmaciști, donatori, transfuzia sângelui.

⁴⁹ Hotărârea Guvernului nr. 586 din 24 iulie 2017 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de ținere a Registrului medical (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=135428&lang=ro#)

de utilizare a SIA AMP este determinat de lipsa specialiștilor TI calificați în IMSP, existența unor IMSP care dețin propriul sistem informațional, lipsa interoperabilității depline a sistemelor informaționale existente, lipsa serviciilor de dezvoltare pentru ajustarea în timp real a SIA la noile cerințe impuse de politicile în domeniul sănătății la nivel național (rapoarte statistice, fișa medicală a gravidelor, fișa medicală a copilului, indicatorii de performanță etc.), lipsa serviciului de mentenanță, ceea ce determină riscul de apariție a defecțiunilor tehnice.⁵⁰

În perioada 2019-2023, după preluarea SIA AMP, CNAM a adus la cunoștința dezvoltatorului toate dificultățile întâmpinate la accesarea sistemului, iar problemele critice apărute pe parcurs au fost remediate în mod urgent de angajații Direcției tehnologii informaționale din cadrul CNAM. Totodată, au fost întreprinse un șir de acțiuni pentru menținerea funcționării SIA AMP în regim stabil. Este vorba despre migrarea componentelor SIA AMP pe servere virtuale actuale, alocarea suplimentară a resurselor MCloud pentru acest sistem, identificarea posibilităților de reinginerie a SIA AMP privind îmbunătățirea tehnologiilor existente, stabilirea obiectivelor și cerințelor tehnice necesare pentru creșterea nivelului de performanță a sistemului.⁵¹

Începând cu aprilie 2023, CNAM a stabilit condiții speciale în prevederile contractuale privind utilizarea obligatorie a SIA AMP de către instituțiile medicale primare. Aceasta vine în contextul realizării obligațiilor contractuale, inclusiv în asigurarea evidenței datelor privind acordarea serviciilor beneficiarilor. Totuși, o publicație recentă, de la începutul anului 2024,⁵² remarcă încă multiple probleme de funcționare a sistemului informațional din AMP, ce țin de prelucrarea datelor și programarea pacienților.

De asemenea, pe parcursul anului 2022 au fost elaborate și coordonate cu Agenția de Governare Electronică caietele de sarcini pentru sistemele informaționale SIA AMP, SI 1/16d, SIRSM (componenta DRG și SIP). De asemenea, a fost elaborat caietul de sarcini pentru achiziția serviciilor de dezvoltare și implementare a SIA „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”. CNAM de comun cu Casa Națională de Asigurări Sociale s-a implicat activ în oferirea suportului tehnic IMS în utilizarea *Portalului certificatelor de concediu medical*. Toate solicitările și deficiențele comunicate au fost remediate în termeni proximi. În *Sistemul informațional „Medicamente compensate”* au fost îmbunătățite filtrele de validare a rețetelor pentru medicamentele compensate raportate de către prestatori în scopul obținerii informației calitative și excluderii erorilor umane.

Sistemul informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale” (SIRSM) are, în cazul sectorului spitalicesc, componenta DRG, care reprezintă un instrument informatic de colectare și procesare centralizată de date în regim online, gestionat de CNAM. În prezent sistemul este operațional la nivel național și este găzduit de platforma guvernamentală MCloud. Sistemul DRG permite spitalelor contractate (publice și private) să-și evidențieze cu claritate tipurile de pacienți și resursele atrase pentru aceștia, iar prin compararea cu costurile necesare se generează cadrul

⁵⁰ Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023 cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022

⁵¹ Comunicat de presă al CNAM din 23.02.23 - Precizări privind funcționarea Sistemului informațional automatizat „Asistența Medicală Primară” (disponibil la: <http://cnam.md/?page=46&news=1772&pg=33>)

⁵² „e-Medicină, în regim de avarie”, publicație online, A.O. Proiectul media „Cu Sens”, (disponibil la: <https://cusens.md/ro/investigatii/e-medicina-in-regim-de-avarie/>)

de funcționare pentru o mai mare eficiență.

Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online” sunt raportate toate cazurile tratate, inclusiv cele acordate contra plată datele din sistemul informațional sunt utilizate la formarea rapoartelor privind morbiditatea spitalicească și la analiza indicatorilor statistici în sistemul de sănătate.

De asemenea, începând din 1 ianuarie 2023, prescrierea, evidența și raportarea serviciilor medicale de înaltă performanță (SIP) sunt efectuate prin intermediul SIRSM (componenta SIP). Lista serviciilor medicale de înaltă performanță cuprinde investigațiile indicate în capitolele IV-XIII ale anexei nr. 5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, și anume: servicii de diagnostic funcțional, imagistică medicală, investigații de radiodiagnostic, endoscopie de diagnostic, examen audiologic, servicii medicale de profil oftalmologic, de anestezie etc.

CNAM a lansat în anul 2023 procesul de implementare a *Sistemului informațional „e-Rețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”*, care se află în prezent în faza de testare la nivel național. Printre beneficiile digitalizării prescrierii și eliberării medicamentelor și dispozitivelor compensate se numără și reducerea timpului și a erorilor umane în prescrierea, procesarea și eliberarea rețetelor, monitorizarea eficientă a utilizării medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate, o gestionare mai bună a resurselor în acest domeniu.

Totodată, oficialii de la CNAM au menționat că sistemele informaționale existente le permit să monitorizeze executarea contractelor. Au fost aduse exemple de depistare a cazurilor tratate înaintate spre plată care ar fi putut fi tratate în ambulatoriu dar au fost internate în spital unde costurile sunt mult mai mari. Evaluările permit depistarea în sistem a unor codări greșite în sistemul de plată DRG pentru spitale, cu creșterea artificială a complexității cazului tratat. Se urmărește astfel eficiența banilor publici și buna gestionare a resurselor din fondurile AOAM.

4.6. Guvernanța în achiziționarea serviciilor de sănătate

Guvernanța ca funcție globală a sistemului de sănătate este la fel de critică pentru achizițiile strategice. Aranjamentele de guvernanță, inclusiv cadrul de reglementare, trebuie îmbunătățit într-un mod complementar pentru a sprijini trecerea la achizițiile strategice prin opțiunile de politici publice.

Este necesară o guvernanță eficientă la nivelul cumpărătorului de servicii de sănătate (CNAM, în cazul Republicii Moldova) pentru a se asigura că un cumpărător acționează strategic. Aceasta include mecanisme eficiente de supraveghere, participarea părților interesate, linii clare de responsabilitate și raportare și un mandat legal clar pentru achizițiile strategice.

Respectarea principiilor de bună guvernanță este o obligație pentru autoritățile administrației publice centrale și locale, care gestionează mijloace bugetare și care sunt direct responsabile de instituirea și implementarea sistemului de control intern managerial.

Evaluarea sistemului de control intern managerial relevă că CNAM a instituit acest sistem de control, iar conform Declarației de răspundere managerială, organizarea și funcționarea acestuia permite furnizarea unei asigurări rezonabile precum că fondurile publice alocate în scopul atingerii obiectivelor strategice și operaționale au fost utilizate în condiții de transparență,

economicitate, eficiență, eficacitate, legalitate, etică și integritate. La momentul actual, CNAM are descrise procesele operaționale de bază privind gestionarea fondurilor publice, precum și a realizat acțiuni în vederea implementării managementului riscurilor, inclusiv prin identificarea și evaluarea riscurilor care ar putea avea impact negativ în atingerea obiectivelor entității și realizarea performanțelor stabile.⁵³

Recomandările de audit intern în perioada de referință au avut drept scop îmbunătățirea proceselor sistemice atestate în administrarea resurselor financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Totodată, Curtea de Conturi relevă în raportul menționat mai sus că nu au fost întreprinse suficiente măsuri privind:

- stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate după metoda „buget global”;
- ajustarea cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supracontract;
- neactualizarea pe deplin a listei de așteptare pentru persoanele care necesită intervenții în cadrul programelor speciale.

Pe de altă parte, Organizația Mondială a Sănătății subliniază că „diferite țări (de exemplu, Chile, Moldova, Thailanda) au reușit să consolideze responsabilitatea cumpărătorilor atât față de guvern, cât și față de populație. Acest lucru a fost realizat, de exemplu, prin extinderea reprezentării, permițând participarea publicului, efectuarea de audituri interne și externe, selecția atentă a Consiliului de administrație și sondaje de satisfacție a pacienților”.⁵⁴

Consiliul de administrație este organul suprem de administrare al CNAM, ce susține interesele asiguraților în raport cu conducerea CNAM și garantează corectitudinea și echitatea socială în realizarea AOAM. Consiliul de administrație are o reprezentare destul de largă, incluzând 11 membri – trei reprezentanți ai Guvernului (câte un reprezentant al Cancelariei de Stat, al Ministerului Sănătății și al Ministerului Finanțelor), trei reprezentanți ai Confederației Naționale a Patronatului din Republica Moldova, trei reprezentanți ai Confederației Naționale a Sindicatelor din Moldova, un reprezentant al organizației profesionale a lucrătorilor medicali și farmaceutici și un reprezentant al organizațiilor de protecție a drepturilor pacienților, înaintați de către instituțiile și organizațiile respective. Există, însă, anumite obiecții la existența unor criterii clare de selectare a reprezentanților societății civile, ceea ce ar permite o participare cât mai largă a candidaților la procesul de selectare.

Printre atribuțiile Consiliului de administrație cu impact asupra guvernancei se numără:

- a) trasarea direcțiilor principale de activitate ale CNAM și supravegherea respectării echității sociale în realizarea AOAM;
- b) examinarea rapoartelor trimestriale privind încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a persoanelor fizice, a prestatorilor de servicii medicale și

⁵³ Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023 cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022

⁵⁴ Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. Purchasing of health services for universal health coverage: How to make it more strategic? Policy Brief, Department of Health Systems Governance and Financing, Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/UHC/HGF/PolicyBrief/19.6). Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO

- farmaceutice, precum și a rezultatelor evaluării și monitorizării prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice contractați de către CNAM;
- c) aprobarea prezentării MS a proiectului legii anuale cu privire la fondurile AOAM;
 - d) aprobarea programelor, regulamentelor și instrucțiunilor necesare vizând competențele CNAM în ceea ce privește realizarea AOAM;
 - e) aprobarea raportului anual privind executarea (utilizarea) fondurilor AOAM;
 - f) informarea opiniei publice despre activitatea Companiei.⁵⁵

În perioada analizată (2020-2022) Consiliul de administrație al CNAM s-a convocat în mod regulat, întru executarea atribuțiilor menționate mai sus, iar deciziile aprobate sunt publicate pe pagina oficială web a CNAM (*Tabelul 10*).

Tabelul 10. Activitatea Consiliului de administrație al CNAM, 2020-2022

Anul	Numărul ședințelor	Numărul deciziilor
2020	3	8
2021	4	9
2022	5	11

Sursa: Pagina web a CNAM, <http://cnam.md/index.php?page=207&>

Prin modificările operate în 2020 la Legea nr.1585/1998 a fost adăugat un nou principiu de organizare și funcționare a sistemului AOAM: *principiul transparenței*, potrivit căruia fondurile de AOAM se gestionează transparent, prin informarea subiecților AOAM și a persoanelor interesate cu privire la executarea veniturilor și cheltuielilor.

În context, s-a dispus publicarea de către CNAM pe pagina sa web oficială a: contractelor de acordare a asistenței medicale, contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate, rapoartelor trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele compensate, deciziile integrale ale Consiliului de administrație, raportului anual privind executarea fondurilor AOAM.⁵⁶ Aceste informații pot fi găsite în prezent pe pagina oficială a CNAM. Un compartiment aparte se referă la activitatea prestatorilor contractați de CNAM atât din fondul de bază cât și din cel de dezvoltare a prestatorilor publici (*Figura 13*).

Din punct de vedere al guvernării trebuie, de asemenea, ca cetățenii și pacienții să fie informați cu privire la drepturile lor, să existe canale funcționale de feedback și mecanisme de reclamații.

Pe parcursul anului 2022, CNAM a plasat pe pagina web 280 de comunicate de presă, iar pe pagina de Facebook au fost publicate și distribuite circa 450 de postări pe subiecte ce țin de drepturile și obligațiile în sistem: accesarea medicamentelor, dispozitivelor medicale compensate și altor tipuri de servicii medicale, extinderea listei de medicamente compensate, achitarea primei AOAM în sumă fixă și facilitățile aplicate, transferurile efectuate din fondurile AOAM, serviciul telefonic Info CNAM etc. Totodată, campania de informare, desfășurată în perioada octombrie 2022-martie 2023, s-a axat pe informarea populației privind încadrarea cetățenilor în

⁵⁵ Hotărârea Guvernului nr. 156 din 11 februarie 2002 cu privire la organizarea și funcționarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134193&lang=ro#)

⁵⁶ Art.12 alin.(3) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

sistemul AOAM și conștientizarea necesității de a fi asigurat, precum și beneficiile asigurării.

Figura 13. Publicarea informației despre achiziționarea serviciilor de sănătate pe pagina CNAM

The image shows a screenshot of the CNAM website. On the left, there is a search bar with the text 'Caută aici...'. Below it, there are two main categories: 'Fondul de bază' and 'Fondul de dezvoltare'. Under 'Fondul de bază', there are several links with folder icons: 'Contracte cu instituțiile medico-sanitare', 'Contracte cu prestatorii de servicii farmaceutice', 'Rapoarte ale prestatorilor de servicii farmaceutice', 'Rapoarte privind rezultatele evaluărilor tematice', 'Rapoarte privind rezultatele examinării petitiilor', and 'Rapoarte privind revalidarea cazurilor în sistemul DRG'. Under 'Fondul de dezvoltare', there is one link: 'Contracte cu prestatorii publici de servicii medicale'. On the right, there is a page titled 'Contracte cu instituțiile medico-sanitare' with a breadcrumb trail: 'Home / Anul 2020 / AT Centru'. Below the title, there is a list of folders representing different medical institutions: AMT Botanica, AMT Buiucani, AMT Centru, AMT Ciocana, AMT Riscani, Centrul Stomatologic Dubasari, Centrul Stomatologic Municipal Chisinau, Centrul Stomatologic Municipal de Copii, Centrul Stomatologic Raional Criuleni, Centrul stomatologic Raional Ialoveni, Centrul Stomatologic Raional Orhei, Centrul Stomatologic Raional Rezina, and Centrul Stomatologic Raional Straseni.

Sursa: Captură de ecran (<http://date.cnam.md/contracte-cu-institutiile-medico-sanitare/?dir=52>)

Un raport publicat recent analizează realizarea angajamentelor asumate în domeniul sănătății și respectarea procedurilor de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional (pe perioada iulie-decembrie 2023).⁵⁷ Se subliniază că, deși mecanismul de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional, stabilit prin HG nr. 967/2016, prevede diverse căi de informare în procesul decizional, doar o parte neînsemnată dintre acestea sunt aplicate în realitate. Nicio instituție nu a promovat suficient linia telefonică instituțională de informare a societății civile, iar o listă cu organizații non-guvernamentale care participă la procesul decizional poate fi găsită doar pe pagina oficială a CNAM. Per ansamblu, modul de consultare publică cu societatea civilă lasă impresia că autoritățile aplică doar pentru bifă unele etape ale procesului decizional, fără să fie interesate de o democrație participativă veritabilă.

Totuși, raportul menționează că, în ultimul semestru al anului 2023, unele instituții au înregistrat progrese îmbucurătoare. Și aici e numită CNAM, care a fost receptivă la recomandările emise în cadrul acestui raport și a început să publice activ anunțuri de intenție și proiecte de ordine interne sau de HG care fac referire la modul de gestionare a fondurilor AOAM.

În *finalul capitolului* remarcăm că trecerea deplină la achiziția strategică a serviciilor de sănătate, cu scop de maximizare a obiectivelor sistemului de sănătate, trebuie să se desfășoare printr-un proces activ, bazat pe dovezi, care definește ce servicii de sănătate ar trebui să fie cumpărate, de la cine, cum ar trebui plătite aceste servicii de sănătate și cu ce tarif ar trebui plătite. Schimbările menite să facă achizițiile mai strategice nu sunt întotdeauna ușoare, dar, important, pot fi introduse pas cu pas: construirea sistemului de management al informațiilor care este cheia achiziției strategice, specificarea clară a beneficiilor pentru a le alinia la metodele de plată și invers, modificarea metodelor de plată și a tarifelor pentru îmbunătățirea furnizării serviciilor și asigurarea funcționării depline a sistemului de acreditare a prestatorilor etc.

⁵⁷ Analiza realizării angajamentelor asumate în domeniul sănătății și respectarea procedurilor de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional. Centrul PAS, 2023 (<https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/415>)

Capitolul V. ACOPERIREA POPULAȚIEI CU SERVICII MEDICALE

Statul, în conformitate cu prevederile Constituției, garantează minimul asigurării medicale gratuite. În baza legislației în vigoare⁵⁸, cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, li se oferă posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul bolilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății.⁵⁹

5.1. Tipurile de asistență medicală

Tipurile de asistență medicală definite de Legea ocrotirii sănătății (art.21) sunt:

- asistența medicală urgentă prespitalicească;
- asistența medicală primară;
- asistența medicală specializată de ambulator, inclusiv stomatologică;
- asistența medicală spitalicească;
- servicii medicale de înaltă performanță;
- îngrijire medicală la domiciliu;
- îngrijire paliativă.

Primele patru tipuri de asistență medicală erau incluse chiar de la începutul implementării AOAM în anul 2004. Serviciile medicale de înaltă performanță au fost adăugate începând cu anul 2005, îngrijirile medicale la domiciliu - începând cu anul 2008, iar îngrijirile paliative – din 2021.

Observăm că lista tipurilor (nivelelor) de asistență include de facto în ea servicii (de exemplu, servicii de înaltă performanță, servicii de îngrijiri), ceea ce ar impune o reformulare a noțiunilor în conformitate cu noile abordări ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) centrate pe pacient. În anul 2013 OMS a definit șase nivele de prestate a serviciilor medicale.⁶⁰

1. Sănătatea publică
2. Asistența primară
3. Asistența secundară
4. Asistența specializată
5. Asistența comunitară, la domiciliu și socială
6. Asistența farmaceutică

În contextul prezentului raport vom analiza pachetul de servicii medicale pentru beneficiarii

⁵⁸ Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995 (disponibil la : https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=141157&lang=ro#)

⁵⁹ Art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

⁶⁰ ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region : A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013. (disponibil la: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108628>)

sistemului de AOAM conform definițiilor curente și inclus în Programul Unic al AOAM, aprobat de Guvern.⁶¹ De asemenea, vom analiza și vom ține cont de impactul pandemiei de Covid-19 asupra prestării serviciilor de sănătate în perioada de referință (2020-2022), în special asupra celor esențiale.

5.2. Pandemia de COVID-19 în Republica Moldova

În decembrie 2019, primele cazuri de noul coronavirus, denumit ulterior SARS-CoV-2, au fost raportate în Wuhan, China. La 30 ianuarie 2020, ținând cont de răspândirea rapidă a virusului, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a declarat focarul de noul coronavirus drept o urgență de sănătate publică de interes internațional, cel mai înalt nivel de alarmă al OMS⁶². La 7 martie 2020 este confirmat primul caz de infecție COVID-19 în Republica Moldova.

În perioada anilor 2020-2022, MSMPs (după reorganizare – Ministerul Sănătății (MS)) a elaborat și aprobat numeroase acte normative⁶³ ce au vizat organizarea sistemului de sănătate pe perioada pandemiei, reglementarea măsurilor de răspuns la infecție, diagnosticul și tratamentul persoanelor infectate cu COVID-19, ghiduri și instrucțiuni pe diverse tematici. Au fost aprobate și actualizate periodic Protocoalele clinice pentru tratamentul infecției COVID-19, în baza cărora se realizează activitățile de asistență medicală urgentă, primară și spitalicească. În colaborare cu OMS, a fost elaborat Planul național de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19).

În total, pe parcursul anilor 2020-2022, au fost raportate peste 450 mii cazuri confirmate (dintre care 30 mii la copii), înregistrându-se 11,2 mii decese din cauza COVID-19 și alte 7,8 mii din cauza comorbidităților la pacienții respectivi (*Tabelul 11*).⁶⁴

Tabelul 11. Incidența și mortalitatea prin COVID-19, 2020-2022, cazuri

Anul	Cazuri noi	Decese COVID-19	Decese comorbidități
2020	119.782	2.888	2.255
2021	174.611	6.757	4.312
2022	158.093	1.576	1.252
Total	452.486	11.221	7.819

Sursa: Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Ca o consecință a pandemiei, serviciile medicale au necesitat o reorganizare profundă pentru a răspunde poverii enorme a infecțiilor COVID-19. Prioritizarea obiectivă a serviciilor acordate pacienților infectați a condus la o reducere a furnizării de servicii medicale către pacienții cu alte afecțiuni, în special datorită realocării resurselor (umane, financiare, fizice și logistice).

⁶¹ Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136680&lang=ro#)

⁶² WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV); 30 January 2020 (disponibil la [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-er-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)))

⁶³ Pagina Web a MS, compartimentul „Ordine Covid-19” (disponibil la <https://msmps.gov.md/legislatie/covid-19/ordine/>)

⁶⁴ Anuarele statistice ale sistemului de sănătate din Republica Moldova, anii 2020-2022. ANSP, 2023 (<https://ansp.md/>)

5.3. Serviciile de sănătate esențiale în pandemia de COVID-19

Statele lumii au luat decizii dificile pentru a echilibra cerințele de a răspunde direct la pandemia de COVID-19 cu nevoia de a menține furnizarea unui set de servicii de sănătate esențiale (SSE). OMS a sprijinit implementarea de către state a acțiunilor direcționate spre organizarea și menținerea accesului la SSE sigure și de înaltă calitate pe tot parcursul vieții. Conform recomandărilor OMS, categoriile de servicii de sănătate cu prioritate ridicată includ⁶⁵:

- servicii esențiale de prevenire și tratament a bolilor transmisibile, inclusiv imunizări;
- servicii legate de sănătatea reproducerii, inclusiv în timpul sarcinii și a nașterii;
- servicii de bază pentru categoriile vulnerabile, cum ar fi sugarii și persoanele în vârstă;
- asigurarea cu medicamente, consumabile și sprijin din partea lucrătorilor din domeniul sănătății pentru gestionarea continuă a bolilor cronice;
- tratamente critice la nivel de prestatori;
- gestionarea stărilor de sănătate de urgență și a manifestărilor acute comune care necesită o intervenție sensibilă la timp;
- servicii auxiliare, cum ar fi diagnosticul imagistic de bază, servicii de laborator și băncile de sânge.

Urmând recomandările OMS, autoritățile din Republica Moldova au aprobat un set similar de SSE în cadrul Planului de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19)⁶⁶. S-a stabilit că deciziile concrete de menținere/suspendare a serviciilor se vor baza pe situația epidemiologică, vor ține cont și de contextul social, scenariul de transmitere a COVID-19 și capacitățile pentru prestarea serviciilor.

Planul menționat mai sus recunoaște că suspendarea temporară a unor servicii va duce la creșterea numărului de persoane care așteaptă reluarea asistenței medicale. Programele întrerupte de prevenire, inclusiv cele de screening, imunizare vor necesita campanii de recuperare, iar suspendarea serviciilor chirurgicale, de exemplu, va crea probabil restanțe substanțiale, devenind din ce în ce mai urgente.

În același timp, în Planul de pregătire și răspuns se prevede că, odată cu reducerea numărului de cazuri COVID-19, serviciile medicale care au fost suspendate se vor restabili.

Conform constatărilor a două runde de cercetări realizate de OMS în Republica Moldova privind continuitatea SSE în timpul pandemiei (așa numite, studiile Puls), 52% (11 din 21) de SSE au fost perturbate în perioada mai-septembrie 2020 (runda I). Situația s-a îmbunătățit simțitor spre ianuarie-martie 2021 (runda II), când s-a raportat că 20% (10 din 49) de SSE au fost perturbate. Printre grupurile de servicii care au rămas afectate și în 2021 se numără: unele servicii de AMP (vizitele, promovarea sănătății, referirea la specialiști), serviciile de reabilitare, paliative și de lungă durată, serviciile pentru tulburări mentale, neurologice și de consum de substanțe. Aceste

⁶⁵ Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. World Health Organization, 1 June 2020 (disponibil la <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>)

⁶⁶ Planul de pregătire și răspuns la infecția cu Coronavirus de tip nou (COVID-19). Aprobat prin Hotărârea Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică nr. 30 din 11 septembrie 2020 (disponibil la <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Plan-r%C4%83spuns-COVID-19.pdf>)

constatări indică faptul că, din perspectiva prestatorilor de servicii medicale, perturbările în privința SSE din cauza pandemiei de COVID-19 au fost semnificative în 2020 și unele chiar au persistat până în 2021 (Tabelul 12)^{67 68}.

Tabelul 12. Gradul de perturbare a SSE în timpul pandemiei de COVID-19

Grupuri de servicii medicale	2020	2021
Asistența medicală primară	Nu au fost raportate	
Sănătatea reproductivă, a mamei, a nou-născuților, a copiilor și adolescenților, și nutriția		
Imunizare		
Boli transmisibile		
Boli netransmisibile		
Tulburări mentale, neurologice și de consum de substanțe*		
Îngrijiri de urgență, critice și operative		
Îngrijiri de reabilitare, paliative și de lungă durată		
Servicii auxiliare	Nu au fost raportate	

Notă: * Grup raportat sumar în 2020 și detaliat în 2021

	Unele servicii sunt perturbate		Nu sunt servicii perturbate
--	--------------------------------	--	-----------------------------

Întreruperea asistenței medicale a fost mai gravă în zonele rurale unde accesul la serviciile de sănătate este mai limitat⁶⁹. Acest lucru se datorează parțial lipsei de personal medical, lipsei adaptării la noua situație și diminuării sau suspendării prestării serviciilor din cauza fricii de contaminare. În plus, măsurile de izolare au redus serviciile de transport care facilitează accesul la serviciile medicale. Persoanele în vârstă, dintre care majoritatea sunt femei în vârstă, nu dispun de resursele financiare de care au nevoie pentru a avea acces la asistență medicală.

În capitolele ce urmează vom scoate în evidență și impactul pandemiei de COVID-19 asupra prestării de servicii de sănătate esențiale la diverse niveluri de asistență medicală, precum și a intervențiilor operate în sistemul de sănătate în scopul limitării efectelor negative ale perturbărilor în furnizarea de servicii.

⁶⁷ Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report, WHO, 2021 (disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>)

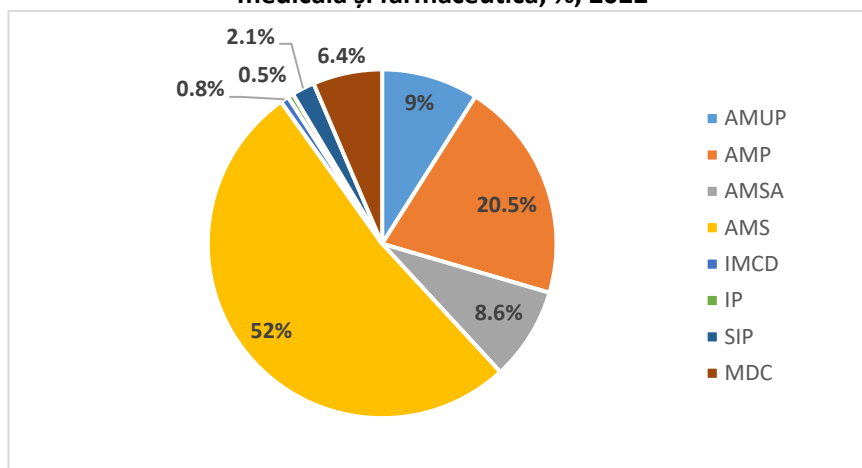
⁶⁸ Tracking continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic, Dashboard, WHO, 2021 (disponibil la: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>)

⁶⁹ Analiza riscurilor pandemiei COVID-19 asupra persoanelor vârstnice din Republica Moldova. UNFPA, 30.09 2020, (disponibil la: <https://moldova.unfpa.org/ro/publications/analiza-riscurilor-pandemiei-covid-19-asupra-persoanelor-v%C3%A2rstnice-din-republica>)

5.4. Fondul CNAM de achitare a serviciilor prestate (fondul de bază)

În sistemul de AOAM, serviciile de sănătate sunt procurate de CNAM prin contractarea și plata prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, în principal din contul fondului de achitare a serviciilor prestate (fondul de bază). În anul 2022, au fost contractați 448 de prestatori, inclusiv 97 privați (sau 20%), mijloacele fondului de bază (11.824.788,3 mii lei) fiind repartizate pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică conform proporțiilor din *Figura 14*.⁷⁰

Figura 14. Cota alocațiilor din fondul de bază, pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică, %, 2022



Sursa: Raportul de activitate al CNAM pe anul 2022

Asistența medicală spitalicească (AMS) ocupă tradițional primul loc, cu 52% din fondul de bază, fiind urmată, pe următoarele 3 poziții, de asistența medicală primară (AMP) – 20,5%, cea urgentă prespitalicească (AMUP) – 9% și asistența specializată de ambulator (AMSA) – 8,6%. Pentru medicamente și dispozitive medicale compensate (MDC) au fost direcționate 6,4% din fondul de bază. Cote mai mici sunt în cazul celorlalte tipuri de asistență (SIP, IMCD, IP).

Volumul și spectrul de servicii de sănătate contractat a suferit modificări substanțiale pe parcursul implementării sistemului de AOAM (a se vedea și *subcapitolul 4.1.1*). Necesitățile crescânde ale pacienților, dezvoltarea noilor tehnologii de diagnostic și tratament, modificarea protocoalelor de tratament, apariția de noi medicamente, combinate cu creșterea treptată a fondurilor publice pentru sănătate, au condiționat includerea de noi servicii medicale și medicamente compensate, dar și sporirea numărului de servicii prestate.

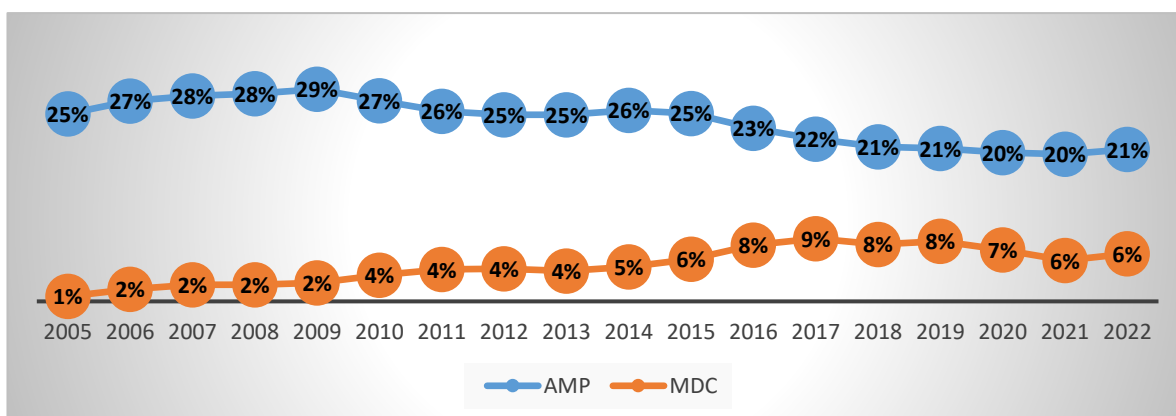
Fiecare țară, desigur, își are particularitățile sale și selectează domeniile pe care se concentrează cel mai mult pe calea progresului către AUDES. În același timp, există abordări recunoscute la nivel internațional, printre care sunt investițiile în asistența medicală primară de calitate, ca piatră de temelie pentru realizarea AUDES.⁷¹

Dacă în primul deceniu de implementare a AOAM, se aloca pentru AMP cel puțin 25% din totalul fondului de bază (30-31% inclusiv medicamente compensate), atunci în prezent se alocă doar 20-21% pentru AMP (27% împreună cu medicamente compensate în 2022) (*Figura 15*).

⁷⁰ Raportul de activitate al CNAM pe anul 2022 (disponibil la: <http://www.cnam.md/?page=132&>)

⁷¹ Universal Health Coverage fact-sheet, World Health Organization, 1 April 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)))

Figura 15. Cota alocațiilor pentru AMP și MDC din fondul de bază, %, 2005-2022



Sursa: Calcule proprii din datele statistice ale Ministerului Sănătății și CNAM

Tendința descreșterii în ultimii 7 ani a cotei de mijloace financiare alocate AMP trebuie inversată, pentru a pune accent pe investiții de durată în servicii cruciale pentru AIDS.

În anul 2022, executarea cheltuielilor planificate din fondul de bază al CNAM a fost de 93,5%, la cel mai jos nivel din perioada 2019-2022 (Tabelul 13). Suma nevalorificată a constituit 819,1 milioane lei, inclusiv pentru AMS – 608,1 milioane lei, MDC – 103,1 milioane lei, AMUP – 54,1 milioane lei, AMSA – 19,9 milioane lei, AMP – 9 milioane lei, SIP – 8,9 milioane lei, IP – 8,2 milioane lei și IMCD – 7,8 milioane lei.

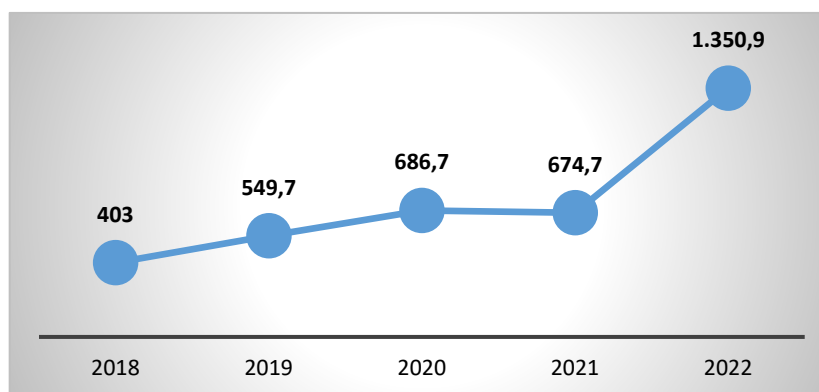
Tabelul 13. Cheltuielile aprobate și executate ale fondului de bază, 2019-2022, milioane lei

Anul	Aprobat	Executat	% executare
2019	7.517,1	7.333,7	97,6%
2020	8.760,0	8.270,1	94,4%
2021	11.703,3	11.436,2	97,7%
2022	12.643,9	11.824,8	93,5%

Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM, 2019-2022

Executarea sub nivelul planificat a cheltuielilor fondurilor AOAM, în special a fondului de bază, a condiționat majorarea substanțială a soldurilor CNAM la sfârșit de an, comparativ cu anii precedenți, depășind în 2022 cifra de 1,35 miliarde lei (Figura 16).

Figura 16. Soldurile fondurilor AOAM la sfârșitul anului bugetar, 2018-2022, milioane lei



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM, 2018-2022

Existența soldurilor la sfârșit de an este o practică obișnuită pentru fondurile AOAM, rezervele formate fiind necesare pentru acoperirea plăților în avans de 80% din suma lunară a contractelor încheiate cu prestatorii și pentru eventuale cheltuieli neprevăzute, exemplul pandemiei de COVID-19 fiind deosebit de relevant. Totuși dublarea soldului într-un singur an bugetar ridică semne de întrebare despre cauzele care au dus la astfel de rezultat și impactul posibil asupra acoperirii populației cu servicii de sănătate necesare, previzibilității și durabilității finanțării prestatorilor de servicii.

În raportul de activitate al CNAM pe anul 2022 sunt indicați principalii factori care au condus la nevalorificarea mijloacelor financiare planificate în fondul de bază:

- reducerea incidenței infecției determinate de virusul SARS-CoV-2, ceea ce a condiționat neexecutarea numărului de cazuri tratate preconizate;
- neexecutarea cheltuielilor destinate pentru plata suplimentului COVID-19 personalului implicat nemijlocit în realizarea indicatorului de performanță profesională din cadrul AMUP și AMS în rezultatul reducerii incidenței infecției, dar și a consolidării acțiunilor de verificare a veridicității/justificării mijloacelor financiare solicitate de către prestatori;
- nerealizarea integrală de către prestatori a serviciilor medicale conform contractatelor;
- trecerea la un mecanism nou de compensare a analogilor de insulină și a dispozitivelor medicale cu aplicarea procedurii de negociere a dus la diminuarea prețurilor.

Pe lângă factorii menționați mai sus, remarcăm, în același timp, înăsprirea în 2022 a politicilor CNAM în privința evaluării prestatorilor, deși Regulamentul privind monitorizarea și evaluarea nu fusese schimbat din 2018.⁷² În total, sumele nevalidate pentru prestatorii de servicii medicale au fost de 7 ori mai mari în 2022 decât în anul precedent, atingând cifra de circa 87 milioane de lei, dintre care 80 milioane (92%) se referă la asistența medicală spitalicească (AMS) (Tabelul 14).

Tabelul 14. Sume nevalidate de CNAM pentru serviciile raportate, mii lei, 2018-2022

Tip de asistență	2018	2019	2020	2021	2022
AMP	5.169,05	8.216,1	2.863,8	1.189,5	1.254,7
AMSA	765,05	498,4	6.433,8	65,2	2.088,99
AMS	2.665,7	6.628,55	6.036,9	8.760,5	79.701,97
IMD	-	4,95	24,2	265,1	1.784,3
SIP	489,15	1.033,1	177,7	2.090,1	1.736,8
Total	9.088,95	16.381,1	15.536,3	12.370,4	86.566,76

Sursa: Rapoartele de activitate ale CNAM, 2019-2022

În 2022 nu a fost validate și, respectiv, neacceptate spre plată 60 de mii de cazuri tratate sau 10% din totalul de 598,2 mii de cazuri tratate acute raportate de spitale. Printre cauzele menționate în raportul de activitate al CNAM pe anul 2022 se numără: erori în codificarea diagnosticilor și procedurilor în sistemul DRG, spitalizări neargumentate, lipsa condițiilor și utilajului necesar pentru realizarea întregului spectru de investigații pentru diagnostic și intervenții, prestarea

⁷² Ordinul CNAM nr. 71 din 23 februarie 2018 cu privire la aprobarea Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=56904&lang=ro#)

serviciilor medicale sub nivelul cerut al volumului și calității etc.

Tendențele de „supracodificare” din partea prestatorilor de AMS, pentru a majora valoarea relativă în sistemul DRG și a obține sume mai mari de la plătitor, se întâlnesc în toate sistemele de sănătate ce utilizează această metodă de plată. Auditul codificării, nu doar cu scop de sancțiune, dar și de îndrumare din partea plătitorului, este un instrument ce poate și trebuie să fie folosit. În acest context, trebuie menționat că în prima parte a anului 2023 CNAM a lansat mai multe runde de instruire zonale privind auditul codificării în sistemul DRG pentru spitale.⁷³

Oricum, invalidarea masivă a cazurilor tratate și neacceptarea lor spre plată în anul 2022, în condițiile păstrării aceluiași reglementări legale, ar putea, totuși, genera discuții privind amploarea și corectitudinea aplicării lor, atât din partea spitalelor cât și a societății. Pe de altă parte, aceste măsuri operate într-o perioadă scurtă de timp ar putea cauza pierderi financiare semnificative pentru spitale, cu afectarea capacității lor de a furniza servicii medicale și de a investi conform celor planificate în echipamente și infrastructură necesare.

Din tabelul de mai sus putem observa că în anul 2022 un alt domeniu cu o creștere de circa 7 ori a sumei nevalidate față de 2021 este cel al îngrijirilor medicale la domiciliu. E vorba, în special, de îngrijirile paliative prestate la domiciliu, raportate de prestatori și neacceptate de CNAM. Motivul de bază invocat este nerespectarea prevederilor Regulamentului cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative,⁷⁴ în partea ce ține de participarea echipei interdisciplinare – medic, asistent medical, psiholog, lucrător social, voluntar și alt personal. În acest caz, există o diferență de interpretare a normei legale: CNAM nu validează vizitele echipei mobile de îngrijiri paliative la domiciliu dacă nu au fost prezenți concomitent (în aceeași zi) toți membrii echipei interdisciplinare, în timp ce reprezentanții prestatorilor susțin că protocolul nu prevede în mod expres că acești specialiști trebuie să meargă în vizită la pacient în același timp.

Mai multe organizații necomerciale, prestatoare de îngrijiri paliative la domiciliu, fiind verificate de CNAM în anul 2022, au fost sancționate prin nevalidarea, practic în totalitate, a vizitelor raportate pentru perioade anterioare, din motivul echipei interdisciplinare incomplete. De exemplu, AO Medlife – nevalidate 3.847 vizite (din totalul de 3.882) raportate în 2021, AO Gloria – nevalidate toate vizitele pentru 2021 (498) și toate pentru 9 luni ale 2022 (372 vizite), AO Prosperare Zubrești – toate 736 vizite pentru 2021, Fundația „Hospice Angelus” – nevalidate 10.396 vizite (din 10.421) pentru 2021 și toate 7816 pentru 9 luni 2022.⁷⁵ Ultimul caz a fost pe larg mediatizat în presă, Fundația „Hospice Angelus” menționând că i-a fost solicitat de către CNAM returnarea a peste 5 milioane lei pentru anii 2021-2022.⁷⁶ Fundația a renunțat ulterior la prestarea îngrijirilor paliative la domiciliu, din anul 2024.

⁷³ CNAM, pagina web, Graficul instruirilor în auditul codificării a instituțiilor medicale încadrate în sistemul DRG pentru luna ianuarie-aprilie 2023 (disponibil la: http://185.108.182.231/httpdocs/editorDir/file/doc_2023/Graficul.pdf)

⁷⁴ Ordinul MS nr.1022 din 30 decembrie 2015 „Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative” (disponibil la: https://msmps.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr._1022_din_30.12.2015_cu_privire_la_organizarea_serviciilor_de_ingrijiri_paliative_0.pdf)

⁷⁵ CNAM, pagina web, Rapoartele evaluărilor tematice pe anul 2022 (disponibil la: <https://date.cnam.md/rapoarte-privind-rezultatele-evaluarilor-tematice/>)

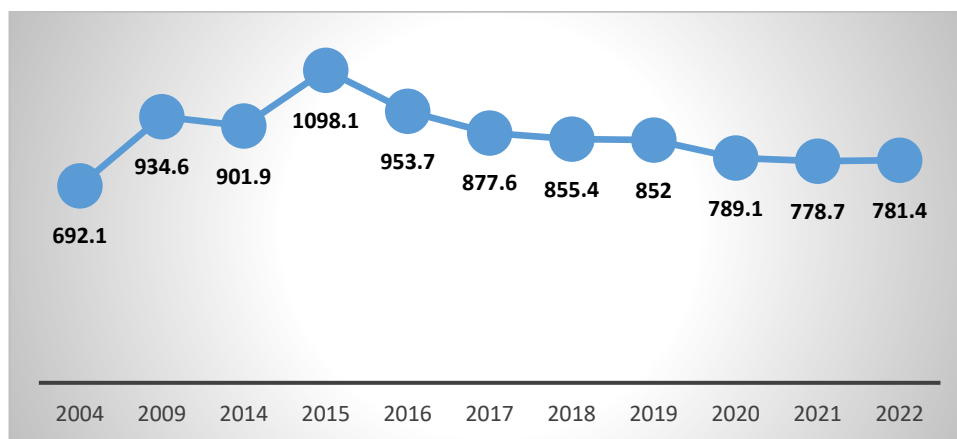
⁷⁶ „Cine plătește pentru îngrijirea muribunzilor?”, publicat online, Radio Europa Liberă Moldova, 2 mai 2023 (disponibil la: <https://moldova.europalibera.org/a/cine-plateste-pentru-ingrijirea-muribunzilor-/32389222.html>)

Prestatorii au menționat că incoerența în unele acte normative, care ar putea duce la interpretări diferite a reglementărilor, informarea tardivă a prestatorilor despre modalitatea de aplicare a unor decizii despre evaluarea executării contractelor ar trebui evitată, pentru a nu periclita funcționarea furnizorilor de servicii. Este de remarcat, că din 2023 au fost diferențiate mai multe tipuri de vizite de îngrijiri paliative, în funcție de membri echipei: a) pentru echipa interdisciplinară – 450 de lei/vizită; b) vizita medicului și/sau a asistentului medical – 405 lei; c) vizita asistentului social sau a psihologului – 290 de lei.

5.5. Asistența medicală urgentă prespitalicească

Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMUP) este acordată populației, indiferent de statutul persoanei (asigurat sau neasigurat). Solicitățile ambulanței în AMUP au avut o creștere rapidă în primii ani ai AOAM (de la circa 700 mii la peste 900 mii), în special datorită stimulării prestatorului prin metoda de plată per serviciu, ulterior, la atingerea numărului optim, metoda înlocuită cu plata per capita (Figura 17).

Figura 17. Numărul de solicitări în AMUP, mii, 2004-2022



Sursa: Rapoarte de activitate ale CNAM

În 2022, potrivit datelor CNAM⁷⁷, numărul total de solicitări efectuate a constituit 781,4 mii solicitări, dintre care pentru persoane asigurate – 663,5 mii (sau 85%), iar pentru persoane neasigurate – 118 mii (sau 15%). În perioada 2020-2022 se observă o scădere a numărului de solicitări, cu circa 80 de mii mai puțin anual decât în anii de până la pandemie.

Pentru contractare în 2022 a fost prevăzut un tarif „per capita” de 299,99 lei, fiind achitate pentru AMUP 1.063.178,8 mii lei, respectiv costul mediu al unei solicitări a fost de 1360,6 lei.

Pentru refugiații din Ucraina, în anul 2022, au fost prestate 8.110 de solicitări - cetățenilor refugiați în sumă de 10.651,3 mii lei; 789 solicitări - femeilor refugiate în sumă de 1.080,9 mii lei; 2.386 solicitări - acordate copiilor refugiați (0-18 ani) în sumă de 3.231,6 mii lei.

În același timp, există discrepanțe între datele raportate de prestatori către CNAM și către ANSP. Astfel, conform datelor ANSP, au fost efectuate în 2020 – 795,4 mii solicitări (cu 6,3 mii mai mult), în 2021 – 808,5 mii (cu 29,8 mii mai mult), iar în 2022 – 803 mii (cu 21,6 mii mai mult decât în

⁷⁷ Raport de activitate a CNAM pe anul 2022 (disponibil la: <http://www.cnam.md/?page=132&>)

evidența CNAM). Se face necesară o raportare uniformă pentru serviciile medicale.⁷⁸

Cât privește serviciul de AMUP, acesta a trecut prin reforme structurale, fiind redusă fragmentarea lui prin concentrarea în anul 2015 într-o singură entitate juridică – Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească (CNAMUP), având ca fondator MS. Din 2018 dispececeratul AMU este integrat în Serviciul național unic pentru apelurile de urgență 112.

5.6. Asistența medicală primară

Asistența medicală primară (AMP) acordată de medicul de familie și echipa sa reprezintă primul nivel al sistemului de sănătate la care persoana trebuie să se adreseze în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Volumul serviciilor prestate este prevăzut de Programul Unic.

Serviciile medicale de bază din AMP sunt descrise în Regulile de organizare a asistenței medicale primare⁷⁹ și includ:

- intervențiile de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale;
- asistența curentă a solicitărilor acute;
- monitorizarea bolilor cronice;
- supravegherea gravidelor și lăuzelor, supravegherea dezvoltării copiilor;
- prescrierea tratamentului medicamentos și a dispozitivelor medicale;
- îndreptarea pacienților, prin bilet de trimitere, la investigații de laborator și instrumentale, la consultația medicilor de altă specialitate decât cea de medicină de familie, la internare;
- prestarea serviciilor de prevenție precum: promovarea modului sănătos de viață, imunizări, depistarea activă a riscului de îmbolnăvire (screening), supravegherea medicală activă a persoanelor din grupele de risc, măsurile antiepidemice în focare și supravegherea contactilor; 8) prestarea serviciilor în cadrul programului individual de reabilitare și incluziune socială a persoanelor cu dizabilități;
- efectuarea controalelor medicale anuale și periodice;
- exercitarea activităților de suport.

Contractarea AMP de către CNAM este efectuată reieșind din numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate în sistemul informațional „Registrul persoanelor luate la evidență în instituția medico-sanitară, ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului AOAM”. Pentru prestarea AMP în anul 2022 au fost contractați 290 de prestatori de servicii medicale (293 în anul precedent 2021), dintre care 248 publici de diferit nivel (republican, municipal, raional și departamental) și 42 prestatori privați.⁸⁰

Volumul serviciilor oferite în AMP (vizitii la medicii de familie) pe parcursul anilor 2020-2022 a continuat trendul ascendent din perioada precedentă (2015-2019), fiind raportate în anul 2022 cu peste 1 milion de vizite mai mult decât în anul 2019. Această dinamică pozitivă este valabilă

⁷⁸ Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anii 2020-2022. ANSP (disponibil la: <https://ansp.md/>)

⁷⁹ Hotărârea Guvernului nr. 988/2018 pentru aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=109177&lang=ro)

⁸⁰ Rapoarte de activitate ale CNAM pe anii 2021 și 2022 (disponibile la: [http://www.cnam.md/?page=132&"\)](http://www.cnam.md/?page=132&)

atât pentru persoanele asigurate cât și cele neasigurate. Costul mediu al unei vizite s-a majorat cu 46% în 2022 față de 2019, de la 146,2 la 213,4 lei (*Tabelul 15*).

Tabelul 15. Numărul vizitelor la medicul de familie și costul unei vizite, 2019-2022

Indicatori	2019	2020	2021	2022
Cheltuieli anuale pentru AMP, fără med. comp., mii MDL	1.516,201,6	1.665.377,4	2.274,604,1	2 428 980,5
Vizite la medicul de familie, total, mii	10.368,5	10.293,4	11.742,9	11,382,7
<i>dintre care:</i>				
<i>vizite la medicul de familie ale persoanelor asigurate, mii</i>	<i>9.859,5</i>	<i>9.418,1</i>	<i>10.882,9</i>	<i>10.679,1</i>
<i>vizite la medicul de familie ale persoanelor neasigurate, mii</i>	<i>509,0</i>	<i>875,3</i>	<i>860,0</i>	<i>703,6</i>
Costul mediu al unei vizite, MDL	146,2	161,8	193,7	213,4

Sursa: Rapoartele CNAM de executare a fondurilor AOAM

Pentru refugiații din Ucraina, în anul 2022, au fost prestate în AMP 10.903 consultații/investigații - cetățenilor refugiați în sumă de 665,9 mii lei; 1 593 consultații/investigații - femeilor refugiate în sumă de 103,3 mii lei; 3 632 consultații/investigații - acordate copiilor refugiați (0-18 ani) în sumă de 259,6 mii lei.

Ca și în cazul numărului de servicii raportat pentru AMUP, există diferențe între numărul de vizite în AMP aflate în evidența CNAM și cele raportate către ANSP. Astfel rapoartele ANSP indică pentru anul 2020 – 10.353,1 mii vizite (cu 59,7 mii mai mult decât la CNAM), pentru 2021 – 11.798,6 mii (cu 55,7 mii mai mult), iar pentru 2022 – 11.353,5 mii (cu 29,2 mii mai puțin).⁸¹ Oricum, conform ambelor evidențe, chiar și pe perioada pandemiei de COVID-19, numărul de vizite la în AMP nu s-a diminuat, ba chiar a crescut simțitor în 2021-2022, ceea ce denotă o activitate continuă a medicilor de familie chiar și în perioade de urgență.

În pofida restricțiilor pandemice, marea majoritate a respondenților unui studiu realizat de Asociația Keystone în 2021⁸² afirmă că au accesat serviciile medicale primare în perioada pandemiei COVID-19. Ponderea persoanelor cu dizabilități (79%), a persoanelor cu diabet (85%), a persoanelor în îngrijire paliativă (86%) care au accesat serviciile medicului de familie este mai mare decât cea a populației generale (67%), fapt argumentat prin maladiile cronice și necesitatea de consultații mai frecvente și de prescripții pentru medicamentele compensate.

Rezultatele unui alt studiu⁸³ efectuat în 2021, au evidențiat în perioada pandemică diferențe dintre unitățile de AMP situate în zonele urbane, rurale și mixte. Aproape jumătate dintre instituțiile chestionate s-au confruntat cu limitări de acces în clădire sau infrastructură atunci când furnizează servicii în timpul pandemiei. 95% dintre respondenți au raportat o creștere a timpului petrecut oferind informații pacienților prin telefon, iar 88% au raportat o creștere a

⁸¹ Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anii 2020-2022. ANSP (disponibile la: <https://ansp.md/>)

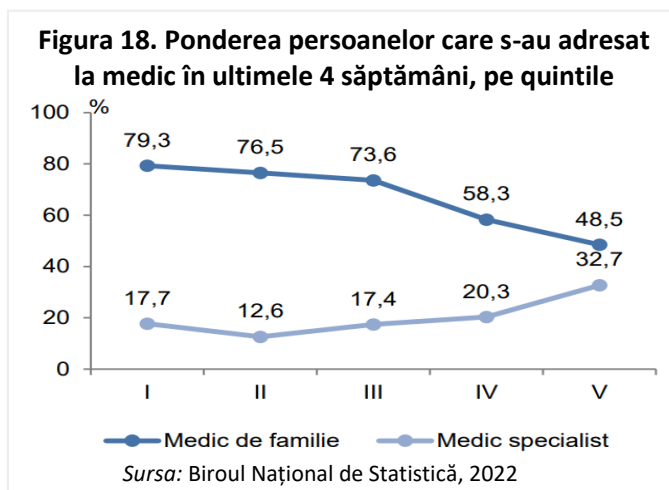
⁸² Accesul populației generale și al grupurilor vulnerabile la servicii de sănătate în perioada pandemică / Ludmila Malcoci, Natalia Cojocar, Sabina Cerbu ; Asociația Keystone Moldova. – Chișinău : Casa Editurii 11, 2021 (Print-Caro SRL)

⁸³ Delvento, G., Curteanu, A., Rotaru, C. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on primary health care practices and patient management in the Republic of Moldova - results from the PRICOV-19 survey. BMC Prim. Care 24 (Suppl 1), 221 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02116-3>

responsabilităților. Jumătate dintre respondenți au raportat dificultăți în furnizarea de îngrijiri de rutină pacienților cu afecțiuni cronice și o întârziere în căutarea tratamentului.

Conform datelor BNS⁸⁴, pe medii de reședință, se constată că, populația din mediul rural, mai des se adresează la medicul de familie (74,5% față de 52,3% în mediul urban), persoanele cu asigurare medicală într-o proporție mai mare apelează la serviciile medicului de familie (64,8%), comparativ cu persoanele neasigurate (54,1%). În funcție de sex, nu s-au înregistrat diferențe semnificative, ponderea bărbaților care au apelat la serviciile medicului de familie constituind 65,3% față de 63,2% la femei. După criteriul de vârstă, copiii de până la 18 ani și persoanele de 65 și peste ani s-au adresat preponderent la medicul de familie, decât la alți specialiști.

Nivelul de bunăstare influențează decizia persoanelor de a apela la AMP. Același studiu remarcă că ponderea adresărilor la medicul de familie scade odată cu creșterea nivelului de bunăstare, de la 79,3% în quintila I până la 48,5% în quintila V, pe când serviciile medicului specialist, dimpotrivă, sunt solicitate mai mult pe măsura creșterii nivelului de bunăstare (de la 17,7% pentru cei din quintila I, până la 32,7% pentru cei din quintila V) (Figura 18).



Dacă în 2019 în AMP erau aplicați indicatori de performanță (aferenți prevenirii, depistării precoce și supravegherii maladiilor cardiovasculare, diabetului zaharat și cancerului; depistării active a tuberculozei; supravegherii gravidelor; vaccinării copiilor) și putea fi analizat gradul lor de îndeplinire, atunci în perioada cercetată (2020-2022) executarea indicatorilor de performanță a fost suspendată, din motivul dificultăților survenite pe timp de pandemie.

În contextul AUDES, prestarea anumitor servicii de sănătate esențiale în AMP ar putea fi stimulată, prin reintroducerea unor indicatori de performanță, inclusiv prin aplicarea metodei de plată „per serviciu”, cu impact asupra prevenirii și tratamentului unor maladii prioritare.

5.7. Medicamente și dispozitive medicale compensate

Începând cu anul 2005, în pachetul de beneficii din sistemul AOAM a fost introdusă, în premieră, compensarea parțială sau integrală a costului medicamentelor în asistența medicală primară. Din 2022 sunt compensate și anumite dispozitive medicale.

Din anul 2019 a fost implementat proiectul „medicamente oferite gratuit” (parte a categoriei medicamente *parțial* compensate), astfel, pacienții au posibilitatea de a beneficia gratuit de cel puțin o denumire comercială din cadrul unei denumiri comune internaționale (DCI), incluse în categoria medicamentelor parțial compensate.

Urmare a modificărilor în Protocolul Național privind infecția COVID-19 și în ordinele comune ale

⁸⁴ Accesul populației la serviciile de sănătate: Rezultatele studiului de sănătate: Sinteză / Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Chișinău, 2022 (disponibil la: <https://statistica.gov.md>)

MSMPS și CNAM (15 decembrie 2020), s-au extins categoriile de pacienți tratați la domiciliu și a fost asigurat pachetul de medicamente compensate pentru tratament la domiciliu. În lista medicamentelor compensate au fost incluse 21 de DCI, iar toate persoanele indiferent de statutul asigurat/neasigurat pot beneficia de medicamente. Pentru copii compensarea este de 100%, pentru maturi 70%, totodată este asigurată compensarea integrală de 100% pentru cel puțin o denumire comercială din fiecare DCI.⁸⁵

În scopul sporirii accesului populației la medicamente compensate, în anul 2021 a fost modificată metodologia de calculare a sumelor fixe compensate. Aceasta prevede compensarea a 100% din prețul medianic al prețurilor cu amănuntul a denumirii comerciale prezente pe piață ce revin unei DCI din lista compensată și stabilirea unui singur plafon de compensare - „suma fixă compensată”. Acest mecanism permite pacientului să beneficieze de medicament din categoria „parțial compensate”, selectat în farmacie, cu o compensare de 100% din preț medianic, ceea ce presupune majorarea sumei compensate, respectiv diminuarea co-plăților din partea pacienților și asigurarea de minim 1-2 denumiri comerciale gratuite, conform dozei anumite din cadrul DCI.

Conform ultimului ordin comun al MS și CNAM⁸⁶, medicamentele pentru tratamentul de susținere (de durată) în condiții de ambulator sunt compensate *integral* (100% din orice preț cu amănuntul din farmacie) pentru: copiii de până la 18 ani (până în anul 2016 limita de vârstă era de 5 ani); gravide (pentru profilaxia și tratamentul anemiilor, profilaxia malformațiilor); persoanele cu boli cronice, precum: epilepsia, sindromul Parkinson, boli psihice (demență, tulburare afectivă bipolară, schizofrenie, epilepsie cu tulburări psihice), diabet zaharat (anumite medicamente), astm bronșic (Salbutamol), distrofia musculară Duchenne, epidermoliza buloasă, boli de sistem și autoimune, glaucom, miastenia gravis, mucoviscidoză, scleroză multiplă, maladii oncologice (Tamoxifenum).

Iar pentru persoanele cu boli cronice precum: depresie, demență, maladii respiratorii, astm bronșic, osteoporoză, maladii cardiovasculare, maladiile aparatului digestiv, boli endocrine, guta, diabet zaharat (anumite medicamente), psoriazis medicamentele sunt compensate *parțial*.

Începând cu luna octombrie 2016, persoanele asigurate au acces la tratamentul episodic cu medicamente compensate, acordat în sălile de proceduri, staționarele de zi ale instituțiilor medicale primare și/sau la domiciliu. În acest caz, medicamentele sunt compensate *integral* pentru copiii cu vârsta de 0-18 ani și *parțial* pentru adulți pentru următoarele maladii: pneumonia comunitară, bronșita cronică simplă și mucopurulentă cu exacerbare, BPCO cu exacerbare ușoară, astmul bronșic, exacerbare ușoară, hepatită cronică, fibroză și ciroză hepatică, pancreatită cronică, pancreatită reactivă la copii, gastrită, ulcerul gastric și ulcerul duodenal, scleroza multiplă, mielopatia, boala cerebrovasculară, encefalopatia mixtă cronică, artrită reumatoidă, artrită reactivă, artrită psoriazică, guta, dorsișii cu/sau fără radiculopatii, pielonefrită acută și cronică, diabet zaharat și complicațiile lui (neuropatia, nefropatia, angiopatia diabetică), infecția respiratorie virală acută la copii, bolile oncologice (durerea în cancer), boala

⁸⁵ Raport de activitate al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale pe anul 2020 (disponibil la <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/12/RAPORT-MSMPS-2020.pdf>)

⁸⁶ Ordinul MS și CNAM nr. 605/133 din 21 iunie 2022 cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=141129&lang=ro#)

de reflux gastro-esofagian, bronșita acută, infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19).

Cât privește dispozitivele medicale compensate, în ultimul ordin aprobat⁸⁷ sunt incluse teste pentru determinarea glicemiei și lanțete (compensare 100% din prețul medianic), ace pentru stilou injector de insulină (45-55% din mediană), seringi cu ac pentru insulină (60% din mediană), pentru pacienții stomizați: sisteme unice, pungi, flanșe adezive (50-100% din mediană).

Totodată, începând cu anul 2022, a fost implementat mecanismul de negociere a prețurilor la medicamente și dispozitive medicale compensate, mecanism ce a permis reducerea și plafonarea prețurilor cu amănuntul la 11 DCI de medicamente negociate și 16 modele de dispozitive medicale eliberate din farmaciile contractate de CNAM. Beneficiile pentru pacienți și fondurile AOAM, sunt următoarele: reducerea cheltuielilor pacienților pentru co-plățile medicamentelor costisitoare (cu cca 24% la Sitagliptinum și cca 11% la Dapagliflozinum per unitate de măsură); formarea economiilor (în 5 luni ale anului 2022) în fondurile AOAM de cca 3,2 mln lei la acoperirea cheltuielilor pentru analogii de insulină (integral compensate).⁸⁸

De remarcat că, în prezent, de medicamente și dispozitive medicale compensate (MDC) pot beneficia atât persoanele asigurate, cât și, într-o măsură mai mică, cele neasigurate. Astfel, pacienții neasigurați pot beneficia de:

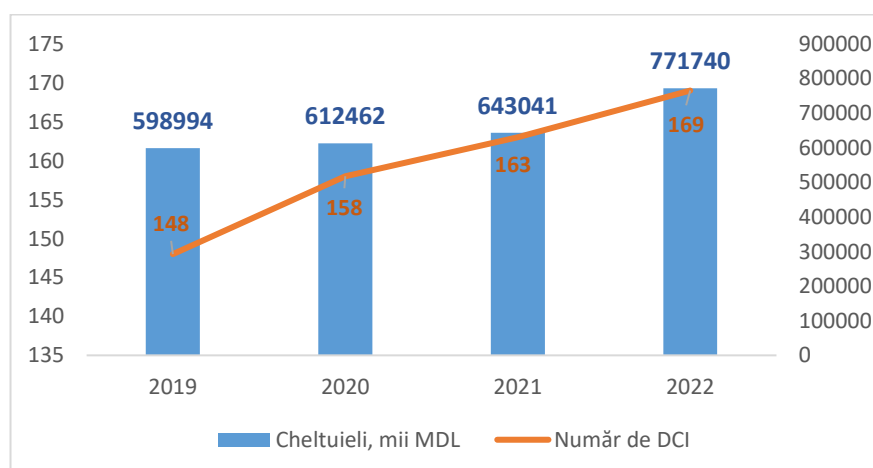
1. *medicamente compensate:*

- psihotrope;
- anticonvulsivante;
- antidiabetice integral compensate;
- medicamente destinate tratamentului COVID-19.

2. *dispozitive medicale compensate:*

- teste și lanțete pentru determinarea glicemiei;
- pungi colectoare pentru stome și urostome pentru pacienții oncologici.

Figura 19. Evoluția cheltuielilor efective ale fondurilor AOAM pentru medicamente compensate și a numărului de DCI, 2019-2022



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

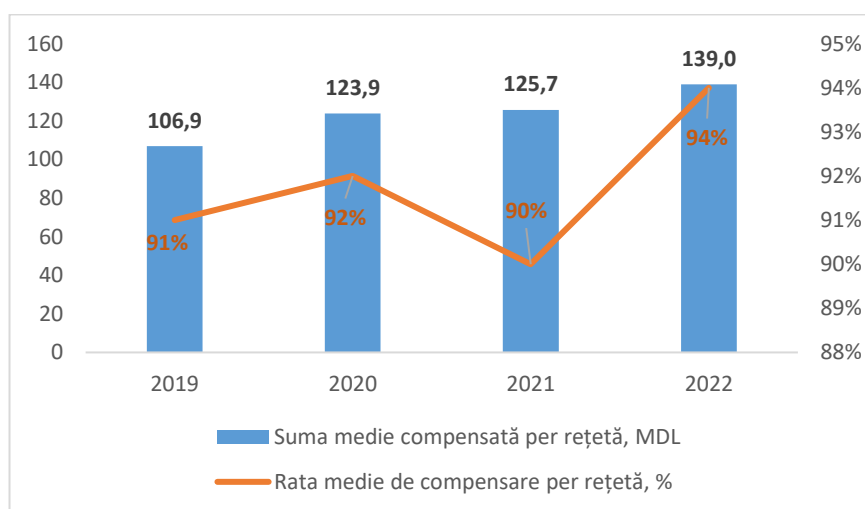
⁸⁷ Ordinul MS și CNAM nr. 605/133 din 21 iunie 2022 cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=141129&lang=ro#)

⁸⁸ Raport de activitate a CNAM pe anul 2022 (disponibile la: <http://www.cnam.md/?page=132&#>)

De la introducerea primei liste de medicamente compensate în 2005 până în prezent, alocațiile pentru MDC din fondurile CNAM s-au majorat constant, ajungând la 771,7 milioane lei cheltuieli efective în anul 2022, cu o creștere de 29% față de anul 2019. Majorarea se datorează atât creșterii numărului de beneficiari, ca rezultat a extinderii treptate a listei medicamentelor compensate de la 35 DCI în anul 2005 până la 169 DCI în anul 2022 (Figura 19), cât și creșterii sumei fixe și ratei de compensare.

Din perspectiva reducerii impactului asupra cheltuielilor private pentru sănătate, este important că, pe lângă extinderea listei de medicamente compensate (destul de redusă încă în prezent ca număr de DCI), să crească suma medie și rata de compensare. Astfel, această rată medie per rețetă s-a majorat de la 53% în anul 2007 până la 94% în anul 2022, iar suma medie compensată per rețetă de la 25 lei în anul 2007 la 139 lei în anul 2022 (Figura 20).

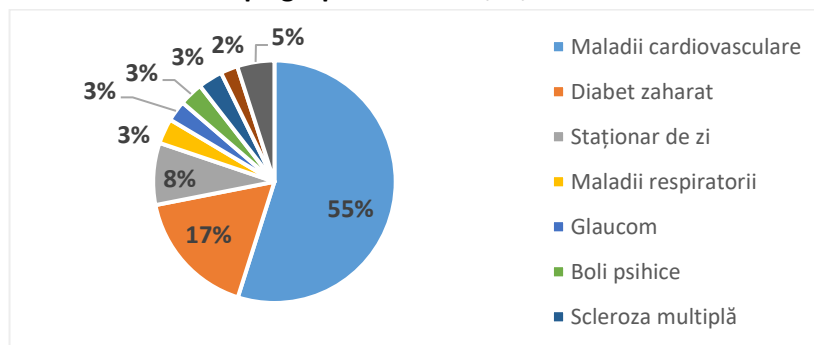
Figura 20. Suma medie și rata de compensare pentru o rețetă, 2019-2022



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

Urmare a analizei structurii cheltuielilor pentru medicamente compensate, în dependență de maladiile pentru care au fost prescrise rețete, constatăm că cea mai mare pondere a cheltuielilor în anul 2022 le revine preparatelor cardiovasculare (55%) și antidiabeticelor (17%). Ponderea pentru medicamente utilizate în tratamentul în cadrul staționarului de zi (tratament episodic) sunt mult mai mici (8%), în mare parte, fiind utilizate în tratamentul infecțiilor respiratorii virale acute, antitusive, antipiretice și antibiotice la copii cu vârste între 0 și 18 ani (Figura 21).

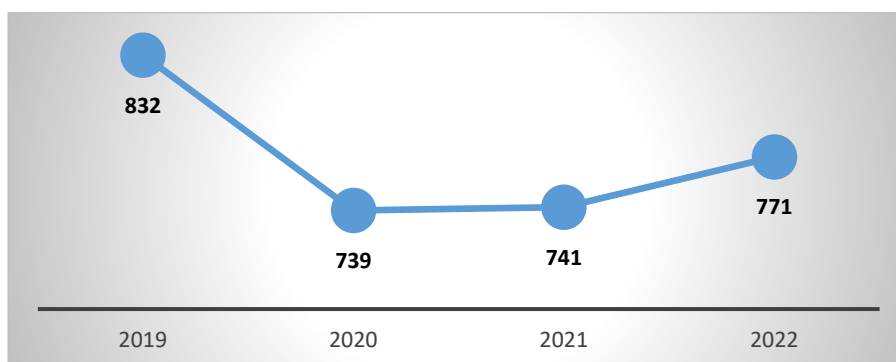
Figura 21. Structura cheltuielilor pentru medicamente compensate, pe grupe de maladii, %, 2022



Sursa: Raportul de activitate al CNAM, 2022

Respectiv, pe parcursul anului 2022, de medicamente compensate au beneficiat 771 mii persoane, cu o dinamică în creștere (+30 mii) față de anul 2021, dar încă neatingând nivelul anului 2019 (832 mii beneficiari) de până la pandemia de COVID-19 (Figura 22).

Figura 22. Numărul anual de beneficiari de medicamente compensate, mii, 2019-2022



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

În anul 2022, în afara medicamentelor compensate, din fondurile AOAM au fost finanțate *medicamente costisitoare* (cu destinație specială), achitate suplimentar costului cazului tratat în cadrul asistenței medicale spitalicești și specializate de ambulator, după cum urmează:

- medicamente costisitoare pentru tratamentul pacienților oncologici în valoare de 47.956,0 mii lei, inclusiv în AMSA - 14.399,0 mii lei și în AMS - 33.557,0 mii lei;
- Surfactantum pentru tratamentul etiologic al detresei respiratorii și Caffeinum citratum pentru tratamentul apneei la copii prematuri – 4.807,5 mii lei în AMS;
- Alteplasm pentru tratamentul accidentelor vasculare cerebrale – 1.021,5 mii lei în AMS;
- Imunoglobulina pentru tratamentul Miasteniei Gravis și Sindromul Guillain-Barre – 1.004,5 mii lei în AMS.

De asemenea, în anul 2022, în cadrul AMSA au fost finanțate dispozitive medicale:

- proteze cap/gât – 127,4 mii lei;
- pungii colectoare pentru stome/urostome – 905,2 mii lei (în primul semestru al anului 2022, până la implementarea sistemului de compensare a dispozitivelor medicale).

Gradul de informare privind medicamentele compensate este un factor care influențează accesul la medicamente. Conform BNS⁸⁹, 13,2% din populație nu cunoaște despre faptul că unele medicamente sunt compensate sau se acordă fără plată. Dintre persoanele care sunt informate, persoanele din mediul rural au beneficiat mai frecvent de medicamente compensate comparativ cu cele din mediul urban (30,3% față de 25,6%). În funcție de sexul respondentului, fiecare a treia femeie a beneficiat de medicamente compensate comparativ cu fiecare al patrulea bărbat.

Rezultatele studiului „Evoluția prețurilor de producător al medicamentelor esențiale indicate în tratamentul bolilor cronice (2011-2019)” denotă că mai multe medicamente nu sunt disponibile și s-au creat bariere de acces atât fizice, cât și economice pentru populație, ducând în final la o creștere a cheltuielilor de buzunar pentru sănătate în rândul populației.⁹⁰ După 10 ani

⁸⁹ Accesul populației la serviciile de sănătate: Rezultatele studiului de sănătate. Biroul Național de Statistică, 2022 (disponibil la: https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf)

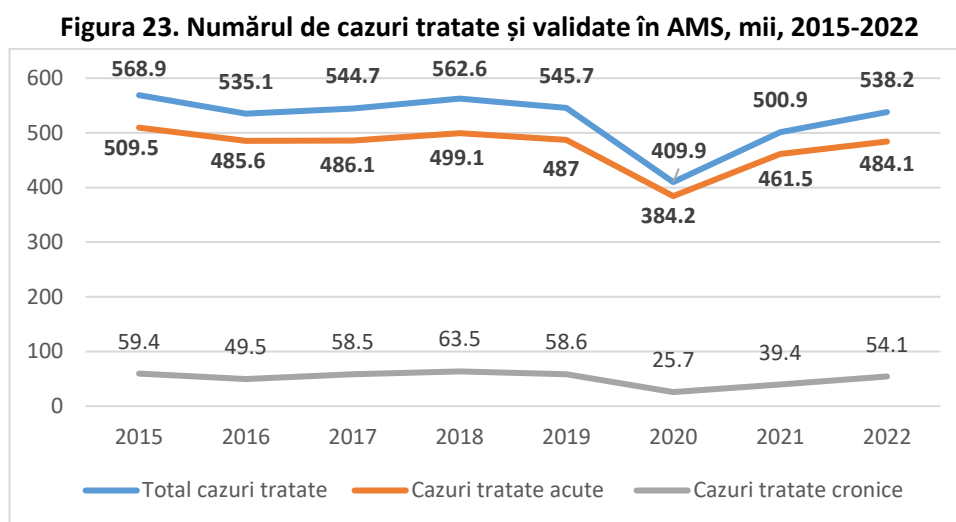
⁹⁰ Strategia Națională de Sănătate „Sănătatea 2030”, Hotărârea Guvernului nr.387/2023 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138493&lang=ro)

de la introducere în Republica Moldova, lista de medicamente esențiale a fost actualizată în 2021,⁹¹ corespunzător listei recomandate de OMS. Ultima ediție a Listei de medicamente esențiale a OMS (Ediția a 23-a din iulie 2023)⁹² conține 591 de denumiri de medicamente, de peste 3 ori mai multe decât sunt disponibile în lista de medicamente compensate din Republica Moldova. Pentru a asigura o protecție financiară adecvată a cetățenilor, extinderea listei de medicamente compensate trebuie să devină pentru moment prioritatea de bază, mai puțin alte completări ale pachetului de beneficii (Programul Unic).

5.8. Asistența medicală spitalicească (în particular cea chirurgicală programată)

După cum s-a văzut mai sus, asistența medicală spitalicească (AMS) este cel mai bine finanțat tip de asistență medicală, utilizându-se 52% din totalul fondului de bază al CNAM. Unitatea de măsură a activității spitalicești este cazul tratat: acute, cronice și cazuri de chirurgie de zi. Conform Criteriilor de contractare, cazurile cronice sunt cazurile prestate pe profilele geriatrie și reabilitare. Plata pentru cazurile tratate acute și cele din chirurgie de zi este efectuată în cadrul sistemului de plată DRG (Case-Mix), unde cazurile raportate acceptate pentru rambursare.

Exceptând descreșterea obiectivă din cauza pandemiei în anii 2020-2021, numărul total al cazurilor tratate în spitale, inclusiv a celor cronice și acute, conform datelor CNAM, rămâne aproximativ același în ultimii ani (Figura 23).



Sursa: Rapoartele de activitate ale CNAM

În condiții de pandemie, numărul total de cazuri tratate în 2020 a scăzut brusc până la 409,9 mii, comparativ cu 545,7 mii cazuri în 2019 (sau mai puțin cu o pătrime). Descreșterea numărului de cazuri a avut loc atât pentru cazurile tratate acute, cât și pentru cele cronice. Datele statistice ale ANSP confirmă, de asemenea, diminuarea în anul pandemic 2020, comparativ cu 2019, a nivelului de spitalizare cu 28% (de la 17,4 la 12,5 internări la 100 de locuitori), precum și a numărului de intervenții chirurgicale cu 22% (de la 193,5 mii în 2019 la 151,7 mii în 2020)⁹³.

⁹¹ Ordinul MS nr. 1033 din 11 noiembrie 2021 cu privire la aprobarea Listei Naționale a Medicamentelor Esențiale (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128625&lang=ro)

⁹² Web Annex A. World Health Organization Model List of Essential Medicines – 23rd List, 2023. In: The selection and use of essential medicines 2023: Executive summary of the report of the 24th WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 24 – 28 April 2023. Geneva: World Health Organization; 2023

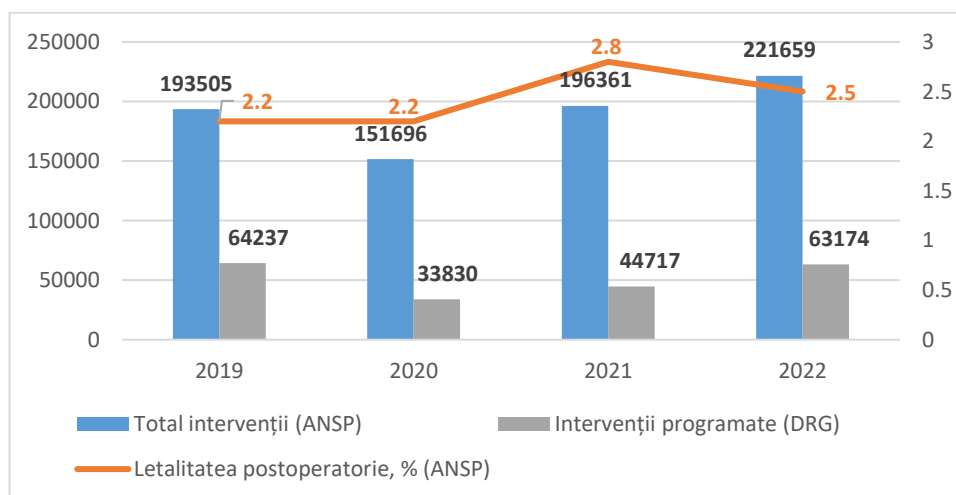
⁹³ Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Republica Moldova, anul 2020. ANSP, 2021 (<https://ansp.md/>)

Nivelul de spitalizare revine treptat la cifrele de până la pandemie, în 2022 avem deja aproximativ același număr de cazuri tratate, atât acute cât și cronice, ca în anul pre-pandemic 2019.

Trebuie menționat că pe perioada declarării de către Parlament a situației excepționale (17 martie - 15 mai 2020), internările programate au fost anulate, eforturile sistemului spitalicesc concentrându-se pe asigurarea serviciilor de sănătate esențiale, inclusiv a urgențelor medicale, serviciilor obstetricale și neonatologice, serviciilor critice – dializă medicală și a serviciilor critice în timp - oncologie, radio și chimioterapie⁹⁴.

În continuare vom analiza datele despre *AMS chirurgicală programată*, în particular a cazurilor din staționar, preponderent conform evidenței acestora în sistemul DRG al CNAM, dar și în statistica ANSP, pe perioada anilor 2019-2022. După cum putem observa, în anii pandemici 2020-2021, numărul intervențiilor chirurgicale programate a scăzut dramatic, cu peste 47% în 2020 față de 2019 (de la 64,2 mii la 33,8 mii intervenții), cu o revenire abia în 2022 la peste 63 mii de intervenții. Amânarea multor intervenții programate în anul 2020 a dus inevitabil la acutizări ulterioare și creșterea substanțială a letalității postoperatorii în anii următori (*Figura 24*).

Figura 24. Evoluția numărului de intervenții chirurgicale și a letalității postoperatorii, 2019-2022



Sursa: Date ANSP și din sistemul DRG al CNAM

Mai mult de jumătate din intervențiile chirurgicale programate sunt operate anual în spitalele de nivel republican. În 2020 a avut loc o înjumătățire a numărului de intervenții programate în toate instituțiile publice, doar cele private și-au păstrat activitatea (*Tabelul 16*).

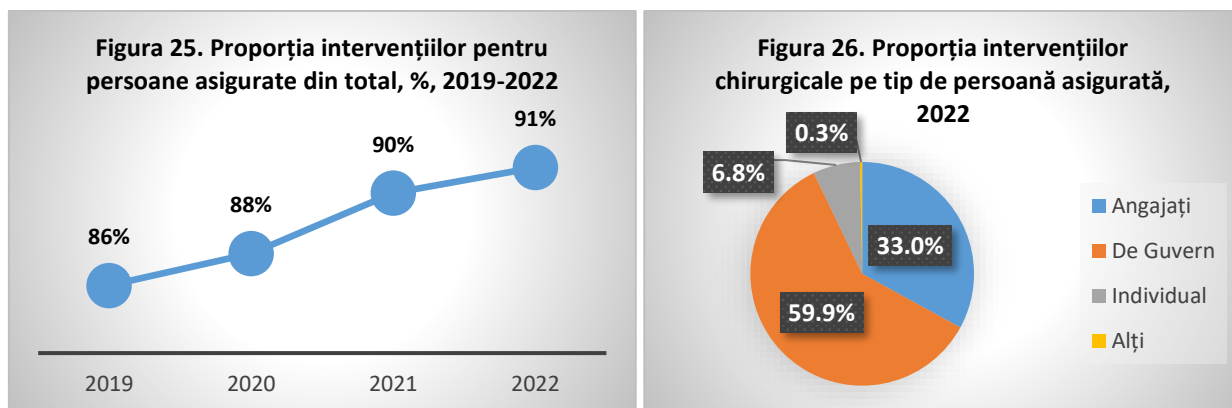
Tabelul 16. Numărul de cazuri chirurgicale programate pe nivele de instituții, 2019-2022

Anul	Republicane	Municipale	Raionale	Departamentale	Private
2019	39.958	11.915	8.746	491	3.127
2020	19.581	5.820	5.273	225	2.931
2021	25.346	7.984	6.838	420	4.129
2022	40.934	10.508	8.470	438	2.826

Sursa: Date din sistemul DRG al CNAM

⁹⁴ Ordinul MSMPs nr.264 din 13 martie 2020 „Cu privire la sistarea internărilor programate în Instituțiile medico-sanitare publice (disponibil la: <https://msmps.gov.md/legislatie/covid-19/ordine/>)

Pe parcursul a patru ani (2019-2022), de intervenții chirurgicale programate au beneficiat preponderent persoanele asigurate, proporția acestora în numărul total de beneficiari oscilând în intervalul 86-91% (Figura 25), ceea ce corespunde în principiu profilului de acoperire cu AOAM analizat anterior (a se vedea *subcapitolul 2.3*). Dintre beneficiarii asigurați, în 2022, 60% sunt din categoriile asigurate de Guvern, iar o treime (33%) sunt persoane asigurate angajate (Figura 26).



La o examinare mai detaliată a beneficiarilor asigurați, cumulativ pe 4 ani, observăm că dacă la celelalte categorii (angajați, pensionari, etc) se respectă proporția lor în numărul de persoane asigurate, atunci persoanele care se asigură în mod individual au beneficiat de circa 6% din cazurile chirurgicale programate, de peste 2 ori mai mult decât cota lor de 2,5% în numărul celor asigurați (Tabelul 17). Acest lucru poate arăta selecția adversă din partea celor ce se asigură individual, prima de asigurare fiind achitată cu prioritate de cei cu risc sporit de îmbolnăvire (potențial beneficiari de intervenții chirurgicale, de exemplu).

Tabelul 17. Top 10 categorii de beneficiari asigurați, cumulativ 2019-2022

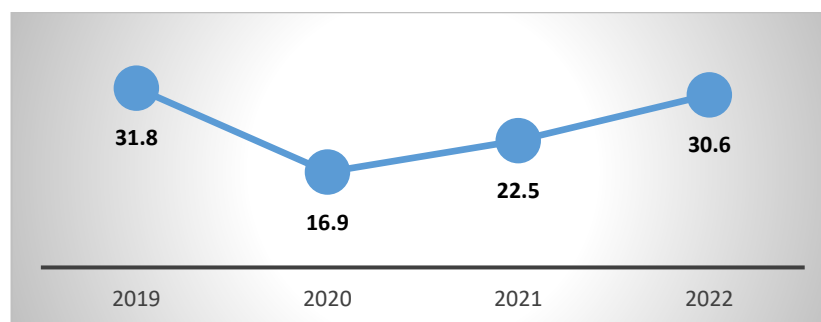
	Categorie persoană asigurată	Cazuri	%
1	Persoane angajate	66.758	32,6%
2	Pensionari	65.216	31,8%
3	Copii de vârstă preșcolară	16.884	8,2%
4	Persoane cu dizabilități	16.745	8,2%
5	Elevi	13.251	6,5%
6	Asigurați individual	11.606	5,7%
7	Gravide, parturiente și lăuze	4.187	2,0%
8	Proprietari de terenuri agricole	2.517	1,2%
9	Șomeri	1.609	0,8%
10	Studenti	1.328	0,7%

Raportate la populație, cazurile chirurgicale programate manifestă aceeași tendință de scădere în 2020 față de anul precedent, de la 31,8 cazuri la 1000 de populație în 2019 la 16,9 cazuri la 1000 de populație în 2020, revenind la peste 30 de cazuri abia în 2022 (Figura 27).

Însă, examinând distribuția acestora la nivel teritorial în anul 2022, găsim un decalaj mare dintre cazurile chirurgicale raportate la populația din diferite unități teritorial-administrative (Anexa nr.7). Astfel, pentru unele UAT numărul de cazuri programate la 1000 de populație este cu mult peste media de 30,6 cazuri (de exemplu, în raionul Leova este de 43,7, Nisporeni – 40,5 și în Telenești – 36,9 cazuri la 1000 de populație), pe când în altele mult sub medie (de exemplu,

Ocnița și Briceni – câte 19 cazuri la 1000 populație). În general, 10 teritorii cu cel mai mic număr de cazuri programate operate la 1000 populație sunt exclusiv din nordul RM, aspect ce necesită o analiză suplimentară.

Figura 27. Intervenții chirurgicale programate, la 1000 de populație, 2019-2022

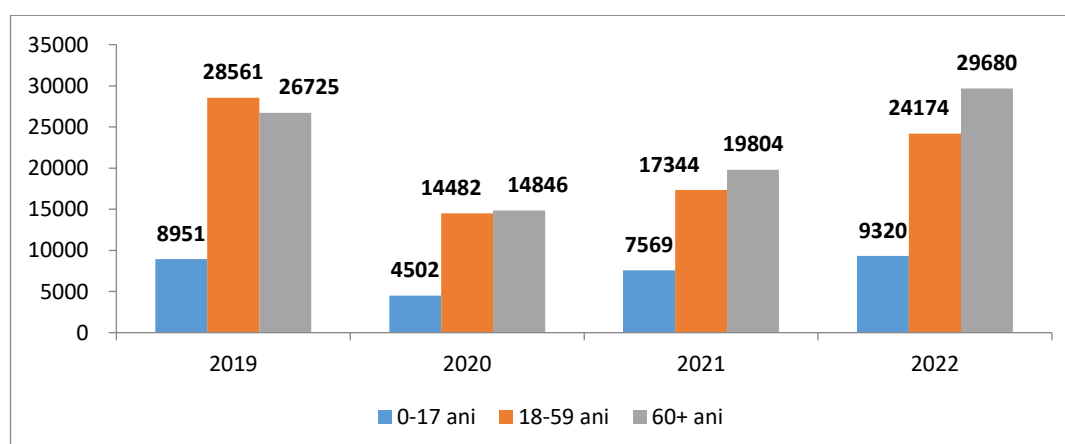


Sursa: Date din sistemul DRG al CNAM

Dacă, însă, examinăm anumite tipuri aparte de cazuri chirurgicale programate, atunci tabloul în aspect teritorial poate fi diferit. De exemplu, în privința operațiilor pentru cataractă, lider detașat este raionul Călărași, populația căruia a beneficiat în 2022 de 8,1 cazuri tratate la 1000 de populație, având capacități locale de intervenție (inclusiv prin specialiști invitați din Chișinău) și beneficiind și de acces programat la instituțiile republicane. În mun. Chișinău sunt 2,7 cazuri la 1000 populație. La coada clasamentului este raionul Florești, unde s-au înregistrat în același an doar 0,3 cazuri la 1000 de populație în sistemul DRG al CNAM, mulți pacienți beneficiind, de fapt, de intervenții achitate printr-un program de caritate finanțat din surse externe (*Anexa nr.8*).

Pe categorii de vârstă, intervențiile chirurgicale programate nu au avut o evoluție uniformă în patru ani (2019-2022). Dacă pentru copii (categoria 0-17 ani), cu toate fluctuațiile anuale, proporția cazurilor chirurgicale programate s-a păstrat în aproximativ aceeași parametri (14-15%), atunci pentru pacienții de vârstă medie (18-59 ani) proporția cazurilor tratate în total s-a diminuat anual, de la 44% în 2019 la 38% în 2022, iar pentru pacienții în vârstă (60+), dimpotrivă, proporția cazurilor a crescut de la 42% până la 47% în aceeași perioadă (*Figura 28*). Acest fapt corespunde evoluției demografice a populației, influențate de emigrație și îmbătrânire.

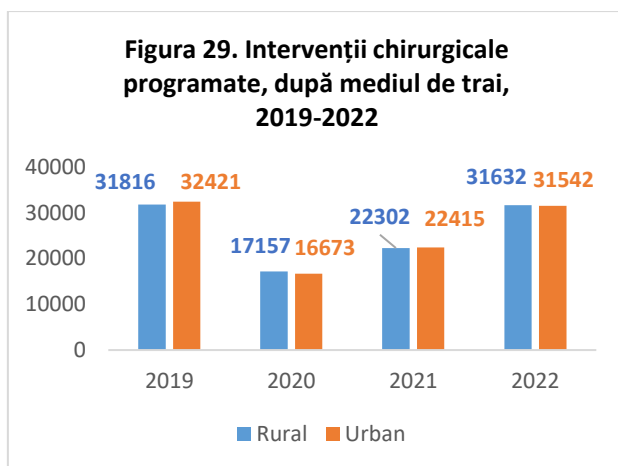
Figura 28. Intervenții chirurgicale programate, pe categorii de vârstă, 2019-2022



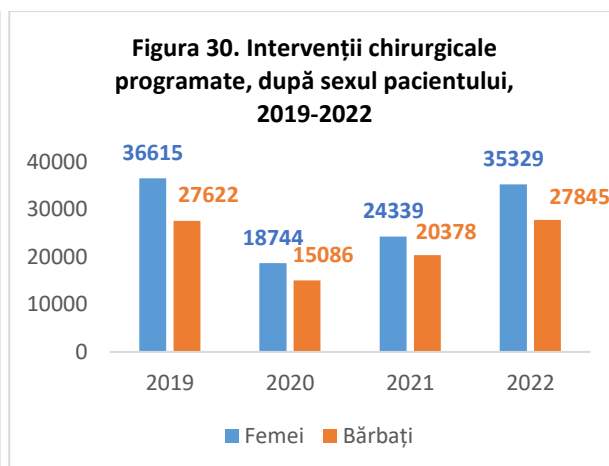
Sursa: Date din sistemul DRG al CNAM

În perioada de referință 2019-2022, după mediul de trai, numărul anual de intervenții chirurgicale

programate este aproximativ egal pentru mediul urban și cel rural (Figura 29), în timp ce după sexul pacienților, numărul de intervenții chirurgicale este în fiecare an mai mare pentru femei decât pentru bărbați (Figura 30), cu o diferență de aproximativ 25-30% dintre categorii.



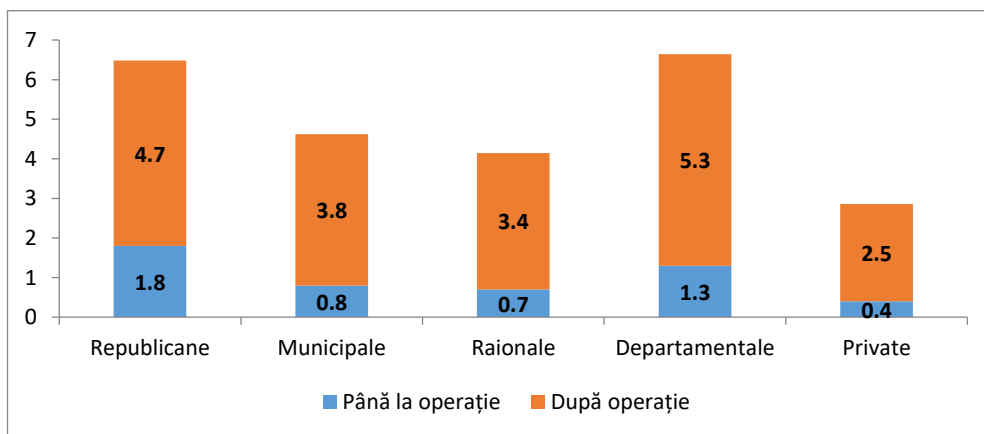
Sursa: Date din sistemul DRG al CNAM



Sursa: Date din sistemul DRG al CNAM

Durata medie de spitalizare (DMS) este folosită ca indicator al eficienței activității clinice. O ședere mai scurtă în spital reduce costurile internării și pacientul poate continua tratamentul post-spitalicesc în condiții de ambulatoriu mai puțin costisitoare. Cât privește DMS pentru cazurile chirurgicale programate în anul 2022, aceasta diferă în funcție de nivelul instituției spitalicești. Cea mai mare durată se înregistrează la instituțiile departamentale (6,6 zile) și la cele republicane (6,5 zile), iar cea mai mică DMS o avem în spitalele private (2,9 zile) (Figura 31).

Figura 31. Durata medie de spitalizare până și după operație, zile, 2022



Sursa: Date din sistemul DRG al CNAM

În DMS se includ două perioade, de până la operație și după ea. Pentru pacienții programați din timp, durata de ședere de până la operație trebuie să fie destul de scurtă, urmând a fi preluați pentru intervenție practic în aceeași zi, lucru observat la spitalele private, municipale și raionale. Cele mai ineficiente în acest sens sunt cele republicane și departamentale. Pentru perioada de după operație, s-ar putea ca după intervenții chirurgicale mai complexe, cum ar fi cazul spitalelor republicane, să avem o durată mai lungă, ceea ce nu poate fi explicat în cazul celor departamentale.

Dacă ne referim la nivelul de bunăstare al populației, constatăm că circa trei pătrimi din persoanele mai sărace (quintila I) au fost internate în spital de nivel raional (70,7% față de 18,0%

din persoanele din quintila V), mai frecvent în baza îndreptării medicului specialist (36,7%). Pentru persoanele mai bogate (quintila V) este caracteristică o pondere mai mare a cazurilor de internare în spitalele municipale (39,2% față de 3,3% din persoanele din quintila I), preponderent pe cazuri de urgență, transportați cu ambulanța (37,6%).⁹⁵

5.9. Servicii medicale de înaltă performanță (în particular investigațiile de RMN)

Lista serviciilor medicale de înaltă performanță (SIP) este expusă în anexa nr.5 la Programul Unic al AOAM⁹⁶, conținând circa 500 de servicii de diferit spectru. Trebuie menționat că în 2004 Programul Unic includea doar 70 de servicii de înaltă performanță, iar în 2008 lista SIP includea deja 430 de servicii. În prezent, compartimentul VII din anexa menționată, care se referă nemijlocit la imagistica prin rezonanța magnetică, cuprinde 78 de servicii (*Anexa nr.9*).

Pentru anul 2022 CNAM a achiziționat SIP de la 70 de prestatori, din care 39 privați, fiind achitate 250,8 milioane lei, cu 16,6 milioane (sau cu 7%) mai mult decât în anul precedent. Contractarea este „per serviciu”, fiind folosite tarifele aprobate prin HG sau negociate tarife mai mici în unele cazuri (a se vedea și *subcapitolul 4.4*). Cele mai solicitate servicii de SIP sunt prezentate în *Tabelul 18*. Marea majoritate a SIP au avut o diminuare ca număr de servicii prestate pe timp de pandemie COVID-19.

Tabelul 18. Cele mai solicitate servicii de înaltă performanță, 2019 – 2022

Denumire grup servicii	2019	2020	2021	2022
Tomografia computerizata	44 583	41 112	51 785	43 566
Ecocardiografie și metode de monitorizare	24 768	22 819	25 393	25 253
Investigații genetice (ARN, ADN, agenți patogeni în materialul biologic)	55 916	25 615	22 605	29 014
Rezonanța magnetică nucleară	16 419	17 898	21 128	19 885
Endoscopie de diagnostic	13 935	8 422	9 705	10 069
Scintigrafii	7 637	4 627	6 260	6 286
Mamografia glandei mamare	6 814	4 443	5 407	6 656
Angiografii	3 113	580	3 019	1 984
Coronarografie cu ventriculografie	530	511	681	1 352
Aortografie	330	101	104	119
Investigații anatomopatologice și citopatologice	-	11 249	18 037	18 394
Servicii de investigare și examinare molecular-genetice	-	215	352	473

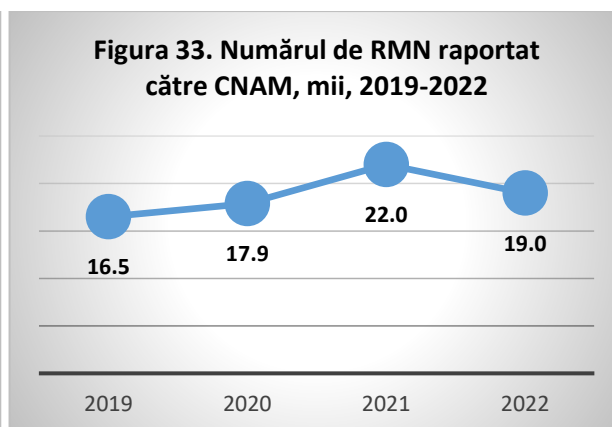
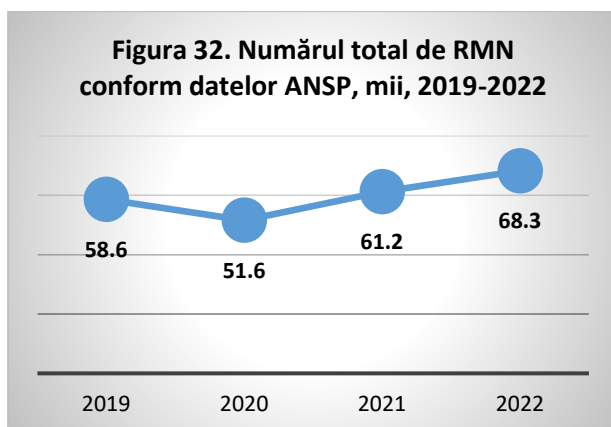
Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

Trebuie de avut în vedere că SIP achiziționate de CNAM sunt prestate pentru pacienți în condiții

⁹⁵ Accesul populației la serviciile de sănătate: Rezultatele studiului de sănătate. Biroul Național de Statistică, 2022 (disponibil la: https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2022.pdf)

⁹⁶ Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136680&lang=ro#)

de ambulatoriu, pe când numărul serviciilor din acest spectru poate fi prestat și pentru pacienții spitalizați sau contra plată în afara modalității de programare. De aceea, numărul de investigații RMN efectuate diferă în bazele de date ale ANSP și CNAM.



Astfel, numărul total de investigații RMN conform datelor ANSP (*Figura 32*) este de aproximativ 3 ori mai mare în fiecare an decât numărul de investigații de același tip din rapoartele CNAM (*Figura 33*). Această diferență poate fi explicată printr-un număr de RMN efectuate în condiții spitalicești pentru pacienții internați, dar mai denotă și o cerere neacoperită de servicii, care se prestează în afara listelor de așteptare.

Din numărul total de investigații RMN în cadrul SIP, marea majoritate (80-85%) sunt furnizate anual populației de către prestatorii privați. Lista prestatorilor contractați de CNAM în anii 2019-2022, precum și numărul de servicii RMN efectuate de aceștia, sunt arătate în *Tabelul 19*.

Tabelul 19. Numărul de servicii de RMN, pe prestatori, 2019-2022

Nr. d/o	Prestatori	Teritoriu	2019	2020	2021	2022
1	CRDM	Chișinău	2,686	3,068	3,271	3,147
2	IMU	Chișinău	796	315	800	501
3	INN „Diomid Gherman”	Chișinău	0	1,003	1,305	535
4	SRL Anamed-Centru	Comrat	0	0	230	304
5	SRL Balcombe	Chișinău	48	33	56	48
6	SRL Cardiomed	Chișinău	0	1	0	210
7	SRL CD German	Chișinău	240	317	1,131	461
8	SRL Euromed Diagnostic	Chișinău	1,804	2,828	2,688	2,285
9	SRL Imunotehnomed	Cahul	494	431	744	634
10	SRL Incomed	Bălți	1,682	1,046	1,338	1,513
11	SRL Magnamed	Chișinău	0	608	890	816
12	SRL Magnific Nord	Bălți	4,843	4,501	4,850	4,608
13	SRL ÎM Maximum-Magnum	Chișinău	3,173	3,174	3,619	3,535
14	SRL Medpark	Chișinău	741	566	593	195
15	SRL Medpharmconsult	Chișinău	0	0	382	136
16	SRL Andiendomed	Briceni	0	0	85	109
TOTAL			16,507	17,891	21,982	19,037

Sursa: Date furnizate de CNAM

Pentru anul 2022 serviciile de RMN au fost achiziționate de la 16 prestatori, dintre care 3 publici (Centrul Republican de Diagnosticare Medicală, Institutul de Medicină Urgentă și Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Diomid Gherman”), care au efectuat 23% din serviciile raportate. Totodată, prestatorii sunt localizați în mare parte în mun. Chișinău, unde pacienții trebuie să se prezinte pentru investigații, aici fiind efectuate 62% din acest tip de servicii. În regiunea Nord avem 3 prestatori (la Bălți și Briceni) cu 33% din investigații, iar în regiunea Sud – 2 prestatori (la Cahul și Comrat) cu doar 5% din servicii RMN raportate (Anexa nr.10), înregistrându-se o repartizare neuniformă.

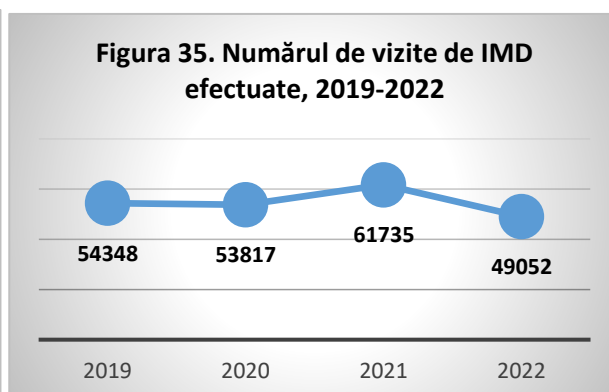
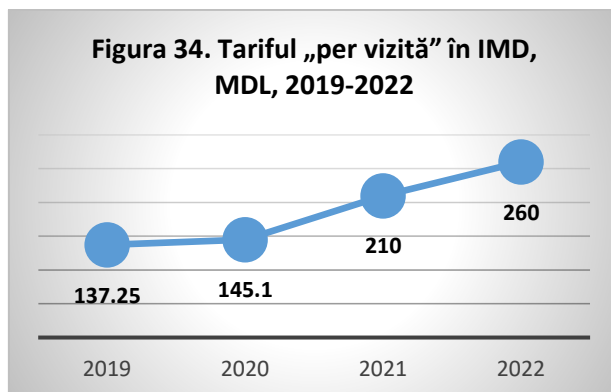
În același timp, datele ANSP pentru 2022 indică la fel o cifră mult mai mare de servicii de RMN prestate de furnizorii privați comparativ cu numărul de servicii raportate în cadrul contractelor cu CNAM, de 56 de mii în total față de circa 15 mii în condițiile SIP din AOAM.

O problemă aparte o constituie accesul deseori îngreunat la aceste servicii costisitoare, limitat de numărul contractat de servicii, capacitățile prestatorilor și localizarea teritorială a acestora. Cu toate că numărul de servicii de RMN a crescut de circa 10 ori din 2008 până în 2022 (de la 2 mii la peste 19 mii), cererea pentru din SIP rămâne destul de înaltă, iar durata mare de așteptare în contextul AOAM este semnalată și de organizațiile de apărare a drepturilor omului.

Consiliul pentru egalitate, de exemplu, menționează în mod repetat carențele în modalitatea de organizare a accesului populației la servicii medicale specializate de ambulator și cele de înaltă performanță, care dezavantajează persoanele asigurate. Aceste persoane, pentru a beneficia de serviciile necesare, trebuie să aștepte o perioadă mai îndelungată prin comparație cu persoanele care se adresează direct la medicul specialist, achită taxa pentru serviciile de care au nevoie și beneficiază de acestea într-un termen restrâns. Consiliul a concluzionat că faptele examinate reprezintă discriminare directă și a recomandat ca programările să se efectueze într-o listă comună, indiferent de statutul de asigurat sau neasigurat.⁹⁷

5.10. Îngrijiri medicale la domiciliu

La baza contractării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu (IMD) stă asigurarea accesului la servicii medicale persoanelor cu maladii cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) sau după intervenții chirurgicale cu complicații, conform recomandărilor medicului de familie și medicului specialist de profil.



⁹⁷ Raport general privind situația în domeniul prevenirii și combaterii discriminării în Republica Moldova în anul 2022. Consiliul pentru egalitate (disponibil la: <https://egalitate.md/wp-content/uploads/2021/01/raport-final-2022-rev-1.pdf>)

Pe parcursul anilor 2006-2008 serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu au fost prestate în cadrul AMP (cabinetelor de proceduri, staționar de zi și la domiciliu). Din 2009 până în prezent, serviciile de IMD sunt prevăzute ca tip de asistență medicală aparte. În anul 2022 de către CNAM au fost contractate servicii de IMD conform metodei „per vizită”, fiind utilizat tariful de 260 de lei, practic dublu comparativ cu tariful din 2019 (*Figura 34*). În același timp, numărul de vizite efectuate este în scădere în 2022 (*Figura 35*), până la puțin peste 49 mii de vizite, comparativ cu 54,3 mii în 2019.

Pentru anul 2022 nu au fost încheiate contracte cu unii prestatori din anii precedenți, urmare a evaluărilor efectuate de CNAM. Astfel, în 2021 s-au constatat⁹⁸ următoarele lacune:

- angajarea personalului pentru prestarea IMD cu derogări de la actele normative;
- raportarea eronată la CNAM a vizitelor efectuate de IMD;
- selectarea incorectă a pacienților pentru IMD – la programarea IMD nu se apreciază și nu se ține cont de gradul de dependență după cum prevăd actele normative;
- lipsa conlucrării cu sectorul AMP și AMSA în vederea programării și repartizării proporționale a volumului de servicii de IMD contractat.

Cu toate acestea, importanța sectorului asociativ în acordarea de îngrijiri în comunități nu poate fi trecută cu vederea. Cu excepția anului 2022, prestatorii privați acopereau cel puțin jumătate din vizitele de IMD. În 2022 organizațiile necomerciale (asociații obștești și fundații), întreprinderile și cabinetele individuale ale medicului de familie contractate au realizat deja mai puțin de o pătrime din toate vizitele (11,4 mii din totalul de 49 de mii) (*Tabelul 20*).

Tabelul 20. Numărul de vizite de IMD efectuate de prestatori privați, 2019-2022

Prestatorul	2019	2020	2021	2022
AO „Homecare”	736	893	893	904
FBF „Caritas Moldova”	1,598	1598	1704	1.954
AO „Medlife”	16,700	19417	20464	0
AO „Casmed”	1.252	1.320	2.636	2.880
SRL „Mediclas”	1.737	1.737	1.737	0
AO „Prosperare-Zubrești”	1.040	1.290	1.286	1.205
AO „Angelus Soroca”	1.201	1.159	1.189	1.257
AO „Aripele Sperantei”	1.818	1.416	1.540	1.725
Fundatia „Agapedia”	660	821	786	1.049
SRL „Vladeliza”	0	0	110	108
CIMF Stamatov Svetlana	0	0	51	0
SRL „Dac Slav Biznes”	0	0	0	343
TOTAL	26.742	29.651	32.396	11.425

Sursa: Date furnizate de CNAM

Având în vedere că nu toți prestatorii publici de AMP au contractate IMD în teritoriile deservite, iar prestatorii privați au capacități limitate de acoperire a populației, există o repartizare geografică neuniformă și o cerere neacoperită a serviciilor de IMD, ceea ce influențează acoperirea universală a lor. Mai ales că beneficiarii IMD sunt persoane care suferă de maladii

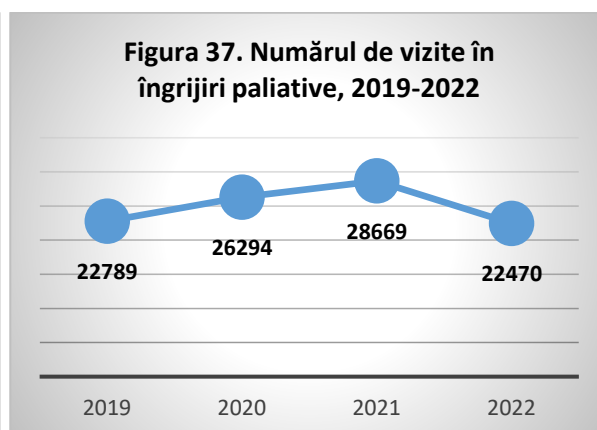
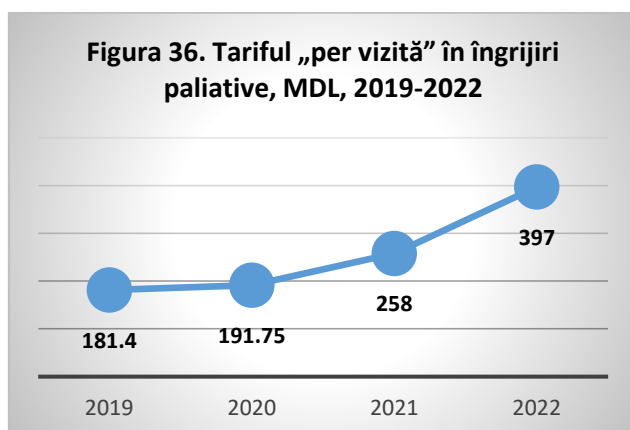
⁹⁸ Raportul de activitate al CNAM pe anul 2021 (<http://www.cnam.md/index.php?page=132&>)

cronice și/sau au suportat intervenții chirurgicale și pacienții geriatrici care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la un prestator de servicii. Spre exemplu, în 2022, în mun. Chișinău prestatorii publici acoperă doar 3 sectoare din 5 (AMT Buiucani, Ciocana și Râșcani) și doar o suburbie (Durlești). Iar zeci de prestatori publici de AMP din localități mari au renunțat în ultimii ani la efectuarea de IMD (de exemplu, CS Vatra și CS Durlești din mun. Chișinău, CS Vorniceni din r-l Strășeni, CS Ochiul Alb și Chetrosu din r-l Drochia, CS Vălcineț r-l Călărași, CS Grozești r-l Nisporeni, CS Ciuciuleni și Bujor din r-l Hâncești, CS Tavrdița r-l Taraclia și multe altele) (Anexa nr.11).

Evaluările auditului Curții de Conturi pe anul 2022 de asemenea constată că unele IMSP nu au acordat niciun serviciu de îngrijiri medicale la domiciliu, deși au fost contractate pentru a presta vizite asistate persoanelor din evidența instituției de AMP. Auditul a stabilit că CNAM a contractat aceste servicii în temeiul ofertelor depuse pentru prestarea serviciilor de IMD, menționând și o serie de exemple: CS Ciorescu (oferta de 200 de servicii), CS Ochiul Alb (oferta de 34 de servicii), CS Chetrosu (oferta de 45 de servicii), CS Sofia (oferta de 100 de servicii), CS Vălcineț (oferta de 70 de servicii), CS Ciuciuleni (oferta de 120 de servicii).⁹⁹

Drept urmare și suma anuală contractată de CNAM pe anul 2022 de 13,1 milioane MDL pentru IMD a fost executată cu peste 300 mii de lei mai puțin (12,8 milioane MDL). Această sumă este chiar mai mică decât suma executată în anul precedent 2021 (13 milioane MDL).

Până în anul 2022, în componența îngrijirilor medicale la domiciliu, conform Programului Unic, erau incluse și serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu, fiind stabilit că beneficiari de îngrijiri paliative sunt „pacienții de toate vârstele ce suferă de boli incurabile progresive cu prognostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni, exceptând copiii care au speranța de viață mai mare de 12 luni, cu suferință generată de simptome fizice incontrolabile, cu grave probleme de ordin psihoemoțional și/sau social, spiritual și/sau cu grad de dependență, precum și familiile acestora, pe toată perioada de îngrijire, inclusiv în perioada de doliu”.¹⁰⁰



Din anul 2022, serviciile de îngrijire paliativă au fost separate ca tip de asistență medicală care include: serviciile de îngrijire paliativă prestate în condiții de spital (hospice) și serviciile de

⁹⁹ Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023 cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022

¹⁰⁰ Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007 (disponibil la: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136680&lang=ro#)

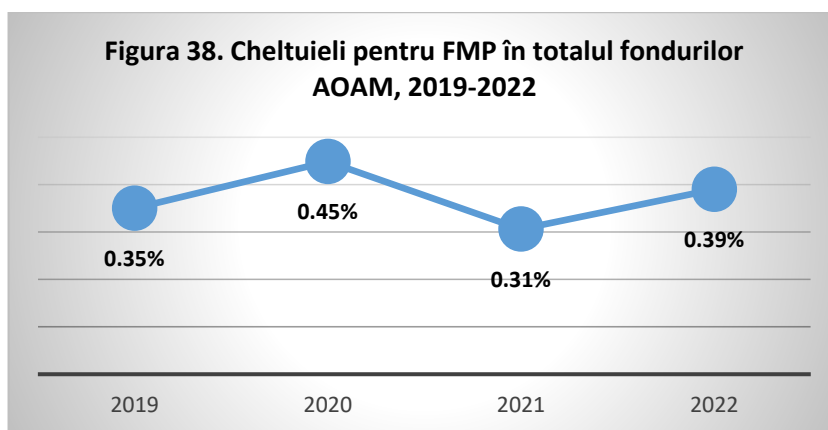
îngrijire paliativă prestate la domiciliu de echipa mobilă. Vom examina în continuare doar serviciile prestate de echipa mobilă, care au fost acordate persoanelor asigurate cu un anumit nivel de dependență fizică și o capacitate limitată de a se deplasa.

Serviciile date au fost contractate în 2022 de la 8 prestatori privați. Costul unei vizite de îngrijiri paliative, prestate de echipa mobilă, a constituit 397 lei în 2022, mai mult decât dublu față de anul 2019 (181,4 lei) (Figura 36). Pe parcursul anului 2022 au fost efectuate 22,5 mii vizite, cu peste 6 mii vizite mai puțin comparativ cu anul 2021 și la aproximativ același nivel ca în 2019 (Figura 37).

Similar IMD, numărul de vizite a echipelor mobile pentru îngrijiri paliative a fost în scădere în 2022 față de anii precedenți, fiind de asemenea contractate mai puține cazuri în legătură cu modificarea listei de prestatori. Un prestator cu circa 25% din totalul vizitelor efectuate în 2021 (AO Medlife) nu a mai fost contractat, iar apariția unui nou prestator (AO Casmed) nu a compensat deplin diminuarea numărului de vizite. Mai mult, o serie de vizite au fost invalidate de CNAM urmare a evaluărilor efectuate, în mare parte pe motiv de acordare a serviciilor fără respectarea cadrului de echipă multidisciplinară, conform actelor normative (de exemplu, în cazul AO Gloria, AO Prosperare Zubrești, AO Medlife)¹⁰¹ (a se vedea și secțiunea 5.4).

5.11. Profilaxia bolilor, promovarea sănătății și educația pentru sănătate

Măsurile de profilaxie sunt esențiale pentru prevenirea bolilor și menținerea sănătății. Ele includ o gamă largă de acțiuni, de la igiena personală regulată până la vaccinare și promovarea unui stil de viață sănătos. Prevenirea este întotdeauna mai ieftină decât tratarea bolilor. Investiția în măsuri de profilaxie poate ajuta la reducerea costurilor asociate cu tratamentul și gestionarea bolilor. În contextul acestui capitol vom examina doar activitățile efectuate din sursele fondului de profilaxie al CNAM, fără a face referință la activitățile realizate de ANSP sau în contextul unor tipuri de asistență medicală.



Sursa: Calculat în baza Legilor fondurilor AOAM pe anii 2019-2022

În versiunea anului 2004, Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor AOAM¹⁰² prevedea că din veniturile încasate la contul unic al CNAM pe parcursul

¹⁰¹ Rapoarte privind rezultatele evaluărilor tematice ale CNAM pe anul 2022 (disponibil la: <https://date.cnam.md/rapoarte-privind-rezultatele-evaluarilor-tematice/>)

¹⁰² Hotărârea Guvernului nr. 594 din 14 mai 2002 despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor AOAM (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134196&lang=ro#)

anului 2% se repartizează în fondul măsurilor de profilaxie (FMP). În prezent, regulamentul prevede o cotă fixă de 1% pentru acest fond. Chiar și așa, în perioada de referință (2019-2022), ponderea cheltuielilor destinate FMP în totalul cheltuielilor precizate ale fondurilor AOAM nu a depășit 0,45% (Figura 38).

Regulamentul menționat prevede că mijloacele financiare, acumulate în fondul măsurilor de profilaxie al CNAM, se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor legate preponderent de:

- realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire, inclusiv prin imunizări și alte metode de profilaxie primară și secundară;
- efectuarea examinărilor profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor;
- finanțarea manifestărilor și activităților cu menirea de a promova un mod de viață sănătos;
- achiziționarea, în baza hotărârii de Guvern, Comisiei naționale extraordinare de sănătate publică, a dispozitivelor medicale, echipamentului, medicamentelor și consumabilelor pentru realizarea măsurilor de reducere a riscului de îmbolnăvire și de tratament în caz de urgențe de sănătate publică;
- alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare în bază de proiecte, conform regulamentului aprobat de MS și CNAM.

Întru executarea HG de mai sus, a fost aprobat Regulamentul cu privire la modalitatea de finanțare din FMP în bază de proiecte a activităților de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire și instituit un Consiliu coordonator pentru stabilirea priorităților de utilizare a mijloacelor financiare respective.¹⁰³ Din componența Consiliului fac parte 5 reprezentanți ai MS și 2 reprezentanți ai CNAM.

Pentru anul 2022, prin ordin comun al MS și CNAM¹⁰⁴, au fost stabilite prioritățile, fiind totodată repartizate estimativ sursele planificate pentru FMP în legea anuală a fondurilor AOAM, după cum este arătat la *Tabelul 21*.

Tabelul 21. Prioritățile de utilizare a FMP pentru anul 2022

Nr. d/o	Prioritățile planificate	Costul estimativ (MDL)
I. Realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire, inclusiv prin imunizări și alte metode de profilaxie primară și secundară		
1.1.	Finanțarea achiziționării vaccinului antirabic concentrat liofilizat	1.125.638,4
1.2.	Finanțarea achiziționării imunglobulinei antirabice	44.067,0
1.3.	Finanțarea achiziționării vaccinului antigripal	25.000.000,0
II. Activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțarea în		

¹⁰³ Ordin comun al MS și CNAM nr. 286/154 din 11 aprilie 2017 cu privire la instituirea Consiliului coordonator pentru stabilirea priorităților de utilizare a mijloacelor financiare din fondul măsurilor de profilaxie al CNAM pentru activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire finanțate în bază de proiecte și aprobarea Regulamentului privind modalitatea de finanțare din fondul măsurilor de profilaxie în bază de proiecte a activităților de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire

¹⁰⁴ Ordin comun al MS și CNAM nr.1249/362-A din 31.12.2021 „Despre aprobarea priorităților de utilizare a mijloacelor financiare din fondul măsurilor de profilaxie aferente implementării programelor naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății pentru anul 2022”

Nr. d/o	Prioritățile planificate	Costul estimativ (MDL)
bază de proiecte		
2.1.	Realizarea proiectelor de prevenire a transmiterii HIV și infecțiilor cu transmitere sexuală, în special în rândul grupurilor de risc	2.000.000,0
2.2.	Implementarea proiectelor de reducere a riscurilor condiționate de consumul de droguri injectabile	2.000.000,0
2.3.	Realizarea proiectelor de profilaxie TB în rândul populațiilor cheie afectate și creșterea complianței la tratament TB DS și TB MDR	1.800.000,0
2.4.	Prevenirea riscului de îmbolnăvire cauzat de consumul de alcool și tutun	1.500.000,0
2.5.	Prevenirea riscului consumului de droguri	1.500.000,0
2.6.	Eliminarea factorilor de risc prin implementarea proiectelor de modificare comportamentală cu referire la promovare unui mod de viață sănătos	5.000.000,0
III. Efectuarea examinărilor profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor		
3.1.	Asigurarea examinării persoanelor din grupurile cu risc și vigilență sporită pentru TB în localități, utilizând instalațiile radiologice mobile cu introducerea inteligenței artificiale medicale	1.517.000,0
3.2.	Asigurarea accesului persoanelor de sex feminin la diagnosticul precoce al cancerului mamar cu sporirea ratei de depistare precoce a acestuia	2.498.560,0
3.3.	Asigurarea accesului populației incluse în grupul de risc pe criteriul anamnezei familiare negative la screening-ul cancerului colorectal	2.000.000,0
3.4.	Asigurarea accesului copiilor din localitățile rurale la servicii medicale stomatologice	2.514.734,6
3.5.	Prevenirea cecității evitabile (orbire) la pacienții cu diabet zaharat	500.000,0
IV. Realizarea măsurilor de reducere a riscurilor condiționate de urgențele de sănătate publică		
4.1.	Reducere a riscurilor condiționate de urgențele de sănătate publică (COVID-19)	1.000.000,0
TOTAL		50.000.000,0

În acest context, remarcăm faptul că, deși Consiliul coordonator, conform actelor normative aprobate, are rolul de stabilire a priorităților doar pentru activitățile de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțarea în bază de proiecte (compartimentul II din Tabelul 21), în realitate acesta își extinde activitatea peste alte domenii, inclusiv cu repartizare detaliată a mijloacelor financiare, ceea ce se substituie obligațiilor legale ale CNAM și autonomiei acesteia. Mai ales că nu e clar cum pot fi stabilite sume detaliate fără a fi efectuată încă procedura de achiziții publice (a se vedea de exemplu compartimentul I din tabel). Totodată, observăm că activitățile de promovare a sănătății și educația pentru sănătate nu sunt printre priorități.

Ulterior, prin ordinul CNAM este formată Comisia specializată de selectare și evaluare a proiectelor finanțate din fondul măsurilor de profilaxie (5 reprezentanți a CNAM și 2 reprezentanți ai MS, fără drept de vot).¹⁰⁵ Comisia examinează propunerile pentru finanțare și aprobă în baza priorităților stabilite de Consiliul coordonator, cu votul majorității membrilor prezenți, lista proiectelor selectate, precum și valoarea suportului financiar nerambursabil pentru fiecare proiect în parte, în limitele alocațiilor prevăzute în acest scop în anul financiar următor.

Tabelul 22. Gradul de realizare a FMP din suma planificată, 2019-2022, %

Anul	Suma planificată, precizată în fondurile AOAM, mii MDL	Suma realizată, mii MDL	Procentul de realizare, %
2022	50.000,0	36.843,7	73,7%
2021	36.300,0	19.592,3	54,0%
2020	40.000,0	25.301,8	63,3%
2019	27.000,0	21.986,0	81,4%

Sursa: Rapoartele de activitate ale CNAM

Analizând gradul de utilizare a mijloacelor planificate în FMP în anii 2019-2022, se observă că procentul de realizare oscilează între 54% (în 2021) și 81,4% (în 2019) (Tabelul 22). În secțiune pe tipuri de activități, cheltuielile din FMP la fel nu au fost uniforme (Tabelul 23).

Tabelul 23. Cheltuieli din FMP, pe tipuri de activități, mii MDL, 2019-2022

Activități	2019	2020	2021	2022
Reducerea riscurilor de îmbolnăvire, inclusive vaccinuri	13.571,0	15.674,6	8.413,0	25.197,5
Examinări profilactice (screening)	7.330,0	1.125,2	4.437,8	7.733,5
Promovarea modului sănătos de viață	1,2	0	0	0
Urgențe de sănătate publică	0	7.004,2	0	0
Proiecte de profilaxie	1.083,8	1.497,8	6.741,5	3.912,7
TOTAL	21.986,0	25.301,8	19.592,3	36.843,7

Sursa: Rapoartele de activitate ale CNAM

De exemplu, în Raportul de activitate al CNAM pe anul 2020 se menționează că, în legătură cu situația pandemică din țară, mijloacele financiare ale FMP, aprobate inițial pentru promovarea modului sănătos de viață, au fost realocate pentru măsuri de prevenire și combatere a infecției cu COVID-19. Însă nici în anii ulterioari activitățile de promovare a modului sănătos de viață nu au mai fost finanțate. Dacă pentru activitățile de promovare a sănătății și educația pentru sănătate în 2015 s-au alocat total 9507,3 mii lei, ceea ce a constituit 74% din sumele FMP executate în anul respectiv, atunci, ulterior, sumele alocate au fost în descreștere semnificativă, așa ca în anii 2020-2022 nu au fost alocate surse pentru aceste activități.

Un alt moment ține de posibila suprapunere a unor activități finanțate din FMP cu activități

¹⁰⁵ Ordinul CNAM nr.22-A din 30 ianuarie 2023 „Cu privire la instituirea comisiei specializate de selectare și evaluare a proiectelor finanțate din fondul măsurilor de profilaxie”

acoperite de din fondul bază al CNAM. Astfel, Curtea de Conturi a constatat că, în raioanele unde și-a desfășurat activitatea echipa mobilă a Policlinicii Stomatologice Republicane (finanțată din fondul de profilaxie), 60% din copiii examinați au beneficiat de aceleași servicii prestate de centrele stomatologice raionale, contractate din fondul de bază.¹⁰⁶ În așa mod are loc o utilizare ineficientă a unor resurse din fondurile AOAM.

¹⁰⁶ Hotărârea Curții de Conturi nr. 23 din 29 mai 2023 cu privire la Raportul auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2022

Capitolul VI. ANALIZA IMPLEMENTĂRII RECOMANDĂRILOR ANTERIOARE

Studiul anterior „Analiza Programului Unic al AOAM din perspectiva distribuției și a utilizării structurale”¹⁰⁷, efectuat pentru perioada 2015-2019, reieșind din cercetarea realizată, a venit cu o listă de recomandări practice, divizate în 3 compartimente, pe termen scurt, mediu și lung. La acest capitol vom analiza gradul de implementare a recomandărilor, în special a celor pe termen scurt și mediu, în perioada analizată 2020-2022.

6.1. Recomandările pe termen scurt

Recomandarea	Implementare
Revizuirea formulei de calcul și cadrului legal a transferurilor de la bugetul de stat, pentru asigurarea de către Guvern a unor categorii de persoane, prin excluderea cotei procentuale și asigurarea minimului garantat de stat, cu stabilirea indicatorilor măsurabili, reieșind din mărimea primei de AOAM, prevăzută prin lege, și numărul de persoane asigurate de către Guvern.	<i>Nu este implementată.</i> Formula de transferuri din Bugetul de Stat către fondurile AOAM nu a fost modificată. Însă, reieșind din condițiile create de criza pandemică din anii 2020-2021 și de criza economică și cea a refugiaților în urma acțiunilor militare din Ucraina, chiar a fost nevoie de derogări de la cadrul legal existent, cu creșterea ponderii transferurilor de la bugetul de stat.
Elaborarea unei metodologii de monitorizare, evaluare și analiză a necesităților reale ale populației în servicii medicale și farmaceutice și raportate la capacitățile sistemului de sănătate, cu setarea unor indicatori de performanță sau eficiență, căror trebuie să le corespundă prestatorii de servicii medicale, aprobată de Guvern.	<i>Implementată parțial.</i> Există o dinamică de dezvoltare a capacității sistemelor informaționale ale CNAM de monitorizare și evaluare a unor servicii (de exemplu, cazurile tratate în baza de DRG, SIP, MDC), în scopul evidențierii aspectelor de eficiență a prestatorilor și acoperirii necesităților reale ale populației. Totodată, nu este o metodologie aprobată de evaluare a necesităților populației.
Reexaminarea și sistematizarea actelor normative din sistemul de sănătate, care reglementează activitatea prestatorilor de servicii medicale. Uniformizarea de raportare a serviciilor medicale, prestate de prestatorii publici și privați (pentru serviciile de înaltă performanță; RMN; serviciile de îngrijiri la domiciliu, ș.a.).	<i>Implementată parțial.</i> Au fost efectuate mai multe modificări în legislație (legi, HG, ordine) care reglementează activitatea prestatorilor – de exemplu, în privința prestatorilor de AMP, celor de IMD și IP, furnizorilor de MDC. Factorii de decizie recunosc, totodată, necesitatea stringentă a uniformizării rapoartelor prezentate diferitor instituții (MS; CNAM; ANSP, BNS), precum și a normativelor pentru prestatori (în speță Ordinul MS nr.100/2008).

¹⁰⁷ <https://tratatbine.md/raport-de-analiza-a-programului-unic-al-aoam/>

Recomandarea	Implementare
<p>Elaborarea criteriilor aferente delimitării activităților profilactice, finanțate de fondul măsurilor de profilaxie de cele finanțate din fondul de bază, pentru a exclude dublarea finanțării, pentru activitățile de profilaxie, efectuate de către AMP, cu raportarea realizării indicatorilor aferenți subprogramelor bugetare.</p>	<p>Nu este implementată.</p> <p>Din discuțiile cu factorii de decizie, se consideră destul de problematică această delimitare, or activități profilactice (primare, secundare, terțiare) sunt efectuate practic la toate nivelele de asistență medicală, nu numai în AMP. Există, însă, angajamentul de prioritizare a cheltuielilor din fondul de profilaxie al CNAM, care nu se suprapun cu activitatea curentă a prestatorilor (de imunizare, screening mobil, etc.). Totodată, nu există o planificare pe termen mediu și lung (doar anuală) a activităților finanțate din FMP.</p>
<p>Asigurarea planificării conforme a mijloacelor pentru fondul măsurilor de profilaxie, precum și utilizarea acestora, și elaborarea unui Plan de acțiuni concret, în vederea atingerii obiectivelor fondului măsurilor de profilaxie, orientat spre reducerea morbidității populației.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Gradul de utilizare a mijloacelor planificate din fondul de profilaxie al CNAM este în atenția constantă a factorilor de decizie și control. Spre exemplu, dacă în anul 2021 a fost valorificată doar 54% din suma planificată, atunci în anul 2022 utilizarea a crescut la 68,4%. În același timp, nu este un plan de monitorizare și evaluare a rezultatelor obținute de reducere a morbidității populației.</p>
<p>Elaborarea cadrului legislativ, care ar reglementa distribuția FAOM între instituțiile contractate nu doar după repartizarea pe tipuri de asistență medicală oferită, dar și după volumul și modul de virare a mijloacelor financiare instituțiilor medico-sanitare, pentru serviciile medicale prestate persoanelor în cadrul AOAM, încheiate între CNAM și instituțiile medico-sanitare.</p>	<p>Implementată.</p> <p>În general, cadrul normativ necesar redistribuirii mijloacelor financiare între prestatorii de servicii contractați de CNAM este în vigoare (legea AOAM nr.1585/1998, legile anuale ale fondurilor AOAM, Programul Unic, criteriile de contractare anuale, etc). Pe parcursul anului, prin intermediul acordurilor adiționale, sunt redistribuite mijloace din fondul de bază, reieșind din volumul realizat de servicii, modificări structurale, controale efectuate etc. Suplimentar poate fi utilizat și fondul de rezervă în acest scop. În pandemie sau pentru a susține refugiații din Ucraina au fost aprobate decizii ale Comisiei Naționale pentru Situații Excepționale.</p>
<p>Elaborarea și aprobarea de către Guvern a unor criterii și instrumente de distribuție a mijloacelor FAOM între instituțiile selectate în sistemul AOAM, în baza necesităților reale ale populației.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Prin modificările operate în 2023, Legea 1585/1998 cu privire la AOAM a inclus (la art.13) criterii suplimentare de selecție a prestatorilor pentru încadrarea lor în sistemul AOAM, iar</p>

Recomandarea	Implementare
	prevederea legală despre necesitatea aprobării de către Guvern a criteriilor de selectare a prestatorilor a fost abrogată. Rămân de asemenea în vigoare Criteriile de contractare aprobate anual. Totuși, nu există mecanisme clare de evaluare a necesităților reale ale populației.
Introducerea în AOAM a co-plăților la serviciile care nu țin nemijlocit de acordarea actului medical (condiții hoteliere, transport, etc.).	Implementată parțial. Prin Hotărârea Guvernului nr.1022/2018 „Cu privire la serviciile nemedicale prestate de către instituțiile medico-sanitare private pacienților asigurați în cadrul sistemului AOAM” a fost aprobat Nomenclatorul serviciilor nemedicale. Acest nomenclator nu este valabil pentru IMS publice, iar pentru moment nu se prevede introducerea unor co-plăți la acest capitol.
Fortificarea schimbului de informații și coordonarea dintre AMP și AMSA (implementarea registrelor medicale electronice), integrarea mai bună a serviciilor la nivel de comunitate, centrarea pe persoane, angajarea lucrătorilor medicali în zone îndepărtate, etc.	În proces de implementare. Recomandarea conține mai multe chestiuni complexe, fiind în proces de realizare, în particular ce ține de sistemele informaționale integrate (AMP și AMSA), centrate pe cartela electronică a pacientului (SIA AMP, de exemplu).
Asigurarea transparenței în procesul de prestare a serviciilor medicale și de utilizare a mijloacelor financiare destinate acestora, prin plasarea pe pagina oficială a CNAM și a prestatorilor de servicii medicale, contractate din FAOAM a: a) contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale; b) rapoartelor trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele compensate, ce vor cuprinde informații privind toate medicamentele compensate eliberate de prestatorul de servicii farmaceutice în perioada de raportare, suma totală achitată de către asigurator, denumirile comune internaționale (DCI), cu indicarea, pentru fiecare DCI, a denumirii comerciale corespunzătoare, dozei, formei farmaceutice, a producătorului, a cantității compensate în unități nominale, a sumei compensate de către asigurator pentru fiecare	Implementată parțial. Fiind obligată prin lege (Legea nr. 1585/1998 art.12), CNAM publică pe pagina sa web oficială: a) contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale; b) rapoartele trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele și dispozitivele medicale compensate, ce cuprind informații despre MDC eliberate de prestatori, suma totală achitată de către asigurator, denumirile comune internaționale (DCI)/denumirile de dispozitive medicale, cu indicarea a denumirilor comerciale corespunzătoare, a dozei, formei farmaceutice, a producătorului, a cantității compensate în unități nominale, a sumei compensate de către asigurator pentru fiecare unitate nominală, a sumei achitate de către pacient, precum și a

Recomandarea	Implementare
<p>unitate nominală, a sumei achitate de către pacient, precum și a numărului de beneficiari;</p> <p>c) deciziilor integrale ale Consiliului de administrație al Companiei;</p> <p>d) rapoartelor anuale privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform modelului aprobat de Guvern;</p> <p>e) deciziilor Consiliilor de administrare ale instituțiilor medico-sanitare publice.</p>	<p>numărului de beneficiari;</p> <p>c) planurile de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul AOAM și rapoartele de evaluare;</p> <p>d) deciziile Consiliului de administrație al CNAM.</p> <p>De asemenea, sunt publicate rapoartele anuale privind executarea fondurilor AOAM.</p> <p>Cât privește deciziile Consiliilor de administrare ale IMSP, acestea nu sunt publicate la majoritatea instituțiilor evaluate.</p>
<p>Organizarea meselor rotunde (cu participarea actorilor cheie), pentru identificarea soluțiilor optime pentru cele mai stringente probleme, și a grupurilor de lucru complexe, pentru elaborarea actelor normative necesare pentru implementare în sistemul de sănătate.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Întruniri (mese rotunde) sunt organizate periodic atât de MS cât și de CNAM, precum și de alte entități pe diverse tematici din domeniul sănătății. Totuși, e vorba cel mai des de anumite proiecte și mai rar pe probleme complexe, cu impact strategic asupra sistemului de sănătate. De exemplu:</p> <p>6 februarie 2020 – masa rotundă organizată de AȘM și ANSP „Situția epidemiologică cauzată de noul tip de coronavirus: măsuri de prevenire și răspuns”;</p> <p>9 octombrie 2020 - masa rotundă, în regim online, cu tema ”Investiții sustenabile în sfera sănătății mintale comunitare”, organizată de Comisia protecție socială, sănătate și familie, cu participarea reprezentanților organizațiilor internaționale, autorităților publice centrale, mediului academic, societății civile, experți;</p> <p>30 octombrie 2020 - masa rotundă online în cadrul Proiectului „Răspunsul multidisciplinar la cazurile de violență față de copii”, implementat de CNPAC cu sprijinul World Childhood Foundation, cu participarea MS și altor actori;</p> <p>15 aprilie 2021 - masa rotundă organizată de AGEPI, cu suportul Proiectului UE “Sprijin pentru dialogul politic structurat, coordonarea implementării Acordului de asociere și îmbunătățirea procesului de aproximare”. La eveniment au participat MSMPS, Consiliului Concurenței, AO „Inițiativa Pozitivă”, precum și</p>

Recomandarea	Implementare
	<p>experți din Uniunea Europeană.</p> <p>8 iulie 2021 - masă rotundă pe tema: „Avortul medicamentos în situații de criză: rolul tehnologiilor moderne în îmbunătățirea accesului femeilor și adolescenților din localitățile rurale”. Evenimentul a fost organizat de Centrul de Instruire în domeniul Sănătății Reproductive (CIDSR), au participat reprezentanți ai MSMPS, OMS, UNFPA, USMF, Centrelor de sănătate prietenoase tinerilor, Centrelor de sănătate a reproducerii, precum și specialiști în domeniu;</p> <p>20 octombrie 2021 - masa rotundă pentru prezentarea raportului „Analiza situației actuale ce ține de cadrul normativ în vigoare, mecanismele și instrumentele existente în instituțiile medicale publice stabilite pentru monitorizarea prescrierii raționale a medicamentelor, reducerea și prevenirea polipragmaziei, recomandările pentru îmbunătățirea cadrului normativ în vigoare”, în cadrul proiectului ”Echitate în sănătate prin responsabilizare socială”, implementat de Crucea Roșie din Elveția în parteneriat cu AO „CASMED” și AO „HOMECARE” cu susținerea financiară a Agenției Elvețiene pentru Dezvoltare și Cooperare. Au participat reprezentanți ai MS, ANSP, CNAM, USMF, organizațiilor internaționale, ONG, IMS publice și private;</p> <p>26 noiembrie 2021 - masa rotundă ”Sporirea nivelului de conștientizare a rezistenței la antimicrobiene”, organizată de Comisia protecție socială, sănătate și familie.</p> <p>16 decembrie 2021 - masa rotundă „Viziuni strategice privind digitalizarea în sănătate”, sub egida Viceprim-ministrului pentru digitalizare, eveniment organizat de MS în parteneriat cu Biroul OMS din Republica Moldova.</p> <p>Decembrie 2021 - MS a organizat trei runde de consultări publice privind proiectul Strategiei Naționale de Sănătate. În cadrul consultărilor în regim mixt au participat în jur de 300 de persoane, printre care reprezentanții MS, OMS,</p>

Recomandarea	Implementare
	<p>Parlamentului, parteneri de dezvoltare, reprezentanți a societății civile și mass-media;</p> <p>14 aprilie 2022 – Parlamentul a găzduit masa rotundă cu privire la rezultatele finalizării Misiunii de cercetare a OMS privind capacitatea de control al cancerului;</p> <p>29 noiembrie 2022 - masa rotundă „Dezvoltarea cadrului legislativ privind activitatea farmaceutică – probleme și soluții”. Eveniment organizat de Catedra de farmacie socială a USMF în parteneriat cu Centrul PAS și Fundația Soros, cu participarea MS.</p>
<p>Elaborarea și implementarea actelor normative, care ar îmbunătăți și spori eficiența serviciilor de înaltă performanță, inclusiv a RMN, a serviciilor de îngrijiri la domiciliu, prin asigurarea monitorizării în regim real a prestării serviciilor și prin îmbunătățirea calității raportării datelor către CNAM și ANSP.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Sistemul informațional de monitorizare și raportare a serviciilor de înaltă performanță (SIP), inclusiv a celor de RMN, a fost îmbunătățit recent (2022). Nu toate serviciile au încă sisteme de monitorizare moderne, inclusiv serviciile de îngrijiri comunitare și la domiciliu. O serie de acte normative au fost aprobate în privința serviciilor de îngrijiri la domiciliu (a se vedea mai sus).</p>
<p>Fortificarea capacităților manageriale ale prestatorilor de servicii, cu dezvoltarea abilităților de negociere a contractelor cu CNAM și în asumarea responsabilității pentru calitatea și eficiența serviciilor prestate.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>În perioada 2020-2021, au fost efectuate preponderent activități de fortificare a capacităților pe timp de criză. De exemplu, fortificarea capacității de răspuns a personalului medical la situații de criză umanitară (USMF, UNFPA, mai 2022), mai multe activități în pandemia de COVID-19.</p> <p>Cursuri distincte pentru fortificarea capacităților manageriale din IMS nu au fost realizate decât sporadic de autoritățile statului. Un exemplu sunt cursurile în auditul codificării organizate de CNAM în perioada 2022-2023.</p>

6.2. Recomandările pe termen mediu

Recomandarea	Implementare
<p>Fortificarea capacităților societății civile, a asociațiilor de pacienți, organizațiilor de tineret și a persoanelor în etate, conlucrarea cu aceste structuri</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Un raport detaliat în acest sens a fost lansat recent de Centrul PAS (https://www.pas.md)</p>

Recomandarea	Implementare
<p>cu alte sectoare, inclusiv sectorul privat, pentru a promova și menține sănătatea populației într-o manieră participativă și incluzivă, pentru a îmbunătăți conceptul „centrării pacientului”. Atragerea lor în procesul decizional, de implementare și de promovare a politicilor de sănătate, cu accent pe factorii de mediu și stilului de viață, dar și altor factori nocivi pentru sănătate, crearea unor medii de susținere, identificarea lacunelor și deficiențelor existente, în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, și stabilirea priorităților de acțiune.</p>	<p>„Analiza realizării angajamentelor asumate în domeniul sănătății și respectarea procedurilor de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional”. Din concluzii: „... modul de consultare publică cu societatea civilă lasă impresia că autoritățile aplică doar pentru bifă unele etape ale procesului decizional, fără să fie interesate de o democrație participativă veritabilă. Este important de menționat că în ultimul semestru (2022 – n.a.), unele instituții au înregistrat progrese îmbucurătoare. Și aici menționăm CNAM, care a fost receptivă la recomandările emise în cadrul acestui raport...”.</p>
<p>Identificarea necesităților de mijloace financiare exacte și stringente din fondurile AOAM pentru medicamentele compensate, fundamentate prin analize și calcule în vederea extinderii listei, revizuirii condițiilor de compensare, precum și acoperirii unui număr mai mare de beneficiari, și diminuării poverii financiare a cheltuielilor de buzunar a pacienților.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Rezultatele activității CNAM din perioada 2020-2022 ne demonstrează că pentru 2022 au fost alocate cu 20% mai multe mijloace financiare pentru medicamente și dispozitive medicale, comparativ cu 2021. În anii precedenți, 2020 și 2021, această creștere a fost cu mult mai mică, de 2% și, respectiv, 5%. Corespunzător a crescut și numărul de beneficiari (cu 40 de mii în 2022, comparativ cu 2020). Totuși, lipsește o abordare strategică de utilizare și selecție a medicamentelor în sectorul public finanțate din din fondurile AOAM, iar includerea în lista de compensare este dificilă și cu evaluare insuficientă a cost-eficacității și a tehnologiilor în sănătate.</p>
<p>Examinarea posibilității de a fi indicat printr-un subprogram separat serviciile farmaceutice destinate compensării medicamentelor, pentru asigurarea unei planificări corecte și eficiente a sumelor destinate tratamentului compensat, în condiții de ambulator.</p>	<p>Implementată.</p> <p>Din 2022 este indicat în subprogram separat „Servicii destinate compensării medicamentelor și dispozitivelor medicale”.</p>
<p>Elaborarea și implementarea unei Strategii Integrate a Calității, care să promoveze mecanismele clare, transparente, fiabile de achiziții a serviciilor medicale, contractate de CNAM de la prestatorii de servicii, redirecționate spre obiectivele de o mai bună accesibilitate, calitate și eficiență, bazată pe indicatori de performanță, dar și asigurarea unei distribuții geografice</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>În noiembrie 2023 au intrat în vigoare modificările legislative (Legea nr.216/2023), menite să fortifice activitatea Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (CNEAS), prin separare de ANSP. Se stipulează că: „Activitatea de evaluare și acreditare în sănătate se realizează de către CNEAS, care este</p>

Recomandarea	Implementare
<p>proporționale a serviciilor medicale. Rolul principal în îmbunătățirea eficienței și calității serviciilor medicale le revine CNAM și Consiliului Național de Evaluare și Acreditare (ANSP), în procesul acreditării instituțiilor medico-sanitare și selecției acestora ca prestatori de servicii.</p>	<p>instituție publică fondată de Ministerul Sănătății și care își desfășoară activitatea în baza regulamentului aprobat de către Guvern.” Regulamentul respectiv a fost aprobat de Guvern la începutul lui 2024.</p> <p>CNAM, la rândul ei, a monitorizat și evaluat executarea contractelor de către prestatori, inclusiv din perspectiva calității serviciilor (a se vedea și în conținutul raportului), rapoartele de evaluare fiind plasate pe pagina web a CNAM.</p> <p>O strategie integrată a calității nu a fost elaborată în perioada 2020-2022.</p>
<p>Selectarea și contractarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, conform unor criterii aprobate de Guvern, bazate pe necesitățile populației în servicii medicale și farmaceutice și raportate la capacitățile sistemului de sănătate, cu setarea unor indicatori de performanță sau eficiență, căror trebuie să le corespundă prestatorii.</p>	<p>Implementată parțial.</p> <p>Prin modificările operate în 2023, Legea 1585/1998 cu privire la AOAM a inclus (la art.13) criterii suplimentare de selecție a prestatorilor pentru încadrarea lor în sistemul AOAM, iar prevederea legală despre necesitatea aprobării de către Guvern a criteriilor de selectare a prestatorilor a fost abrogată. Rămân de asemenea în vigoare Criteriile de contractare aprobate anual. Totuși, nu există mecanisme clare de evaluare a necesităților reale ale populației, precum și este oportun de prevăzut indicatori de performanță pentru asistența medicală prestată (în AMP și AMS, în special).</p>
<p>Elaborarea și implementarea mecanismelor noi de plăți pentru prestatori, în baza indicatorilor de performanță.</p>	<p>Nu este implementată.</p> <p>Pe perioada pandemică, indicatorii de performanță au fost suspendați, inclusiv cei din AMP. În prezent se examinează posibilitatea revenirii la unii indicatori de performanță în AMP, urmând a fi elaborați indicatori și pentru alte servicii.</p>
<p>Implementarea politicilor orientate spre consolidarea sistemelor informaționale naționale în domeniul sănătății, un element-cheie pentru informarea și evaluarea politicilor pentru sănătate și bunăstare, prin abordarea intersectorială în implementarea acestora, care să conțină noi metode de generare a datelor, de măsurare, analiză, coordonare și promovare a utilizării datelor și informațiilor privind politicile, orientate spre</p>	<p>În proces de implementare.</p> <p>Strategia Națională de Sănătate 2030, aprobată în 2023, stabilește drept direcții prioritare de acțiuni: 1) Stabilirea cadrului conceptual și crearea infrastructurii pentru e-sănătate; 2) Dezvoltarea integrată a soluțiilor de e-sănătate, cu asigurarea interoperabilității între toate sistemele informaționale din sectorul sănătății și</p>

Recomandarea	Implementare
<p>îmbunătățirea stării de sănătate, bunăstării și reducerii inegalităților.</p>	<p>a securității datelor; 3) Dezvoltarea sistemelor informaționale pentru suport decizional.</p> <p>Mai multe ajustări ale sistemelor informaționale au avut loc în perioada analizată, 2020-2022 (a se vedea secțiunea 4.5 de mai sus)</p>
<p>Crearea unui sistem informațional integrat în domeniul sănătății și o abordare standard față de monitorizare și evaluare, unde feedback-ul din partea tuturor celor implicați în procesul de tratament, părțile interesate și populația generală sunt luate în considerație.</p>	<p>În proces de implementare.</p> <p>A fost aprobată HG nr.575/2022 cu privire la aprobarea Conceptului Sistemului informațional integrat „AOAM”. Au fost actualizate SIA AOAM, sistemele de evidență a cazurilor tratate DRG și SIP. Este la etapă de implementare noul SI „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”.</p> <p>CNAM are un mecanism de interacțiune cu beneficiarii prin subdiviziunile sale teritoriale, precum și prin aplicația INFO CNAM (linia verde 0800 99999), lansată cu susținerea Guvernului estonian.</p>

CONCLUZII

1. Implementarea AOAM a adus îmbunătățiri semnificative în accesul populației la serviciile medicale, îmbunătățind eficiența și transparența sistemului. Cu toate acestea, există diferențe semnificative între categoriile de asigurați, iar accesul la asistență medicală rămâne inegal, cu anumite grupuri, în special din mediul rural și cei cu venituri mici, fiind excluși sau având acces limitat.
2. După o creștere inițială, progresul în acoperirea populației cu AOAM a încetinit, iar unele categorii, cum ar angajații din structurile de forță, încă nu contribuie la sistemul AOAM.
3. Republica Moldova a înregistrat o creștere a ponderii cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB, de la 3% în 2000 la 5% în 2021. Această creștere a fost influențată în mare parte de implementarea sistemului de AOAM începând cu anul 2004.
4. Ponderea cheltuielilor publice în totalul cheltuielilor pentru sănătate a crescut treptat, ajungând la 65% în 2021, în timp ce ponderea plăților private a scăzut. Cu toate acestea, plățile din buzunar rămân o povară semnificativă pentru mulți cetățeni.
5. Achiziționarea strategică a serviciilor de sănătate este crucială pentru progresul către acoperirea universală în domeniul sănătății (AUDS), implicând o serie de domenii interdependente precum specificarea beneficiilor, selectarea prestatorilor, aranjamentele contractuale și sistemele informaționale integrate.
6. Programul Unic al AOAM a suferit modificări semnificative de-a lungul timpului, cuprinzând o gamă largă de servicii medicale. Extinderea acestuia a inclus servicii pentru persoanele neasigurate și completări pentru categoriile speciale de pacienți, cum ar fi persoanele în vârstă și copiii.
7. Cu toate acestea, există încă loc pentru îmbunătățiri în procesul de definire a pachetului de beneficii. O lacună majoră în procesul de modificare a Programului Unic este lipsa unei analize detaliate a cost-eficacității și a tehnologiilor medicale. Deciziile par a fi luate deseori fără o fundamentare solidă în ceea ce privește eficiența și sustenabilitatea financiară.
8. Procesul de contractare a prestatorilor de servicii de sănătate este reglementat prin criterii stabilite de CNAM și MS, însă există întârzieri în aprobarea acestora, afectând astfel contractarea în timp util a prestatorilor.
9. Utilizarea mai multor metode de plată, cum ar fi per capita, per serviciu și bugetul global, este necesară pentru a acoperi diferitele nevoi și contexte ale sistemului de sănătate. Tarifele standardizate și transparente, ca în cazul tarifelor per serviciu, facilitează contractarea și elimină ambiguitatea în procesul de plată.
10. Sistemele informaționale robuste și integrate sunt esențiale pentru urmărirea eficientă a plăților, a costurilor și a rezultatelor. Multe sisteme informaționale existente în sistemul de sănătate au probleme majore de funcționare.
11. Este esențial ca cetățenii și pacienții să fie informați despre drepturile lor și să existe canale funcționale de feedback și mecanisme de reclamații. De asemenea, este importantă

promovarea consultărilor publice autentice și participative în procesul decizional.

12. Este necesară o reformulare a noțiunilor actuale pentru a alinia definițiile tipurilor de asistență medicală conform noilor abordări centrate pe pacient propuse de OMS.
13. Inversarea tendinței de scădere a ponderii fondurilor alocate pentru AMP ar trebui să fie o preocupare majoră pe termen scurt și mediu. Creșterea fondurilor publice destinate AMP poate fi justificată prin beneficiile pe termen lung ale îmbunătățirii accesului la serviciile de bază și reducerea costurilor în sistemul de sănătate, prin prevenirea și gestionarea afecțiunilor în stadii incipiente.
14. Invalidarea masivă a serviciilor prestate, în special în ceea ce privește cazurile tratate în AMS și îngrijirile medicale la domiciliu, ridică întrebări despre aplicarea oportună a regulamentelor și impactul asupra furnizorilor de servicii medicale și pacienți.
15. Introducerea unor indicatori de performanță în AMP și aplicarea metodei de plată "per serviciu" ar putea stimula prestatorii să ofere servicii de calitate și să răspundă mai bine nevoilor populației. Acest lucru ar putea contribui la îmbunătățirea eficienței și calității serviciilor medicale primare.
16. Programul de compensare a medicamentelor a evoluat semnificativ începând cu introducerea sa în anul 2005, cuprinzând acum o gamă mai largă de medicamente și dispozitive medicale, inclusiv pentru tratamente costisitoare și afecțiuni cronice. Compensarea parțială sau integrală a costului medicamentelor a crescut accesul populației la tratamente esențiale, reducând cheltuielile private pentru sănătate și asigurând tratamentul pentru un număr crescut de persoane, inclusiv cele neasigurate.
17. Ultima ediție a Listei de medicamente esențiale a OMS conține de peste 3 ori mai multe denumiri de medicamente decât sunt disponibile în lista de medicamente compensate din Republica Moldova. Pentru a asigura o protecție financiară adecvată a cetățenilor, extinderea listei de medicamente compensate trebuie să devină pentru moment prioritatea de bază. Există încă o nevoie de creștere a gradului de informare în rândul populației despre beneficiile programului de compensare a medicamentelor.
18. Sunt diferențe semnificative între regiuni în ceea ce privește numărul de cazuri chirurgicale programate la 1000 de locuitori, cu unele zone care necesită o analiză suplimentară pentru a înțelege discrepanțele. Există variații între nivelurile instituțiilor spitalicești în ceea ce privește durata medie de spitalizare, indicând oportunități pentru îmbunătățiri în eficiența activității clinice.
19. Accesul la serviciile medicale de înaltă performanță, cum ar fi investigațiile de RMN, poate fi îngreunat de limitările contractuale, capacitățile prestatorilor și distribuția geografică inegală.
20. Scăderea numărului de vizite de IMD și îngrijiri paliative în 2022, comparativ cu anii precedenți, sugerează o tendință preocupantă, care ar putea indica o sub-utilizare a serviciilor sau dificultăți în accesarea acestora. Lipsa acoperirii serviciilor de IMD și îngrijiri paliative în toate regiunile, precum și abandonarea serviciilor de către unii prestatori, sugerează nevoia de strategii și politici pentru îmbunătățirea accesului și acoperirii teritoriale.

RECOMANDĂRI

Pe termen scurt (1-2 ani):

1. Extinderea campaniilor de conștientizare și informare despre beneficiile și importanța asigurării medicale obligatorii, cu accent pe grupurile marginalizate și zonele rurale, precum și alte categorii de persoane neasigurate în prezent.
2. Implementarea unor măsuri de reducere a cheltuielilor din buzunar pentru medicamente, cum ar fi promovarea medicamentelor generice și controlul prețurilor.
3. Asigurarea transparenței în procesul de modificare a Programului Unic, inclusiv prin publicarea informațiilor detaliate relevante și consultarea largă a părților interesate.
4. Stabilirea unei instituții responsabile pentru evaluarea tehnologiilor medicale (HTA) și analiza cost-eficacității (CEA) pentru a sprijini deciziile privind includerea serviciilor în pachetul de beneficii (Programul Unic) și a asigura o fundamentare solidă pentru deciziile imediate.
5. Respectarea termenelor stabilite pentru aprobarea criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii de sănătate, pentru a asigura contractarea în timp util a acestora.
6. Accelerarea procesului de implementare a Sistemului Informațional Integrat (SII AOAM) care va îmbunătăți colectarea și gestionarea datelor, facilitând o mai bună luare a deciziilor.
7. Revizuirea și actualizarea definițiilor tipurilor de asistență medicală conform noilor abordări propuse de OMS pentru a reflecta centrarea pe pacient și pentru a îmbunătăți coerența.
8. Creșterea alocării fondurilor pentru AMP, asigurând o proporție mai mare din fondul CNAM de achitare a serviciilor prestate (de până la 25%).
9. Implementarea unor scheme de stimulare financiară pentru prestatorii de servicii medicale (în special cele primare), cum ar fi bonusuri pentru atingerea indicatorilor de performanță.
10. Îmbunătățirea capacității instituțiilor spitalicești de a gestiona cazurile chirurgicale programate, cu accent pe reducerea timpilor de așteptare, a duratei medii de spitalizare și creșterea eficienței operaționale.
11. Identificarea și abordarea rapidă a discrepanțelor geografice în accesul la servicii de sănătate, în particular a intervențiilor chirurgicale programate, prin realocarea resurselor și îmbunătățirea infrastructurii în regiunile subreprezentate.
12. Revizuirea procesului de selecție a prestatorilor de servicii de IMD și îngrijiri paliative pentru a asigura calitatea și competența personalului. Identificarea și corectarea lacunelor în acoperirea geografică a serviciilor de IMD și îngrijiri paliative prin implicarea autorităților locale și sectorului asociativ.
13. Revizuirea politicilor de evaluare și validare de CNAM a serviciilor medicale prestate pentru a reduce discrepanțele și neclaritățile în interpretarea regulamentelor.
14. Furnizarea unor instruirii mai ample și mai frecvente pentru prestatorii de servicii medicale și farmaceutice pentru a asigura o înțelegere clară a cerințelor și procedurilor în ceea ce privește raportarea și validarea serviciilor prestate.

Pe termen mediu (3-5 ani):

1. Evaluarea și ajustarea criteriilor de includere în categoriile asigurate de către Guvern, pentru a asigura o acoperire mai echitabilă și eficientă a populației, cu luarea în calcul a bunăstării acestora.
2. Realizarea de reforme pentru a asigura participarea tuturor angajaților, inclusiv celor din structurile de forță, în sistemul AOAM pentru o finanțare mai unitară și sustenabilă.
3. Consolidarea finanțării publice pentru sănătate, inclusiv prin creșterea cheltuielilor publice pentru sănătate cu 1% în PIB, conform Agendei de dezvoltare durabilă 2030.
4. Dezvoltarea unui sistem de guvernanță eficient pentru achizițiile strategice de servicii de sănătate, inclusiv dezvoltarea unor mecanisme de contractare selective care să permită alegerea celor mai potriviți furnizori de servicii, cu accent pe calitate și eficiență.
5. Consolidarea capacității Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate pentru a asigura o evaluare periodică eficientă a prestatorilor de servicii de sănătate și farmaceutice.
6. Elaborarea unor reguli clare și standardizate pentru stabilirea tuturor tarifelor și procedurilor de plată ceea ce va reduce ambiguitatea și va facilita procesul de contractare.
7. Extinderea campaniilor de informare pentru a educa populația cu privire la drepturile lor în sistemul de sănătate.
8. Evaluarea și extinderea listei de medicamente compensate pentru a include mai multe tipuri de tratamente esențiale (conform recomandărilor OMS) și pentru a asigura acoperirea unui spectru mai larg de afecțiuni medicale și a reduce povara financiară pentru pacienți.
9. Extinderea colaborării între sectorul public și cel privat în furnizarea serviciilor de IMD și îngrijiri paliative pentru a acoperi mai bine nevoile populației, cu dezvoltarea unui sistem de contractare care să asigure sustenabilitatea și eficiența utilizării resurselor.
10. Îmbunătățirea comunicării între CNAM și prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, în calitate de parteneri ai aceluiași proces, pentru a asigura o informare promptă și completă cu privire la schimbările în regulamente și proceduri.

Pe termen lung (mai mare de 5 ani)

1. Dezvoltarea și implementarea unor mecanisme de asigurare medicală bazate pe toate veniturile declarate, nu doar cele salariale, pentru a asigura o contribuție echitabilă în funcție de posibilități financiare și a reduce dependența de plățile directe din buzunar.
2. Promovarea unor politici de prevenție a bolilor și de promovare a sănătății, pentru a reduce costurile pe termen lung și a îmbunătăți starea generală de sănătate a populației.
3. Implementarea unui sistem de monitorizare și evaluare a cheltuielilor, a accesului la servicii de sănătate și a progresului în acoperirea universală în domeniul sănătății, pentru a identifica rapid problemele și a ajusta politicile în consecință.
4. Consolidarea capacității instituționale pentru evaluarea tehnologiilor medicale și analiza cost-eficacității, inclusiv prin formarea și specializarea continuă a personalului.

5. Dezvoltarea unei abordări bazate pe dovezi pentru definirea pachetului de beneficii, care să țină cont atât de eficacitatea clinică, cât și de sustenabilitatea financiară.
6. Asigurarea transparenței și participării publicului în procesul de definire a pachetului de beneficii, pentru a asigura că nevoile și preferințele populației sunt luate în considerare.
7. Actualizarea și revizuirea legislației privind prestatorii de servicii de sănătate pentru a reflecta cerințele actuale și pentru a spori transparența și responsabilitatea în procesul de acreditare și contractare.
8. Implementarea unui cadru de monitorizare și evaluare constantă a sistemului de plată care va permite identificarea și corectarea rapidă a deficiențelor și îmbunătățirea continuă a performanței sistemului.
9. Implementarea unui sistem de management al informațiilor robust, care să faciliteze achizițiile strategice a serviciilor de sănătate și să asigure o distribuție eficientă a resurselor.
10. Consolidarea capacităților sistemului de sănătate pentru a răspunde la cerințele de asistență medicală esențială în timpul urgențelor de sănătate publică, inclusiv prin investiții în infrastructură, resurse umane și logistice.
11. Promovarea accesului la servicii medicale esențiale în zonele rurale și pentru categoriile vulnerabile, inclusiv prin extinderea serviciilor de sănătate la domiciliu și a serviciilor comunitare.
12. Realizarea de investiții în infrastructura medicală și capacitățile de stocare și distribuție pentru a asigura accesul la medicamente și dispozitive medicale în zonele rurale și mai puțin dezvoltate.
13. Modernizarea și extinderea infrastructurii regionale de sănătate pentru a îmbunătăți accesul la serviciile medicale, cu accent pe tehnologii avansate și echipamente de diagnostic și tratament.
14. Elaborarea unei strategii naționale de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative care să cuprindă obiective, indicatori de performanță și mecanisme de monitorizare. Promovarea unei abordări integrate a îngrijirii medicale la domiciliu, care să includă cooperarea între diferitele niveluri ale sistemului de sănătate și serviciile sociale.
15. Creșterea investițiilor în educație pentru sănătate și promovarea unui stil de viață sănătos pentru a reduce încărcătura bolilor cronice și a îmbunătăți starea generală de sănătate a populației.
16. Promovarea transparenței în procesul de elaborare a politicilor și implicarea activă a părților interesate, inclusiv a furnizorilor de servicii și a reprezentanților pacienților, pentru a asigura că noile reglementări sunt echitabile și eficiente.

ANEXE

Anexa nr.1. Categoriile de persoane neangajate asigurate de Guvern (la sfârștul anului 2023)¹⁰⁸

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, cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual:

- 1) copiii cu vârsta de până la 18 ani;
- 2) elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8, conform art. 12 din Codul educației al Republicii Moldova, cu frecvență, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- 3) gravidele, parturientele, lăuzele și mamele care își îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani;
- 4) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- 5) pensionari;
- 6) șomerii beneficiari de indemnizație de șomaj, înregistrați la subdiviziunile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă, pe perioada plății indemnizației de șomaj;
- 7) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- 8) părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani;
- 9) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social;
- 10) beneficiarii de protecție internațională incluși într-un program de integrare, pe perioada desfășurării acestuia;
- 11) donator de organe în viață;
- 12) veteranii de război;
- 13) participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl.

¹⁰⁸ Conform Legii nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

Anexa nr.2. Extras din Nomenclatorul prestatorilor de AMP
(conform Ordinului MS nr.224 din 17 martie 2023)¹⁰⁹



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun.Chișinău

17 „martie” 2023

nr. 224

**Cu privire la aprobarea Nomenclatorului
prestatorilor de asistență medicală primară**

În conformitate cu prevederile art. 4 (alin. 5) al Legii Ocrotirii Sănătății nr. 411/1995, în scopul asigurării organizării raționale a prestatorilor de asistență medicală primară, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 148/2021,

ORDON:

1. Se aprobă:
 - 1) Nomenclatorul Instituțiilor medico-sanitare publice care prestează asistență medicală primară la nivel de raion, conform anexei nr. 1.
 - 2) Nomenclatorul Cabinetelor Individuale ale Medicului de Familie și Centrelor Medicilor de Familie, conform anexei nr. 2.
2. Secția politici în domeniul asistenței medicale primare și comunitare și Agenția Națională pentru Sănătate Publică vor asigura controlul corespunderii prestatorilor de asistență medicală primară Nomenclatorului aprobat.
3. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr. 11/2021 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului prestatorilor de asistență medicală primară”.
4. Prezentul Ordin să fie adus la cunoștința persoanelor interesate.
5. Controlul executării prezentului ordin se atribuie dlui Ion Prisăcaru, secretar de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

¹⁰⁹ <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2023/12/Ordin-224-17.03.2023-Cu-privire-la-aprobarea-Nomenclatorului-prestatorilor-de-asisten%C8%9B%C4%83-medical%C4%83-primar%C4%83-.pdf>

**Nomenclatorul
Instituțiilor Medico-Sanitare Publice
de asistență medicală primară, la nivel de raion**

Nr./o	Codul instituției	Unitatea administrativ-teritorială	IMSP persoană juridică	Subdiviziune a instituției medicale fără personalitate juridică	Localitatea deservită
Raionul ANENII NOI					
1.	1395	Anenii-Noi	IMSP CS Anenii Noi		or. Anenii Noi și satele anexate
2.	1397	Anenii-Noi		OS Beriozchi	Beriozchi
3.	1398	Anenii-Noi		OS Hîrbovățul Nou	Hîrbovățul Nou
4.	1432	Anenii-Noi		OMF Botnăreștii-Vechi	Botnăreștii -Vechi
5.	1441	Anenii-Noi		OS Socoleni	Socoleni
6.	1440	Anenii-Noi		OMF Cobusca Nouă	Cobusca Noua
7.	1442	Anenii-Noi		OMF Cobusca Veche	Cobusca Veche, Florești
8.	2750	Anenii-Noi		OS Zolotievca	Zolotievca
9.	2751	Anenii-Noi		OS Larga	Larga
10.	1462	Anenii-Noi		CS Geamăna	Geamăna

**Nomenclatorul
Cabinetelor Individuale ale Medicului de Familie și Centrelor Medicilor de Familie**

Nr. d/o	Codul instituției	Denumirea formei de exercitare a profesiei de medic de familie	Locul de amplasare	Numărul practicii	Localități deservite
Raionul BRICENI					
1.	7021	Cabinetul Individual al Medicului de Familie „Garabaiu Oleg”	satul Balasinești	05011	Balasinești
Raionul BASARABEASCA					
2.	7063	Centrul Medicilor de Familie „SATIAMED”	orașul Basarabeasca	04005	Basarabeasca
				04006	
				04007	
Raionul CAHUL					
3.	7022	Cabinetul Individual al Medicului de Familie „Chiriță Maria”	satul Alexandru Ioan Cuza	06021	Alexandru Ioan Cuza

Anexa nr.3. Extras din Nomenclatorul IMSP spitalicești
(conform Ordinului MSMSP nr.1306 din 17 noiembrie 2019)¹¹⁰



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

„14” noiembrie 2019

nr. 1306

Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor
medico-sanitare publice spitalicești, pentru anul 2020

Întru asigurarea organizării raționale a asistenței medicale spitalicești, în conformitate cu prevederile art. 4 a Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, aprobat prin Hotărârea Guvernului 694/2017,

ORDON:

1. Se aprobă Nomenclatorul instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești, pentru anul 2020, conform anexei.
2. Compania Națională de Asigurări în Medicină va asigura contractarea instituțiilor medico-sanitare spitalicești, conform Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești, aprobat în anexă.
3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești vor aplica prevederile ordinului în cauză în activitatea instituțiilor din subordine.
4. Direcția politici în domeniul asistenței medicale spitalicești va asigura suport consultativ-metodic privind implementarea prevederilor prezentului ordin.
5. Se abrogă ordinul Ministerului Sănătății nr. 610/2017 „Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare spitalicești pentru perioada anului 2017” și Ordinele Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 675/2018, nr. 925/2019 și nr. 941/2019 „Cu privire la modificarea Ordinului Ministerului Sănătății nr. 610 din 21 iulie 2017”.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarului de stat în domeniul asistenței medicale.

Ministru

Ala NEMERENCO

¹¹⁰ <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/08/Ordinul-nr.-1306-din-14.11.2019-Cu-privire-la-aprobarea-Nomenclatorului-institu%C8%9Bilor-medico-sanitare-publice-spitalice%C8%99ti-pemtru-anul-2020.pdf>

**Nomenclatorul
instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești pentru anul 2020**

I. Instituții medico-sanitare publice spitalicești republicane					
Nr. de ord.	Codul IMSP	Unitatea administrativ-teritorială	Denumirea IMSP	Profil pat	Număr paturi
1.	1055	Chișinău	IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	TOTAL	795
				Îngrijiri acute	755
				Reumatologie	30
				Artrologie	25
				Gastroenterologie	25
				Hepatologie	55
				Endocrinologie	60
				Terapie generală și alergologie	35
				Nefrologie	25
				Hemodializă și transplant renal	10
				Chirurgie generală	65
				Chirurgie viscerală, abdominală, endocrină	35
				Chirurgie hepatobiliopancreatică	30
				Chirurgie colorectală	30
				Chirurgie toracică	30
				Ortopedie	20
				Chirurgie vasculară	35
				Urologie	60
				Oftalmologie	60
				Otorinolaringologie	60
				Cardiochirurgie cardiacă a viciilor dobândite	25
				Cardiochirurgia malformațiilor cardiace congenitale	20
				Neurochirurgie	20
				Îngrijiri cronice	40
				Reabilitare și recuperarea sănătății	20
				Geriatrică	20

Anexa nr.4. Procedura de contractare a CNAM
(extras din Ordinul CNAM nr.248-A din 5.10.2023)

Anexa nr.1
la ordinul directorului general
al CNAM nr.248-A din 05.10.2023

**Procedura de depunere a dosarelor
de către prestatorii de servicii medicale
privind contractarea pentru anul 2024**

1. Perioada de depunere a dosarelor de către prestatorii de servicii medicale care solicită încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare- AOAM) pentru anul 2024 este **5 octombrie - 31 octombrie 2023**.

2. Prestatorii de servicii medicale (în continuare - PSM), care solicită primar încadrarea în sistemul AOAM, depun dosarul la oficiul central al CNAM.

3. PSM care au în prezent încheiate contracte de prestări servicii medicale cu CNAM, depun cererea, oferta și după caz actualizează actele din dosarul la care au parvenit modificări, după cum urmează:

1) PSM de nivel republican, departamental și privat - către Direcția contractarea prestatorilor de servicii medicale (DCPSM);

2) PSM afiliate agențiilor teritoriale – către Secția (Serviciul) relații cu prestatorii din cadrul agențiile teritoriale.

4. Oferta se prezintă pe suport de hârtie sau variantă electronică cu aplicarea semnăturii electronice, după cum urmează:

1) către DCPSM - email: secretariat@cnam.gov.md

2) către AT Centru - email: at.centru@cnam.gov.md

3) către AT Nord - email: at.nord@cnam.gov.md

4) către AT Sud - email: at.sud@cnam.gov.md

5) către AT Vest - email: at.vest@cnam.gov.md

6) către AT Est - email: at.est@cnam.gov.md

5. Dosarul depus de PSM se examinează de către DCPSM/agențiile teritoriale în termen de **3 zile** lucrătoare de la data înregistrării.

6. PSM cu dosarele conforme sunt admiși pentru evaluarea ofertelor, iar în caz de necorespondere cu cerințele în vigoare, dosarul se va ajusta pe parcursul perioadei stabilite în pct.1 la prezenta procedură. În cazul în care PSM nu prezintă actele lipsă/neconforme în termen de **3 zile** de la data examinării dosarului de către DCPSM/agențiile teritoriale, dosarul se restituie PSM.

7. Agențiile teritoriale vor prezenta DCPSM lista prestatorilor de servicii medicale cu dosare conforme, admiși pentru evaluarea ofertelor, în termen până la **06 noiembrie 2023**.

8. DCPSM va prezenta Grupului de lucru pentru coordonarea procesului de contractare a PSM în cadrul AOAM lista generalizată a prestatorilor de servicii medicale cu dosare conforme, admiși pentru evaluarea ofertelor, în termen de până la **13 noiembrie 2023** cu publicarea listei respective pe pagina web oficială a CNAM.

9. DCPSM va compila informația aferentă ofertelor depuse de PSM și o va prezenta pentru evaluare până la data de **01 decembrie 2023** Grupului de lucru pentru coordonarea procesului de contractare a PSM.

10. În baza deciziei Grupului de lucru pentru coordonarea procesului de contractare a PSM în cadrul AOAM privind ofertele evaluate, CNAM va negocia cu PSM volumele și condițiile contractuale pentru încadrarea PSM în sistemul AOAM cu perfectarea și semnarea contractelor de prestare a serviciilor medicale.

Lista documentelor ce urmează a fi prezentate de către prestatorul de servicii medicale pentru contractarea în anul 2024

Nr. ord.	Documentele prezentate de către PSM pentru contractarea 2024	Informația despre documentul anexat
1	2	3
1.	Cererea- tip pentru contractarea în sistemul AOAM pentru anul 2024	
2.	Cartela- tip a prestatorului de servicii medicale	
3.	Certificatului de înregistrare și Extrasului din Registrul de stat al întreprinderilor și organizațiilor (în copie);	
4.	Decizia (ordinul) de numire în funcție a conducătorului (copie)	
5.	Certificatul de acreditare (copie)și scrisoarea de însoțire la acesta(copie)	
6.	Autorizația sanitară de funcționare (copie)	
7.	Adeverința eliberată de Biroul Național de Statistică privind atribuirea codului CUIIO (copie)	
8.	Extras din Nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale, aprobat de Ministerul Sănătății cu indicarea capacității și profilurilor medicale (copie)	
9.	Certificatul de deschidere a contului bancar (original)	
10.	Autorizația radiologică pentru genul de activitate (în copie) pentru prestatorii vizați	
11.	Ofertele	
Prestatorii de servicii medicale încadrați în practica liberă a medicului de familie vor prezenta suplimentar:		
1.	Actul de identitate a titularului practicii medicului de familie (copie)	
2.	Certificatul de titular al practicii medicului de familie din Registrul național al practicilor medicului de familie - pentru prestatorii de servicii medicale încadrați în practica liberă a medicului de familie(copie)	
3.	Declarația de fondare a Centrului medicilor de familie pentru prestatorii de servicii medicale încadrați în practica liberă a medicului de familie	
4.	Contractul de reciprocitate (preluarea activității medicale pentru o perioadă) pentru prestatorii de servicii medicale încadrați în practica liberă a medicului de familie (copie)	
5.	Lista medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cadrul Centrului Medicilor de Familie/ cabinetul individual al medicului de familie/prestator privat cu teritoriu de deservire, conform Nomenclatorului	
6.	Dovada de atribuire a spațiului unde urmează a fi desfășurată activitatea cabinetului individual al medicului de familie/centrului medicilor de familie (copie)	

Anexa nr.5. Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)

(Aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.770/2022)

CONTRACT-TIP

de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)

în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr. _____

_____ **20**__

mun. Chișinău

I. Părțile contractante

Compania Națională de Asigurări în Medicină

(în continuare – *CNAM*), reprezentată _____,
de către

care acționează în baza Statutului, și

Prestatorul de servicii medicale

(în continuare – *Prestator*) _____,
(denumirea Prestatorului de servicii medicale)

reprezentat de către _____,

care acționează în baza _____,

au încheiat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *Contract*), convenind asupra următoarelor:

II. Obiectul Contractului

2.1. Obiectul Contractului îl constituie acordarea asistenței medicale de către Prestator, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare – *Program unic*), Normele metodologice de aplicare a acestuia și de Contract.

2.2. Suma contractuală este stabilită în mărime de _____ lei. Volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor medicale contractate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt specificate în anexele la Contract.

III. Obligațiile Părților

3.1. Prestatorul se obligă:

1) să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut în Programul unic și în Contract, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor medicale conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protocoalelor clinice naționale;

2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

3) să asigure confidențialitatea informației cu privire la starea sănătății persoanei, cu excepția cazurilor prevăzute de lege;

- 4) să asigure prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie;
- 5) să elibereze pacienților, în caz de necesitate, conform diagnosticului stabilit, bilete de trimitere conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic;
- 6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării;
- 7) să nu refuze acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistența medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condițiile art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;
- 8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;
- 9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, a altor produse farmaceutice și parafarmaceutice și a consumabilelor necesare pentru prestarea serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;
- 10) să informeze persoanele despre drepturile pe care le au, inclusiv despre volumul, modul și condițiile de acordare a serviciilor medicale prevăzute în Programul unic și în Contract;
- 11) să nu încaseze de la persoanele asigurate sume pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și conform condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;
- 12) să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 13) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat;
- 14) să planifice și să execute proporțional, pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale stabilite la pct. 6.2. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate;
- 15) să elaboreze, să aprobe, să coordoneze cu Fondatorul/Persoana responsabilă a Fondatorului, după caz, cu Consiliul administrativ al Prestatorului și să prezinte CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare de la data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, pentru fiecare tip de asistență medicală contractat, precum și modificările la acesta, în cazul încheierii acordurilor adiționale și modificărilor interne, în conformitate cu prevederile actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală;
- 16) să elaboreze, să aprobe și să prezinte CNAM darea de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în termenele și modul stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală, precum și alte informații aferente gestionării resurselor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la solicitarea CNAM;
- 17) să prezinte CNAM, prin intermediul Sistemului informațional automatizat de creare și circulație a facturilor fiscale electronice „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare, factura fiscală electronică pentru serviciile medicale prestate, emisă în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică prezentat de către CNAM, și/sau alte documente justificative după modelul solicitat de CNAM,

conform clauzelor contractuale și prevederilor actelor normative;

18) să țină evidența și să completeze corect și la timp, pe suport de hârtie sau în format electronic, registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

19) să expedieze CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistemul DRG (CASE-MIX)”, datele la nivel de pacient reflectate în fișa medicală a bolnavului de staționar, conform prevederilor actelor normative;

20) să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;

21) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și a gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;

22) să prezinte, la solicitarea în scris a CNAM, documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse, pe articole de cheltuieli, pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;

23) să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei, despre inițierea procesului de insolabilitate, reorganizare, suspendare a activității sau lichidare a Prestatorului;

24) să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate prin ordin al ministrului sănătății;

25) să utilizeze sistemele informaționale ale Ministerului Sănătății și CNAM pentru executarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală și a Contractului;

26) să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile fiscale electronice și dările de seamă prezentate CNAM;

27) să acopere, din contul mijloacelor financiare obținute conform Contractului, doar cheltuielile necesare pentru realizarea Programului unic, respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate;

28) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;

29) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia.

3.2. CNAM se obligă:

1) să prezinte Prestatorului, până la data de 20 a lunii următoare perioadei de facturare, rapoartele privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, cu datele aferente serviciilor medicale prestate și eligibile de a fi facturate, calculate în baza dărilor de seamă/datelor raportate de către Prestator în sistemele informaționale ale CNAM, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM, pentru emiterea facturilor fiscale electronice;

- 2) să transfere Prestatorului mijloacele financiare în conformitate cu facturile fiscale electronice prezentate pentru serviciile medicale acordate persoanelor, în temeiul și în limitele Contractului;
- 3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și cu actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limitele serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al CNAM;
- 4) să comunice, prin intermediul paginii web oficiale a CNAM/circulare, Lista de denumiri comune internaționale de medicamente compensate și Lista de denumiri de dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și directorului general al CNAM;
- 5) să publice pe pagina web oficială a CNAM lista prestatorilor de servicii medicale ce vor presta servicii medicale persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate și stărilor de urgență, cu impact major asupra sănătății publice;
- 6) să informeze Prestatorul lunar, până la data de 25 a lunii următoare celei de raportare, despre volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise, eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate în luna precedentă;
- 7) să acorde suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

IV. Costul serviciilor, termenul și modul de achitare

4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative.

4.2. CNAM achită Prestatorului, lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, serviciile incluse în facturile fiscale electronice, în limitele sumei și volumelor prevăzute în Contract pentru fiecare tip de serviciu, și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturilor fiscale electronice aferente perioadei pentru care se achită, cu condiția că Prestatorul a prezentat toate facturile fiscale electronice pentru perioadele anterioare. În cazul prezentării facturii fiscale electronice după termenul stabilit în Contract din motive imputabile Prestatorului, se extinde termenul de achitare a serviciilor incluse în factura fiscală electronică cu o lună.

4.3. Pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:

- 1) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, echivalează cu neprezentarea acestora;
- 2) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;
- 3) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți.

4.4. În cazul înregistrării creanțelor CNAM față de Prestator pentru un anumit tip de asistență medicală, inclusiv a creanțelor aferente sumelor prejudiciate, suma acestora va fi reținută din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență medicală. În cazul imposibilității reținerii sumei creanțelor din contul transferurilor ulterioare pentru același tip de asistență

medicală, Prestatorul va fi notificat despre necesitatea restituirii benevole a acesteia la contul CNAM în decurs de 30 de zile din soldul disponibil la tipul de asistență medicală respectiv și/sau din alte surse decât cele primite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în caz contrar suma urmează a fi reținută de către CNAM din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală.

4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limitele mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

4.6. Descrierea detaliată a modalității de achitare și facturare a serviciilor medicale se conține în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

V. Responsabilitatea Părților

5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:

1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă, cu includerea serviciilor care, de fapt, nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile în care serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, a achitării investigațiilor și a efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;

2) prescrierea neregulamentară și/sau neregulată a rețetelor pentru medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Mărimea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;

3) eliberarea neregulată, cu încălcarea Programului unic și a Normelor metodologice de aplicare a acestuia, a biletelor de trimitere (F nr. 027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;

4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistență medicală primară. Mărimea prejudiciului constituie tariful *per capita* pentru fiecare caz constat;

5) neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărimea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;

6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticilor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor de până la și după auditul codificării;

7) dezafectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contractului. Mărimea prejudiciului constituie suma dezafectată.

5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menționate la pct. 5.1:

1) în contextul relațiilor contractuale precedente, sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor

fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

2) în contextul relațiilor contractuale curente:

pentru cazurile prevăzute la pct. 5.1 subpct. 1), 4), 5) și 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

pentru cazurile prevăzute la pct. 5.1 subpct. 2) și 3), sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;

pentru cazul prevăzut la pct. 5.1 subpct. 7), Prestatorul va restabili sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, la conturile bancare/trezoreriale utilizate pentru gestionarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, din alte surse decât cele primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu operarea modificărilor în dările de seamă semestriale/anuale prezentate CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în scopul reținerii sumelor respective de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.

5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct. 5.1 subpct. 1–6, CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct. 5.1 subpct. 7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.

5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator.

5.5. Gestionarea veniturilor și cheltuielilor, pe fiecare sursă de venit și pe fiecare tip de asistență medicală contractat, se va efectua de către prestatori prin conturi bancare/trezoreriale separate. Utilizarea arbitrară a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul se permite cu condiția restituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune. În cazul nerestituirii mijloacelor financiare până la sfârșitul anului de gestiune, sumele nerestituite se consideră dezafectate.

5.6. Pentru neachitarea, în termenele stabilite în Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, CNAM va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.

VI. Procedura de încheiere a Contractului și termenul de valabilitate

6.1. Procedura de contractare a Prestatorului se desfășoară în conformitate cu prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6.2. Contractul este valabil de la ____ 20__ până la ____ 20__, cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la ____ 20__ până la ____ 20__.

VII. Modificarea și rezoluțiunea Contractului

7.1. În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul

perioadei de gestiune, Părțile modifică volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.

7.2. Contractul poate fi rezolvit de către Părțile contractante pentru neonorarea obligațiilor contractuale, cu condiția notificării intenției de rezoluțiune cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de la care se dorește rezoluțiunea.

7.3. Contractul poate fi rezolvit din inițiativa CNAM, printr-o notificare, în următoarele cazuri:

1) încălcarea esențială de către Prestator a obligațiilor sale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală;

2) Prestatorul nu începe activitatea în termen de 7 zile de la data semnării Contractului, în cazul executării de către CNAM a obligațiilor sale stipulate în Contract;

3) inițierea procesului de insolabilitate, dizolvare, reorganizare a Prestatorului, retragere sau expirare a certificatului de acreditare a Prestatorului, precum și a autorizației sanitare de funcționare;

4) întreruperea, din motive imputabile Prestatorului, a activității pe o perioadă mai mare de 30 de zile;

5) refuzul Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și îngrădirea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;

6) constatarea încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și nerespectarea condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic, determinarea persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau determinarea acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă, în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a modificărilor, să modifice Contractul prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul punct va servi drept temei pentru rezoluțiunea automată a Contractului.

VIII. Impedimentul care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale

8.1. În cazul intervenirii unui impediment în afara controlului Părților care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale, Partea care îl invocă este exonerată de răspundere, în baza Contractului, dacă a notificat celeilalte Părți intervenirea impedimentului și efectele acestuia în termen de 5 zile lucrătoare de la data când a cunoscut sau trebuia să cunoască aceste circumstanțe, cu prezentarea unui aviz de atestare, emis conform cadrului normativ, prin care se certifică realitatea și exactitatea faptelor și împrejurărilor care au condus la invocarea impedimentului.

8.2. Neexecutarea obligațiilor contractuale este justificată doar pe durata existenței impedimentului.

8.3. Dacă una din Părți nu a notificat celeilalte Părți în termenul prevăzut în pct. 8.1 intervenirea impedimentului, aceasta suportă toate daunele provocate celeilalte Părți.

8.4. În cazul în care impedimentul se extinde pe o perioadă care depășește 3 luni, fiecare Parte poate cere rezoluțiunea Contractului.

IX. Corespondența

9.1. Corespondența ce ține de derularea Contractului se efectuează în scris prin poștă, curier sau în format electronic la adresele de corespondență menționate în datele de identificare ale Părților.

9.2. Fiecare Parte contractantă este obligată, în termen de 3 zile lucrătoare de la data la care intervin modificări ale adresei sediului (inclusiv telefon, adresă electronică oficială), să notifice celeilalte Părți contractante schimbarea survenită.

X. Alte condiții

10.1. Contractul este întocmit în două exemplare, a câte _____ pagini fiecare, câte unul pentru fiecare Parte, cu aceeași putere juridică.

10.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.

10.3. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă țin de competența instanțelor judecătorești.

10.4. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării Contractului va fi expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile de la data recepționării pretenției.

10.5. CNAM poate delega unele drepturi și obligații ce reies din Contract agențiilor sale teritoriale (ramurale).

10.6. Anexele constituie parte integrantă a Contractului.

Datele de identificare și datele bancare ale Părților

CNAM

Prestatorul

Semnăturile Părților

CNAM

(numele, prenumele și semnătura reprezentantului CNAM)

Prestatorul

(numele, prenumele și semnătura reprezentantului Prestatorului)

Anexa nr.6. Contururile funcționale ale SII AOAM

(extras din Conceptul Sistemului informațional integrat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”, aprobat prin HG nr. 575 din 3 august 2022)

1. Conturul „Persoane asigurate” include următoarele funcții:

- 1) evidența persoanelor asigurate;
- 2) evidența categoriilor de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală;
- 3) evidența corectitudinii virării în termen la contul CNAM a primelor de asigurări obligatorii de asistență medicală în sumă fixă și aplicarea penalităților și sancțiunilor contravenționale conform prevederilor Codului contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008;
- 4) evidența persoanelor înregistrate pe lista medicilor de familie ce prestează asistență medicală primară în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală;
- 5) asigurarea accesului persoanelor asigurate la informațiile SII AOAM.

2. Conturul „Prestatori de servicii medicale” include:

- 1) evidența dosarelor prestatorilor de servicii medicale;
- 2) evidența contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 3) raportarea serviciilor medicale contractate pe tipuri de asistență medicală, a medicamentelor cu destinație specială și a dispozitivelor medicale;
- 4) evidența și raportarea utilizării de către prestatorii de servicii medicale a mijloacelor financiare achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 5) auditul codificării;
- 6) evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale;
- 7) programarea pentru serviciile medicale;
- 8) gestionarea listelor de așteptare.

3. Conturul „Prestatori de servicii farmaceutice” include:

- 1) evidența dosarelor prestatorilor de servicii farmaceutice;
- 2) evidența contractelor încheiate cu prestatorii de servicii farmaceutice și cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale compensate;
- 3) evidența medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate;
- 4) raportarea rețetelor medicale compensate procesate de către prestatorii de servicii farmaceutice;
- 5) evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii farmaceutice.

4. Conturul „Administrare și gestionare fonduri” include:

- 1) evidența veniturilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 2) administrarea și gestionarea fondului pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor) (în continuare – fond de bază), care include:
 - a. acumularea mijloacelor financiare în fondul de bază;
 - b. gestionarea fondului de bază pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor;
 - c. evidența documentelor primare și centralizatoare;
 - d. raportarea executării fondului de bază;
- 3) administrarea și gestionarea fondului de rezervă, care include:
 - a. acumularea mijloacelor financiare în fondul de rezervă;

- b. gestionarea mijloacelor financiare acumulate în fondul de rezervă;
 - c. evidența contractelor încheiate pentru acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente;
 - d. evidența documentelor primare și centralizatoare;
 - e. raportarea executării fondului de rezervă;
- 4) administrarea și gestionarea fondului măsurilor de profilaxie, care include:
- a. acumularea mijloacelor financiare în fondul măsurilor de profilaxie;
 - b. gestionarea mijloacelor financiare acumulate în fondul măsurilor de profilaxie;
 - c. evidența dosarelor prestatorilor/furnizorilor contractați din fondul măsurilor de profilaxie;
 - d. evidența contractelor finanțate din fondul măsurilor de profilaxie;
 - e. evaluarea și monitorizarea executării contractelor finanțate din fondul măsurilor de profilaxie;
 - f. evidența documentelor primare și centralizatoare referitoare la serviciile prestate din mijloacele fondului măsurilor de profilaxie;
 - g. raportarea executării fondului măsurilor de profilaxie;
- 5) administrarea și gestionarea fondului de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale (în continuare – fond de dezvoltare), care include:
- a. acumularea mijloacelor financiare în fondul de dezvoltare;
 - b. gestionarea mijloacelor financiare acumulate în fondul de dezvoltare;
 - c. evidența dosarelor prestatorilor de servicii medicale finanțati din fondul de dezvoltare;
 - d. evidența contractelor încheiate cu prestatorii publici de servicii medicale cu acoperire financiară din fondul de dezvoltare;
 - e. evaluarea și monitorizarea executării contractelor finanțate din fondul de dezvoltare;
 - f. evidența documentelor primare și centralizatoare referitoare la serviciile prestate din mijloacele fondului de dezvoltare;
 - g. raportarea executării fondului de dezvoltare;
- 6) administrarea și gestionarea fondului de administrare, care include:
- a. acumularea mijloacelor financiare în fondul de administrare;
 - b. gestionarea mijloacelor financiare acumulate în fondul de administrare;
 - c. evidența patrimoniului CNAM;
 - d. evidența contractelor încheiate cu acoperire financiară din fondul de administrare;
 - e. monitorizarea executării contractelor încheiate cu acoperire financiară din fondul de administrare;
 - f. evidența documentelor primare recepționate de la furnizorii de bunuri/ servicii achiziționate din mijloacele fondului de administrare;
 - g. raportarea privind executarea fondului de administrare.

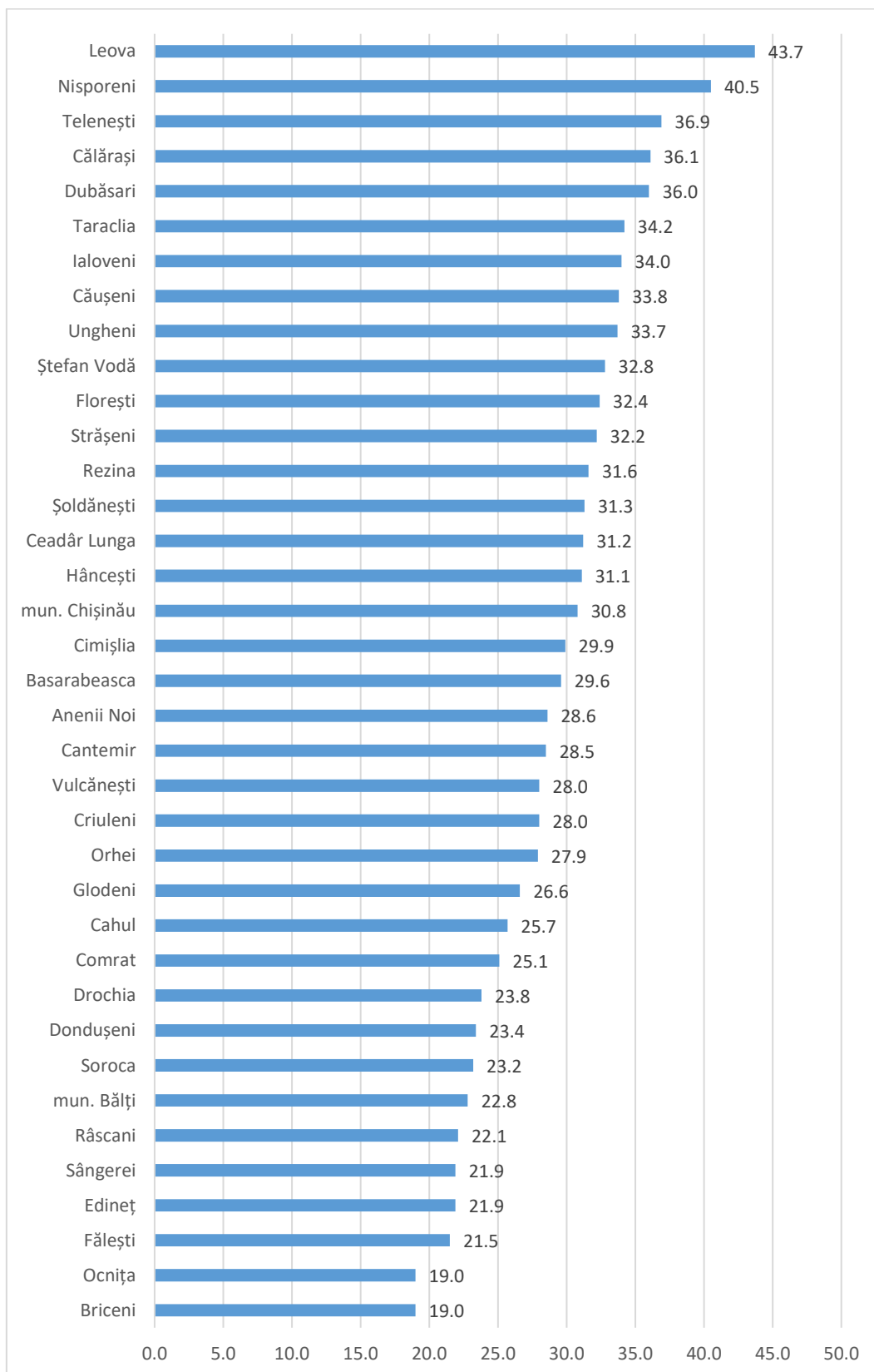
5. Conturul „Administrare și suport” include:

- 1) evidența dosarelor judiciare;
- 2) gestionarea utilizatorilor și a drepturilor de acces ale acestora;
- 3) jurnalizarea evenimentelor de sistem;
- 4) gestionarea copiilor de rezervă;
- 5) monitorizarea performanței sistemului;
- 6) suportul tehnic și mentenanța.

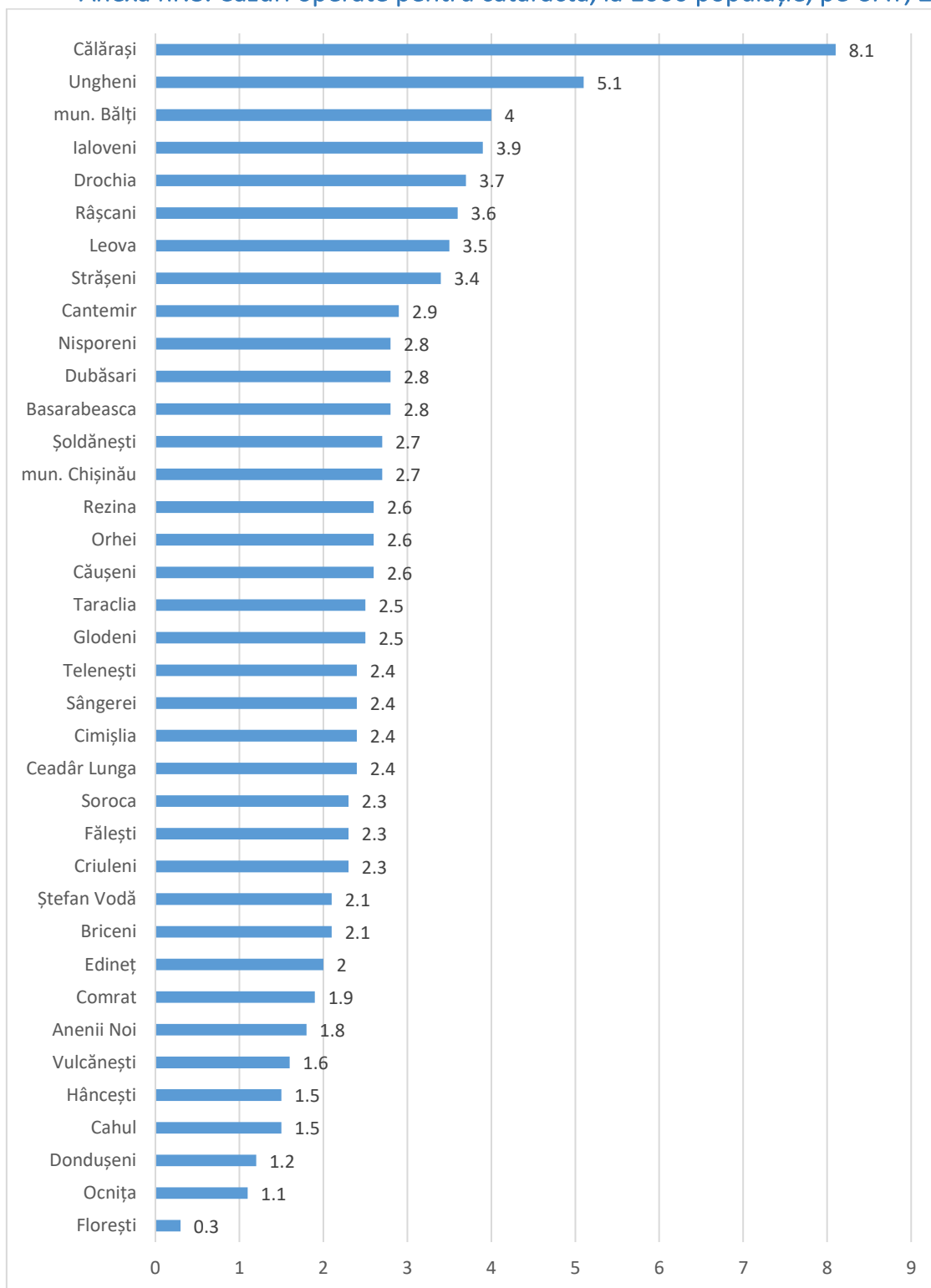
6. Conturul „Rapoarte” include:

- 1) generarea rapoartelor de planificare și executare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 2) generarea rapoartelor privind evidența persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, inclusiv a celor pentru care Guvernul are calitatea de asigurat;
- 3) generarea rapoartelor privind utilizarea mijloacelor financiare cu destinații speciale;
- 4) generarea rapoartelor privind volumul de asistență medicală acordat persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 5) generarea rapoartelor statistice.

Anexa nr.7. Cazuri chirurgicale programate, la 1000 populație, pe UAT, 2022



Anexa nr.8. Cazuri operate pentru cataractă, la 1000 populație, pe UAT, 2022



Anexa nr.9. Lista serviciilor de imagistică prin rezonanță magnetică
(Anexa nr.5 la Programul Unic al AOAM)

Nr. crt.	Denumirea serviciului	Cod serviciu
1.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a creierului, fără contrast	1326.2
2.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a creierului, cu contrast	1326.3
3.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a coloanei cervicale, fără contrast	1326.4
4.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a coloanei cervicale, cu contrast	1326.5
5.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a coloanei dorsale, fără contrast	1326.6
6.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a coloanei dorsale, cu contrast	1326.7
7.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a glandei pituitare, fără contrast	1326.8
8.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a glandei pituitare, cu contrast	1326.9
9.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a coloanei lombosacrale, fără contrast	1326.10
10.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a coloanei lombosacrale, cu contrast	1326.11
11.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a rinichilor, fără contrast	1326.12
12.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a rinichilor, cu contrast	1326.13
13.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a regimului colangiografiei, fără contrast	1326.16
14.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a abdomenului, fără contrast	1326.18
15.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a abdomenului, cu contrast	1326.19
16.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a articulațiilor mari 2 filme, fără contrast	1326.22
17.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a articulațiilor mari 2 filme, cu contrast	1326.23
18.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a orbitelor, fără contrast	1326.26
19.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a orbitelor, cu contrast	1326.27
20.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a sinusului paranasal, fără contrast	1326.28
21.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a sinusului paranasal, cu contrast	1326.29
22.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a organelor bazinului mic, fără contrast	1326.30
23.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a organelor bazinului mic, cu contrast	1326.31
24.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a pancreasului, fără contrast	1326.36
25.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1 Tesla a pancreasului, cu contrast	1326.37
26.	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.40
27.	Rezonanța magnetică nucleară a creierului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.41
28.	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.42
29.	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei cervicale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.43
30.	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.44
31.	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei dorsale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.45
32.	Rezonanța magnetică nucleară a glandei pituitare la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.46
33.	Rezonanța magnetică nucleară a glandei pituitare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.47
34.	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei lombosacrale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.48
35.	Rezonanța magnetică nucleară a coloanei lombosacrale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.49
36.	Rezonanța magnetică nucleară a rinichilor la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.50
37.	Rezonanța magnetică nucleară a rinichilor la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.51
38.	Rezonanța magnetică nucleară a glandei suprarenale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.52
39.	Rezonanța magnetică nucleară a glandei suprarenale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.53
40.	Rezonanța magnetică nucleară regim colangiografie (MRCP) la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.54
41.	Rezonanța magnetică nucleară a abdomenului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.56
42.	Rezonanța magnetică nucleară a abdomenului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.57
43.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme, fără contrast	1326.60
44.	Rezonanța magnetică nucleară până la 1,5 Tesla a articulațiilor mari, 2 filme, cu contrast	1326.61

45.	Rezonanța magnetică nucleară a orbitelor la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.64
46.	Rezonanța magnetică nucleară a orbitelor la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.65
47.	Rezonanța magnetică nucleară a sinusului paranasal la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.66
48.	Rezonanța magnetică nucleară a sinusului paranasal la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.67
49.	Rezonanța magnetică nucleară a organelor bazinului mic la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.68
50.	Rezonanța magnetică nucleară a organelor bazinului mic la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.69
51.	Rezonanța magnetică nucleară a cordului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.70
52.	Rezonanța magnetică nucleară a cordului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.71
53.	Rezonanța magnetică nucleară a pancreasului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.76
54.	Rezonanța magnetică nucleară a pancreasului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.77
55.	Rezonanța magnetică nucleară a mediastinului la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.78
56.	Rezonanța magnetică nucleară a mediastinului la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.79
57.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a vaselor extracraniale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.80
58.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a aortei la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.81
59.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a arterei pulmonare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.82
60.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a vaselor membrelor superioare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.83
61.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a vaselor membrelor inferioare la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.84
62.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a vaselor renale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.85
63.	Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară a întregului corp la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.86
64.	Rezonanța magnetică nucleară a întregii coloane vertebrale la aparatul 1,5 Tesla, fără contrast	1326.89
65.	Rezonanța magnetică nucleară a întregii coloane vertebrale la aparatul 1,5 Tesla, cu contrast	1326.90
66.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 tesla cerebrală, cu contrast, în protocol cu tractografie (DT1)	1326.92
67.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 tesla cerebrală, fără contrast, în protocol cu spectroscopie (SVMV)	1326.93
68.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 Tesla cerebrală cu contrast, în protocol cu spectroscopie (SV și MV)	1326.94
69.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 tesla spinală fără contrast, în protocol cu tractografie (DT1)	1326.95
70.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 Tesla spinală cu contrast, în protocol cu tractografie (DT1)	1326.96
71.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 tesla cerebrală cu contrast, în protocol neuroperfuzie	1326.97
72.	Angiografia prin IRM 1.5 tesla, cu noncontrast, a vaselor, intracerebrale protocol TOF și INHANCE arterial + venos	1326.98
73.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1.5 Tesla a bazinului mic, fără contrast, în protocol difuzie	1326.101
74.	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului, 1,5 Tesla	1326.102
75.	Imagistica prin rezonanță magnetică a țesuturilor moi ale gâtului cu contrast, 1,5 Tesla	1326.103
76.	Imagistica prin rezonanță magnetică a glandelor mamare cu contrast, 1,5 Tesla	1326.105
77.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1,5 Tesla a colului uterin, cu contrast	1326.106
78.	Imagistica prin rezonanță magnetică 1,5 Tesla a fătului	1326.107

Anexa nr.10. Serviciile de RMN efectuate și suma contractuală executată, pe prestatori, 2019-2022

Nr. d/o	Denumire prestatori	Teritoriu	Nr. RMN efectuat 2019	Suma executată 2019	Nr. RMN efectuat 2020	suma executată 2020	Nr. RMN efectuat 2021	Suma executată 2021	Nr. RMN efectuat 2022	Suma executată 2022
1	CRDM	Chișinău	2,686	5,187,586	3,068	6,807,907	3,271	7,048,145	3,147	7,438,436
2	IMU	Chișinău	796	1,220,449	315	517,562	800	1,202,262	501	751,144
3	INN „Diomid Gherman”	Chișinău	0	0	1,003	1,674,304	1,305	1,480,766	535	1,230,746
4	SRL Anamed-Centru	Comrat	0	0	0	0	230	399,646	304	613,396
5	SRL Balcombe	Chișinău	48	70,289	33	47,414	56	80,503	48	72,101
6	SRL Cardiomed	Chișinău	0	0	1	2,784	0	0	210	433,604
7	SRL CD German	Chișinău	240	615,072	317	714,746	1,131	2,475,543	461	1,188,594
8	SRL Euromed Diagnostic	Chișinău	1,804	3,191,519	2,828	4,953,381	2,688	4,747,362	2,285	3,984,215
9	SRL Imunotehnomed	Cahul	494	819,239	431	765,441	744	1,436,356	634	1,259,808
10	SRL Incomed	Bălți	1,682	2,626,412	1,046	1,605,385	1,338	2,129,819	1,513	2,299,899
11	SRL Magnamed	Chișinău		0	608	1,258,110	890	1,828,138	816	1,631,354
12	SRL Magnific Nord	Bălți	4,843	7,639,268	4,501	7,543,628	4,850	8,340,131	4,608	7,691,802
13	SRL ÎM "Maximum-Magnum"	Chișinău	3,173	4,815,035	3,174	4,836,954	3,619	5,502,653	3,535	5,374,584
14	SRL Medpark	Chișinău	741	1,548,334	566	1,174,746	593	1,594,091	195	362,926
15	SRL "Medpharmconsult"	Chișinău	0	0	0	0	382	646,370	136	222,926
16	SRL ANDIENDOMED	Briceni	0	0	0	0	85	119,128	109	153,747
	Total, MDL		16,507	27,733,203	17,891	31,902,362	21,982	39,030,913	19,037	34,709,282

Anexa nr.11. Îngrijiri medicale la domiciliu, pe agenții teritoriale ale CNAM și prestatori, 2019-2022

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
AT Centru (Chisinau)												
AMT "Buiucani"	1,810	1,810	248,422.50	2016	2016	292521.6	3333	3366	706860	3366	3366	875160
AMT "Ciocana"	2,243	2,250	308,812.50	2259	2259	327780.9	2862	2874	603540	3042	3042	790920
AMT "Rîșcani"	120	120	16,470.00	120	120	17412	120	120	25200	2418	2418	628680
CS Durlești	200	214	29,371.50	200	172	24957.2	200	200	42000	248	248	64480
CS Vatra	16	20	2,745.00	16	16	2321.6	16	0	0	0	0	0
CS Truseni	72	30	4,117.50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Ialoveni	108	120	16,470.00	108	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Stauseni	0	0	0.00	0	0	0	224	224	47040	170	170	44200
CS Horesti	125	148	20,313.00	125	125	18137.5	125	64	13440	125	115	29900
CS Vasieni	62	62	8,509.50	62	55	7980.5	62	30	6300	62	49	12740
CS Dubăsari	708	953	130,799.25	876	876	127107.6	900	913	191730	1246	1245	323700
CS Strășeni	395	395	54,213.75	395	395	57314.5	438	438	91980	452	452	117520
CS Vorniceni	144	144	19,764.00	144	108	15670.8	0	0	0	0	0	0
CS Pânășești	63	63	8,646.75	63	63	9141.3	63	63	13230	79	79	20540
CS Vorniceni	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	173	144	37440
CS Cojușna	76	76	10,431.00	76	29	4207.9	64	48	10080	81	74	19240
CS Siret	144	144	19,764.00	180	180	26118	195	195	40950	173	173	44980
CS Orhei nr.1	600	600	82,350.00	600	0	0	600	548	115080	720	720	187200
CS Orhei nr.2	208	208	28,548.00	471	471	68342.1	569	621	130410	360	360	93600
CS Ivancea	50	51	6,999.75	65	65	9431.5	50	50	10500	50	50	13000

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
CS Șoldănești	124	168	23,058.00	124	60	8706	124	56	11760	124	78	20280
CS Raspopeni	62	62	8,509.50	62	62	8996.2	62	62	13020	62	60	15600
CS Vadul-Rascov	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	74	74	19240
CS Cotiujenii Mari	70	70	9,607.50	70	70	10157	85	85	17850	103	103	26780
CS Rezina	0	0	0.00	210	210	30471	233	210	44100	285	285	74100
CS Cinișeuți	0	0	0.00	30	30	4353	30	30	6300	42	42	10920
CS Criuleni	204	204	27,999.00	255	255	37000.5	393	393	82530	309	309	80340
CS Balabanesti	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	76	76	19760
CS Dubasarii Vechi	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	104	104	27040
AT Nord (Balti)												
CMF Balți	1,500	1,643	225,501.75	1500	687	99683.7	1500	766	160860	1667	1667	433420
CS Edineț	700	700	96,075.00	822	822	119272.2	986	986	207060	999	997	259220
CS Cupcini	86	86	11,803.50	86	86	12478.6	86	86	18060	105	105	27300
CS Briceni	507	507	69,585.75	507	198	28729.8	641	641	134610	772	772	200720
CS Corjeuti	100	108	14,823.00	108	108	15670.8	120	120	25200	144	144	37440
CS Larga	90	90	12,352.50	90	90	13059	90	90	18900	114	114	29640
CS Lipcani	180	180	24,705.00	180	180	26118	180	180	37800	432	432	112320
CS Rîșcani	304	304	41,724.00	394	394	57169.4	394	394	82740	460	460	119600
CS Glodeni	350	350	48,037.50	439	439	63698.9	480	480	100800	576	576	149760
CS Balatina	68	68	9,333.00	68	68	9866.8	68	68	14280	90	90	23400
CS Hijdieni	39	39	5,352.75	39	39	5658.9	39	39	8190	50	39	10140
CS Iablona	31	31	4,254.75	31	31	4498.1	31	31	6510	36	36	9360
CS Ciuciulea	62	62	8,509.50	0	0	0	90	90	18900	114	90	23400

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
SC Sturzovca	35	35	4,803.75	0	0	0	35	35	7350	35	35	9100
CS Rudi	48	48	6,588.00	48	48	6964.8	0	0	0	0	0	0
CS Visoca	50	50	6,862.50	50	50	7255	50	50	10500	62	62	16120
CS Vadeni	0	0	0.00	12	12	1741.2	12	12	2520	0	0	0
CS Parcani	30	30	4,117.50	30	30	4353	30	30	6300	42	42	10920
CS Nimereuca	0	0	0.00	19	19	2756.9	19	19	3990	0	0	0
CS Cainarii-Vechi	41	41	5,627.25	41	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Racovat	41	41	5,627.25	41	41	5949.1	0	0	0	0	0	0
CS Cosauti	0	0	0.00	20	20	2902	20	20	4200	20	20	5200
CS Drochia	200	200	27,450.00	256	256	37145.6	281	281	59010	342	342	88920
CS Ochiul Alb	34	34	4,666.50	34	34	4933.4	34	34	7140	0	0	0
CS Chetrosu	45	45	6,176.25	45	45	6529.5	57	57	11970	0	0	0
CS Pelinia	80	80	10,980.00	80	80	11608	80	80	16800	80	80	20800
CS Sofia	12	12	1,647.00	12	12	1741.2	12	3	630	0	0	0
CS Maramonovca	12	12	1,647.00	12	12	1741.2	12	12	2520	12	12	3120
CS Şuri	26	26	3,568.50	0	0	0	0	0	0	56	42	10920
CS Zguriţa	57	57	7,823.25	57	57	8270.7	57	57	11970	77	77	20020
CS Hăsnăşenii Mari	0	0	0.00	29	29	4207.9	0	0	0	0	0	0
CS Gribova	55	55	7,548.75	55	55	7980.5	55	55	11550	55	55	14300
CS Nicoreni	16	22	3,019.50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CMF Floreşti	465	465	63,821.25	543	543	78789.3	755	755	158550	917	917	238420
CS Ghindesti	80	80	10,980.00	80	80	11608	80	80	16800	104	104	27040
CS Marculesti	145	145	19,901.25	145	145	21039.5	158	158	33180	186	186	48360

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
CS Tirgul Vertiujeni	66	66	9,058.50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Ciutulesti	62	62	8,509.50	62	62	8996.2	62	62	13020	76	76	19760
CS Prodanesti	0	0	0.00	35	35	5078.5	35	35	7350	53	53	13780
CS Sănătăuca	62	62	8,509.50	62	62	8996.2	62	62	13020	76	76	19760
CS Cuhureștii de Sus	75	75	10,293.75	75	75	10882.5	75	75	15750	93	93	24180
CS Ocnîța	400	400	54,900.00	400	400	58040	558	558	117180	587	587	152620
CS Otaci	132	132	18,117.00	132	132	19153.2	132	132	27720	146	146	37960
CS Frunza	55	55	7,548.75	55	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Dondușeni	295	295	40,488.75	295	295	42804.5	295	295	61950	361	361	93860
CS Taul	134	134	18,391.50	134	134	19443.4	134	134	28140	163	163	42380
AT Vest (Ungheni)												
CS Călărași	415	427	58,605.75	415	0	0	0	0	0	415	298	77480
CS Pîrjolteni	125	145	19,901.25	125	115	16686.5	180	180	37800	204	200	52000
CS Valcînet	72	72	9,882.00	72	10	1451	70	0	0	0	0	0
CS Bravicea	82	82	11,254.50	0	0	0	84	63	13230	84	84	21840
CS Sipoteni	107	107	14,685.75	107	107	15525.7	126	107	22470	139	107	27820
CS Varzarestii Noi Pitusca	31	31	4,254.75	31	31	4498.1	31	31	6510	44	44	11440
CS Nisporeni	350	350	48,037.50	561	561	81401.1	576	576	120960	965	965	250900
CS Grozesti	177	165	22,646.25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Fălești	674	1,588	217,953.00	674	407	59055.7	674	699	146790	2198	1887	490620
CS Chetriș	90	96	13,176.00	122	122	17702.2	113	100	21000	90	86	22360
CS Mărăndeni	141	307	42,135.75	239	239	34678.9	213	193	40530	213	158	41080

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
CS Ciolacu Nou	144	144	19,764.00	180	144	20894.4	156	144	30240	173	144	37440
CS Bocşa	227	216	29,646.00	247	247	35839.7	321	315	66150	393	393	102180
CS Iscalau	144	144	19,764.00	144	144	20894.4	144	144	30240	144	70	18200
CS Glinjeni	136	139	19,077.75	136	94	13639.4	279	287	60270	280	249	64740
CS Hînceşti	1,080	1,080	148,230.00	1080	920	133492	1080	460	96600	1286	1286	334360
CS Ciuciuleni	80	58	7,960.50	80	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Crasnoarmeiscoe	75	75	10,293.75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Bujor	69	69	9,470.25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CS Lapusna-Pascani	50	34	4,666.50	0	0	0	50	49	10290	0	0	0
CS Sarata-Galbena	75	72	9,882.00	76	76	11027.6	93	84	17640	89	72	18720
CS Sîngerei	400	400	54,900.00	400	400	58040	437	437	91770	486	486	126360
CS Biruinta	118	118	16,195.50	118	22	3192.2	142	123	25830	142	142	36920
CS Copaceni	79	79	10,842.75	79	79	11462.9	79	72	15120	102	79	20540
CS Chiscareni	36	36	4,941.00	36	36	5223.6	36	36	7560	43	43	11180
CS Biliceni Vechi	55	55	7,548.75	55	55	7980.5	66	55	11550	55	55	14300
CS Pepeni	107	107	14,685.75	142	142	20604.2	166	145	30450	209	209	54340
CS Radoaia	59	59	8,097.75	59	59	8560.9	74	74	15540	91	91	23660
CS Cotiujenii Mici	0	0	0.00	10	10	1451	10	10	2100	10	10	2600
CS Draganesti	43	43	5,901.75	43	43	6239.3	43	43	9030	49	49	12740
CS Flaminzeni-Coscodeni	141	141	19,352.25	154	154	22345.4	141	148	31080	169	169	43940
CS Sîngereii Noi	62	62	8,509.50	60	60	8706	60	60	12600	60	60	15600
CS Teleneşti	107	144	19,764.00	107	0	0	0	0	0	0	0	0

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
CS Sărătenii Vechi	90	90	12,352.50	90	90	13059	103	90	18900	114	114	29640
CS Mindresti	100	100	13,725.00	100	100	14510	100	76	15960	0	0	0
CS Cazanesti	170	170	23,332.50	170	128	18572.8	186	170	35700	100	100	26000
AT Est (Causeni)												
CS Căușeni	426	426	58,468.50	426	426	61812.6	467	467	98070	486	486	126360
CS Cainari	0	0	0.00	72	72	10447.2	67	72	15120	93	93	24180
CS Ștefan Vodă	486	486	66,703.50	572	572	82997.2	783	726	152460	883	883	229580
CS Crocmaz	0	0	0.00	41	41	5949.1	61	53	11130	75	75	19500
CS Olănești	84	84	11,529.00	84	84	12188.4	84	84	17640	90	90	23400
CS Antonești	59	59	8,097.75	59	59	8560.9	0	0	0	0	0	0
CS Talmaza	72	72	9,882.00	72	72	10447.2	72	72	15120	86	86	22360
CS Anenii Noi	141	144	19,764.00	141	141	20459.1	161	161	33810	176	176	45760
CS Cimișlia	262	132	18,117.00	262	24	3482.4	262	0	0	0	0	0
CS Gura Galbenei	47	47	6,450.75	47	30	4353	47	32	6720	47	40	10400
CS Basarabasca	266	267	36,645.75	266	224	32502.4	216	304	63840	276	274	71240
AT Sud (Cahul)												
CS Cahul	605	644	88,389.00	653	606	87930.6	630	573	120330	688	669	173940
CS Slobozia Mare	88	88	12,078.00	88	88	12768.8	99	187	39270	60	60	15600
CS Giurgiulesti	26	10	1,372.50	26	26	3772.6	26	26	5460	26	26	6760
CS Colibasi	138	127	17,430.75	177	173	25102.3	144	138	28980	173	173	44980
CS Crihana Veche	72	72	9,882.00	72	58	8415.8	89	86	18060	89	89	23140
CS Gavanoasa	28	36	4,941.00	0	0	0	0	0	0	1201	1201	312260
CS Moscovei	0	0	0.00	47	0	0	0	0	0	160	131	34060

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
CS Cantemir	423	538	73,840.50	740	740	107374	905	890	186900	170	170	44200
CS Cociulia	145	145	19,901.25	182	182	26408.2	160	160	33600	158	132	34320
CS Baimaclia	136	136	18,666.00	136	136	19733.6	151	173	36330	211	211	54860
CS Ciobalaccia	69	0	0.00	0	0	0	0	0	0	101	101	26260
CS Gotești	132	132	18,117.00	132	132	19153.2	132	132	27720	308	308	80080
CS Leova	84	66	9,058.50	84	62	8996.2	150	155	32550	62	62	16120
CS Sărăteni	135	135	18,528.75	135	135	19588.5	135	130	27300	12	12	3120
CS Taraclia (raional)	295	295	40,488.75	295	295	42804.5	295	295	61950	12	12	3120
CS Tvardita	69	69	9,470.25	69	49	7109.9	60	37	7770	0	0	0
CS Valea Perjei	30	30	4,117.50	30	26	3772.6	20	13	2730	0	0	0
CS Corten	0	0	0.00	21	21	3047.1	21	21	4410	0	0	0
CS Comrat	441	441	60,527.25	441	356	51655.6	486	486	102060	441	441	114660
CS Congaz	0	0	0.00	117	117	16976.7	117	105	22050	123	123	31980
CS Avdarma	69	71	9,744.75	78	78	11317.8	70	70	14700	0	0	0
CS Cioc-Maidan	34	34	4,666.50	32	32	4643.2	32	32	6720	46	32	8320
CS Chirsova	55	55	7,548.75	55	55	7980.5	55	55	11550	61	55	14300
CS Ceadîr-Lunga	555	555	76,173.75	555	555	80530.5	604	604	126840	604	474	123240
CS Tomai	83	83	11,391.75	83	83	12043.3	83	83	17430	83	83	21580
CS Copceac	90	90	12,352.50	90	90	13059	90	90	18900	101	101	26260
CS Cazaclia	55	55	7,548.75	55	51	7400.1	66	66	13860	66	66	17160
CS Vulcănești	138	138	18,940.50	138	138	20023.8	138	138	28980	155	155	40300
IMD ONG												
AO "Homecare"	736	736	101,016.00	893	893	129574.3	893	893	187530	1000	904	235040

Denumirea IMS	2019			2020			2021			2022		
	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. vizite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat	Contractat nr. izite	Efectuat nr. vizite	Suma pentru vizite efectuat
FBF Caritas Moldova	1,598	1,598	219,325.50	1598	1598	231869.8	1704	1704	357840	1954	1954	508040
AO Medlife	15,861	16,700	2,292,075.00	19417	19417	2817406.7	18083	20464	4297440	0	0	0
AO CASMED	1,252	1,252	171,837.00	1320	1320	191532	2636	2636	553560	2880	2880	748800
SRL Mediclas	1,737	1,737	238,403.25	1737	1737	252038.7	1737	1737	364770	0	0	0
AO "Prosperare-Zubrești"	793	1,040	142,740.00	1290	1290	187179	1358	1286	270060	1276	1205	313300
AO Angelus Soroca	937	1,201	164,837.25	1159	1159	168170.9	1178	1189	249690	1257	1257	326820
AO Aripele Sperantei	1,088	1,818	249,520.50	1416	1416	205461.6	1535	1540	323400	1725	1725	448500
Fundatia Agapedia	660	660	90,585.00	821	821	119127.1	841	786	165060	1049	1049	272740
SRL Vladeliza	0	0	0.00	0	0	0	100	110	23100	108	108	28080
SIMF Stamatov Svetlana	0	0	0.00	0	0	0	100	51	10710	0	0	0
SRL"Dac Slav Biznes"	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0	343	343	89180
Total IMD	50,785	54,348	7,459,263	57,786	53,817	7,808,847	61,529	61,735	12,964,350	50,308	49,052	12,753,520

Anexa nr.12. Prestarea serviciilor de ingrijiri paliative de echipa mobilă, 2019-2022

Denumire prestator	2019			2020			2021			2022		
	contractat nr. vizite	efectuat nr. vizite	efectuat suma	contractat nr. vizite	efectuat nr. vizite	efectuat suma	contractat nr. vizite	efectuat nr. vizite	efectuat suma	contractat nr. vizite	efectuat nr. vizite	efectuat suma
AO „Gloria”	498	476	86346.4	498	498	95491.5	498	498	128484	496	473	187781
AO „Angelus Ocnița”	1196	1196	216954.4	1245	1245	238728.8	1245	1251	322758	1260	1260	500220
AO „Angelus Taraclia”	1500	1500	272100	1500	1500	287625	2225	2225	574050	2225	2221	881737
F „Hospice Angelus Moldova”	7785	7785	1412199	10115	10115	1939551	10421	11028	2845224	10421	11201	4446797
FF MS „Angelus Soroca”	1899	1936	351190.4	2004	2004	384267	2098	2118	546444	2098	2076	824172
AO „Aripele Speranței”	2909	3080	558712	4233	4233	811677.8	3419	3437	886746	3878	3878	1539566
AO „Prosperare-Zubrești”	1097	1011	183395.4	1097	806	154550.5	1026	1014	261612	1026	561	222717
AO „Casmed”				0	0	0	0	0	0	800	800	317600
AO „Medlife”	4676	4805	871627	4832	4832	926536	5947	7098	1831284	0	0	0
SRL „Mediclas”	1000	1000	181400	1061	1061	203446.8	0	0	0	0	0	0
Total	22560	22789	4133925	26585	26294	5041875	26879	28669	7396602	22204	22470	8920590