



Accesul la medicamente compensate în Republica Moldova

Rita Seicaş
Ghenadie Turcanu
Andrei Mecineanu
Viorel Soltan

Chişinău 2015

Contribuții:

Rita Seicaș - design, elaborare chestionar și metodă, analiza datelor și elaborarea raportului

Ghenadie Turcanu - design și analiza datelor

Andrei Mecineanu - design și analiza datelor

Viorel Soltan – design, coordonare și elaborarea raportului

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Accesul la medicamente compensate în Republica Moldova / Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS); contribuții: Rita Seicaș, Ghenadie Turcanu, Andrei Mecineanu, Viorel Soltan. – Chișinău: S. n., 2015 (Tipogr. "ELAN POLIGRAF"). – 86 p.

Apare cu sprijinul finanțier al Fundației Soros-Moldova. – 100 ex.

ISBN 978-9975-66-448-6.

Cercetarea opiniei consumatorilor de medicamente privind accesul la medicamentele compensate (studiu cantitativ) și a factorilor de decizie și a implementatorilor sistemului de compensare a medicamentelor (studiu calitativ) a fost executată de către Magenta Consulting.

Această cercetare operațională a fost realizată de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul finanțier al Fundației Soros-Moldova Programul Sănătate Publică și Programul Buna Guvernare.

Informațiile și concluziile expuse în acest raport aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.

Preambul

"Lista medicamentelor compensate este direct corelată cu mărimea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Evoluția ascendentă a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală a permis extinderea Listei medicamentelor compensate." Reprezentant Ministerul Sănătății

"Finanțarea instituțiilor medicale se face în dependență de numărul pacienților cu hipertensiune, cu diabet, parkinson, ș.a.m.d., se preconizează o sumă estimativă pentru teritoriul concret. CNAM achită facturile prezentate de către farmaciile cu care are contract. Până la moment, toate sumele prezentate de către farmacii au fost achitate. Nu avem datorii față de farmacii." Reprezentant CNAM

"Toți pacienții care au necesitate, care au nevoie de medicamentul respectiv compensat au acces la el. Dar e de responsabilitatea lor să se prezinte la medicul de familie dacă nu fiecare lună, odată la două luni pentru a ridica rețeta să ia medicamentul." Manager instituție de asistență medicală primară

"Nu se întâmplă ca noi să cerem mai mult decât CNAM e de acord să ne dea" Șef Centru sănătate localitate rurală

"Conducerea noastră ne ceartă pentru orice medicament scump pe care îl prescriem compensat. Noi nu avem voie să prescriem asemenea preparate - apoi atâtea probleme avem că nu mai scăpăm". Medic de familie

"Deja ne uităm la persoană – care-i cu inele și aur – nu-i mai prescriem compensate, că o să aibă bani să le cumpere și fără compensare." Medic de familie

Sumar

Asigurarea accesibilității la medicamente este una din prioritățile politiciilor de sănătate ale statului. Acest angajament este susținut prin documentele de politici legate de dezvoltarea strategică a sistemului de sănătate, precum și cele speciale aprobate în domeniul farmaceutic. Transpunerea în practică a documentelor de politici s-a realizat prin acte normative aprobate pentru a forma contextul de reglementare, care ar contribui la sporirea accesibilității și disponibilității medicamentelor. Una din politicile în acest sens este implementarea sistemului de compensare a medicamentelor. Această politică a fost pusă în practică pentru prima dată în 2004, odată cu introducerea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală (AOAM).

În anul 2005 Ministerul Sănătății (MS), în comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAME) au elaborat prima listă de medicamente compensate, care pe parcurs s-a extins până la 89 denumiri comune internaționale (DCI) în anul 2011, iar cea mai recentă modificare și completare de bază a Listei medicamentelor compensate (LMC) a fost aprobată în aprilie 2013. Pe de altă parte, acoperirea cu medicamente compensate (MC) pentru populația asigurată este deocamdată încă insuficientă, or această lipsă a accesului la medicamente compensate la nivel de tratament în ambulatoriu micșorează atraktivitatea poliței de asigurare medicală pentru populație. Evaluările recente ale OMS în domeniul accesibilității și disponibilității medicamentelor a remarcat că LMC este foarte limitată și pacienții cu maladii cronice și vârstnicii nu au protecție suficientă.

Acest studiu a fost realizat în premieră pentru a avea o înțelegere amplă despre contribuția sistemului de compensare a medicamentelor la accesul la medicamente în Republica Moldova. Rezultatele studiului sunt prezentate în două capitulo: 1) examinarea cadrului legislativ și normativ, și gestionarea sistemului pentru compensarea medicamentelor în ambulator, în cadrul AOAM și 2) sondajul de opinie a consumatorilor de medicamente privind accesul la medicamentele compensate (studiu cantitativ), cât și a factorilor de decizie și alți actori din sistemul de sănătate privind compensarea medicamentelor (studiu calitativ).

Prin analiza cadrului de reglementare în domeniul farmaceutic cu referire la asigurarea accesibilității la medicamente, inclusiv cel care stabilește baza pentru implementarea sistemului de compensare a medicamentelor au fost constataate părțile slabe care determină limitările de dezvoltare și implementare a listei medicamentelor compensate, precum: mecanismul de elaborare și aprobată a LMC se caracterizează prin o serie de ambiguități; criteriile de selectare a medicamentelor au fost simplificate nejudicios prin ultima revizuire a cadrului de reglementare; rolurile autorităților responsabile de elaborare, aprobată și implementare a LMC nu sunt definite clar; ponderea cheltuielilor pentru medicamentele compensate din Fondul de bază al AOAM în ultimii patru ani a fost mică; politicile de prețuri la medicamente nu au fost supuse revizuirilor de esență ținând cont de contextul local și de multitudinea de instrumente folosite în practicele internaționale.

Datele sondajului de opinie a consumatorilor de medicamente privind accesul la medicamente compensate au arătat că dintre cei care au utilizat medicamente,

mai puțin de o treime din respondenți (31%) au beneficiat de medicamente compensate, mai frecvent beneficiarii fiind din mediu rural, cu vârstă de peste 60 ani, și cu venituri mici. Polița AOAM și gradul de informare a populației privind medicamente compensate nu facilitează sporirea accesului la medicamente compensate, factorul principal care constrângе accesul la MC fiind mijloacele financiare insuficiente alocate în acest scop, iar medicii sunt puși în situația să selecteze cui să prescrie MC. Mai mult, oferirea MC este percepță de unii lucrători medicali ca un ajutor social celor mai vulnerabili pacienți. Categoriile cele mai favorizate în accesul la MC sunt pacienții cu maladii cardio-vasculare și diabet zaharat, la celălalt pol fiind cei cu maladii renale, osteo-articulare, respiratorii, anemii și femeile însărcinate și copiii de până la 5 ani. Dintre respondenții non-beneficiari de medicamente compensate (RNMC), o parte semnificativă erau eligibili pentru MC, dar nu le primeau. Chiar și atunci când au avut acces la medicamente compensate, pacienții au cumpărat din propriul buzunar medicamente din cauza numărului limitat de medicamente incluse în LMC, dar și a practicilor anevoie de existente de prescriere a medicamentelor.

Costul MC reprezintă doar o treime din necesarul lunar de medicamente. Văloarea plăților directe pentru medicamentele prescrise este mare atât pentru cei care beneficiază de MC, cât și pentru cei care nu au beneficiat de MC: în medie, respondenții beneficiari de medicamente compensate (RBMC) au cheltuit lunar 402 MDL, iar RNMC au cheltuit 509 MDL. În cazul copiilor de până la 5 ani, costul mediu a fost de 354 MDL pentru RBMC și 448 MDL pentru RNMC. Femeile însărcinate, deși sunt formal incluse în lista celor care beneficiază de medicamente compensate, în realitate nu au beneficiat deloc de astfel de rețete. Astfel, printre femeile însărcinate costul mediu al medicamentelor prescrise în timpul sarcinii se ridică la 376 MDL. Povara financiară din cauza costului medicamentelor este mare, întrucât 13% dintre RBMC și 24% RNMC au raportat că au decis să nu cumpere medicamentul necesar din cauza costului mare al acestuia.

Pe de altă parte, majoritatea RBMC consideră că medicamentele sunt de calitate, iar medicamentele compensate au un impact semnificativ asupra aderenței la tratament și asupra reducerii costurilor pentru sistemul de sănătate. Ei consideră că medicamentele compensate influențează benefic starea de sănătate întrucât majoritatea administrează medicamentele cu regularitate datorită posibilității compensării, ceea ce duce la reducerea adresărilor la urgență, diminuarea internărilor în spital și micșorarea numărului de acutizări și complicații.

Având în vedere efectul benefic asupra stării de sănătate a beneficiarilor de medicamente compensate și potențialul de micșorare a cheltuielilor globale din sistemul de sănătate, medicii și managerii din asistență medicală primară ar dori să extindă acoperirea cu medicamente compensate. În același timp, decidenții nu văd alte soluții de mărire a listei medicamentelor compensate decât prin mărirea contribuției populației la fondul de asigurare medicală și nu consideră alte opțiuni care ar contribui la mărirea accesului la medicamentele compensate, inclusiv revizuirea mecanismelor curente de optimizare a cheltuielilor.

Cuprins

Sumar.....	4
Cuprins	6
Lista figurilor.....	8
Lista tablelelor.....	9
Abrevieri.....	10
Rezultate –cheie ale studiului.....	11
Oportunități pentru intervenții.....	17
Cadrul de reglementare în domeniul asistenței cu medicamente – prezentare generală.....	19
Politicele de reglementare a prețurilor la medicamente.....	21
Sistemul de compensare a medicamentelor în cadrul AOAM - scurt istoric și evoluție.....	25
Analiza mecanismului de selectare și aprobare a medicamentelor spre compensare.....	29
Metodologia aplicată.....	50
Datele socio-demografice ale eșantionului general.....	52
Utilizarea medicamentelor compensate.....	53
Acoperirea cu asigurare medicală obligatorie printre beneficiarii și non-beneficiarii de MC.....	54
Contactul cu asistența medicală primară.....	55
Profilul de utilizare a medicamentelor a respondenților care nu au beneficiat de medicamente compensate	56
Prescrierea selectivă a medicamentelor compensate: percepțiile pacienților și a prestatorilor.....	57
Profilul de utilizare a medicamentelor a respondenților beneficiari de medicamente compensate.....	58
Gradul de Informare despre medicamentele compensate.....	61
Gradul de informare a RBMC privind modificările LMC și costul MC din ultimul an.....	63
Gradul de informare privind prețul și cota de compensare a medicamentelor compensate.....	64
Accesibilitatea fizică la farmacii și medicamente (accesul în funcție de disponibilitate).....	65
Criteriile de alegere a farmaciei.....	66
Practicile de prescriere și eliberare a medicamentelor compensate.....	67
Accesibilitatea financiară la medicamente.....	72
Percepția despre evoluția prețurilor la medicamente compensate în ultimele 12 luni.....	74
Percepția calității medicamentelor compensate.....	75

Impactul asupra stării de sănătate de la momentul accesului la medicamente compensate.....	76
Utilizarea medicamentelor de către persoanele care administrează medicamente copilului (lor) cu vîrstă până la 5 ani.....	79
Percepțiile prestatorilor de servicii și a managerilor referitor la modificarea listei medicamentelor compensate și a prescrierii medicamentelor în baza denumirii comune internaționale.....	85

Lista figurilor

Figura 1: Distribuția gospodăriilor conform venitului lunar declarat, dezagregat pe mediul de reședință (în %).....	53
Figura 2: Proporția celor care aveau asigurare medicală, în funcție de beneficierea de medicamente compensate, %.....	55
Figura 3: În ultimele 6 luni dvs. ați trecut prin una dintre următoarele situații/ maladii?, N=1424, %.....	56
Figura 4: De ce nu ați utilizat medicamente compensate? (răspuns multiplu), N=388.....	57
Figura 5: De ce ați decis să procurați medicamente suplimentare celor compensate? Răspuns multiplu, N=515, %.....	60
Figura 6: Informarea beneficiarilor despre Lista Medicamentelor Compensate și modificările parvenite în ultimul an, %.....	63
Figura 7: De cât timp aveți nevoie pentru a ajunge la farmacie pentru a procura medicamente, N=1920.....	66
Figura 8: Unde se află farmacia la care procurați medicamentele prescrise? (răspuns multiplu).....	66
Figura 9: Comparația importanței criteriilor de selecție a farmaciei pentru acei care procură și acei care nu procură medicamente compensate.....	67
Figura 10: Distribuția RBMC conform proporției medicamentelor compensate în schema de tratament.....	68
Figura 11: De ce ați decis să procurați medicamente suplimentare celor compensate? Răspuns multiplu, %.....	70
Figura 12: Părerea despre existența unor medicamente mai ieftine decât cele compensate.....	75
Figura 13: Percepția calității medicamentelor compensate.....	76
Figura 14: Impactul medicamentelor compensate asupra stării de sănătate a beneficiarilor.....	78
Figura 15: Cota copiilor cu vârstă de 0-5 ani, care au beneficiat de medicamente compensate în ultimele 6 luni.....	79
Figura 16: Motivele pentru care copiii de pînă la 5 ani nu au beneficiat de medicamentele compensate.....	79
Figura 17: Criteriile de selectare a medicamentelor pentru copiii de pînă la 5 ani.....	80
Figura 18: Motivele din care îngrijitorul copilului decide să nu procure anumite medicamente.....	81
Figura 19: Caracteristicile procurării medicamentelor compensate....	82
Figura 20: Profilul utilizării de medicamente compensate la îngrijitorii copiilor cu vîrstă până la 5 ani.....	82
Figura 21: Alegerea denumirilor comerciale a medicamentelor compensate în farmacie.....	83
Figura 22: Utilizarea motivului de limită a bugetului pentru a nu prescrie medicamente de compensate.....	85

Lista tabelelor

Tabelul 1: Evoluția cheltuielilor FAOAM alocate acoperirii costului medicamentele compensate, în MDL și ca proporție din bugetul total FAOAM, 2005 - 2015.....	28
Tabelul 2: Modele internaționale de contribuție financiară în acoperirea costurilor de către asigurator.....	39
Tabelul 3: Strategii de reglementare și micșorare a prețului în țările Uniunii Europene.....	43
Tabelul 4: Distribuția respondenților care nu lucrează conform tipului de inactivitate (n=1506), în %.....	52
Tabelul 5: În ultimele 6 luni Dvs. personal ati beneficiat de medicamente compensate? (în %, n=2063).....	54
Tabelul 6: La ce medici vă adresați de obicei cu întrebări legate de sănătatea Dvs.? (n=2063, în %).....	55
Tabelul 7: Dvs. primiți tratament pentru această maladie? Subeșantionul celor care nu au beneficiat de medicamente compensate (în %).....	57
Tabelul 8: Tipul de maladie cronică, administrarea tratamentului cu medicamente compensate și necompensate, N=639, %.....	59
Tabelul 9: Ponderea beneficiarilor de medicamente compensate care nu au auzit de lista medicamentelor compensate, conform distribuției pe mediu, sex, vârstă, regiune și venit, %.....	61
Tabelul 10: Cunoașterea dreptului de a alege preparatul în farmacie dintr-o gamă de medicamente sinonime pentru aceeași denumire comună internațională și cu anunțarea prețului lor.....	65
Tabelul 11: Distribuția RBMC conform proporției medicamentelor compensate în schema de tratament, în funcție de mediu, sex, vârstă, regiune și venit.....	69
Tabelul 12: Care sunt criteriile de alegere a medicamentelor compensate în farmacie? (răspuns multiplu, %).....	71
Tabelul 13: Motivele de a nu procura toate medicamentele prescrise în rețetă.....	72
Tabelul 14: Criteriile de selecție a medicamentelor, în cazul când costul lor depășește puterea de cumpărare a pacienților.....	73
Tabelul 15: Cheltuielile medii pentru medicamentele, subeșantionul beneficiarilor medicamente compensate, conform mediului de reședință și zonelor geografice.....	74
Tabelul 16: Faptul că beneficiari de MC v-a ajutat să administrați tratamentul regulat?.....	77

Abrevieri

AMP	Asistență medicală primară
AOAM	Asigurare obligatorie de asistență medicală
ATC	Clasificare Anatomică Terapeutică Chimică
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
DCI	Denumirea comună internațională
Dev .st.	Deviația standard
EMA	Agenția Europeană pentru Medicamente/ <i>European Medicines Agency</i>
EU	Euro
ETM	Evaluare a tehnologiei medicale / <i>Health Technology Assessment</i>
FDA	Agenția pentru Alimente și Medicamente din Statele Unite/ <i>Food and Drug Administration</i>
FG	Focus grup
FAOAM	Fondul pentru asigurare obligatorie de asistență medicală
GMP	Reguli de bună practică de fabricație/ <i>Good Manufacturing Practices</i>
HG	Hotărâre de Guvern
IA	Interviu aprofundat
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
LMC	Lista medicamentelor compensate
MDL	Leu moldovenesc
MC	Medicamente compensate
MS	Ministerul Sănătății
MF	Medic de familie
PSM	Politica de stat în domeniul medicamentului
RBMC	Respondenți beneficiari de medicamente compensate
REP	Referință externă a prețului
RIP	Referință internă a prețului
RNMC	Respondenți non-beneficiari de medicamente compensate
TVA	Taxă cu valoare adăugată
UE	Uniunea Europeană
USD	Dolar American

Metodologia studiului

Scopul acestui studiu a fost de a identifica factorii de constrângere în dezvoltarea sistemului de compensare a medicamentelor la nivel de reglementare, operațional și finanțier, precum și opinia populației asupra accesibilității medicamentelor compensate și impactul asupra sării de sănătate.

Studiul privind accesul la medicamente compensate a fost realizat în baza următoarelor metode:

- Analiza cadrului legislativ și normativ general și specific privind sistemul de compensare a medicamentelor, cât și a practicilor internaționale în domeniu.
- Cercetarea opiniei consumatorilor de medicamente privind accesul la medicamente compensate (studiu cantitativ) și a factorilor de decizie și a implementatorilor sistemului de compensare a medicamentelor (studiu calitativ).

Structura studiului. Primul capitol al studiului oferă o prezentare generală a principalelor documente de politici și acte normative privind factorii care contribuie la asigurarea accesibilității economice a medicamentelor, cum ar fi: politicile de prețuri, politicile de compensare a medicamentelor, achizițiile publice de medicamente etc. O analiză detaliată a fost realizată asupra mecanismului de elaborare, aprobată și implementare a LMC. În capitolul doi este prezentată cercetarea opiniei consumatorilor de medicamente, atât din partea RBMC cât și RNMC, privind accesul la medicamente compensate, accesul la informație despre sistemul de compensare a medicamenteelor, mărimea și diferența de cheltuieli pentru medicamentele prescrise, suportate de RBMC, cât și de RNMC, calitatea medicamentelor și impactul lor asupra sării de sănătate (studiu cantitativ). De asemenea, cercetarea include opinia actorilor de bază, de la factorii de decizie de la nivel central și local la prestatorii de servicii privind sistemul de compensare a medicamentelor (studiu calitativ).

Rezultate-cheie ale studiului

Procesul decizional nu este unul transparent publicului larg. Analiza cadrului legislativ și normativ general și specific privind sistemul de compensare a medicamentelor relevă că procesul decizional care duce la includerea sau excludeerea unor medicamente din LMC, structurarea LMC per maladie sau stabilirea unui nivel sau altul de compensare nu este unul transparent publicului larg.

Cadrul de reglementare a medicamentelor compensate nu este exhaustiv. Reglementarea cu referire la evaluarea și aprobată a medicamentelor pentru includere în lista celor compensate în ediția anului 2012 nu oferă un cadru comprehensiv pentru mecanismul de elaborare și implementare a sistemului de compensare a medicamentelor inclusiv rolurile, responsabilitățile, modul și termenii de activitate a fiecărui actor.

Nu este o claritate vizavi de rolul, responsabilitatea, modul de apelare a companiilor farmaceutice în calitate de solicitant pentru introducerea medicamentelor în lista celor compensate.

Criteriile de evaluare a medicamentelor pentru includere în LMC au fost diminuite prin ultima revizuire a cadrului de reglementare din 2012 în

comparație cu actele din 2010 prin care se solicita evaluări: terapeutică, economică, a cost-eficacității, a prețului și a perspectivei sociale.

Mecanismul de elaborare a LMC nu este clar privind procedura de evaluare și luare a deciziei de includere sau excludere a medicamentului din LMC, ceea ce condiționează anumite inconsecvențe în modificările operate la nivel de LMC.

Politicele de reglementare a prețurilor la medicamente nu au fost supuse unor revizuiri exhaustive în ultimii 18 ani, exceptie fiind micșorarea adaosului comercial la nivel de farmacie la medicamentele compensate, înregistrarea prețului de producător în baza modelului - preț extern de referință.

Cercetarea opiniei consumatorilor de medicamente privind accesul la medicamente compensate (studiu cantitativ) a inclus un eșantion de 2217 respondenți care au utilizat medicamente în ultimele 6 luni antecedente participării la studiu. Vârstă medie a persoanelor interviewate a fost de 49 ani (deviația standard 19 ani); 56% au fost din localitățile rurale, 28% din municipiile Chișinău și Bălți, 16% din centrele raionale; 32% erau angajați, iar 68% făceau parte din categoriile economic inactive, dintre ultimii, mai mult de jumătate sunt pensionari sau persoane cu dezabilități (58%).

Mai puțin de o treime din respondenți (31%) au beneficiat de medicamente compensate, iar 69% (n=1424) au administrat medicamente fără compensare. Proporții mai mari au beneficiat de medicamente compensate din:

- mediu rural (35% rural, 32% centre raionale și 23% municipii);
- regiunea Nord (Nord 39%, Sud 35%, Centru 31%, mun. Chișinău 19%);
- vârstă 60 ani și mai mult (60+ ani 55%, 45-59 ani 32%, 25-45 ani 9% și 18-24 ani 7%);
- persoane cu venit mic (venit sub 1000 MDL 43%, 1001-2000 MDL 42%, 2000-4000 MDL 30%, 4000 MDL și mai mult 11%).

Polița de asigurare medicală nu este suficientă pentru a asigura accesul la medicamente compensate. Din totalul respondenților care aveau necesitate de medicamente, dar nu au beneficiat de ele, 76% aveau poliță AOAM, dintre ei cel mai frecvent au cea obligatorie oferită de stat (56%) sau prin angajare (38%). Pe de altă parte, în rândul RBMC, marea majoritate sunt persoane asigurate (98%), cea mai răspândită este asigurarea obligatorie de stat (87%), în proporție mai mică cea oferită de angajator (11%), și cea cumpărată în mod individual (3%). Din aceste diferențe, o proporție mai mare din cei asigurați de stat au beneficiat de MC, iar cei care sunt angajați au un acces mai mic la MC.

Gradul de informare privind MC de asemenea nu este un factor care să crească accesul la MC. Printre RNMC, mai mult de jumătate (59%) cunoșteau de existența LMC, iar din ei, 57% cunoșteau ce categorii de persoane beneficiază de ele. Ca și contrast, RBMC sunt mai puțin informați: doar 32% cunosc despre existența LMC. Din acele persoane care au auzit de existența ei, 39% au consultat LMC, ceea ce de fapt reprezintă 13% din totalul persoanelor care beneficiază de medicamente compensate. Cei mai informați despre LMC sunt pacienții diagnosticați cu hipertensiune, urmați de pacienții cu diabet zaharat, iar cele mai puțin informate sunt mamele a copiilor cu vârstă de până la 5 ani, multe dintre ele văzând lista

medicamentelor compensate pentru prima data în timpul focus-grupului și găsind în această listă medicamente pe care medicul le-a prescris atât pentru cazurile de boală ale copilului lor, cât și în timpul sarcinii.

În condițiile politicilor existente și a unor limite bugetare, medicii sunt puși în situația de a selecta persoanele cui să prescrie MC, iar oferirea medicamentelor compensate este percepță de lucrătorii medicali ca un ajutor social celor mai vulnerabili pacienți, conform datelor calitative. Managerii din sistemul de sănătate și CNAM nu au confirmat acest fenomen de rationalizare, declarând că "primesc toți care au nevoie". Pe de altă parte, medicii au menționat că sunt limitați și chiar certați de şefii lor dacă prescriu prea multe medicamente compensate, mai ales scumpe și depășesc bugetul, și atunci sunt în situația să selecteze pe cei mai vulnerabili. Modul în care o fac este adeseori bazat pe faptul că își cunosc bine sectorul, iar dacă apar pacienți noi, fac evaluarea capacitatei de a plăti după haine, bijuterii și alte atrbute externe ale averii. De asemenea, au prioritate cei cu maladii cardio-vasculare și diabet, categoriile care sunt mai puțin favorizate fiind femeile însărcinate și copiii mici de până la 5 ani. Datele cantitative oferă suficiente dovezi că medicii sunt în general eficienți în prioritizarea celor mai vulnerabili în accesul la MC, întrucât se remarcă că sunt mai mulți beneficiari din categoriile cu venit mai jos, mai mult din localitățile rurale și pensionari.

Categoriile cele mai favorizate în accesul la MC sunt cei cu maladii cardio-vasculare și diabet. Marea majoritate (94%) din RBMC suferă de o maladie cronică care necesită administrarea unor medicamente pe parcursul unei perioade îndelungate. Categoria de persoane cu accesul cel mai bun la medicamente compensate (MC) sunt persoanele cu maladii cardio-vasculare și diabet: 79% din RBMC aveau hipertensiune, iar din ei 96% administrau MC, 39% aveau altă maladie cardio-vasculară și beneficiau în proporție de 70% de MC, și 21% aveau diabet zaharat și beneficiau în proporție de 91% de MC. La celălalt pol de acces redus se află pacienții cu proporții mici de acces la medicamente compensate și anume cei cu maladii renale (22%) și urologice (29%), osteo-articular (25%) și respiratorii (35%). Nici bolnavii cu anemie, o maladie prioritară în programele de sănătate, nu au acces universal la MC, doar 50% beneficiau de MC. Atrage atenția cota semnificativă de pacienții oncologici (80%), asigurați cu medicamente finanțate din Bugetul de Stat, care au declarat că au nevoie de medicamente suplimentare și care sunt procurate de ei, nefiind incluse nici în lista medicamentelor compensate și nici în cea acoperită de stat.

O parte semnificativă dintre RNMC sunt eligibili pentru MC, dar nu le primesc. Circa 39% dintre ei au o maladie cronică, iar profilul maladiilor sunt maladii respiratorii (52%), cardio-vasculare (19%) bolile osteo-articulare (19%) gastrointestinale (18%) și renale (10%), alte cauze întrunind mai puțin de 10%. Respondenții cu maladiile cel mai frecvent raportate au afirmat că primesc tratament cu medicamente necompensate cum ar fi: pentru hipertensiune (86%), diabet (83%), alte maladii cardio-vasculare (63%). Cauza principală pentru care nu primesc MC este pentru că medicul nu a prescris asemenea medicament (39%), urmată de faptul că nu cunoștea că poate beneficia de compensare (18%), iar 16% considerau că nu se compensează preparatele pentru maladia respectivă.

Disponibilitatea medicamentelor compensate este mai redusă în localitățile rurale: Mai mult de două treimi din respondenți (72%) au declarat că medicamentele compensate prescrise pe rețete de obicei se pot găsi în localitatea lor, în timp ce 33% au relatat că trebuie să meargă în altă localitate, iar fiecare al 5-lea are acces fizic redus la MC: pentru 17% drumul necesar pentru a ajunge la farmacie cere o jumătate de oră – o oră, iar pentru 5% mai mult de o oră. De asemenea, sortimentul medicamentelor disponibil în farmacii este determinat de practiciile de prescriere, în special în localitățile rurale. Astfel în localitățile rurale 35% din respondenți aleg medicamentul conform denumirii comerciale recomandate de medic; în centrele raionale două criterii sunt cel mai frecvent utilizate: 30% medicamentul comercial recomandat de medic și medicamentul cu care s-a obișnuit, față de cei din municipiile Chișinău și Bălți unde prețul cel mai mic este un criteriu determinant în alegerea medicamentului (52%). Alte probleme constatare, în special pentru pacienții din localitățile rurale sunt legate de lipsa personalului medical în drept să emită o rețetă pentru medicamente compensate, lipsa formularelor pentru rețete compensate, ori unii medici au declarat pacienților că nu pot prescrie medicamente compensate pentru că aceasta se face numai la începutul lunii.

Criteriile de alegere a farmaciei pentru RBMC sunt în mare parte bazate pe proximitatea geografică și prețul medicamentelor. Respondenții urbani au declarat că merg la unitatea farmaceutică ce este mai aproape de casă sau serviciu, pentru a-și ridica medicamentele prescrise. Respondenții din localitățile rurale cel mai frecvent apeleză la două opțiuni pentru a-și primi medicamentele compensate: la unitatea medicală din sat (51%) și la farmacia din centrul raional (49%). Este notabil faptul că o parte semnificativă din respondenți merg la orice farmacie, nealegând după vreun criteriu, atât printre beneficiarii de medicamente compensate (25%) cât mai ales printre non-beneficiari (38%), iar grupurile de venit mai jos merg în proporții mai mari la orice farmacie (cei cu cel mai mic venit 45% NMC și 29% BMC și față de 29% RNMC și 17% RBMC printre cei cu cel mai mare venit).

Cele mai importante criterii de alegere a farmaciei printre RBMC sunt:

1. Farmacia cu cele mai mici prețuri la medicamente (32%)
2. Farmacia instituției unde se deservește (30%)
3. Orice farmacie (25%)
4. Farmacia recomandată de medic (18%)
5. Farmacia cu reputație bună (14%)

Cei mai mulți RBMC administrează MC mai mult de doi ani. Cea mai mare proporție (41%) primesc medicamente compensate de 5 ani și mai mult, 22% între doi și cinci ani, iar 28% beneficiază de medicamente în ultimii doi ani. Cota mai mare a respondenților care beneficiază de medicamente compensate de 5 ani și mai mult reprezintă populația din municipiul Chișinău și Bălți (51%), iar cei din centrele raionale și localitățile rurale utilizează timp îndelungat în proporții mai mici (39% și 38%).

Chiar și atunci când au acces la medicamente compensate, pacienții mai cumpără și multe medicamente necompensate din cauza numărului limitat de medicamente incluse în LMC, dar și a practicilor anevoieioase existente de prescriere a medicamentelor. Doar 16% din pacienți primesc exclusiv MC, majoritatea

pacienților (66%) au indicat că mai mult de jumătate de medicamentele prescrise au fost necompensate. Majoritatea (63%) beneficiarilor de medicamente compensate au primit rețete compensate pentru o singură maladie. Pe de altă parte, circa o treime (30%) dintre RBMC suferă de trei și mai multe maladii cronice, însă doar 7% au primit medicamente compensate pentru toate aceste maladii. Fiind întrebați despre motivul pentru a procura medicamente suplimentare celor compensate, mai mult de jumătate din respondenți (51%) au invocat ca medicamentul a fost necesar pentru tratament, însă nu a fost inclus în lista medicamentelor compensate, 33% pentru că a recomandat medicul, 13% din convingerea că medicamentul e mai eficient decât cel inclus pe LMC și 4% din cauza lipsei efectului MC.

Valoarea plășilor directe pentru medicamentele prescrise este mare atât pentru RBMC, cât și RNMC. În medie, RBMC au cheltuit lunar 402 MDL (dev. st. 357 MDL), iar RNMC au cheltuit 509 MDL (dev. st. 603 MDL), cu 21% mai mult. În cazul copiilor de până la 5 ani, costul mediu a fost de 354 MDL (dev.st. 428 MDL) pentru RBMC și 448 MDL (dev. st. 480 MDL) pentru RNMC. Femeile însărcinate, deși sunt formal incluse în lista celor care beneficiază de medicamente compensate, în realitate nu au beneficiat deloc de astfel de rețete. Astfel, printre femeile însărcinate costul mediu al medicamentelor prescrise în timpul sarcinii se ridică la 376 MDL (dev. st. 428 MDL) și a fost 0 pentru medicamentele compensate. Respectiv, putem remarcă o protecție financiară moderată prin mecanismul de compensare a medicamentelor.

Costul medicamentelor compensate este doar o treime din necesarul lunar de medicamente. Suma medie cheltuită lunar pentru medicamente compensate reprezintă doar o treime din cheltuielile totale lunare pentru toate medicamentele prescrise pentru tratamentul bolii cronice a respondentului beneficiar de medicamente compensate (144 MDL din 402 MDL cheltuiți lunar pe medicamente). În cazul copiilor de până la 5 ani, gradul de compensare este și mai mic: 18% sau 62 MDL din suma medie necesară de 354 MDL.

Povara financiară din cauza costului medicamentelor este mare, întrucât 13% dintre RBMC și 24% RNMC au raportat că au decis să nu cumpere medicamentul necesar din cauza costului acestuia. Totuși, această diferență de 11% vorbește despre efectul pozitiv al mecanismului de compensare a medicamentelor și ar putea fi și mai semnificativ în cazul când gradul și lista de compensare ar crește. Se remarcă proporții mai mari de refuzuri de a cumpăra medicamentele în grupele cu venit mai jos, printre femei și printre cei cu vârstă mai înaintată. În situațiile când respondenții au decis să nu procure toate medicamentele compensate prescrise într-o singură vizită, cel mai frecvent pacientul a decis care medicamente să își cumpere (42% RBMC și 38% RNMC). Totuși, mecanismul de compensare are un efect pozitiv, întrucât o proporție mai mare de RBMC decât cei RNMC s-au consultat cu medicul în selectarea medicamentului (33% față de 16%).

În percepția RBMC, prețurile la medicamentele compensate au crescut în ultimele 12 luni: 37% dintre RBMC au declarat că prețurile la medicamente au crescut, 30% că nu s-a modificat, 29% nu sunt siguri și doar 8% consideră că prețurile s-au micșorat. Dintre cei care au considerat că prețurile s-au modificat, mai mult de jumătate au considerat că prețurile au crescut substanțial (56%) și 35% că au crescut puțin, restul nefiind siguri. Percepția unei creșteri substanțiale

a prețului a fost remarcată printre populația din mediul rural (60% față de 48% în municipii și 63% în raioane) și cei cu veniturile cele mai mici (64% printre cei cu veniturile sub 1000 MDL față de 43% cu venituri 2000-4000 MDL și 50% printre cei cu veniturile peste 4000 MDL).

Farmaciștii nu oferă alternative de denumiri comerciale și nu sunt o sur să neutră de informare privind varietatea medicamentelor. Marea majoritate (81%) din respondenți au declarat că farmacistul a oferit medicamentul, fără a propune câteva denumiri comerciale de medicamente. De menționat e că peste jumătate (60%) respondenți nici nu-și cunoșteau dreptul de a alege denumiri comerciale dintr-o listă de produse conform DCI prescrise. Similar, 82% au menționat că farmacistul a comunicat doar suma spre achitare și doar 10% au primit informație despre suma compensării.

Majoritatea respondentilor consideră că medicamentele sunt de calitate (64%), pe când 8% au declarat că medicamentele sunt de calitate joasă. În timp ce două treimi din respondenți din regiunile de Nord, Centru și Sud consideră că medicamentele compensate sunt de calitate, în municipiul Chișinău mai puțin de jumătate de respondenți (49%) apreciază medicamentele compensate drept bune. Dintre cei care au apreciat că medicamentele nu sunt de calitate, mai mult de două treimi de respondenți (78%) s-au referit la lipsa efectului terapeutic.

Medicamente compensate au un impact benefic asupra aderenței la tratament, stării de sănătate și reduc costurile pentru sistemul de sănătate.

Actualmente, 77% RBMC administrează medicamentele cu regularitate datorita compensării, cu o creștere importantă a regularității administrării medicamentelor printre cei cu veniturile mai joase. Diferența conform venitului s-a diminuat: 76% dintre cei cu venit jos și 80% dintre cei cu venit înalt administrează regulat preparatele necesare controlului maladiei. Din totalul persoanelor care beneficiază de medicamentele compensate, 83% au remarcat schimbări în starea lor de sănătate, iar dintre ei, 90% au fost de părere că schimbarea a fost una pozitivă. Un rezultat foarte important este că pe lângă ameliorarea în starea subiectivă a pacienților, s-au produs și modificări care micșorează costurile pentru sistemul de sănătate și ameliorează calitatea vieții, și anume:

- **se adresează mai rar la urgență** 26% pacienții cu hipertensiune, 15% din pacienții cu diabet și 13% din cei cu astm bronșic;
- **se internează mai rar în spital** 13% pacienți cu hipertensiune, 14% din cei cu diabet și 13% din cei cu astm bronșic;
- 53% din pacienții cu astm bronșic fac accese astmatice mai rar;
- 36% din pacienții cu diabet nu au complicații la picioare;
- 31% din pacienții cu diabet au mai puține simptome;
- 25% din pacienții cu diabet fac mai puține hipoglicemii;
- 17% pacienți cu hipertensiune consideră că au evitat complicațiile (accidente cardio-vasculare și atac de cord).

Medicii și managerii din asistență medicală primară ar dori să extindă acoperirea cu medicamente compensate. Prestatorii și managerii din AMP au menționat că excluderea anumitor preparate din listă reprezintă o problemă și au apreciat foarte mult extinderea celorlalte grupuri. Mai mult, ei consideră că extin-

derea listei i-ar ajuta și pentru creșterea acoperii cu tratament și în cazul altor măladii. Din punctul lor de vedere, un grup prioritar este acoperirea cu medicamente compensate pentru copii nu doar până la 5 ani, dar cel puțin până la 14-15 ani. Medicii s-au referit și la principii de justiție socială, când majoritatea contribuabililor activi la fondul asigurărilor medicale de fapt nu beneficiază ei însăși de acces la medicamente compensate, acestea fiind orientate în special la pensionari.

Medicii și managerii din asistență medicală primară sunt reticenți față de prescrierea medicamentelor conform DCI, exprimând îngrijorări: nu toate medicamentele cu aceeași denumire comună internațională doză și formă farmaceutică se pot înlocui, și astfel calitatea tratamentului ar putea fi afectată și farmaciștii pot propune medicamente cu prețuri mai mari.

Managerii din instituțiile publice și CNAM nu și-au propus să intervină la nivel de cadru legal prin instituirea unor mecanisme noi prin care CNAM ar motiva farmaciile să achiziționeze medicamentele la cele mai joase prețuri, inclusiv considerarea rabatului comercial ori discount. Drept surse de extindere a Listei Medicamentelor Compensate, enunțate atât de reprezentantul Ministerului Sănătății, cât și de reprezentantul CNAM este mărirea contribuților populației la fondul de asigurare medicală ori obținerea unui grant de la instituțiile internaționale.

Oportunități pentru intervenții

Elaborarea și aprobarea Listei Medicamentelor Compensate

- Revizuirea mecanismului de evaluare și aprobare a incluirii medicamentelor în lista celor compensate în cadrul AOAM prin:
 - ✓ Stabilirea unor criterii clare pentru evaluarea eligibilității medicamentelor pentru compensare în baza evaluării farmacoterapeutice, cost-eficiență, preț etc.
 - ✓ Instituirea unor norme clare pentru stabilirea nivelului de compensare la medicamente.
 - ✓ Reglementarea exhaustivă a procedurii de examinare și luare a deciziilor asupra cererilor de includere a medicamentelor în lista celor compensate ori excludere, cu precizarea fiecărei etape a procedurii.
 - ✓ Stabilirea cerințelor pentru documentarea procedurii de evaluare și luare a deciziilor, cât și de gestionare a dosarelor pentru medicamentele solicitate spre compensare.
 - ✓ Formularea clară a atribuțiilor fiecărui actor din sistemul de compensare a medicamentelor.
 - ✓ Definirea în termeni expresi a statutului și a atribuțiilor Consiliului pentru medicamentele compensate.
 - ✓ Elaborarea ghidurilor pentru solicitanții de compensare a medicamentelor în vederea formulării dosarului, a cerințelor pentru documentele cu dovezile științifice asupra medicamentului și a surselor valide de documentare.
 - ✓ Stabilirea mecanismului de monitorizare a implementării sistemului de compensare a medicamentelor.
 - ✓ Determinarea cadrului de reglementare și gestionare a contestațiilor din partea solicitanților.

- ✓ Asigurarea transparenței mecanismului de elaborare și aprobată a listei medicamentelor compensate, la toate nivelele.
- ✓ Instruirea medicilor și farmaciștilor implicați în asigurarea accesului populației la medicamente compensate.
- Formularea unui plan pe termen scurt și mediu pentru extinderea listei medicamentelor compensate care să includă toate medicamentele esențiale pentru pacienții în ambulatoriu.

Finanțare, disponibilitate și accesibilitate economică la medicamentele compensate:

- Stabilirea priorităților de distribuire a resurselor din Fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru medicamente compensate în baza planului de extindere a listei medicamentelor compensate.
- Elaborarea și implementarea mecanismelor funcționale de micșorare a costurilor la medicamentele compensate acoperite din FAOM utilizând cele mai bune practici internaționale.
- Revizuirea politicilor de prețuri la medicamente prin o abordare exhaustivă, ținând cont de practicile internaționale.
- Revizuirea sistemului de monitorizare a prețurilor la medicamente compensate.

Utilizarea rațională a medicamentelor:

- Implementarea unui sistem de monitorizare a prescrierii medicamentelor, respectării standardelor de tratament.
- Introducerea unui sistem de motivare a personalului medical pentru prescrierea rațională a medicamentelor și de sancționare pentru polipragmazie.
- Implementarea unui sistem informațional transparent de prescriere a rețetelor (e-prescripție).
- Elaborarea unei strategii de informare și educare a populației privind sistemul de compensare a medicamentelor.

Asistența farmaceutică:

- Elaborarea unui sistem de stimulare a farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor la cele mai mici prețuri.
- Stabilirea în legislația națională a obligațiunii de serviciu public, pentru importatori/ distribuitori anglo și farmacii de a asigura, în mod permanent, o gamă adecvată de medicamente care să răspundă necesităților sistemului de sănătate.
- Pentru a contracara acțiuni non-etice din partea companiilor farmaceutice producătoare și reprezentanțelor este necesară revizuirea reglementărilor cu privire la promovarea și publicitatea medicamentelor, aprobată codului etic care ar stabili standardele pentru conduită companiilor farmaceutice și reprezentanțelor ei, inclusiv mecanismul de monitorizare și sancțiuni.

Partea 1. Analiza cadrului de reglementare în domeniul asistenței cu medicamente compensate

Cadrul de reglementare în domeniul asistenței cu medicamente – prezentare generală

Pentru a avea o înțelegere exhaustivă despre asistența cu medicamente, sunt necesare o serie de studii privind cadrul legislativ, normativ, operațional și finanțier pentru fiecare din subsistemele domeniului farmaceutic, de la autorizarea medicamentelor pentru punere pe piață, până la utilizarea lor rațională inclusiv reglementarea publicității și promovarea medicamentelor; de la licențierea și autorizarea conform regulilor de bune practici a producătorilor de medicamente, distribuitorilor, și farmaciilor până la supravegherea lor, precum și sistemul de asigurare a calității în domeniul farmaceutic.

Necesitatea de a stabili reglementări speciale pentru domeniul de asistență cu medicamente reiese din caracteristicile speciale ale medicamentului care îl definișă ca un produs deosebit de alte produse din circuitul economic. Prin particularitățile sale medicamentele sunt: diferite de alte produse din piață, deoarece medicamentele nu sunt alese de sine stătător, dar sunt prescrise de medic, în majoritatea cazurilor; pacientul nu este instruit să evalueze relevanța, eficiența, inofensivitatea și calitatea medicamentelor, în caz că și-a ales singur produsul farmaceutic; frica de boală sau boala la propriu poate influența pacientul să își procure sau să solicite medicului prescrierea medicamentelor care nu sunt potrivite sau medicamente cât mai scumpe, deși pot fi prescrise medicamente mai puțin costisitoare.¹

Domeniul de asistență cu medicamente este vizat printr-un sir de acte legislative documente de politici, precum:

- Legea ocrotirii sănătății²
- Legea cu privire la activitatea farmaceutică³
- Legea cu privire la medicamente⁴
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală⁵
- Politica de stat în domeniul medicamentului aprobată de Parlamentul R. Moldova
- Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în 2008-2017

Legea cu privire la activitatea farmaceutică este prima lege specială elaborată în domeniu, care reglementează prin o serie de articole problema asigurării accesului populației la medicamente.⁶ Articolul 18 al Legii cu privire la activitatea farmaceu-

¹ Management Sciences for Health (2012). MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Accessed: <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/mds3-jan2014.pdf>

² Parlamentul Republicii Moldova (1995) Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, Monitorul Oficial Nr. 34 art Nr : 373

³ Parlamentul Republicii Moldova (1993). Lege nr. 1456 din 25.05.1993 cu privire la activitatea farmaceutică. Monitorul Oficial Nr. 28-29 din 01.07.1993 în art Nr : 210.

⁴ Parlamentul Republicii Moldova (1995) Legea cu privire la medicamente, nr. 1409 din 17.12.1997, Monitorul Oficial Nr. 52-53 art Nr : 368

⁵ Parlamentul Republicii Moldova (1998), Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 din 27.02.1998, Monitorul Oficial Nr. 38-39 art Nr : 280

⁶ Parlamentul Republicii Moldova (1993). Lege nr. 1456 din 25.05.1993 cu privire la activitatea farmaceutică. Monitorul Oficial Nr. 28-29 din 01.07.1993 în art Nr : 210.

tică, stabilește principiile de garantare a asigurării populației cu medicamente din partea statului, precum:

- 1) oportunitatea asistenței cu medicamente, răspunderea întreprinderilor și instituțiilor farmaceutice și specialiștilor pentru calitatea medicamentelor și accesibilitatea lor;
- 2) participarea organizațiilor profesionale obștești și a colectivelor de muncă ale întreprinderilor și instituțiilor farmaceutice la soluționarea problemelor asistenței populației cu medicamente și produse parafarmaceutice;
- 3) colaborarea internațională în domeniul activității farmaceutice.

Același articol responsabilizează Guvernul pentru determinarea și aprobarea modului de asigurare gratuită sau în condiții avantajoase a populației cu medicamente și produse parafarmaceutice.

Dovadă a prioritizării asigurării accesului la medicamente de către politicile de sănătate ale statului, este elaborarea Politicii de stat în domeniul medicamentului aprobată de Parlamentul R. Moldova în 2002.⁷ Asigurarea pieții farmaceutice cu medicamente de calitate, eficiente și inofensive și accesibile în conformitate cu necesitățile reale ale societății formează obiectivul de bază al Politicii de stat în domeniul medicamentului (în continuare PSM). De asemenea, unul din obiectivele specifice ale PSM prevede asigurarea accesului nediscriminatoriu al tuturor cetățenilor la medicamentele esențiale. Pentru realizarea obiectivului de bază în Politica de stat în domeniul medicamentului au fost determinate 11 sarcini principale. În contextul analizei propuse, se observă că două din cele 11 sarcini principale ale PSM sunt orientate spre:

- a) garantarea accesibilității asistenței cu medicamente a populației, elaborarea și implementarea sistemului de rambursare a cheltuielilor pentru medicamentele utilizate în tratamentul celor mai frecvente maladii și în tratamentul pădurilor defavorizate ale populației;
- b) implementarea Listei medicamentelor esențiale și stimularea utilizării lor raționale atât în sectorul public, cât și în cel privat al sistemului de sănătate.

De asemenea, PSM stabilește cerințele pentru formularea listei naționale a medicamentelor esențiale și utilizarea rațională a medicamentelor; prioritățile în autorizarea medicamentelor pentru punere pe piață; standardele de asigurare a calității medicamentelor; cerințe pentru asigurarea accesibilității economice la medicamente.

PSM prevede că Ministerul Sănătății și Ministerul Economiei vor promova conceptele reducerii cheltuielilor, aplicării adaosurilor comerciale diferențiate la prețuri și alte măsuri menite să contribuie la diminuarea prețurilor la medicamente și să asigure accesibilitatea lor economică.

Un alt document important pentru sectorul sănătății prin care sunt evidențiate direcțiile principale de intervenție în domeniul farmaceutic este Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în 2008-2017.⁸ Prioritatea pentru anii 2008-2017 este asigurarea securității farmaceutice, și asigurarea accesibilității fizice și economice a medicamentelor.

⁷ Parlamentul Republicii Moldova (2012). Hotărârea Parlamentului nr.1352 din 03.10.2002, cu privire la aprobarea Politicii de Stat în domeniul medicamentului. Monitorul Oficial Nr. 149 din 07.11.2002 art Nr : 1161: 4

⁸ Guvernul Republicii Moldova (2007). Hotărâre Nr. 1471 din 24.12.2007 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017. în Monitorul Oficial Nr. 8-10 din 15.01.2008, art nr: 43

Politicele de reglementare a prețurilor la medicamente

Una din măsurile întreprinse spre asigurarea accesibilității economice a medicamentelor este aprobarea politicilor de prețuri la medicamente, modalitatea de formare a prețurilor la medicamente și calculul adaosului comercial, fiind aprobată prin Hotărâre de Guvern al Republicii Moldova (HG RM) nr. 603 din 2 iulie 1997.⁹ În acest sens, documentele oficiale privind prețurile la medicamente reglementea-ză adaosul comercial, fiind stabilit un nivel de maximum 40%. Conform cadrului de reglementare curent, adaosul comercial se prevede în mărime de până la 40% la prețul liber de livrare al producătorului autohton sau la prețul de achiziție de la producătorul (distribuitorul) de peste hotare, din care până la 15% pentru agenții economici care importă medicamente și/sau distribuie cu ridicata medicamente, indiferent de numărul de intermediari și până la 25% pentru farmacii. În același timp, cadrul normativ stabilește particularități pentru adaosul comercial aplicat de farmacii pentru medicamentele compensate în cadrul AOAM și a medicamentelor eliberate de către secțiile de asistență cu medicamente cu filialele sale din cadrul instituțiilor medico-sanitare publice ale sistemului de asistență medicală primară până la 15%.¹⁰

Un alt factor care influențează costul final al medicamentului este taxa pe valoarea adăugată (TVA) în mărime de 8%, introdusă în 2006 în Moldova. Analiza practicilor internaționale privind aplicarea TVA la medicamente relevă diferite abordări, Marea Britanie și Suedia aplicând zero TVA, Franța 2.1%, iar alte țări aplicând niveluri înalte, cum ar fi 25% - în Danemarca.¹¹

Pentru a eficientiza utilizarea banilor publici și a asigura procurarea medicamentelor de calitate pentru necesitățile instituțiilor medico-sanitare publice spitalicești a fost centralizată procurarea medicamentelor la nivel național prin hotărârea Guvernului din 2009.¹² Prin această decizie, statul a optat pentru asigurarea accesului la medicamente de calitate, eficiente și inofensive necesare instituțiilor medicale, în baza utilizării eficiente și raționale a alocațiilor publice și îmbunătățirii practicilor de achiziție. Procurarea centralizată de medicamente este de asemenea o măsură din pachetul de acțiuni care contribuie la asigurarea unui echilibru dintre calitatea tratamentului și costurile raționale. Analiza detaliată a achizițiilor publice de medicamente din R. Moldova, ca măsură pentru sporirea accesului la medicamente va fi prezentată într-un studiu separat de către Centrul PAS.

Cea mai recentă modificare cu referire la politicile de prețuri din Republica Moldova

⁹ Guvernul Republicii Moldova (1997). Hotărâre Nr. 603 din 02.07.1997 despre aprobarea Regulamentului privind formarea prețurilor la medicamente și alte produse farmaceutice și parafarmaceutice. Monitorul Oficial Nr. 51-52 din 07.08.1997, art Nr : 562

¹⁰ Guvernul Republicii Moldova (2005). Hotărârea de Guvern nr. 372 din 23.12.2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, Monitorul Oficial Nr. 176-181 art Nr : 1477

¹¹ Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Economic and Scientific Policy (2010). Differences in costs of and access pharmaceutical products in the EU.

<http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201201/20120130ATT36575/20120130ATT36575EN.pdf>

¹² Guvernul Republicii Moldova (2009). Hotărârea Guvernului nr. 568 din 10.09.2009 pentru aprobarea Regulamentului privind achiziționarea de medicamente și alte produse de uz medical pentru necesitățile sistemului de sănătate. în Monitorul Oficial Nr. 144-147 din 18.09.2009 art nr: 632.

dova este cea privind înregistrarea prețului de producător la medicamente, aprobată în 2010.¹³ Astfel, a fost introdus regulamentul, în baza căruia se evaluează, acceptă și înregistrează prețurile de producător la medicamente în Catalogul național de prețuri. Această reglementare a fost construită pe modelul folosit de 24 țări din Uniunea Europeană (UE) și se bazează pe analiza și utilizarea prețului extern de referință dintr-o serie de țări selectate ca referință la evaluarea prețului de producător. Conform articolului 6¹ al legii cu privire la medicamente, drept criteriu pentru selectarea țărilor ca țari de referință pentru prețul de producător la medicamente, este țara cu o populație nu mai mare de 25 milioane de cetăteni.¹⁴

De asemenea, acest mecanism prevede particularitățile aprobării prețului medicamentului generic, cerințele pentru dosarul de aplicare a cererii de evaluare a prețului de producător, perioada de evaluare și comunicare cu solicitantul, condițiile de evaluare a prețului de producător în cazurile de lipsă a referințelor în țările selectate pentru referire, modalitatea de calcul al ratei de schimb valutar. Conform acestor reglementări prețul medicamentului generic nu poate depăși 75% din prețul (ex -works) medicamentului original.

Pe de altă parte, stabilirea prețului medicamentelor generice la nivelul 75% de la prețul medicamentului original este generos, în alte țări UE acest prag fiind mult mai jos. De exemplu, în Austria, prețul primului generic înregistrat pe piață trebuie să fie cel puțin cu 48% mai mic decât originalul, al celui de-al doilea generic prețul trebuie redus cu cel puțin 15%. Mai mult ca atât, prețul medicamentului original trebuie să fie redus cu cel puțin 30% în primele 3 luni de la înregistrarea primului preparat generic.¹⁵

De asemenea, regulamentul prevede condițiile de evaluare a prețurilor de producător la medicamentele care nu se regăsesc în sursele de informare din țările de referință cum ar fi: a) prețul din țara de origine, fiind depusă inclusiv o copie de pe catalogul de prețuri la medicamente de pe piața farmaceutică a țării de origine; b) prețurile de producător înscrise în Catalogul de prețuri de producător la medicamentele similare conform codului ATC (anatomic-terapeutic-chimic); c) prețul mediu de import pentru anii precedenți pentru produsul farmaceutic examinat, în caz că acesta a fost importat.

Conform raportului de activitate al Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale pentru anul 2013 la capitolul "Avizarea și înregistrarea prețului de producător la medicamente" ponderea medicamentelor cu prețurile înregistrate conform criteriului geografic al celor 6871 produse medicamentoase aprobate se distribuie în următorul mod:

- 2928 medicamente de origine europeană (42,61%);
- 1210 produse medicamentoase din spațiul CSI (17,61%);
- 1545 medicamente autohtone (22,49%);

¹³ Guvernul Republicii Moldova (2010). Hotărârea Guvernului nr.525 din 22.06.2010 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de aprobare și înregistrare a prețurilor de producător la medicamente. Monitorul Oficial Nr. 105-106 din 25.06.2010, art Nr : 582

¹⁴ Parlamentul Republicii Moldova (1997). Legea cu privire la medicamente nr. 1409 din 17.12.1997, Monitorul Oficial Nr. 52-53 art Nr: 368.

¹⁵ Directorate General for Internal Policies, Policy Department A: Economic and Scientific Policy (2010). Differences in costs of and access pharmaceutical products in the EU.

<http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201201/20120130ATT36575/20120130ATT36575EN.pdf>

- 1188 medicamente produse în alte țări (17,29%).

În grupa de medicamente din alte țări de obicei sunt incluse medicamentele autorizate în India, China, SUA, etc. Din rapoartele precedente ale AMDM, cota medicamentelor din India și China reprezintă mai mult de 10%.

Din datele raportului din 2013 se relevă că mai mult de 50% din medicamente nu sunt de origine europeană și premisele de a face referință la prețurile acestor produse în țările din spațiul economic European sunt infime, atâtă timp cât medicamentele nu sunt autorizate pentru punerea pe piață. Precum s-a menționat în această cercetare, înregistrarea prețurilor de producător în baza prețului extern de referință este o reglementare caracteristică practic majorității țărilor din spațiul economic European și mai puțin în țările din CSI. Urmare a analizei cadrului de reglementare curent privind înregistrarea prețului de producător la medicamente și caracteristica pieței farmaceutice în funcție de criteriul geografic al produselor, se observă că mecanismul de evaluare și acceptare a prețurilor de producător pentru medicamentele din țările altele decât cele din spațiul economic european nu este suficient de dezvoltat. Deși punctul 6 subpct.9 al regulamentului face referință la criteriul de evaluare a prețurilor de producător - preț al medicamentelor similare conform codului anatomic-terapeutic-chimic (ATC), mecanismul nu specifică care nivel al codului ATC este utilizat, modul de aplicare și evaluare în funcție de disponibilitatea medicamentelor similare per nivel din codul ATC, etc.

Același regulament stabilește condițiile de revizuire a prețului de producător la medicamente aprobat în lei, și anume stabilește nivelul de modificare a cursului de schimb al valutei naționale în raport cu valuta țării producătoare, raportată la cursul USD/EUR, și intervalul de timp în care se constată modificarea, care ar servi motiv pentru solicitarea de revizuire.

Astfel, odată cu modificarea cursului de schimb oficial al valutei naționale în raport cu valuta țării producătoare, raportată la cursul USD/EUR, mai mult de 5% de la data emiterii ordinului Ministrului sănătății privind prețul de producător aprobat și menținere în decurs de cel puțin o lună de zile, agentul economic poate depune o cerere de reexaminare a prețului aprobat. Prin această formulare nu se oferă o înțelegere expres dacă modificarea cursul de schimb al valutei naționale în raport cu USD/EUR ar aduce schimbări de preț în direcția micșorării lor. În rezultatul unei inițiative legislative, prin proiectul de lege cu privire la modificarea articolului 6¹ din legea cu privire la medicamente, aprobat în prima lectură de Parlamentul RM, se propune introducerea condițiilor de revizuire a prețurilor de producător la medicamente în cazul înregistrării unei diminuări a cursului de schimb oficial al valutei naționale în raport cu valuta țării producătoare, raportată la cursul USD/EUR, cu mai mult de 3% de la data emiterii ordinului ministrului.¹⁶

Sursele internaționale publicate, prin care se analizează mecanismul de aprobaare a prețului de producător prin utilizarea prețului extern de referință al medicamentelor menționează că acest instrument reprezintă interes din punct de vedere tehnic, și în special în situații de criză economică poate aduce economii, dacă

¹⁶ <http://www.parlament.md/ProcesulLegislativ/Proiectedeactelegislative/tabid/61/LegislativId/2615/language/en-US/Default.aspx>.

drept referințe sunt selectate țările cu cele mai mici prețuri.¹⁷ Totodată, aceleași surse arată unele limitări ale mecanismului de referire la prețul extern pentru medicamente de țările din UE, precum:

1. Compararea prețurilor pentru medicamente este dificilă, deoarece prețurile înregistrate și publicate sunt substanțial mai înalte decât cele de facto. Aceasta se datorează regimurilor diferite de stabilire a prețurilor și lipsei transparenței. Marjele de profit ale distributorilor și ale farmaciștilor diferă de la țară la țară. Industria farmaceutică de obicei negociază cu casele de asigurări de sănătate reduceri semnificative, care nu sunt comunicate publicului. Prețul oficial înregistrat nu se modică în funcție de rabaturile oferite. Mecanismele de returnare a profitului de asemenea reduc substanțial prețul, însă acest fapt rămâne în afara domeniului public. De asemenea medicamentele sunt puse pe piață în diferite ambalaje, ceea ce aduce constrângeri în evaluarea prețului de la țară la țară.
2. Industria farmaceutică se adaptează rapid acestui sistem și îl erodează. Industria farmaceutică își lansează produsele la început în țările cu prețuri mari la medicamente, cum ar fi Germania, și ca urmare, prețul crește în toate celelalte țări, deoarece se face referință direct sau indirect la țările cu prețuri înalte. Producătorii de medicamente, de preferință, concurează în oferirea de rabaturi, și evită competițiile de prețuri, ceea ce aduce beneficii distributorilor și farmaciștilor, și mai puține avantaje pentru consumatori. Astfel, mecanismul de referire la un preț extern poate duce la prețuri destul de înalte la medicamente, care nu ține cont de caracteristicile pieței locale.
3. Reducerile de preț nu sunt automat reflectate în micșorarea prețului de referință din țările referente, deoarece prețurile nu sunt revăzute în mod regulat.
4. Utilizarea acestui sistem de tot mai multe țări îl face să devină circular, adică devine tot mai puțin clar care țară este referință pentru care țară (unele țări se referă una la alta), ceea ce declanșează o serie de revizuiri de prețuri și impune producătorul să își aleagă noi strategii la punerea pe piață a noilor medicamente.
5. În final, acest sistem are potențialul cel mai bun pentru reducerea prețului pentru țările mari, din cauza mărimii pieței, pentru țările mici, acest sistem este unul accesibil pentru a stabili niște prețuri fără o povară administrativă prea mare, dacă se compară cu resursele necesare pentru metoda de evaluare a tehnologiei medicale (ETM).

Limitele acestei metode în general și în cazul Moldovei este analizat insuficient.

Aprobarea reglementărilor privind înregistrarea prețului de producător în Moldova nu a fost precedată de o evaluare exhaustivă privind aplicabilitatea mecanismului preluat din practica internațională în contextul țării, inclusiv pilotarea acestei metode. De asemenea, nu s-a optat pe elaborarea unei formule de calcul care ar ține cont de o serie de factori determinanți în stabilirea prețului, având ca referință un preț extern.¹⁸ Astfel considerăm relevant de a examina în detaliu

¹⁷ Carone G, Schwierz C, Xavier A (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Economic Papers 461, September 2012 Accessed on: ec.europa.eu/economy_finance/publications

¹⁸ Centrul PAS (2011). Monitorul Sănătății, Eficiența politicilor de îmbunătățire a accesului la medicamente prin aprobată și înregistrarea prețului de producător la medicamente, 2011.

impactul reglementării prețului de producător în R. Moldova, având în vedere că au trecut 4 ani de utilizare a mecanismului - preț de referință extern și a aduce modificările necesare.

Sistemul de compensare a medicamentelor în cadrul AOAM - scurt istoric și evoluție

Primul act normativ prin care s-a inițiat sistemul de compensare a medicamentelor a fost programul unic al AOAM pentru anul 2005.¹⁹ Tot atunci MS în comun cu CNAM a aprobat Regulamentul privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratament în condiții de ambulatoriu a persoanelor asigurate, Lista medicamentelor compensate pentru anul 2005, Rețeta-model și instrucțiunea de completare a acesteia și Contractul-tip privind eliberarea persoanelor asigurate a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.²⁰ Pentru anul 2005 Lista de medicamente compensate a inclus cinci denumiri comune internaționale (atenololum, enalaprilum, indapamidum, digoxinum, furosemidum) care erau compensate, în medie la 50%. În primii ani de la introducerea AOAM, în anii 2004-2005, medicamentele din categoria celor compensate integral, și anume pentru copiii de vârstă 0-5 ani (Strategia OMS și UNICEF de conduită integrată a maladiilor la copii) și preparatele ce conțin fier și acid folic pentru femeile gravide nu făceau parte din Lista medicamentelor compensate, dar din volumul de servicii medicale acordate de medicul de familie specificat în Programul unic al AOAM.

Cu toate că pentru anul 2005, conform Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM pentru anul 2005, au fost planificate 81,4 mln. lei, s-au cheltuit doar 7,4 mln. lei, ceea ce a influențat deciziile ulterioare de majorare a listei medicamentelor compensate și includere în aceasta a medicamentelor destinate copiilor până la 5 ani și femeilor gravide. De asemenea, experiența defectuoasă în organizarea licitațiilor de către instituțiile de asistență medicală primară pentru procurarea medicamentelor ce urmau a fi eliberate gratuit copiilor de vârstă 0-5 ani și femeilor gravide au determinat autoritățile să includă, pentru următorii ani, aceste medicamente în lista celor compensate pentru a fi eliberate pacienților prin intermediul farmaciilor comunitare.

La finele anului 2005 Guvernul a aprobat Regulamentul privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie și Contractul-tip privind eliberarea către persoanele înregistrate la medicul de familie a medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.²¹ Reglementările esențiale s-au referit laprobarea de către MS în comun cu CNAM a listei medicamentelor, care include și sumele fixe compensate, la dreptul de a prescrie medicamente compensate doar de către medicii de familie, precum și la obligația prestatorilor, ce au

¹⁹ Guvernul Republicii Moldova (2004). Hotărârea Guvernului nr.1291 din 22.11.2004 despre aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2005. Monitorul Oficial Nr. 226 din 10.12.2004 art Nr : 1521.

²⁰ Ordinul MS și CNAM nr.370/177-a din 14 decembrie 2004

²¹ Guvernul Republicii Moldova (2005). Hotărârea de Guvern nr. 1372 din 23.12.2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medical. Monitorul Oficial Nr. 176-181 din 30.12.2005 în art Nr : 1477

încheiate contracte de acordare a serviciilor cu CNAM, să organizeze prescrierea de către medicii de familie a medicamentelor compensate în limitele sumei stabilite în acest scop în contractele încheiate cu CNAM. Suplimentar la regulamentul privind prescrierea medicamentelor compensate (HG nr. 1372 din 2005), Ministerul Sănătății a aprobat în 2013 și 2014 reglementări cu referire la modul de organizare al accesului la medicamente compensate pentru tratamentul pacienților cu diabet zaharat, glaucom, mucoviscidoză, scleroză multiplă, ciroză biliară primitivă, colangită sclerozantă primară, hepatică și ciroză cu sindrom colestatic, angioplastie coronariană, lipidemii genetic determinante.^{22 23} Prin aceste ordine și regulamente s-au stabilit competențele pentru evaluarea și determinarea necesității în prescrierea medicamentelor specifice, cerințele de evidență și monitorizare a pacienților și consumului, responsabilizarea instituțiilor pentru educarea specialiștilor din sănătate pentru gestionarea condițiilor de sănătate etc.

Din anul 2005 și până în prezent, prevederile actelor normative cu referire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, au fost revizuite și modificate pe unele componente, precum:

- prescrierea medicamentelor în cantitate necesară până la două luni (modificări din 2009);
- dreptul de prescriere a medicamentelor compensate se atribuie nu doar medicului de familie, dar și medicilor neurologi, medicilor psihiatri și medicilor endocrinologi pentru produsele farmaceutice psihotrope, anticonvulsivante și antidiabetice injectabile (modificări din 2012 și 2013);²⁴
- prescrierea medicamentelor conform denumirilor comune internaționale (modificări din 2012);
- medicamentele antidiabetice sunt prezente nu doar în forme farmaceutice solide, dar și injectabile (din 2013).
- diversificarea listei de maladii în LMC prin includerea maladiilor rare (mucoviscidoza, scleroza multiplă, etc.) (modificări din 2014).

In 2008, lista medicamentelor compensate a fost extinsă de la 5 la 54 DCI, din care: 23 de denumiri se refereau la medicamente compensate integral pentru copiii de vârstă 0-5 ani (conform strategiei de conduită integrată a maladiilor la copii), 2 preparate cu conținut de fier și acid folic compensate integral pentru femeile gravide și 1 pentru copii până la vârstă de 18 ani. Celealte 26 denumiri internaționale au fost compensate cu circa 50%, fiind prescrise pentru tratamentul maladiilor sistemului cardiovascular, antitrombotice, aparatul respirator (antiastmatice), ale tractului digestiv și metabolism, medicamentelor din grupa antineoplazice și imunomodulatoare.

În 2009, LMC este completată suplimentar cu 3 grupe de medicamente cu grad diferit de compensare, aşa ca: un medicament pentru tratamentul bolii și sindromului Parkinson cu compensare în mărime de 50%; trei medicamente pentru tratamentul diabetului, cu administrare pe cale orală, compensate în mărime de cca

²² Ordinul MS nr. 750 din 26.06.2013

²³ Ordinul MS nr.464 din 04.06.2014

²⁴ Guvernul Republicii Moldova (2013). Hotărârea Guvernului nr. 595 din 12.08.2013 cu privire la modificarea și completarea anexelor nr.1 și nr.2 la Hotărârea Guvernului nr. 1372 din 23 decembrie 2013

90%, și 21 de medicamente psihotrope și anticonvulsivante pentru maturi și copii, compensate la 100 %. În total, lista medicamentelor din 2009 includea 79 de DCI, din care 23 denumiri internaționale erau destinate pentru copiii de vîrstă 0-5 ani. De asemenea, LMC ediția 2009 relevă mai multe niveluri de compensare a medicamentelor, precum: 50%, 90% și 100%.

Următoarea reevaluare și ajustare a LMC nu doar ca nomenclatură de medicamente, dar și ca rată de compensare este efectuată în 2011. Nivelurile de compensare sunt diversificate prin completarea nivelurilor de compensare cu 70% adițional la 50%, 90% și 100% compensare. Lista medicamentelor compensate din anul 2011 număra 91 de DCI.

Ultima revizuire a LMC a fost aprobată în aprilie 2013 (ordinul MS și CNAM cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală nr. 492/139A din 22/04/2013) cu următoarele intervenții:

- este exclusă opțiunea de compensare în mărime de 90%;
- se reduce numărul medicamentelor compensate din diferite grupe farmacoterapeutice;
- lista cu medicamente este structurată conform maladiilor (cardiovascular, maladii ale aparatului digestiv, boli endocrinologice, astm bronșic, pentru profilaxia și tratamentul copiilor de vîrstă 0-5 ani, pentru profilaxia și tratamentul anemialor la femei gravide și profilaxia malformațiilor, epilepsia, boala și sindromul parkinson, bolile psihice, diabet zaharat, epidermoliza buloasă, boli de sistem și autoimune, glaucom, miastenia gravis și mucoviscidoza);
- se diversifică lista de maladii acoperite prin includerea medicamentelor pentru maladiile rare;
- sunt acceptate doar medicamentele de la producători care dețin certificate prin care se confirmă bunele practici de fabricație și/sau dețin autorizații de punere pe piață eliberate de autoritățile de reglementare recunoscute; medicamentele autohtone sunt incluse în LMC doar de la producătorii care dețin certificat de buna practică de fabricație (Good Manufacturing Practices *GMP*).

Modificările în LMC din 2013 au condiționat o serie de limitări: s-a redus numărul de denumiri internaționale aprobate pentru Listă până la 82; structurizarea LMC conform maladiilor a limitat accesul la medicamente doar pentru pacienții cu maladiile indicate în LMC; s-a redus numărul de producători ai căror medicamente sunt eligibile pentru a fi incluse în LMC. La interval de un an de la ultima modificare de bază a LMC din 2013, s-au efectuat mici intervenții în Listă, fiind excluse două denumiri (un medicament cu indicație în tratamentul maladiilor cardiovasculare și alt produs farmaceutic prescris în cazul maladiilor aparatului digestiv) și introduse 9 denumiri.

Astfel, în decurs de 10 ani (anii 2005-2015), Lista medicamentelor compensate a fost revăzută prin mărirea numărului de denumiri comune internaționale, incluzarea unor maladii rare și trecerea de la lista medicamentelor compensate care pot fi utilizate pentru mai multe maladii, la lista de medicamente compensate pentru o maladie concretă, diversificării nivelului de compensare a medicamentelor, numărând 89 DCI la zi.

O altă caracteristică cu referire la evoluția LMC, și gradul de acoperire a necesităților populației este bugetul acordat în acești ani. Conform datelor publicate în rapoartele de activitate ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, ponderea cheltuielilor pentru medicamentele compensate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală în acești 10 ani de implementare a politicii de compensare a medicamentelor a evoluat de la 0,7% în 2005 până la 4,8% în 2014 din totalul fondurilor AOAM. Creșterea bugetelor pentru acoperirea LMC în ultimii patru ani a fost foarte mică. O creștere mai substanțială este prevăzută în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2015, fiind stabilit un nivel de finanțare de 6,8% din Fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală ori cu 2% mai mult în raport cu anul 2014. (Tabelul 1)

Tabelul 1: Evoluția cheltuielilor Fondului de bază al AOAM alocate acoperirii costului medicamentelor compensate, în MDL și ca proporție din bugetul total Fondului de bază al AOAM, 2005 - 2015

Anii	Executat: Medicamente compensate, MDL	Executat: Fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medical, MDL	% din Fondul de bază al asigurării obligatorii de asistență medicală
2015**	335.000.000	4.899.578.000	6,8
2014*	216.033.200	4.521.200.900	4,8
2013	163.469.100	3.955.999.900	4,1
2012	166.244.100	3.777.824.400	4,4
2011	150.000.100	3.479.336.100	4,3
2010	116.848.900	3.293.902.400	3,5
2009	74.055.300	2.965.326.900	2,5
2008	55.291.200	2.466.716.100	2,2
2007	40.910.200	1.825.506.300	2,2
2006	23.814.800	1.434.603.200	1,7
2005	7.403.500	1.075.292.200	0,7

* Aprobat prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2014 nr.330 din 23.12.2013

** Proiectul Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2015

Sursă: Rapoarte de activitate ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină

Analiza mecanismului de selectare și aprobată a medicamentelor spre compensare

Procesul decizional care duce la includerea sau excluderea unor medicamente pe LMC ori stabilirea unui nivel sau altul de compensare nu este unul transparent publicului larg. Analiza paginilor web al autorităților publice responsabile de ajustare a LMC relevă că rapoartele și notele informaționale ale Consiliului pentru medicamente compensate prin care s-ar prezenta evaluările și dovezile care au servit drept argument pentru includere sau excludere a unui sau altui medicament pentru compensare, ori a unei sau altei maladii în LMC, ori pentru diversificarea ratelor de compensare și atribuirea a unui sau altui nivel de compensare diferitor grupe de medicamente și maladii, nu sunt disponibile.

Privind asigurarea transparenței decizionale, autoritățile centrale se referă la faptul că mecanismul de evaluare și includere a medicamentelor în lista celor compensate din fondurile AOAM este reglementat prin ordinul MS, aprobat în 2010. Prin regulamentul de instituire a mecanismului menționat din 2010 sunt stabilite: principiile de compensare a medicamentelor din fondurile AOAM; criteriile de stabilire a ratei de compensare; procedura de înaintare a propunerilor de includere a medicamentelor în lista celor compensate, participanții procedurii de înaintare a propunerilor; responsabilitățile de evaluare și admitere a medicamentelor în lista celor compensate cu atribuțiile; criteriile de evaluare a medicamentelor pentru a fi compensate; criteriile de admitere și excludere a medicamentelor din lista celor compensate.

Ultima revizuire a cadrului de reglementare cu referire la evaluare și aprobată a medicamentelor pentru includere în lista celor compensate a fost aprobată de Ministerul Sănătății în 2012. Ministerul Sănătății a instituit Consiliul pentru medicamente compensate, componența și regulamentul Consiliului, cât și metodologia de calcul a sumelor fixe compensate pentru medicamentele propuse pentru lista celor compensate.²⁵ Regulamentul, în versiunea revizuită, sporește incertitudinile și lasă spațiu de interpretare și goluri în reglementarea mecanismului de elaborare, completare, revizuire și implementare a listei medicamentelor compensate. Astfel, examinarea reglementărilor în vigoare privind aprobată listei medicamentelor compensate, prin prisma a patru componente importante în asigurarea unui mecanism funcțional, relevă următoarele.

1) Procedura de introducere a medicamentelor în lista celor compensate

Conform regulamentului în vigoare, dreptul de înaintare a propunerilor pentru includerea medicamentelor în Lista celor compensate este atribuită doar Comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății, conform ultimelor revizuiri al cadrului de reglementare fiind excluse companiile farmaceutice în calitate de solicitanți. Abilitarea comisiilor de specialitate ale MS cu atribuția de înaintare a propunerilor de includere a medicamentelor în LMC din fondurile AOAM este aprobată și prin-tr-un ordin al MS.²⁶ Totodată, pentru realizarea acestei atribuții nu este instituit un mecanism care ar stabili expres cine are calitatea de solicitant către Comisiile

²⁵ Ministerul Sănătății. Ordinul nr. 914 din 19/09/2012,

²⁶ Ministerul Sănătății .Ordinul MS nr. 533 din 04.06.2014. Cu privire la instituirea Comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății

de Specialitate, perioada de depunere a cererilor și frecvența examinării lor, datele necesare de a fi prezentate de solicitant și structura dosarului, lista de documente pentru suportul informației prezentate, forma de cerere, adresa juridică pentru depunerea cererilor și asigurarea integrității dosarelor depuse spre evaluare Comisiei, modul de funcționare a Comisiei de specialitate pentru îndeplinirea atribuției la subiectul indicat, asigurarea transparenței în activitatea Comisiei de specialitate, durata de examinare a cererilor și dosarului, gestionarea dosarelor incomplete, precum și alte situații probabile. De menționat că această comisie de specialitate a Ministerului Sănătății, conform statutului său, este un organ consultativ, fiind formată din reprezentanți ai diferitor instituții din sistemul medical și mediul academic.

Procedura stabilită pentru examinare a cererilor de acceptare a medicamentelor în LMC impune Comisiei de specialitate ale Ministerului Sănătății să depună cererea pentru includerea medicamentelor, ceea ce denotă că în relație cu Consiliul, solicitant în numele companiei farmaceutice este Comisia de specialitate, ceea ce de fapt este în contradicție cu statutul Comisiei. Mai mult ca atât, conform prevederilor în expunerea curentă, Comisiei îi revine responsabilitatea de pregătire și apărare a dosarului în fața Consiliului. Ordinul MS nr. 914 nu aproba un regulamentul separat care ar reglementa mecanismul de evaluare și decizie asupra medicamentelor propuse spre compensare de către Comisiile de specialitate, responsabile pe moment, de depunere a cererilor pentru includerea medicamentelor în LMC, și a dosarului cu evaluările și datele de rigoare.

Hotărârea de Guvern nr. 1373 din 23.12.2005 atribuie responsabilitatea de aprobat prin ordinul MS nr. 914 din 19.09.2012 specifică că medicamentul este inclus în LMC odată cu emiterea ordinului comun al MS și CNAM, în baza acceptării de către Consiliul pentru medicamentele compensate.²⁷ De asemenea reglementările în vigoare nu oferă o claritate la modul de prezentare Ministerului Sănătății a propunerilor și documentelor de suport de către Consiliu, ținând cont că acest Consiliu nu este parte a Ministerului Sănătății.

O altă componentă de bază al procesului de aprobat prin ordinul MS nr. 914 din 19.09.2012 sunt criteriile de evaluare și acceptare a medicamentelor. Conform HG 1372 cu modificările din 2013, în LMC se pot include doar medicamentele înregistrate în țară, și prioritari sunt acceptate medicamentele care sunt înregistrate de autoritățile de reglementare recunoscute și fabricate în condiții aliniate la regulile GMP.

De asemenea, analiza regulamentului relevă că noile reglementări aduc modificări de esență la acest capitol, inclusiv în raport cu regulamentul aprobat în 2010, diminuând lista și complexitatea criteriilor de evaluare. Astfel, în regulamentul cu-

²⁷ Guvernul Republicii Moldova (2005). Hotărârea de Guvern nr. 1372 din 23.12.2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medical. Monitorul Oficial Nr. 176-181 din 30.12.2005 în art Nr : 1477.

²⁸ Ordinul Ministerului Sănătății nr. 914 din 19.09.2012 cu privire la Consiliul pentru medicamentele compensate

rent nu se regăsesc criterii anterior specificate prin regulamentul din 2010 cu referire la evaluarea: terapeutică, economică, cost-eficacitatei, prețului, perspectivei sociale. Prin urmare, noul regulament conține următoarele cerințe pentru evaluare și acceptare a medicamentelor pentru LMC: autorizarea pentru punere pe piață, fabricarea în condiții GMP și autorizare de autorități de reglementare recunoscute cum ar fi: Agenția Europeană de Medicamente (EMA), Administrarea alimentelor și a medicamentelor din Statele Unite al Americii (FDA), cele din spațiul Economic European, Elveția, Canada, Japonia, Australia, cât și cele autohtone fabricate în condiții de Reguli de bună practică de fabricație (GMP). Dacă în punctul 26 al Regulamentului Consiliul pentru medicamentele compensate²⁹, se specifică că adițional la criteriile de evaluare și acceptare a medicamentelor spre compensare menționate mai sus (pct.22 și 23 din regulament) se va ține cont de predestinarea lor la tratamentul de substituție în maladii cronice, prescrierea în condiții de ambulatoriu, și cost – eficiență, regulamentul nu descrie formula de evaluare, interpretare și accep-tare a datelor despre medicamente, în baza aplicării complexe a tuturor criteriilor enunțați.

Este confuză prevederea din capitolul IV al regulamentului în vigoare, care specifică că, de regulă, în listă se includ medicamente generice. În această ordine de idei, nu este o claritate vizavi de acceptarea medicamentelor originale. Regulamentul nu specifică criteriile și modalitatea de evaluare, prioritizare și determinare a listei de maladii pentru a fi incluse în sistemul de compensare, nivelului de compensare pentru fiecare grup de medicamente ori maladii și criteriile folosite pentru decizie, etc. Pe moment nu este elaborată o metodologie de evaluare a calității datelor prezентate. Revizuirea LMC, prin prisma cerințelor actelor de reglementare curente, prevede doar introducerea medicamentelor și nu abordează condițiile și procedura de excludere a medicamentelor din LMC.

Părțile slabe ale procesului de evaluare și luare a deciziei de includere sau excludere a medicamentului din LMC condiționează o anumită inconveniență în modificările operate în LMC. Drept exemplu, este excluderea medicamentului metoprolol din LMC în ediția din aprilie 2013 și includerea lui prin modificările intrate în vigoare în iunie 2014. Excluderea medicamentului metoprolol a fost considerat neargumentată de un grup de experți externi antrenați în evaluarea maladiilor non-transmisibile.³⁰ În raportul lor, experții străini subliniază că nu este formată o practică de a lua decizii bazate pe dovezi și criteriile de selecție nu sunt clare. Ace-săi raport menționează că unele medicamente de bază cu evidențe sigure pentru tratamentul bolilor non-comunicabile nu sunt considerate în LMC. Un alt exemplu în acest sens este aprobată prin Ordinul din 22 aprilie 2013 a medicamentului Sotalolum în LMC pentru tratamentul maladiilor cardio-vasculare și excluderea lui ulterioară prin ordinul care intrat în vigoare în iunie 2014.

²⁹ Ibidem

³⁰ Skarphedinsdottir et al. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems , No. 4 Republic of Moldova Country Assessment <http://www.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2014/03/Better-noncommunicable-disease-outcomes-Republic-of-Moldova-Country-Assessment.pdf>

Este de menționat că lista medicamentelor esențiale actualmente numără circa 408 DCI (cu excepția anestezicelor, celor indicate în tratamentul tuberculozei, malariei, vaccinurilor, serurilor, medicația antiprotozoică, antitripanosomială).³¹

Bune practici internaționale în selecția medicamentelor pentru includerea în lista de medicamente compensate

- Practicile din țările europene relevă că eligibilitatea pentru compensare se fundamentează prin:
- Eligibilitatea specifică produselor farmaceutice - medicamentul fiind evaluat dacă este eligibil sau nu, criteriu folosit de 19 țări din UE;
- Eligibilitatea specifică maladiilor - este determinată de boala de bază care necesită de a fi tratată, schemă de bază utilizată de țările Baltice;
- Eligibilitate legată de un grup specific de vârstă - grup de vârstă vizat de lista de compensare (copii, vârstnici, etc.), aplicat în Cipru, Malta și ca element complementar de unele țări din Europa.
- Eligibilitate bazată pe consum - nivelul de compensare este definit de costurile necesare pentru asigurarea unui tratament într-un interval de timp. Odată cu creșterea costurilor crește nivelul de compensare.
- În ceea ce urmărește modul de evaluare și includere a medicamentelor în lista celor compensate din Austria.

³¹ Ordinul MS nr.144 din 28.02 .2011

Studiu de caz

Formularea listei medicamentelor compensate în Austria

Sistemul de asigurare în sănătate din Austria se bazează pe asigurarea socială, care include asigurarea în sănătate, accidentele, asigurările celor neangajați și pensionarilor. Documentul de bază în asigurări este reprezentat de legea asigurărilor sociale din Austria, aprobată în 1955. Ministerul Federal al Sănătății, Familiiei și Tineretului este autoritatea centrală la nivel federal responsabil de politicile în sănătate. Sistemul de asigurări care include 19 fonduri de asigurare acoperă cca 98% din populație.

Medicamentele compensate eliberate pentru pacienții din ambulatoriu sunt incluse în Lista pozitivă numită și Cod de Compensare. Evaluarea medicamentelor pentru includere în Lista Pozitivă se face în baza următoarelor criterii:

- analiza farmacologică: presupune compararea medicamentului cu alternativele din punct de vedere terapeutic (bazându-se pe nivelul 4 al codului ATC) și gradul de inovare;
- evaluarea medico-terapeutică: include determinarea grupelor de pacienți pentru asigurare cu medicamente, eficacitatea, durata tratamentului estimată și frecvența administrării, aprecierea validității argumentărilor medicale al studiilor farmaco-economice, aprecierea și cuantificarea beneficiului terapeutic pentru medicamentele noi în raport cu medicamentele alternative;
- evaluarea economică: ține de impactul bugetar, evaluarea prețurilor de uzină (*ex-factory*) pentru medicamentul depus spre evaluare în raport cu alte medicamente alternative, și în raport cu prețurile din alte țări; evaluarea studiilor farmaco-economice.

Suplimentar la datele necesare pentru a asigura evaluarea medicamentului conform criteriilor descrise mai sus oferite prin documentele anexate la cerere, producătorii de medicamente, sunt responsabili de prezentarea:

- analizei comparative a prețului (la nivel de *ex-factory*) pentru medicamentul propus spre includere în Lista pozitivă cu medicamente identice sau alternative din Austria și toate prețurile acestui medicament în țările din Uniunea Europeană;
- volumul estimat al vânzărilor pentru 3 ani și date curente cu referire volumul vânzărilor.

Evaluarea medicamentului pentru punerea pe piață este în responsabilitatea Oficiului Federal de Siguranță în Îngrijiri de Sănătate și Agentia de Medicamente și Dispozitive Medicale.

Înregistrarea medicamentelor pentru punere pe piață nu presupune și o aprobată automată de a fi incluse în lista medicamentelor compensate. Criteriile de bază pentru evaluarea și autorizarea medicamentelor pentru punere pe piață sunt: calitate, eficacitate și inofensivitate.

Evaluarea medicamentelor pentru includere în Lista pozitivă abordează următoarele întrebări:

Care sunt opțiunile disponibile? Este medicamentul nou mai bun? Merită diferența de preț?

Lista medicamentelor compensate, numită Lista pozitivă, este formată din 3 grupe, care diferă prin tipul de medicamente evaluate, precum:

- 1) Cutia roșie (RED BOX) include medicamente nou lansate de producători și toate medicamentele pentru care este o cerere de includere în lista pozitivă. Medicamentele noi sunt menținute în această grupă maximum 24 luni, după ce este stabilit un preț mediu în UE, sau 36 luni, dacă nu poate fi stabilit un preț mediu în UE. Toate celelalte medicamente pentru care se solicită includerea în lista pozitivă pot fi menținute în această grupă 90 de zile. Odată cu decizia privind compensarea lor, medicamentele sunt transferate în Cutiile Galbenă și Verde.
- 2) Cutia galbenă (YELLOW BOX) include medicamentele destinate unor grupuri speciale de consumatori, cum ar fi cei cu maladii specifice ori care aparțin unei categorii de vîrstă. Toate medicamentele clasificate în grupa Galbenă și Roșie sunt prescrise de către medici doar cu aprobarea persoanei responsabile de supraveghere a prescrierii acestui grup de medicamente.
- 3) Cutia galben deschis (LIGHT YELLOW BOX) permite prescrierea automată de către medici în cazurile când medicamentele la indicații definite sau o cantitate anumită, din moment ce este aprobată inițială a persoanei responsabile de supraveghere a prescrierii medicamentelor din această grupă.
- 4) Cutia verde (GREEN BOX) – acestea sunt compensate automat. Acest grup de medicamente este apreciat ca prima opțiune și pot fi prescrise de orice medic contractat. Includerea este determinată de anumite criterii de utilizare, cum ar fi grupul de maladii, sau modul de administrare.

În procesul de evaluare și aprobare a medicamentelor în Lista pozitivă sunt implicate mai multe instituții cu atribuții clar determinate. La general, Ministerul Federal al Sănătății, Familiei și Tineretului este responsabil de politicile de compensare și prețuri la medicamente. Decizii privind prețurile la medicamente sunt luate de Minister cu participarea Comitetului de Prețuri și deciziile cu referire la compensarea medicamentelor – cu participarea Asociației Principale a instituțiilor de asigurare socială din Austria (HBV). La rândul său, Asociația instituțiilor de asigurare socială este consultată în luarea deciziilor de Consiliul de Evaluare a Medicamentelor. Consiliul este format din 20 membri, reprezentanți ai fondurilor de sănătate, reprezentanți ai autorităților publice regionale, reprezentant independent din mediu academic, al instituțiilor publice centrale, a asociațiilor de medici și farmaciști. Întru asigurarea transparenței în activitatea Consiliului, sunt stabilite proceduri, reglementări disponibile pe paginile web oficiale; agenda întrevederilor cu lista medicamentelor spre examinare, trebuie să fie afișate pe pagina web.

De asemenea este aprobat un mecanism de monitorizare a instituțiilor implicate în procesul de evaluare a dosarelor și de contestare a deciziilor. Astfel, în cadrul Ministerului este formată o Comisie independentă a medicamentelor, împărtășită cu funcții de monitorizare a activității Consiliului și Asociației. Aceeași comisie reprezintă unitatea responsabilă de gestionare a contestațiilor din partea producătorilor de medicamente și are împărtășire de veto pentru orice decizie cu referire la cererea pentru compensare a medicamentului¹.

2) Responsabilitatea de evaluare și aprobată a propunerilor de introducere a medicamentelor în lista celor compensate

Conform ordinului MS nr. 914 din 19.09.2012, Consiliul pentru medicamentele compensate este creat cu scopul de a definitiva prioritățile și a accepta medicamentele pentru includere în Lista medicamentelor compensate din fondurile AOAM. Prin prevederile regulamentului, autorii stabilesc că acest Consiliu activează pe lângă Ministerul Sănătății, în calitate de președinte fiind Ministerul Sănătății, totodată fiind specificat că acest Consiliu nu are personalitate juridică și este un organism consultativ. În această formulă nu este clar statutul acestei structuri. Analiza listei de atribuții acordate Consiliului, relevă că această structură este în drept să determine prioritățile și politicele de compensare, să accepte sumele fixe compensate pentru medicamente și introducerea medicamentelor în Lista celor compensate, în pofida faptului că regulamentul indică la rolul consultativ al Consiliului. Prezentarea modului de organizare și funcționare a Consiliului nu este complexă. Astfel, documentul nu prezintă modalitatea de excludere a conflictului de interes, durata de activitate în calitate de membru al Consiliului etc. Procesul de decizie al Consiliului este unul ambiguu, din moment ce regulamentul prevede că decizia este adoptată prin consens, în același rând admite prezența unor dezacorduri din partea membrilor, cu documentarea acestordezacorduri prin anexe suplimentare la procesul verbal. Această contradicție relevă că practic nu se acceptă expunerea unei altei opinii ori lipsește o claritate în validarea deciziilor Consiliului, în cazurile în care nu este o decizie prin consens.

Tinând cont de responsabilitățile atribuite Consiliului pentru medicamentele compensate Regulamentul Consiliului, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, urma să fie publicat în Monitorul Oficial.

3) Asigurarea documentării și transparenței procesului de introducere a medicamentelor în Lista medicamentelor compensate

Reglementările în vigoare fac referință la o serie de documente care la prima vedere ar asigura evidența procedurilor de examinare și acceptare a medicamentelor pentru LMC. Însă nu sunt clar definite și descrise forma și conținutul unor documente de bază necesare în luarea deciziilor. Astfel nu este clară structura documentului de decizie a Consiliului pentru acceptarea sau refuzul unui medicament de a fi inclus în LMC, nu este specificată lista documentelor care ar fi încadrate în "alte materiale relevante" pentru decizia Consiliului.

Un alt set de documente importante în procedura de evaluare este dosarul medicamentului, însotit de o cerere. Conform regulamentului, dosarul de evaluare a medicamentului din partea Comisiilor de specialitate ar trebui să conțină o cerere, procesul verbal al Comisiei, procesul verbal al ședinței societății medicilor de profil, nota justificativă privind dovezile științifice, raportul de evaluare cost - eficiență a medicamentului, impactul social. La moment, nici Regulamentul Consiliului pentru medicamente compensate și nici un alt act normativ nu face o descriere comprehensivă a cerințelor pentru fiecare document din dosarul medicamentului. Prin ordinul MS nu sunt aprobată următoarele:

- Cererea model, care ar indica la informația și referințele obligatorii pentru cerere de evaluare a dosarului;
- Modelul de proces verbal al Comisiilor de specialitate cu minimul de date obligatorii;
- Cerințele minime la conținutul și structura unui raport de evaluare a cost - eficienței și impactul social;
- Cerințele pentru procesul verbal al ședinței societății medicilor de profil;
- Nota justificativă privind dovezile științifice.

De asemenea, nu este specificată procedura, durata de evaluare a dosarului, locul de stocare, și păstrare a dosarelor pentru medicamente, din moment ce Consiliul este creat pe lângă MS, este un organ consultativ și nu este o entitate juridică cu sediu propriu.

Directiva de Transparență nr 89/105/EEC expune expres termenii de evaluare și decizie privind examinarea cererii de includere a unui medicament în LMC.³² Astfel este stabilit termenul de 60 zile de examinare a unei cereri de includere a medicamentului, cu extindere până la 90 zile în caz ca este necesar o evaluare ETM. La prezentarea cererii pentru un medicament generic, având medicamentul de referință în lista celor compensate, durata de evaluare este de 15 zile. Acești termeni pot fi extinși în caz că se solicită date suplimentare de la deținătorul autorizației de punere pe piață - solicitant de cerere, fiind stabilite clar limite de extindere a termenului de evaluare.

Pentru asigurarea transparenței procesului de evaluare și acceptare a medicamentelor în LMC de Consiliu, regulamentul specifică dreptul altor actori din sistem și din comunitate pentru participare la ședințele Consiliului și asigurarea accesului la documentele de decizie prin afișarea lor pe pagina web ale MS și CNAM. La consultarea paginilor oficiale ale autorităților publice indicate nu a fost identificată o rubrică ori un spațiu dedicat pentru prezentarea rezultatelor analizei și deciziilor asupra LMC din partea Consiliului, accesibil tuturor actorilor din sistemul de sănătate, inclusiv pentru beneficiarii de medicamente.

Un alt aspect important pentru mecanismul de evaluare și aprobatie a deciziilor cu referire la LMC și care vizează interesele a mai multor actori, inclusiv a companiilor farmaceutice, este administrarea contestațiilor. De regulă este necesar de a prevedea expres modalitatea de atac a deciziilor, termenii, responsabilitii de examinare a contestațiilor și acest subiect nu este abordat în regulament.

³² Directive of the European Parliament and of the Counceil relating to the transparency of measures regulating the prices of medicinal products for human use and their inclusion in the scope of public health insurance systems (2012). Accessed: http://ec.europa.eu/enterprise/sectors/healthcare/files/docs/transpadir_finalprop01032012_en.pdf

Studiu de caz

Cerințele pentru dosarul cererii de includere a medicamentelor, documentelor de evaluare a cererilor depuse Romania

Reglementările aprobate de autorități stabilesc cerințele, formatul pentru documentele și datele din dosarul solicitantului de includere/excludere a unui medicament în Lista medicamentelor compensate. În vederea includerii în listă a unui medicament sau extinderii indicațiilor partea generală a cererii ține de:

- DCI
- Indicația pentru care se dorește includerea în Lista cu denumiri comune internaționale (DCI), denumită în continuare Listă (dacă un DCI are mai multe indicații, se vor depune dosare separate pentru fiecare indicație)
- Populația de pacienți căreia i se adresează medicamentul (se precizează dacă este o populație cu caracteristici genetice, de vârstă sau cu factori de risc specifici)
- Comparator/comparatorii activ(i) utilizati în studiile prezentate ca suport pentru cererea de includere în Listă/extinderea indicațiilor

Conținutul dosarului este următorul:

1. Cererea de includere/extindere a indicației/medicamentului în Listă(model în anexă); declarația veridicității datelor incluse în cerere, semnatura deținătorului de APP și data depunerii dosarului
 2. Linkul de internet pentru cele mai recente rapoarte de evaluare a tehnologiilor medicale
 3. Dovada statutului de compensare din cele 26 de state membre ale Uniunii Europene
 4. Dovada statutului de compensare în statele membre ale Uniunii Europene unde medicamentele biosimilare sunt comercializate – (cerință pentru medicamentele biosimilare)
 5. Articolele cu studiile având cel mai înalt nivel de evidență, prezentate ca suport decizional în favoarea cererii (se includ studiile în totalitate , cu precizarea bazei de date accesate și a datei de accesare)
 6. Evaluarea impactului bugetar
 7. Autoevaluarea calității metodologice a documentelor depuse
 8. Pentru combinațiile cu doză fixă se depune studiul de cost-minimizare
- De asemenea, documentele în acțiune stabilesc cerințele pentru cererea de includere/excludere a medicamentului. Sunt stabilite cerințe pentru forma de depunere a dosarului și numărul de exemplare.

Sunt aprobate instrumentele de evaluare a calității studiilor – dovezilor depuse la dosar, ghiduri privind evaluarea datelor clinice, eficacității, rezultatelor raportate de pacienți, instrumente privind sinteza dovezilor.

4) Compensarea cheltuielilor pentru medicamentele din LMC din contul mijloacelor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Conform contractului-tip privind eliberarea persoanelor asigurate a medicamentelor compensate din fondurile AOAM, se formează cadrul de realizare a drepturilor și obligațiilor ambelor părți: CNAM și a prestatorului de servicii pentru eliberarea medicamentelor compensate către persoanele asigurate, cât și modul de compensare a cheltuielilor suportate de către agenții economici din domeniul farmaceutic contractat de CNAM. Printre drepturile farmaciei, conform contractului, se enumeră primirea de la CNAM a sumelor pentru medicamentele compensate, în baza facturilor emise și documentelor de însotire, organizarea activității proprii în vederea eficientizării procesului de eliberare a medicamentelor compensate, cu respectarea reglementărilor legale în vigoare; prezentarea la CNAM a propunerilor de perfecționare a mecanismului de eliberare a medicamentelor compensate. Pe de altă parte, prestatorul este obligat să se aprovizioneze cu medicamente din LMC, și să aibă permanent în stoc produse comerciale ale aceleiași DCI, care au prețurile cele mai mici disponibile pe piață; să elibereze persoanelor asigurate medicamentele compensate numai în baza rețetelor cu prezentarea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, să informeze persoana asigurată despre drepturile și obligațiile ei privind medicamentele compensate, precum și despre modul de utilizare a acestora; să nu substituie medicamentul prescris în rețetă cu un alt medicament și să elibereze medicamente în ambalaje integrale și conform prescrierii medicului; să practice în farmacii un adaos comercial de cel mult 15% pentru medicamentele compensate de CNAM.

Rambursarea de la CNAM a sumelor pentru medicamentele compensate reprezintă unul din drepturile enunțate pentru prestatorii de servicii în contractul tip. Conform procedurilor stabilite, CNAM acoperă o sumă fixă calculată pentru fiecare DCI în parte, în baza metodologiei aprobată de Ministerul Sănătății.

Dacă pentru CNAM suma acoperită reprezintă o sumă fixă indiferent de prețul medicamentului, pentru pacient mărimea plății, în cazul medicamentelor parțial compensate, poate fi diferită, fiind determinată de assortimentul și prețurile acestor medicamente. Actualmente nu este un mecanism care ar motiva farmaciile și ar permite monitorizarea lor de a avea un stoc diversificat prin preț și prin nomenclatură de medicamente. În special acest fapt este mai evident în localitățile rurale și centrele raionale.

Analiza cantitativă și calitativă a prezentului studiu denotă că prețurile achitate de consumator pentru medicamentele compensate sunt în creștere, în pofida contribuției CNAM. Mai mult ca atât, prețul a fost unul din criteriile de bază la selectarea farmaciei.

Cel mai recent studiu cu referire la accesibilitatea și disponibilitatea medicamentelor în R- Moldova realizat de OMS-Europa a arătat că actualmente medicamentele nu sunt accesibile economic. Pentru cele 7 denumiri de medicamente administrate la maladiile cardiovasculare, este necesar de la 0,9-3 zile de lucru din minimul venit pentru a acoperi costurile unui curs complet de tratament cu cel mai vândut generic în sectorul public și corespunzător 1,0 la 9,4 – în sectorul privat. Or,

pentru cele 3 medicamente utilizate în tratamentul ulcerului este necesar de 1,7 la 5,0 zile pentru cel mai vândut generic în sectorul public.³³

Eficientizarea utilizării resurselor financiare acordate necesită diferite interventii legislative și procedurale, una din ele fiind revizuirea politicilor privind prețurile la medicamente prin aplicarea celei mai relevante opțiuni pentru țară. Este cunoscut că examinarea politicilor de compensare a medicamentelor este indispensabilă de evaluare politicilor de reglementare a prețurilor. După cum a fost menționat în partea generală privind cadrul de reglementare în domeniu, reglementările cu referire la politicile de prețuri la medicamente au fost supuse câtorva revizuiri, însă recentele evaluări ale OMS indică că accesibilitatea economică la medicamente este destul de joasă. La cele indicate în raport, considerăm necesar de a analiza mai multe opțiuni pentru a identifica formulele cele mai eficiente și aplicabile pentru R. Moldova. Deciziiile privind modificarea reglementărilor de preț la medicamente trebuie să fie construite atât pe dovezi și practici internaționale, cât și pe analize și dovezi asupra situației locale. În acest sens remarcăm că sistemul de sănătate din țară nu dispune de un sistem de monitorizare mai complexă și reală a evoluției prețurilor la medicamente.

Cu referire la reglementările de compensare din diferite țări, este de remarcat că sunt folosite mai multe modalități pentru acoperirea costului din partea asiguratorului. Cele mai aplicabile modalități de compensare sunt: compensarea procentuală, deducere din cheltuielile pentru medicamentele, care presupune o plată integrală a medicamentelor până la o limită, diferența fiind acoperită de consumator, ori compensare 100% cu obligația pacientului de a achita o sumă fixă per cutie de medicamente ori per rețetă, etc. În tabelul 2 sunt prezentate câteva modalități de compensare din o serie de țări. Alegerea unei sau altei opțiuni pentru R. Moldova necesită o analiză detaliată, inclusiv contextuală și cu pilotarea opțiunii selectate.

Tabelul 2: Modele internaționale de contribuție financiară în acoperirea costurilor de către asigurator

Țara	Procentul de compensare	Co-plata pacientului
Franța	Boli cronice, TB, diabet, oncologie – etc. 100% Antibiotice, antiinfețioase – 65%	Boli acute- 35% 0%,35%,65%.
Germania	100%- coplată fixă . Lista pozitivă.	Fixă , pe cutie de medicament
Austria	100%+ coplată fixă (75% din medicamente din piață incluse în lista medicamentelor compensate)	Fixă, pe cutie (3,85 euro), 25% exceptie cei cu venit scăzut
Elveția	100% pentru copii	10% contribuție, formă deductibilă.

³³ Sautenkova et al. (2012) Availability and Affordability of medicines and assessment of quality systems for prescription of medicines in the Republic of Moldova http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/176388/E96712.pdf?ua=1

Italia	100% din prețul de referință			Diferența de la aplicarea cotei de compensare la prețul de referință; La nivel de regiuni + este o coplată fixă în mărime de 2 Euro per rețetă cu un medicament și 4 Euro + rețetă cu mai multe medicamente.	
Grecia	100% pentru maladii cronice	-	90%	75%	Diferența în funcție de nivelul de compensare
Spania	100% pensionari		90% - boli cronice	60%	Diferența
Marea Britanie					Co-plată fixă 6,2 lire sterline per medicament
Belgia	75% 80% generice				
Olanda	100% din prețul de referință			Diferența peste prețul de referință	
Norvegia	Compensare pentru tratamente cronice și în funcție de vârstă: 100%- până la 7 ani , vârsta; 88%- vârsta între 7-16 ani și peste 67 ani; 70%- vârsta 16 și 67 ani.				12% și 30%.

Procedura de tender pentru medicamentele prescrise în condiții de ambulatoriu este una din măsuri de micșorare a cheltuielilor folosite în câteva țări. Olanda, folosește metoda tenderului pentru medicamentelor prescrise pacienților din ambulatoriu. Ca rezultat, au fost obținute economii în mărime de o treime din valoarea pieței în 2008³⁴. În Germania este utilizată politica rabatului pentru micșorarea costului la medicamente, astfel producătorii de medicamente sunt invitați pentru a negocia și oferi rabaturi comerciale.

Practicile din aceste țări relevă că prin procedura de licitație crește transparența asupra prețurilor, companiile de asigurare beneficiază de rabaturile, care de obicei sunt obținute de distribuitorii de medicamente.

În caseta de mai jos se prezintă un model de aplicare a metodei de procurare prin tender a medicamentelor prescrise în condiții de ambulatoriu.

³⁴ Carone G, Schweiz and Xavier A/european Comission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Economic paper 461/september 2012

Studiu de caz

Licitație pentru procurarea medicamentelor în sectorul ambulatoriu în Olanda

Olanda și Germania au apelat la metoda de licitație pentru procurarea medicamentelor prescrise la nivel de ambulatoriu. Autoritatea anunță o cerere de ofertă. Ofertantul cu cel mai mic preț este determinant ca câștigător și este responsabil de asigurarea întregii țări cu medicamente. De obicei, compania câștigătoare deține contracte exclusive pe o perioadă de 3-6 luni. Această practică a fost inițiată prin pilotare în baza a 3 medicamente (2005 anul), ulterior fiind extinsă lista la 33 de denumiri.

Această formula s-a dovedit a fi foarte eficientă în reducerea prețurilor produselor farmaceutice prescrise în ambulatoriu. Ca rezultat, în primii ani prețul a scăzut cu 95%, formând economii esențiale pentru sistemul de asigurări.

Implementarea unui astfel de model, în același timp, impune determinarea măsurilor de menținere a echilibrului în lanțul de distribuție, diminuarea efectului de limitare a concurenții în piața farmaceutică, reducerea premiselor, pe termen lung, de creștere a prețurilor la medicamente din motivul micșorării numărului de participanți în sistemul de aprovizionare.

De remarcat că practicile internaționale indică la o listă largă de politici orientate spre eficientizarea cheltuielilor în sectorul farmaceutic, determinate de statutul produsului-brevetat sau generic; în funcție de participanții în relația medic-pacient-farmacie, în funcție de cerere sau ofertă. În tabelul 3 sunt descrise câteva modele ale politicilor orientate spre eficientizarea și optimizarea cheltuielilor pentru medicamente, fiind abordate mai multe direcții de intervenție³⁵. Tot odată sursele internaționale au evidențiat cele mai populare reforme farmaceutice aplicate de către țările UE în anii 2010- 2013, precum:

- Sisteme de reduceri/rabat și sisteme "clawback"
- Introducere a sistemelor de returnare a plăților de către industrie
- Înghețarea și micșorarea prețurilor
- Schimbarea TVA
- Schimbări în sistemul de referire externă a prețului
- Schimbări în regulile de aplicare a prețului de referință internă sau introducerea acestui sistem, gruparea mai largă în ATC-3
- Introducerea listelor pozitive/negative
- Cererea de evaluare obligatorie a valorii medicamentelor noi

Mai rar au fost utilizate următoarele metode:

- Micșorarea marjelor de distribuție
- Revizuirea eligibilității pentru medicamente

³⁵ Carone et al. Carone G, Schwierz C, Xavier A (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Economic Papers 461, September 2012 Accessed :ec.europa.eu/economy_finance/publications citând la rîndul lor Espin, J. and J. Rovira (2007), PPRI (2008), Zuidberg (2010), Commission services (DG ECFIN)

- Creșterea coplășilor de către pacienți
- Introducerea prescrierii obligatorii în baza DCI
- Obligația de a oferi cel mai ieftin preparat și de a-l avea în stoc
- Introducerea e-prescrierilor
- Campanii de promovare a genericelor publicului larg,

Aceleași surse indică că micșorarea prețurilor la medicamente s-a observat în special la aplicarea politicilor: substituirea obligatorie generică, marje de profit regresive și sisteme "clawback". Din insuficienta studiilor asupra efectul acestor politici, există dovezile mai puține referitor la celelalte măsuri.

Tabelul 3: Strategii de reglementare și micșorare a prețului în țările Uniunii Europene

Strategii	Scurtă descriere	Aplicare, avantaje și dezavantaje
1. Mecanisme de referință externă la compararea prețului într-o țară cu preț (REP)	Reglementarea prețului	<p>Avantaje: Ușor de aplicat, transparent. Avantajeză țările mari, turile aceluiași produs dintr-o serie de țări alese ca referente. Se aplică de obicei doar celor compensate.</p> <p>Dezavantaje: efectul scontat nu este cert, din cauza faptului că prețul înregistrat nu este același ca prețul de procurare, iar rezultatele negocierilor de preț rămân nepublicate; lista țărilor selectate; uneori compararea este nevalabilă din cauza formelor diferite de ambalaj, strategiilor de adaptare a industriei și a circulației mecanismului atunci când țările se referă una la alta. Poate duce la faptul că industria să amâne intrarea pe piață, dacă prețurile sunt prea mici.</p>
2. Mecanisme de referință la prețul intern (RIP)	Reglementarea prețului	<p>Avantaje: RIP face medicii și pacienți mai sensibili la preț. De obicei producătorii fac competiție prin marketing și nu preț, iar acest mecanism îi impune să facă competiție de preț. RIP aduce economii pentru plăitorii terții datorită creșterii de co-plăti, către plăitorul tert. O precondiție este reduceri de preț și micșorare de utilizare de medicamente. RIP să existe o grupă de produse echivalente, grupate conform ingredientului activ (ATC-5) sau subgrupei chimice (ATC-4). Unele țări stabilesc prețul de compensare la nivelul celui mai mic preț al medicamentului dintr-un grup, tory, însă poate fi contracrat prin politici "clawback"</p> <p>Dezavantaje: crește costurile din buzunar pentru pacienti și pot apărea probleme cu oferta. În țările cu piață predominant generică piața libera și competiția de preț pare a funcționa mai bine decât această intervenție. Poate duce la prețuri mari ex-faci-iar altele - prețul mediu per grup.</p>

<p>3. TVA De obicei TVA la medicamente este mai mic decât TVA stabilit pentru alt grup de produse în țară. Uneori, se aplică TVA diferențiat la diferite grupe farmaceutice.</p>	<p>Politici de compensare</p>	
<p>4. ETM (HTA)</p> <p>Compensarea este condiționată de conformitatea cu anumite criterii clinice și cost-efficacitate. Dacă produsul nou nu arată beneficiu terapeutic adițional, prețul va fi stabilit la același nivel ca și produsul vechi.</p>	<p>Avantaje: nu lasă pe piață produse cu valoare adăugată necunoscută și exclude aceste medicamente de la compensare. Adunătiva se stabilește valoarea unui medicament. Are multe beneficii și este utilizat în multe țări. ETM se efectuează de agenții care nu sunt legate de achiziții. Cel mai util pentru introducerea medicamentelor noi pe piață.</p> <p>Tările mici care nu au capacitate să efectueze ETM la nivel intern, pot folosi sistematic produsele țărilor mari mari.</p> <p>Dezavantaje: Valoarea ETM este limitată de anumite aspecte practice: uneori rolurile nu sunt bine definite, deciziile nu sunt complet transparente, nu există criterii standard de evaluare, iar decizii ETM nu sunt direct legate de decizii de includere în compensare.</p>	<p>Efectul de economie depinde de alegerea criteriilor pentru compensare. Includerea în lista pozitivă trebuie să aibă la bază criteriul de cost-efficacitate. Listele trebuie revizuite în mod sistematic întrucât medicamentele noi pot determina eliminarea de pe listă sau reducerea prețului.</p>
<p>5. Lista pozitivă și lista negativă</p> <p>Toate țările UE au liste pozitive, căteva țări au liste negative, excluzând preparate specifice de la compensare.</p>		

Politici ce afectează intrarea pe piață

- 6. Reduceri/Rabaturi** Asemenea reducerile sunt impuse producătorilor și distribuitorilor ca să returneze o parte din venitul lor
- 7. Politici "clawback"** Politicile „clawback”, sunt aplicate farmaciilor, fiind obligate să returneze o parte din câștiguri plătitorului terț aplice fie cheltuielilor de eliberare sau din reducerile pe medicamentele procurate. Sistemele acestea transferă aceste profituri din farmacii către sectorul public.
- 8. Returnarea cheltuielilor „payback”** Această politică le cere producătorilor să returneze o parte din profituri, dacă este depășit un volum de cheltuieli publice pentru medicamente
- 9. Aranjamente de riscu-** partajare a riscurilor
- Avantaje:** aceste metode sunt mecanisme puternic pentru a se menține în limitele unui buget și capacitatea de prognozare a cheltuielilor farmaceutice publice. Sunt o alternativă redusă de prețuri și sunt preferate de industria farmaceutică, deoarece, spre deosebire de reducerea de prețuri, prețurile oficiale rămân neschimbate. E ușor de implementat dacă există un sistem de înregistrare a vânzărilor de medicamente compensate. Poate crea stimulente pentru a micșora consumul necesar de medicamente.
- Dezavantaje:** Dacă bugetul e prea mare, se creează un supriconsom. Dacă bugetul prestaabilit e prea mic, industria este penalizată pentru a rambursa cheltuielile necesare. Aceste sisteme reduc transparența prețurilor efective însăcumă prețul de fact, dar nu și cel oficial înregistrat. Asemenea măsuri trebuie combinate cu măsuri orientate către distribuitori, farmaciști și medici, - cei care determină volumul medicamentelor vândute.
- Avantaje:** scade riscul pentru plătitorii terții de a depăși bugetul. Sunt utile pentru a limita utilizarea medicamentelor doar la bursări din partea producătorilor dacă populația unde generează cele mari beneficii. La fel poate fi utilizat pentru a controla prescrierile pentru indicatiile neaprobate.
- Acorduri preț-volum
 - Scheme de acces al pacientilor
 - Modele bazate pe performanță
 - Sunt considerate metode inovative și nu există deocamdată eva-
 - luări privind efectul lor, dar sunt promițătoare

10. Micșorarea sau înghețarea prețurilor prin lege sau ca rezultat al unui acord negociat.	Prețurile sunt reduse Pot fi utilizate pentru a complementa sau ca alternativă la răbuturi și sisteme de „clawback” sau „payback”. Este o metodă utilizată pe larg. Este un instrument de politici practic, aducând la economii pe termen scurt, mai ales în cazul unor deficite de buget.	Avantaje: pot aduce la economii semnificative, aducând prețul aproape la costul marginal de producere. Deocamdată nu este clar dacă acest efect se păstrează în timp. De asemenea, crește transparența prețurilor, aducând balanță la asigurator, recuperând costurile care de obicei ajung la distribuitorii.
11. Tender pentru medicamente în sectorul de ambulatoriu pentru condiții de ambulatoriu de către procurări publice pentru săzgătorul la farmaceutice.		Dezavantaje: anumii producători pot ieși de pe piață, creând poziții dominante pentru câteva companii.
12. Substituirea generică	Farmaciștii pot fi obligați să elibereze cel mai ieftin medicament bioechivalent. Este un mecanism obligatoriu în 8 țări, cu caracter de recomandare în 14 țări și neaplicat în 7 țări.	Mecanisme direcționate către distribuitorii și farmaciștii pot fi obligați să elibereze circa 43% din produsele din UE sunt generice, variind de la 79% în Letonia, 71% în Germania și 27% în Austria. În următorii 4 ani, circa 40% din preparatele originale vor fi disponibile ca și generice. În UE genericele sunt de 3-4 ori mai ieftine ca medicamentele originale.

13. Marja de profit

Toate ţările UE aplică asemenea mări. Evidența empirică arată că această metodă este eficientă în a prestaibilită (Olanda) sau plată per serviciu (Marea Britanie).

Acstea pot fi: lineare, regresive, la cotă controla prețurilor, în special prin micșorarea stimулentelor pre-
cătorii pot face reduceri semnificative și acestea sunt refinute de către distribuitor și farmacie. Impactul marjelor pe prețul final variază foarte mult și au efect în special în cazul medicamentelor originale și celor mai scumpe.

Dacă marja la farmacie este stabilită ca și procent (%) din cost, atunci farmaciile au interes să vândă preparate mai scumpe. Unele ţări stabilesc o sumă fixă indiferent de ce preparat este eliberat, astfel dispare interesul de a vinde mai scump. În Olanda farmaciile sunt stimulate financiar să vândă produse sub prețul de referință.

- Politici îndreptate către medici pentru a stimula prescrierea rațională
14. Monitorizarea a 22 țării monitorizează medicii prin comportamentului sistemului de rețete electronice de prescriere. Se stabilesc niște niveluri de prescriere. În caz de divergență de la aceste niveluri, se cere explicația medicilor și uneori sunt amendați sau se inițiază un proces legal
15. Ghiduri clinice Majoritatea țărilor au ghiduri de prescriere cu caracter de recomandare, lui lor. Câteva țări obligă medicii să prescrie utilizând DCI: obligatorie în 5 țări, cerință recomandată în 18 țări și neutralizată în 4 țări.
16. Bugete farmaceutice Un buget maxim poate fi determinat pe o perioadă, pe o specialitate sau pe medic (9 țări)
17. Cote de prescriere Stabilesc o limită de generice ce trebuie să fie prescrise de fiecare medic sau pot determina costul prescripțiilor (cel puțin 6 țări)
18. Stimulente financiare Medicii pot fi stimulați sau pedepsiti finanțiar pentru a utiliza sau dacă ignorează ghidurile de prescriere și bugetele.
- Deocamdată, există puține evaluări referitor la eficacitatea acestor măsuri. Literatura sugerează că o evaluare că o combinație de intervenții, cum ar fi monitorizarea prescrierii cu intervenții educative 1-la-1 sau de grup au un impact pozitiv, însă doar și activitățile educaționale nu au efect.
- Sistemele electronice de prescriere bazate pe algoritme pot contribui la ameliorarea calității prescripțiilor și micșorarea prețurilor la medicamente.

		Politice orientate către pacient
19.	Campanii de informare mare	Pot fi organizate campanii de informare despre utilizarea rațională a medicamentelor
20	Co-plăti	<p>Majoritatea ţărilor au sisteme de co-plată, aplicând diferite niveluri de compensare: 100% compensare pentru medicamentele esențiale, 80% pentru maladiile cronice și 60% pentru altele. Grupurile vulnerabile sunt protejate de plăți excesive prin reguli specifice</p> <p>Dezavantaje: Co-plata poate ameliora utilizarea rațională, însă efectele sunt incerte. Nu există evaluări care să arate efectul pozitiv. Coplățile micsorează utilizarea, atât a medicamentelor esențiale cât și neesențiale, ceea ce poate avea un impact negativ asupra sănătății. De asemenea, micsorează aderența la tratament. Pacienții nu pot judeca despre eficacitatea medicamentului, de aceea metoda de a delista un medicament pentru neesențial are un mai mare efect asupra pacientilor decât coplata.</p> <p>Coplățile sunt inuste din punct de vedere social și pot avea efecte negative asupra unor pătuți vulnerabili.</p>

Sursa: Carone et al. Carone G, Schwierz C, Xavier A (2012). Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Economic Papers 461, September 2012 Accessed :ec.europa.eu/economy_finance/publications/citind la rîndul lor Espin, J. and J. Rovira (2007), PPRI (2008), Zuidberg (2010), Commission services (DG ECFIN)

Partea 2. Rezultatele cercetării opiniei consumatorilor de medicamente și factorilor de decizie privind accesul la medicamente compensate din Republica Moldova

Metodologia aplicată

Datele prezentate în partea II al studiului au fost colectate prin intermediul a trei metode de bază:

1. Sondaj în rândul populației care a administrat cel puțin un medicament în decursul ultimelor 6 luni sau au administrat cel puțin un medicament copiilor lor.

2. Trei focus grupuri (FG) realizate cu locuitorii municipiului Chișinău, locuitorii localităților rurale și locuitorii centrelor raionale (fiecare focus grup a inclus participanții din toate 3 tipuri de localități). Un focus grup a fost realizat cu mamele copiilor cu vârstă de la 0 la 5 ani; un focus grup – cu persoane care au diagnoză de diabet zaharat și un focus grup cu persoane care au hipertensiune diagnosticată. Metodologia de selectare a respondenților și învățarea tuturor categoriilor la o discuție comună a fost aplicată la solicitarea clientului.

3. 10 interviuri aprofundate (IA): cu un funcționar de nivel mediu responsabil de domeniul din cadrul aparatului central al Ministerului Sănătății; cu un funcționar superior din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNA); cu un funcționar superior din cadrul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale; 3 IA cu manageri de instituție medico-sanitară de asistență medicală primară din municipiul Chișinău, centru raional și localitate rurală; 3 IA cu medici de familie din municipiul Chișinău, centru raional, localitate rurală; cu un farmacist diriginte dintr-o farmacie contractată de CNA pentru eliberarea medicamentelor compensate.

Eșantionul și colectarea datelor

S-a aplicat un eșantion probabilistic integral fără distribuirea acestuia pe beneficiarii de medicamente compensate și persoane care administrează numai medicamente necompensate, întrucât să fie posibilă obținerea a unui minim de 500 de chestionare completate în cadrul interviului cu beneficiarii medicamentelor compensate din 2200 de respondenți (în total s-au completat 2217 chestionare). Această decizie a fost luată cu scopul de a avea posibilitatea calculării cotei beneficiarilor de medicamente compensate din eșantionul total. Eșantionul a inclus persoane atât persoane adulte ce au administrat medicamente compensate în scopul propriului tratament, precum și persoane mature care au administrat medicamente compensate copiilor lor cu vârstă de la 0 la 5 ani în decursul a 6 luni antecedente studiului.

Pentru a asigura reprezentativitatea studiului, s-a aplicat metoda de eșantionare multistadială, la baza căreia este segmentarea teritoriului țării în 11 grupe (care cuprind câteva raioane fiecare și corespund, în mare măsură, fostelor județe). De asemenea, în cadrul fiecărui grup, numărul de interviuri este distribuit proporțional în funcție de tipul localității (centrul raional, sat mare, mediu și mic).

Structura chestionarului

Chestionarul a inclus următoarele capitole:

1. Tipul respondentului (adresat tuturor respondenților care au administrat medicamente în ultimele 6 luni).
2. Persoane care au utilizat medicamente, dar nu compensate (adresat acelor care au administrat în ultimele 6 luni medicamente, însă nu compensate).
3. Persoane care utilizează medicamente compensate (adresat celor care au administrat medicamente compensate în decursul ultimelor 6 luni).
4. Profilarea consumului medicamentelor la copii de 0-5 ani și întrebări despre administrarea medicamentelor necompensate la copii (adresat în cazul în care în familie este cel puțin un copil cu vârstă de 0-5 ani, respondentul este îngrijitorul lui de bază și în ultimele 6 luni copilului i-au fost administrate medicamente)
5. Întrebări despre administrarea medicamentelor compensate la copii (adresat în cazul în care copilului i-au fost administrate medicamente compensate în decursul ultimelor 6 luni).
6. Date socio-demografice.

Primele trei secțiuni au fost destinate identificării specificului consumului de medicamente la maturi. Secțiunile 4 și 5 au studiat specificul administrării medicamentelor copiilor cu vârstă 0-5 ani. Aceste capitoale au fost adresate numai în cazul în care respondentul a fost îngrijitorul de bază al copilului (deci, în cazul în care persoana selectată aleatoriu din gospodărie, era și îngrijitorul de bază și era acea persoană care de obicei îl ducea pe copil la medic, atunci când era necesar).

Interviewarea și verificarea datelor

Datele au fost colectate de către o echipă de operatori, care au trecut o instruire prealabilă și au completat câte 2 chestionare de probă. Odată ce chestionarele se aduceau la oficiu, ele toate erau verificate de către câteva persoane responsabile în termeni de nivelul completării și aproximativ 40% dintre respondenți au fost sunați pentru a verifica faptul participării în sondaj și pentru a confirma veridicitatea datelor prin adresarea a câtorva întrebări din diferite capitoale ale chestionarului.

Analiza datelor

Analiza datelor cantitative a fost realizată cu ajutorul softului statistic SPSS. Pentru o analiză comprehensivă datele calitative au fost analizate să servească în calitate de explicație și suplinire a datelor cantitative.

Limitele și barierile cercetării

1) În sondaj cu populație s-a observat un nivel scăzut de cunoștințe în domeniul medical. Astfel, încă în perioada pretestărilor s-a observat că mai multe persoane confundă conceptul de compensare, reducere și ajutor social. Totodată, nivelul de cunoștințe în ceea ce privește noțiuni specifice pentru medicamente, precum "denumire comercială", "rețetă" este destul de scăzut. Astfel, pentru pacient, adeseori, orice hârtie pe care medicul notează denumirea medicamentului servește drept rețetă. Precum au demonstrat focus grupurile, mamele copiilor mici cu vârstă de 0-5 ani pot primi medicamentele cu diferit nivel de compensație fără a cunoaște care este nivel de compensare pentru medicamentele eliberate copiilor cu această vârstă. Întrebările legate de impactul medicamentelor compensate care

relevă o situație foarte pozitivă trebuie analizate cu atenție, încrucișat pacienții sunt tentați să aibă încredere în medicamentele cu care se tratează.

2) În cadrul interviurilor cu specialiști, se observă că întrebarea legată de modul de elaborare a bugetului pentru medicamentele compensate este una neclară pentru mai mulți actori. Astfel, răspunsurile diferitor persoane la acest capitol variază. Numărul interviurilor este destul de mic și tragerea unor concluzii la nivel de categorie de respondenți nu este corectă. Această cercetare calitativă servește mai mult pentru identificarea ideilor și abordărilor existente în cadrul diferitor categorii de respondenți.

Rezultate detaliate

Datele socio-demografice ale eșantionului general

Studiul a inclus un eșantion de 2217 respondenți care au utilizat medicamente în ultimele 6 luni antecedente participării la studiu. Cea mai mare parte din respondenții chestionați din eșantionul general au beneficiat personal de medicamente în ultimele 6 luni (93%), iar ceilalți au administrat medicamente copilului, al cărui îngrijitor principal sunt. Distribuția eșantionului în funcție de sex a inclus 1278 femei (58%) și 939 bărbați (42%). Vârstă medie a persoanelor interviewate a fost de 49 ani (deviația standard 19 ani), cu următoarea distribuție a respondenților pe grupele de vîrstă: 11% - 18-24 ani, 32% 25-44 ani, 24% - 45-59 ani și 33% cu vîrstă de 60 ani și mai mare.

Conform mediului de reședință, mai mult de jumătate din respondenți 1243 (56%) au fost din localitățile rurale, urmați de 622 participanți (28%) din municipiul Chișinău și Bălți, și 355 respondenți (16%) din centrele raionale.

Referitor la nivelul de studii, fiecare al patrulea avea studii incomplete (19% medii incomplete, 5% studii primare), fiecare al cincilea respondent (20%) a absolvit școala generală, 4% aveau studii liceale, cea mai mare parte aveau studii medii (15% profesionale și 14% colegiu) și 24% din respondenți aveau studii superioare și postuniversitare.

Din totalul de 2217 respondenți, o treime (32%) erau angajați, iar 68% făceau parte din categoriile economic inactive. Dintre persoanele care au declarat că nu lucrau (n=1506), mai mult de jumătate sunt pensionari sau persoane cu dezabilități (58%). Distribuția persoanelor care au declarat că nu lucrează este prezentată în Tabelul 4.

Tabelul 4: Distribuția respondenților care nu lucrează conform tipului de inactivitate (n=1506), în %

	mun. Chișinău și Bălți	Centru raional	Rural	Total
Pensionar/ persoană cu dezabilități	49	63	61	58
Concediu de maternitate	18	18	11	13
Șomer, neînregistrat la oficiul forței de muncă	12	12	22	18
Elev/ student	20	7	4	8
Șomer înregistrat la oficiul forței de muncă	1	0	2	1
Altceva	0		1	0
TOTAL	100	100	100	100

Printre persoanele care au declarat că lucrează, cea mai mare proporție o prezintă sunt muncitorii calificați (39%) urmată de specialiști calificați (27%) și muncitori necalificați (19%), urmate la distanță mare de celelalte tipuri de ocupații care încununesc fiecare sub 5%.

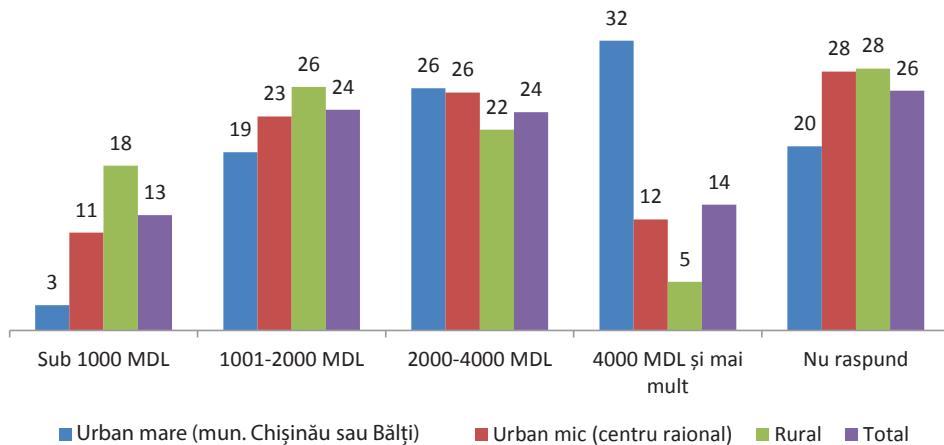
Componența gospodăriilor

Numărul mediu de persoane în gospodărie este de 3 (dev. st. 1 persoană), 16% gospodării erau cu un membru, 25% cu 2 membri, 43% cu 3-4 membri, iar 15% cu 5 membri și mai mulți. Fiecare a patra gospodărie (26,4%) avea cel puțin un copil cu vârstă până la 5 ani, din ele 4% cu doi copii cu vârstă până la 5 ani.

Venitul lunar

Circa 2% din gospodării au declarat un venit sub pragul absolut al sărăciei (sub 500 lei pe lună pentru toți membrii gospodăriei, echivalent a mai puțin de 1 dolar pe zi)¹ și 11% sub pragul relativ al sărăciei (sub 1000 lei pe lună, echivalent a mai puțin de 1 dolar pe zi). Fiecare a patra gospodărie (24%) a raportat un venit lunar între 1001 și 2000 MDL, un alt sfert a declarat un venit lunar între 2001 și 4000 MDL și doar 14% au raportat un venit mai mult de 4000 MDL, iar 26% nu au răspuns la întrebarea privind nivelul de venit. De menționat că o proporție de 6 ori mai mare de respondenți au declarat venituri mici în mediul rural (18% din cei din mediul rural au declarat venituri sub 1000 MDL față de 3% din municipii) și respectiv, de 6 ori mai mulți respondenți din municipii față de cei din mediul rural au declarat venituri pe gospodărie mai mari de 4000 MDL (32% din municipii față de 5% din mediul rural) (Figura 1)

Figura 1: Distribuția gospodăriilor conform venitului lunar declarat, dezagregat pe mediul de reședință (în %)



Utilizarea medicamentelor compensate

Dintre toți respondenții care au utilizat medicamente în ultimele 6 luni, mai puțin de o treime (31%, n=639) au beneficiat de medicamente compensate, iar 69% (n=1424) au administrat medicamente fără compensare (RNMC).

¹ Este posibilă prezentarea venitului doar per gospodărie și nu per membru de gospodărie.

Accesul la medicamente compensate în Republica Moldova

Se observă diferențe semnificative în dependență de vîrstă, nivel de venit, mediu de reședință și zonă geografică (Tabelul 5) în:

- mediu rural (35% rural, 32% centre raionale și 23% municipii);
- cei din regiunea Nord (Nord 39%, Centru 31%, Sud 35%, mun. Chișinău 19%);
- vîrstă 60 ani și mai mult (60+ ani 55%, 45-59 ani 32%, 25-45 ani 9% și 18-24 ani 7%)
- venit mic (venit sub 1000 MDL 43%, 1001-2000 MDL 42%, 2000-4000 MDL 30%, 4000 MDL și mai mult 11%) , confirmând efectivitatea medicilor de a filtra pacienții în funcție de venit.

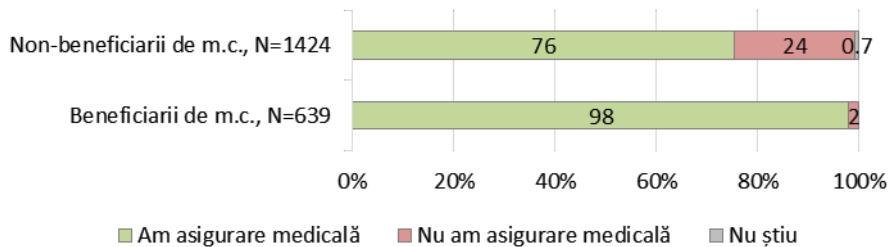
Tabelul 5: În ultimele 6 luni Dvs. personal ați beneficiat de medicamente compensate? (în %, n=2063)

		N	Nu	Da	Nu știu
Mediu de reședință	Urban mare (mun. Chișinău sau Bălți)	565	77	23	0
	Urban mic (centru raional)	328	68	32	0
	Rural	1170	65	35	1
Sex	Masculin	915	70	29	0
	Feminin	1148	67	32	0
Vîrstă	18-24	216	93	7	0
	25-45	583	91	9	0
	45-59	533	67	32	0
	60+	731	45	55	0
Regiunea	Nord	553	61	39	1
	Centru	572	69	31	0
	Sud	441	65	35	0
	Municipiul Chișinău	497	81	19	0
Venit	Sub 1000 MDL	273	57	43	0
	1001-2000 MDL	505	57	42	0
	2000-4000 MDL	479	70	30	0
	4000 MDL și mai mult	277	89	11	0
	Fără răspuns	529	74	25	0

Acoperirea cu asigurare medicală obligatorie printre beneficiarii și non-beneficiarii de MC

Din totalul non-beneficiarilor de medicamente compensate, 76% au asigurare medicală, cel mai frecvent cea obligatorie oferită de stat (56%) sau prin angajare (38%). În rândul beneficiarilor de medicamente compensate, marea majoritate sunt persoane asigurate (98%), cea mai răspândită este asigurarea obligatorie de stat 87%, în proporție mai mică cea oferită de angajator (11%), și cea cumpărată în mod individual (2%).

Figura 2: Proporția celor care aveau asigurare medicală, în funcție de beneficierea de medicamente compensate, %



Contactul cu asistența medicală primară

Majoritatea din respondenți sunt înscriși pe listele instituției medicale de asistență medicală primară (AMP) de circumscripție, fie din comună (55%), fie de sector (40%), iar 5% au s-au transferat voluntar la un alt medic de familie decât cel de pe sector. Pe de altă parte, o parte semnificativă a respondenților aleg să se adreseze la mai mult de un medic pentru problemele lor de sănătate, atunci când au posibilitatea financiară sau geografică. Astfel, o treime (33%) din respondenți din municipii și 16% de cei din mediul rural se adresează atât la medicul de familie (MF) de circumscripție, cât și alții medici, iar proporția celor care merg la mai mult de un medic crește odată cu venitul declarat al gospodăriei: 14% printre cei cu venitul declarat sub 1000 MDL față de 33% printre cei cu venitul înalt (peste 4000 MDL). (Tabelul 6)

Tabelul 6: La ce medici vă adresați de obicei cu întrebări legate de sănătatea Dvs.? (n=2063, în %)

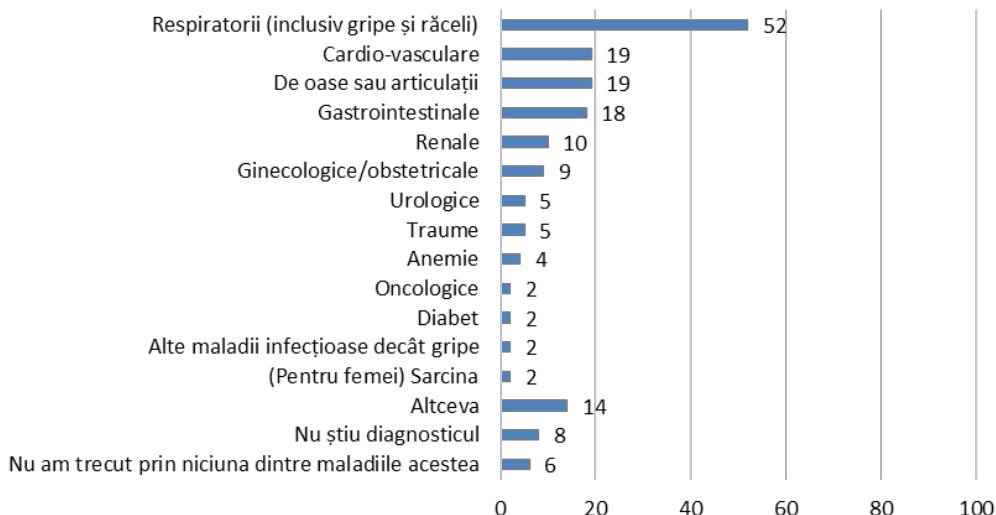
		N	Numai la medici din AMP a localității în care trăiesc	Numai la medici din AMP la care m-am transferat voluntar	Numai la medici cunoscuți, nu la MF din AMP	Și la MF AMP și la alții medici	Alta	Total
Mediu de reședință	Mun. Chișinău sau Bălți	565	52	8	6	33	1	100
	Centru raional	328	68	11	7	14	0	100
	Rural	1170	79	2	3	16	1	100
Venit	Sub 1000 MDL	273	79	3	3	14	1	100
	1001-2000 MDL	505	75	5	4	16	0	100
	2000-4000 MDL	479	66	7	4	22	0	100
	4000 MDL +	277	53	7	6	33	1	100
	Fără răspuns	529	71	4	5	19	1	100

Profilul de utilizare a medicamentelor a respondenților care nu au beneficiat de medicamente compensate

Tipul afecțiunilor a celor care nu au beneficiat de medicamente compensate

Cel mai frecvent care au administrat medicamente, dar nu au beneficiat de compensare, au suferit de următoarele afecțiuni în ultimele 6 luni: o maladie respiratorie (52%), cardio-vasculare (19%) bolile osteo-articulare (19%) gastrointestinale (18%) și renale (10%), celelalte cauze intrunind sub 10%. (Figura 3)

Figura 3: În ultimele 6 luni dvs. ați trecut prin una dintre următoarele situații/ maladii?, N=1424, %



În același timp, o pondere semnificativă, și anume 39% dintre persoane non-beneficiare de medicamente compensate, aveau cel puțin o maladie cronică. Conform tipului de maladie cronică, cea mai frecventă erau: hipertensiune (32%), o altă maladie cardio-vasculară (22%), problemă osteo-articulară cronică (21%), fiecare al cincilea are o maladie cronică gastrointestinală (20%) sau o maladie respiratorie cronică (19%). Acest grup includea și pacienți cu diabet zaharat (3%).

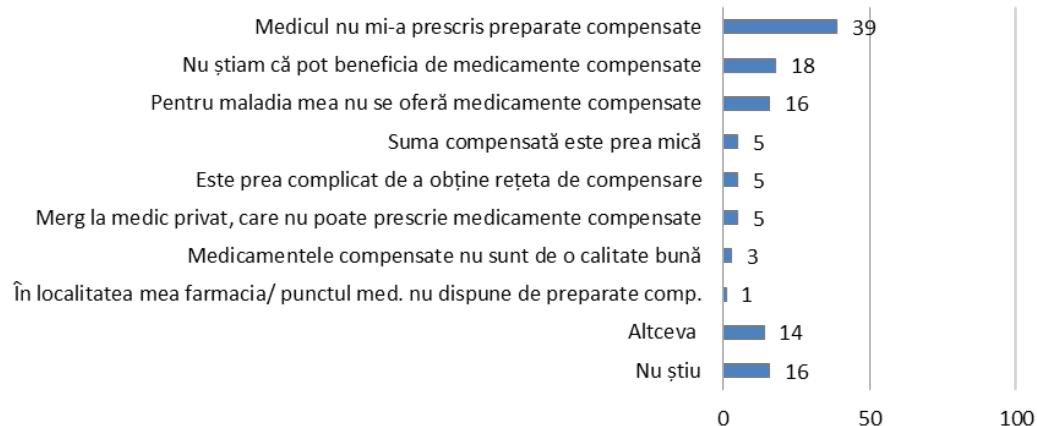
Este de remarcat faptul că deși 76% dispun de asigurare medicală, o mare parte a RNMC primeau tratament și pentru maladiile incluse în lista celor la care sunt indicate MC. Astfel, respondenții cu maladiile cel mai frecvent raportate au afirmat că primesc tratament cu medicamente necompensate cum ar fi: pentru hipertensiune (86%), diabet (83%), alte maladii cardio-vasculare (63%). (Tabelul 7) Situația constată denotă că prescrierea medicamentelor compensate este selectivă și nu toți pacienții eligibili beneficiază de MC. Analiza afirmațiilor respondenților cu hipertensiune RNMC în dependență de venitul lunar al gospodăriei a arătat că o pondere semnificativă dintre persoane cu hipertensiune (37%) aveau venituri reduse de până la 2000 MDL.

Tabelul 7: Dvs. primiți tratament pentru această maladie? Subeșantionul celor care nu au beneficiat de medicamente compensate (în %)

	A) Maladiile respondentului	B) Tratament		
		Primește tratament	Nu primește tratament	N
Hipertensiune	32	86	14	175
Altă maladie cardio-vasculară	22	63	37	120
Respiratorie	19	53	47	103
Gastrointestinală	20	67	33	108
Ginecologică	10	85	15	54
Renală	12	75	25	67
Urologică	5	72	28	29
De oase sau articulații	21	72	28	114
Oncologică	2	85	15	13
Diabet	3	83	17	18
Anemie	3	74	26	19
Altceva	14	86	14	77
Nu știu diagnosticul	8	2	98	45
NR	-	18		97

Prescrierea selectivă a medicamentelor compensate: percepțiile pacienților și a prestatorilor

Acest fenomen de prescriere selectivă este confirmat de răspunsurile la următoarea întrebare. Întrebați de ce nu au utilizat medicamente compensate, cele mai frecvente răspunsuri au fost că medicul nu a prescris asemenea medicament (39%), necunoașterea faptului că poate beneficia de compensare (18%), iar 16% considerau că nu se compensează preparatele pentru maladia respectivă, celelalte motive fiind invocate în 5% sau mai puțin, legate de inconveniente de a obține MC sau beneficiu limitat. De remarcat că 16% nici nu au putut da un motiv pentru lipsa accesului la MC. (Figura 4)

Figura 4: De ce nu ați utilizat medicamente compensate? (răspuns multiplu), N=388

Fenomenul de prescriere selectivă anumitor pături sociale percepute ca mai vulnerabile este susținut și de datele obținute din interviuri cu medicii și managerii instituțiilor AMP. Analiza datelor interviurilor cu medicii de familie și managerii AMP a relevat că una din problemele de bază constă în faptul că în unele localități, și în particular în Chișinău, bugetul pentru prescrierea medicamentelor compensate este foarte mic și managerii instituției AMP exercită presiune asupra angajaților pentru ca aceștia să nu prescrie medicamente scumpe din listă. De exemplu, din cele relatate de un medic de familie, medicamentele hepatice erau o problemă reală, deoarece medicii de familie erau mustrați pentru prescrierea lor.

Din spusele medicilor de familie, din cauza acestei limite bugetare, în primul rând persoanele tinere aveau acces limitat la MC, pentru că alegând cui să prescrie medicamente compensate, medicii optează pentru persoane mai în vîrstă, fie din motive că ele par a avea dificultăți financiare, fie din motive că anume pensionarii adeseori sunt mai bine informați și, citind Monitorul Oficial, vin la medic și cer ca acesta să-i prescrie medicamente compensate. Precum a menționat unul dintre managerii IMSP dintr-o localitate rurală, în decizia de prescriere a MC medicii se uită cât de avut pare a fi pacientul. Un alt medic de familie a menționat că venind la lucru într-o instituție AMP, ea a fost uimită de faptul că persoanele de vîrstă medie, cărora li se cuvenea medicamente compensate, se mirau când primeau rețete de la dumneaei, pentru că nu erau informați despre dreptul lor la medicamente compensate. Unii MF se străduiesc să prescrie toate medicamentele care se compensează tuturor care au nevoie de ele, chiar dacă sunt persoane tinere sau mame tinere, însă sunt nevoiți să prescrie în primul rând medicamente ieftine, pentru că acele scumpe nu "se permit" pentru prescriere. Problemele legate de depășirea bugetului apar în unitatea medicală în cauză după luna iunie și durează până la sfârșitul anului.

"Deja ne uităm la persoană – care-i cu inele și aur – nu-i mai prescriem compensate, că o să aibă bani să le cumpere și fără compensare." Medic familie, centru raional

Pe de altă parte, reprezentanții MS și a CNAM au susținut în cadrul interviurilor că MC se eliberează tuturor celor cărora le sunt indicate și nu sunt limite bugetare sau criterii de selecție adiționale de selecție.

Profilul de utilizare a medicamentelor a respondenților beneficiari de medicamente compensate

Prevalența maladiilor cronice la RBMC și tipul de medicamente administrate

Cele mai frecvente maladii cu care s-au confruntat RBMC în ultimele 6 luni au fost: hipertensiunea (80%), alte maladii cardio-vasculare (49%), de oase și articulații (35%), bolile aparatului respirator (27%), gastro-intestinale (22%), diabet (22%), renale (15%), celelalte categorii întrunind mai puțin de 10%.

Marea majoritate (94%) din RBMC suferă de o maladie cronică care necesită administrarea unor medicamente pe parcursul unei perioade îndelungate. De departe, categoria de persoane cu accesul cel mai bun la MC sunt persoanele cu maladii cardio-vasculare și diabet: 79% din RBMC aveau hipertensiune, iar din ei 96% administrau MC, 39% aveau altă maladie cardio-vasculară și beneficiau în proporție de 70% de MC, și 21% aveau diabet zaharat și beneficiau în proporție de 91% de

MC. La celălalt pol de acces redus se află pacienții cu proporții mici de acces la medicamente compensate și anume cei cu maladie renale (22%) și urologice (29%), osteo-articulare (25%) și respiratorii (35%). Nici bolnavii cu anemie, o maladie prioritară în programele de sănătate, nu au acces universal la MC, doar 50% beneficiind de compensare. Ponderea rețetelor cu medicamente compensate distribuite conform maladiilor respondentului sunt în Tabelul 8.

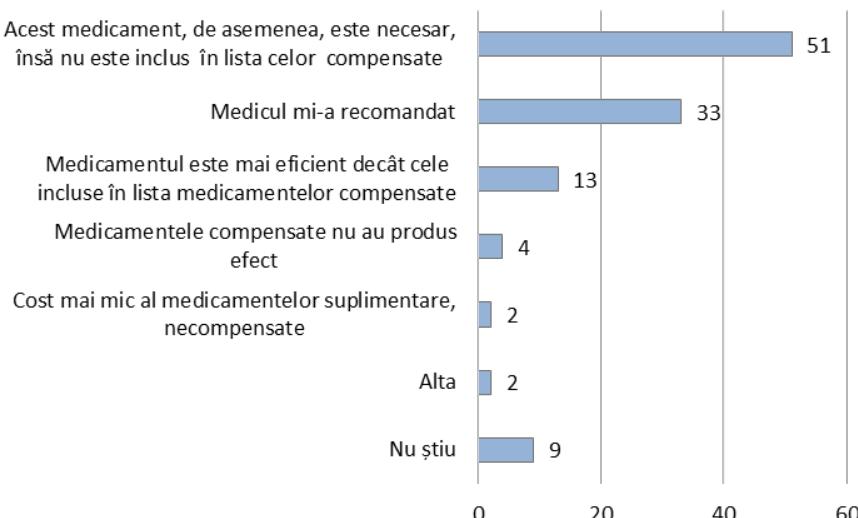
Totodată, datele afirmate de respondenți vizavi de tratamentul maladiilor cronice atrage atenția că pe mai multe maladii, inclusiv cele care actualmente se regăsesc în LMC, ponderea pacienților care procură medicamente necompensate este destul de înaltă. Este de menționat că pentru maladiile cronice cu cea mai mare nomenclatură de medicamente incluse în LMC de asemenea au fost raportate cazuri de procurare a medicamentelor necompensate pentru tratamentul maladii cronice precum: maladie cardio-vasculară (56%), hipertensiune (41%), diabet zaharat (41%). În plus, atrage atenția cota semnificativă de pacienții oncologici (80%), care ar trebui să fie asigurați complet cu medicamente finanțate din Bugetul de Stat, care au declarat că au nevoie de medicamente suplimentare și care sunt procurate de ei, nefiind incluse nici în lista medicamentelor compensate și nici în cea acoperită de stat. Cea mai mare cotă a persoanelor care își tratează maladia cronică doar cu medicamente compensate a fost înregistrată în cazul a două maladii: hipertensiune (59%) și diabet zaharat (58%).

Tabelul 8: Tipul de maladie cronică, administrarea tratamentului cu medicamente compensate și necompensate, N=639, %

Tip afecțiune	A) Maladiile respondentului	B) Compensate	C) Necompensate	D) Nu primesc tratament	N
Hipertensiune	79	96	41	1	475
Altă maladie cardio-vasculară	39	70	56	6	236
Respiratorie	10	35	78	13	63
Gastrointestinală	14	40	72	8	85
Ginecologică	1	-	86	14	7
Renală	8	22	78	13	46
Urologică	5	29	64	14	28
De oase sau articulații	22	25	74	15	130
Oncologică	2	40	80	7	15
Diabet zaharat	21	91	41	1	125
Anemie	3	50	39	11	18
Altceva	11	61	68	2	62
Nu știu diagnosticul	2	-	-	-	10

Persoanele care administrează atât medicamente compensate, cât și necompensate pentru tratamentul bolilor lor cronice au indicat că în majoritatea cazurilor medicul de familie îi recomandă pacientului să administreze nu doar medicamentele compensate, dar și medicamente suplimentare. Motivul de bază este faptul că aceste medicamente sunt necesare pentru tratament, dar nu sunt incluse în Lista Medicamentelor Compensate (51%). (Figura 5)

Figura 5: De ce ați decis să procurați medicamente suplimentare celor compensate? Răspuns multiplu, N=515, %



Prescrierea selectivă a MC se face și în cazul aceleiași persoane cu mai multe maladii cronice. Majoritatea (63%) beneficiarilor de medicamente compensate primesc rețete compensate pentru o singură maladie, pe de altă parte circa o treime (30%) dintre respondenții care beneficiază de medicamente compensate suferă de trei și mai multe maladii cronice, însă doar 7% primesc medicamente compensate pentru toate aceste maladii.

Interviurile cu medicii de familie au susținut și acest fenomen, unul explicând elocvent că dau prioritate maladiei pentru care prescrie MC în dependență de riscul pentru viață și impact asupra indicatorilor.

"Noi avem suma respectivă alocată pentru medicamentele compensate și noi trebuie să prescriem în limitele sumei date ... Ea depinde de populația teritoriului dat [...]. Deja la un pacient i se prescriu medicamente compensate la bolile cu un risc sporit, iar la alte boli – nu se mai prescriu medicamente compensate, ci necompensate. Astfel, e important ca omul să primească tratament pentru hipertensiune – ca să nu facă criză, iar durerile gastrice – acolo e important de le tratat de 2 ori pe an – primăvara și toamna și pe urmă deja nu este nevoie să îi prescriem medicamente compensate – riscul este mai mic" medic familie, rural

Datele cantitative printre beneficiarii de MC confirmă fenomenul de prescriere selectivă de către medici a MC în legătură cu bugetul alocat. Beneficiari de MC au confirmat că au fost cazuri când medicul nu i-a prescris rețetă cu MC, deoarece l-a informat că limita bugetului de prescriere a instituției a fost epuizată, și anume:

- 27% din eșantionul total au menționat acest lucru, cu ponderi mai mari în municipii (38%) față de cei din centrele raionale (28%) sau localitățile rurale (23%) și cu pondere mai mare în Zona Nord (35%) față de Zona Sud (28%) și Centru (17%).

- 20% printre respondenții cu copii până la 5 ani (n=168), cu proporție mai mare printre cei din mediul rural (22%) față de centru raional (14%) și municipii (19%), mai frecvent în Zona Nord (37%) față de Zona Sud (12%) și Zona Centru (8%) sau mun. Chișinău (5%).

Gradul de Informare despre medicamentele compensate

Această secțiune oferă o analiza a câtorva aspecte, și anume cunoașterea despre existența unei listei de medicamente compensate și modificările produse în listă, cota de compensare, prețul integral al medicamentelor și valoarea compensată, informația furnizată la eliberarea medicamentelor din farmacie.

Din totalul de beneficiarii de medicamente compensate chestionați, cea mai mare proporție (41%) primesc medicamente compensate de 5 ani și mai mult, 22% între doi și cinci ani, iar 28% beneficiază de medicamente în ultimii doi ani. Cota cea mai mare a respondenților care beneficiază de medicamente compensate de 5 ani și mai mult reprezintă populația din municipiul Chișinău și Bălți (51%), iar cei din centrele raionale și localitățile rurale utilizează timp îndelungat în proporții mai mici (39% și 38%), alte diferențe în dependență de sex, vîrstă, și venit nefiind observate. Deși sunt beneficiari cu experiență, doar 32% cunosc despre existența LMC. Din acele persoane care au auzit de existența LMC, doar 39% au luat cunoștință de ea, ceea ce de fapt reprezintă 13% din totalul persoanelor care beneficiază de medicamente compensate. Cota parte de respondenți care nu au auzit de existența Listei de Medicamente Compensate este mai mare în zona de Nord al țării (77%) și cea mai mică este în municipiul Chișinău (29%). În funcție de venit, partea cea mai mare care nu a auzit de existența Listei de Medicamente Compensate sunt persoanele care au un venit de până la 1000 MDL (56%), iar cei cu venitul mai mare de 4000 MDL sunt mai bine informați și doar 37% de persoane nu au auzit de LMC. (Tabelul 9)

În contrast, subeșantionul RNMC a fost mai bine informat despre LMC comparativ cu cei care nu au beneficiat de MC. printre cei care nu au beneficiat de MC, mai mult de jumătate (59%) cunoșteau de existența MC, iar din ei, 57% cunoșteau ce categorii de persoane beneficiază de ele.

Tabelul 9: Ponderea beneficiarilor de medicamente compensate care nu au auzit de lista medicamentelor compensate, conform distribuției pe mediu, sex, vîrstă, regiune și venit, %

		N	Nu	Da	Nu țin minte	Total
Mediu de reședință	Urban mare (mun. Chișinău sau Bălți)	128	45	48	8	100
	Urban mic (centru raional)	105	64	26	10	100
	Rural	406	61	29	10	100
Sex	Masculin	268	52	36	12	100
	Feminin	371	63	29	8	100

		N	Nu	Da	Nu țin minte	Total
Vârstă	18-24	15	67	13	20	100
	25-45	51	67	24	10	100
	45-59	172	45	44	10	100
	60+	401	62	29	9	100
Regiunea	Nord	213	77	18	5	100
	Centru	178	56	33	11	100
	Sud	155	52	34	14	100
	Municipiul Chișinău	93	29	59	12	100
Venit	Sub 1000 MDL	117	56	31	14	100
	1001-2000 MDL	214	63	28	9	100
	2000-4000 MDL	144	56	35	10	100
	4000 MDL și mai mult	30	37	57	7	100
	Fără răspuns	134	60	31	9	100

Analiza datelor calitative confirmă aceste rezultate, și anume, că cei mai informați despre LMC sunt pacienții diagnosticați cu hipertensiune, urmați de pacienții cu diabet zaharat, iar cele mai puțin informate sunt mamele a copiilor cu vîrstă de până la 5 ani, multe dintre ele văzând LMC pentru prima data în timpul focus-grupului și găsind în această listă medicamente pe care medicul le-a prescris atât pentru cazurile de boală ale copilului lor, cât și în timpul sarcinii. Au fost însă și cazuri când mamele informate cereau medicamente compensate și erau refuzate cu diverse motive.

"Medicamente compensate nu primim, ni s-a scris rețetă pentru vitamina D2 care în farmacii nu este, și respectiv la al 2-lea băiat ni s-a dat rețeta, care adică e compensată, și am fost la farmacie, și farmacia nu are, am fost la 2-3 farmacii, și nu au aşa medicament, și le procurăm. Dacă am răcit ni se scrie ce trebuie să luăm acolo, antibiotice și le procurăm fără nici un procent, măcar cât de cât." F. rural

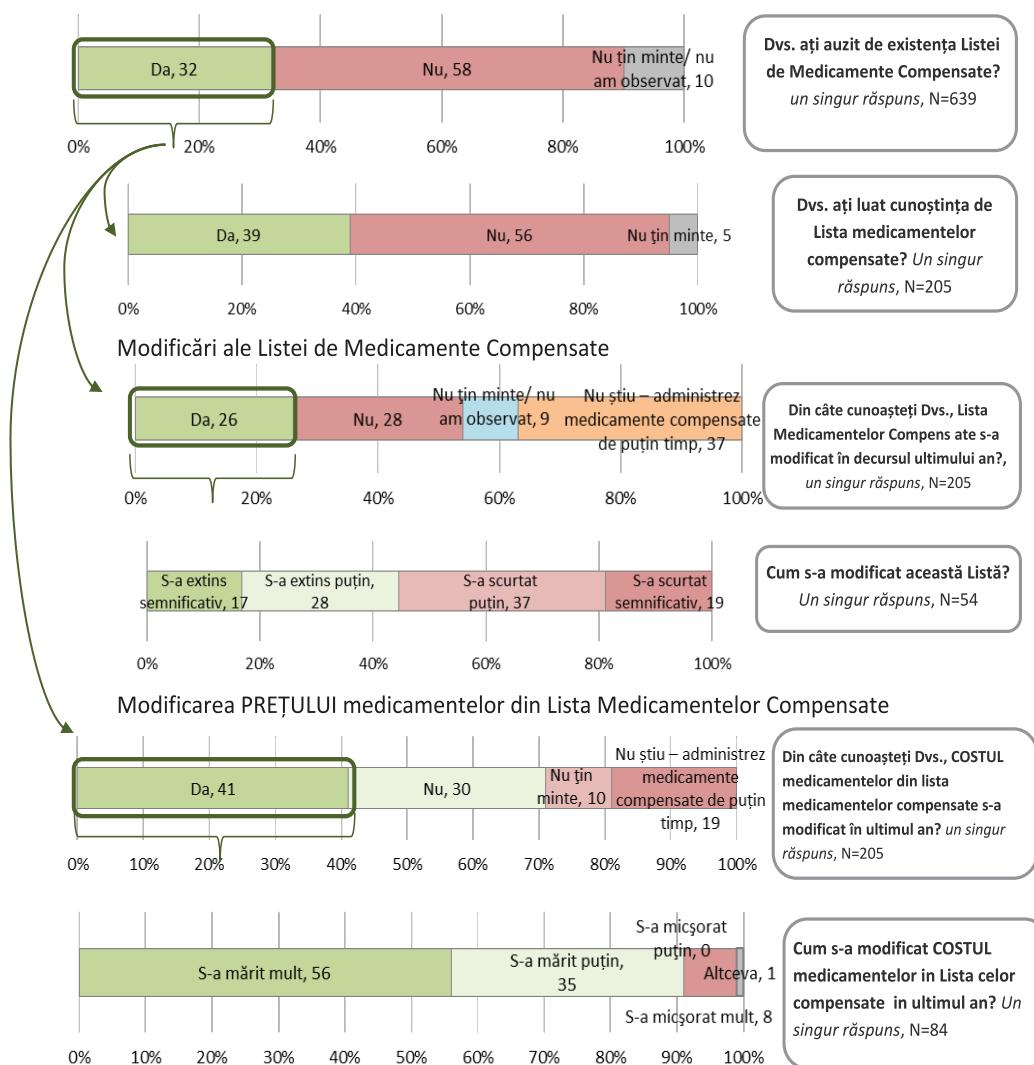
"O singură dată am primit medicamente compensate, chiar din maternitate ne-a dat rețetă, că până la un an, sau la un an și jumate la cât primesc ei vitamina, și m-am dus la medicul de familie, le-am arătat rețeta și ne-a spus: dacă ai bani, du-te și ti-o cumpără, dacă n-ai, noi nu avem să v-o dăm, dacă vrei să vă folosiți, cumpărați-o, da noi nu avem aici, că nu suntem farmacie, aşa și ni-o spus." F. rural

La mine tata e diabetic mămica e cu hipertensiune, și primește medicamente compensate. Ei - da, primesc, noi medicamente compensate nu am primit. Știam ca sunt, da spunea că azi nu este farmacistă, și până va veni ea, că ea e în conce-diu, puteți să plecați în oraș să le procurați. Sau ca s-au terminat rețetele cu me-dicamente compensate. Stampile trebuiau sa puie, și doamna era plecată, dacă vrei îți dau în scris, și du-te și le cumpără F. rural.

Gradul de informare a RBMC privind modificările LMC și costul MC din ultimul an

Din acele persoane care cunosc despre existența LMC, o pătrime a răspuns că știe că LMC s-a schimbat pe parcursul ultimului an. Dintre persoanele care au remarcat că în decursul ultimului an lista s-a modificat, 45% au fost de părere că ea s-a extins și 55% - că lista s-a micșorat. 41% din persoanele care cunoșteau despre existența LMC au remarcat că într-adevăr costul medicamentelor din listă s-a modificat. Marea majoritatea a celor care au fost de părere că prețul medicamentelor compensate s-a modificat, susțineau că aceste medicamente s-au scumpit (91%) și doar 8% au răspuns că medicamentele compensate s-au ieftinit.

Figura 6: Informarea beneficiarilor despre Lista Medicamentelor Compensate și modificările parvenite în ultimul an, %



Gradul de informare privind prețul și cota de compensare a medicamentelor compensate

O mare parte (45%) de beneficiari ai medicamentelor compensate nu cunosc procentul de compensare pentru medicament ori dau răspunsuri eronate (cum ar fi 12% care au ales cota de 30% de compensare –incorectă). Din grupul de persoane care cunosc cota de compensare (n=346), 74% respondenți au fost informați despre cota compensării de către medicul lor. Cel mai frecvent au fost informați de medicul de familie despre cota de compensare respondenții din municipiul Chișinău și Bălți (85%) și din localitățile rurale (76%), iar în centrele raionale medicul de familie i-a informat pe numai jumătate din respondenți (52%).

Majoritatea beneficiarilor (78%) nu cunosc prețul integral al medicamentelor compensate prescrise de medic, iar în subeșantionul femeilor care au avut o sarcină în ultimii 5 ani, 47% nu cunosc prețul integral al medicamentelor compensate prescrise de medic. Cota respondenților printre beneficiarii cu boli cronice care nu cunosc despre prețul integral al medicamentelor compensate este mai mare în regiunea de Nord (86%) și cea mai mică în mun. Chișinău (69%). Este de remarcat faptul că printre femeile care au avut o sarcină recent, cel mai bine cunosc prețul integral al medicamentelor compensate cele din Nordul țării (100%) și mai puțin informate sunt persoanele din sudul țării (25%).

Farmacistul nu este o sursă de informare privind gradul de compensare a rețetei, încrucișat cea mai mare parte din beneficiarii de medicamente compensate (82%) au menționat ca în farmacie li s-a comunicat doar suma spre achitare și doar 10% au primit informație despre suma care este acoperită de compania de asigurare de la farmacistul care a eliberat medicamentele în baza de rețetă.

Mai mult de jumătate (60%) din respondenți nu cunoșteau despre dreptul lor de a alege dintre medicamente sinonime pentru aceeași DCI în farmacie în dependență de prețurile lor. Cea mai mică cotă de respondenți care știau despre dreptul ca farmacistul trebuie să ofere informația despre toate sinonimele de medicamente prezente și prețuri sunt din regiunea de Nord al țării (26%), și cea mai mare parte în mun. Chișinău conform declarațiilor a 52% de respondenți. Gradul de informare privind acest drept scade de asemenea odată cu vîrstă, 57% dintre cei mai tineri de 18-24 ani cunoscând acest lucru, față de doar 34% printre cei mai vîrstnici peste 60 ani.

Tabelul 10: Cunoașterea dreptului de a alege preparatul în farmacie dintr-o gamă de medicamente sinonime pentru aceeași denumire comună internațională și cu anunțarea prețului lor

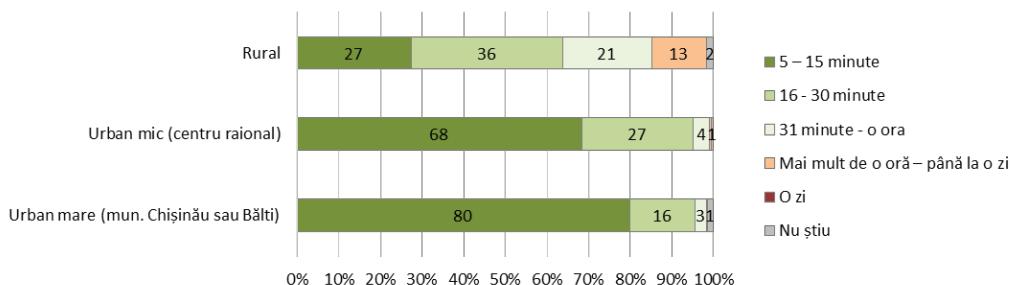
		N	Da, știu aceasta	Eu nu știu despre aceasta	Total
Mediu de reședință	Urban mare (mun. Chișinău sau Bălți)	123	49	51	100
	Urban mic (centru raional)	96	45	55	100
	Rural	368	36	64	100
Sex	Masculin	245	43	57	100
	Feminin	342	38	62	100
Vârstă	18-24	14	57	43	100
	25-45	49	47	53	100
	45-59	164	51	49	100
	60+	360	34	66	100
Regiunea	Nord	201	26	74	100
	Centru	160	46	54	100
	Sud	137	47	53	100
	Municipiul Chișinău	89	52	48	100
Venit	Sub 1000 MDL	101	38	62	100
	1001-2000 MDL	200	35	65	100
	2000-4000 MDL	133	39	61	100
	4000 MDL și mai mult	30	47	53	100
	Fără răspuns	123	51	49	100

Accesibilitatea fizică la farmacii și medicamente (accesul în funcție de disponibilitate)

Mai mult de două treimi din respondenți (72%) au declarat că medicamentele compensate prescrise pe rețete de obicei se pot găsi în localitatea lor, în timp ce 33% au relatat că trebuie să meargă în altă localitate. Este de remarcat diferența semnificativă între medii, întrucât 44% din mediul rural sunt nevoiți să se deplaseze în altă localitate pentru a avea acces la MC, față de 0% din municipii și 5% în centrele raionale.

Pe de altă parte, timpul necesar de a ajunge la farmacie este sub 30 minute pentru majoritatea respondenților: 5-15 minute pentru 40% și 16-30 minute pentru 37% respondenți, doar pentru 17% luând între jumătate de oră - o oră, iar pentru 5% mai mult de o oră. Pentru a ajunge la farmacie, majoritatea locuitorilor mun. Chișinău și Bălți au nevoie de nu mai mult decât 15 minute. În cazul locuitorilor centrelor raionale, timpul nu depășește 30 de minute. Pentru localitățile rurale, în mediu, este nevoie de la 15 minute până la 1 oră pentru a ajunge la farmacie, doar 27% având farmacia aproape, la distanță de 5-15 minute.

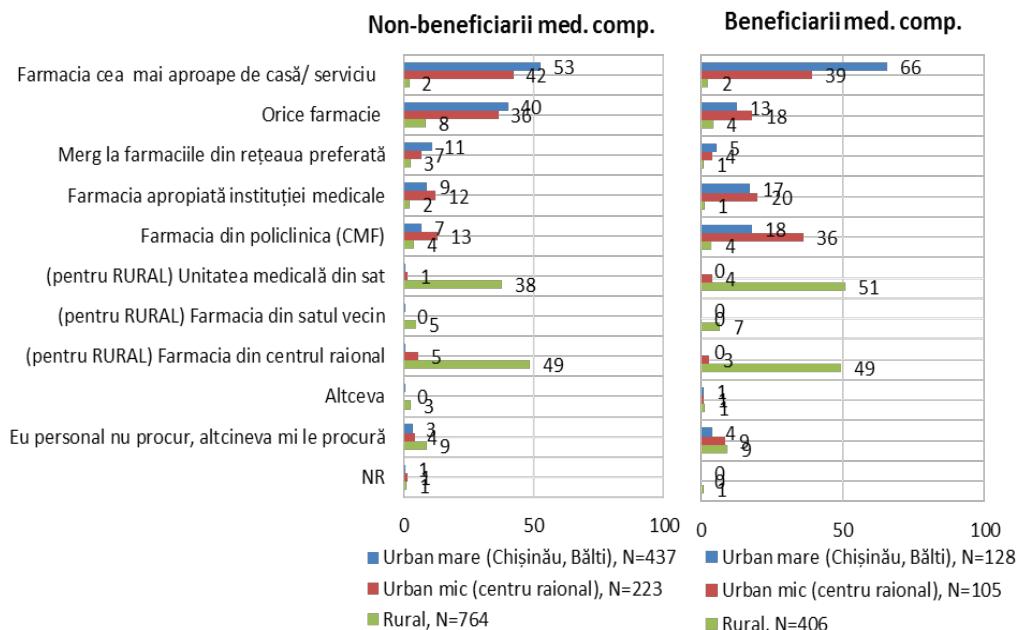
Figura 7: De cât timp aveți nevoie pentru a ajunge la farmacie pentru a procura medicamente, N=1920



Criteriile de alegere a farmaciei

Referitor la farmacia unde se deservesc beneficiarii de medicamente, respondenții urbani au declarat că merg la unitatea farmaceutică ce este mai aproape de casă/ serviciu pentru a-și ridica medicamentele prescrise. Respondenții din localitățile rurale cel mai frecvent apelează la două opțiuni pentru a-și primi medicamentele compensate: la unitatea medicală din sat (51%) și la farmacia din centrul raional (49%). Astfel, jumătate din beneficiarii de medicamente compensate se deplasează în centrul raional pentru a-și valorifica rețetele prescrise.

Figura 8: Unde se află farmacia la care procurați medicamentele prescrise? (răspuns multiplu)



Cele mai importante 5 criterii de alegere a farmaciei pentru RBMC sunt:

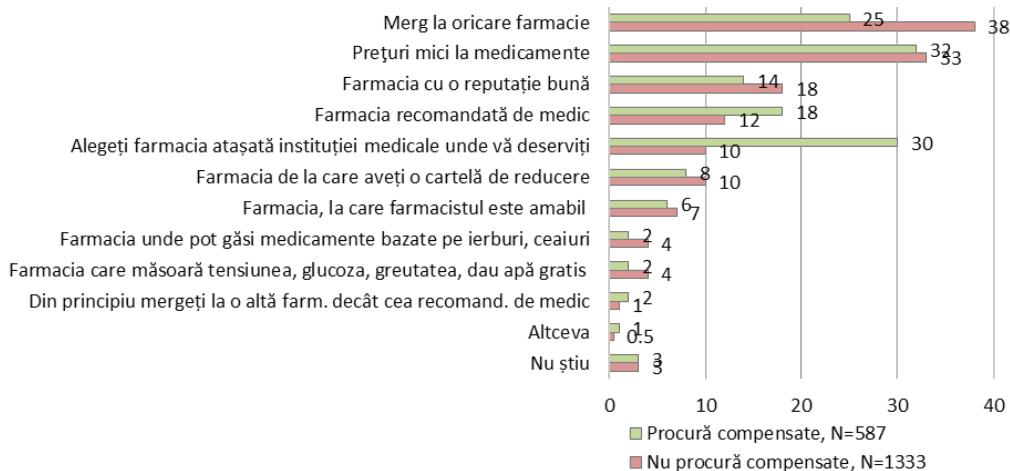
1. Farmacia cu cele mai mici prețuri la medicamente (32%)
2. Farmacia instituției unde se deservește (30%)
3. Orice farmacie (25%)
4. Farmacia recomandată de medic (18%)
5. Farmacia cu reputație bună (14%)

RNMC sunt mai puțin riguroși în alegerea farmaciei, astfel ei aleg:

1. Orice farmacie (38%)
2. Farmacia cu cele mai mici prețuri (33%)
3. Farmacia cu reputație bună (18%)
4. Farmacia instituției unde se deservește (10%)
5. Farmacia unde are o cartelă de reducere (10%)

Este notabil faptul că o parte semnificativă merg la orice farmacie, nealegând după vreun criteriu, atât printre beneficiarii de medicamente compensate (25%) cât mai ales printre non-beneficiari (38%), iar grupurile de venit mai jos merg în proporții mai mari la orice farmacie (cei cu cel mai mic venit 45% RNMC și 29% RBMC și față de 29% RNMC și 17% RBMC printre cei cu cel mai mare venit). Această lipsă de strategie de alegere a farmacie denotă o lipsă de informare despre faptul că prețul medicamentelor poate fi diferit în diferite farmacii în special în rândul celor pentru care această diferență ar fi una semnificativă.

Figura 9: Comparația importanței criteriilor de selecție a farmaciei pentru acei care procură și acei care nu procură medicamente compensate



Practicile de prescriere și eliberare a medicamentelor compensate

Pentru prescrierea medicamentelor compensate, marea majoritate a beneficiarilor se adresează lunar la medic (56%) sau o dată la 2-3 luni (24%), proporții mai mici adresându-se mai des (la fiecare 2-3 săptămâni - 8% și săptămânal - 5%) sau mai rar - 7%. Examinând frecvența adresării pentru prescrierea medicamentelor compensate considerând respondenții în funcție de venit, persoanele cu venitul de 4000 MDL și mai mult se adresează în proporție mai mare (57%) o dată la 2-3

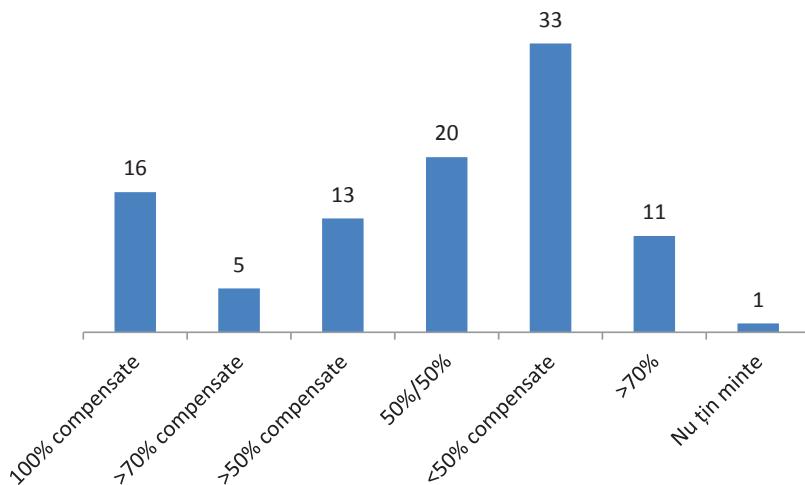
luni, în timp ce persoanele cu venitul până la 1000 lei MDL – în fiecare lună (63%). Această situație ar putea avea câteva implicări: pe de o parte, cei cu venit mic nu își pot procura toate medicamentele pe 2- 3 luni înainte, iar pe de altă parte cheltuiesc timp și bani să vină în fiecare lună, ceea ce este o barieră în plus mai ales pentru cei care nu au farmacia în localitatea lor și trebuie să se deplaseze în centru raional.

O parte semnificativă din respondenți (39%) au declarat că, de obicei, medicul le prescrie 3-5 denumiri de medicamente compensate, 34% - 2 medicamente compensate 21% - doar 1 preparat, iar 4% – 6 și mai multe.

Conform declarațiilor a 91% de RBMC, medicamentele compensate sunt prescrise doar pe formular tipizat, iar 8% au declarat că rețeta este însorită de o foaie separată cu denumirile comerciale (1% au indicat altceva). În cazul grupului RNBMC, fenomenul de a prescriere medicamentele nu doar pe formular de rețetă este mai frecvent, ponderea celor care au declarat că li se prescrie medicamente doar pe formularul de rețetă este de 71%, fiind urmat de 12% care au indicat la prescrierea pe rețetă și o foaie separată cu denumiri comerciale, 8% au menționat că primesc uneori rețetă și alteori rețeta și o foaie cu denumiri comerciale și 4% care primesc doar o foaie cu denumirile comerciale ale medicamentelor indicate. Examinând practicile de prescriere per regiuni, se observă că în zona de sud numai în jumătate de cazuri se prescrie medicamente doar pe formular de rețetă (51%), și în mun. Chișinău doar la 65% din respondenții deserviți de instituțiile medcale. Cel mai des se utilizează formularul de rețetă în regiunea de Nord, ținând cont de declarațiile a 84% din respondenți, urmată de regiunea de Centru, unde 78% de respondenți au primit doar formular de rețetă.

Cu referire la toată lista de medicamente prescrise, din totalul de 603 de respondenți care beneficiază de medicamente compensate, doar 16% din pacienți primesc schema de tratament formată doar în bază de medicamente compensate, majoritatea pacienților 66% au indicat că mai mult de jumătate de medicamentele prescrise sunt necompensate. (Figura 10)

Figura 10: Distribuția RBMC conform proporției medicamentelor compensate în schema de tratament



Această declarație este echivalent notată atât în zona urbană, cât și în cea rurală. Comparația pe regiuni indică o cotă de prescriere a mai mult de 50% medicamentelor necompensate pentru o rețetă declarată în municipiul Chișinău (74%) și cea mai mică în zona de Nord (59% respondenți). În funcție de vârstă respondenților, se observă iarăși fenomenul de selecție a celor care primesc mai multe preparate compensate: printre adulți, proporția celor care primesc mai multe preparate compensate crește moderat odată cu vârsta: 30% printre cei de 25-45 ani primesc >50% MC față de 36% printre cei cu vârstă peste 60 ani, demonstrând încă o dată selecția prioritară a pensionarilor. Jumătate (50%) din cei cu vârstă până la 24 ani primesc >50% MC, probabil legată și de numărul redus de medicamente prescrise pentru acest grup cu prevalență mică se maladii cronice.

Tabelul 11: Distribuția RBMC conform proporției medicamentelor compensate în schema de tratament, în funcție de mediu, sex, vîrstă, regiune și venit

		N	>50% compensate	≥50% necompensate	Nu șin minte	Total
Mediu de reședință	Urban mare (mun. Chișinău sau Bălți)	121	32	68	0	100
	Urban mic (centru raional)	95	32	66	2	100
	Rural	387	36	63	1	100
Sex	Masculin	262	35	64	1	100
	Feminin	341	34	65	1	100
Vîrstă	18-24	8	50	50	0	100
	25-45	37	30	70	0	100
	45-59	166	33	66	1	100
	60+	392	36	64	1	100
Regiunea	Nord	202	41	59	0	100
	Centru	172	38	60	2	100
	Sud	143	28	71	1	100
	Municipiul Chișinău	86	26	74	0	100
Venit	Sub 1000 MDL	116	37	63	0	100
	1001-2000 MDL	205	36	62	2	100
	2000-4000 MDL	134	31	69	0	100
	4000 MDL și mai mult	24	38	63	0	100
	Fără răspuns	124	35	65	1	100

În cazul femeilor însărcinate, doar 35% au declarat că primesc preponderent MC și 59% relatează că cel puțin o jumătate din medicamente sau mai multe erau necompensate (6% nu au știut).

Indicarea medicamentelor suplimentare celor compensate pentru tratamentul maladiei beneficiarului de medicamente compensate în marea majoritate a cazu-

rilor este efectuată de medicul de familie (75%), urmat la distanță mare de medici specialiști (21%), medic cunoscut (4%), celealte opțiuni (proprie inițiativă, farmacist, recomandarea rudelor etc.) întrunind 10%.

Fiind întrebați despre motivul pentru a procura medicamente suplimentare celor compensate, mai mult de jumătate din respondenți (51%) au invocat ca medicamentul este necesar pentru tratament însă nu este inclus în lista medicamentelor compensate, 33% pentru că a recomandat medicul, 13% din convingerea că medicamentul e mai eficient decât cel inclus pe LMC și 4% din cauza lipsei efectului MC. (Figura 11)

Figura 11: De ce ați decis să procurați medicamente suplimentare celor compensate? Răspuns multiplu, %



Referitor la obligația farmacistului de a oferi o gamă largă de denumiri comerciale sinonime pentru denumirea comună internațională (DCI) prescris cu prețuri diferite din care pacientul să aleagă, 81% din respondenți au declarat că farmacistul a oferit medicamentul, fără a propune câteva denumiri comerciale de medicamente. Analiza după mediu de reședință arată că farmacistul a propus câteva denumiri/ producători la prezentarea rețetei compensate cel mai rar în mediul rural (10%), urmat de centrele raionale (17%) și municipiile Chișinău și Bălți (24%). Conform zonei geografice, în regiunea de Nord în mai toate cazurile farmacistul a propus câteva denumiri sinonime de medicamente doar la 8% de respondenți, 13% în zona Centru, 17% în zona Sud și 25% mun. Chișinău.

Respondenții care au afirmat că farmacistul propune câteva denumiri de medicamente, alegerea medicamentului este efectuată în cea mai mare parte conform denumirii comerciale recomandate de medic (38%), fiind urmat de criteriile: medicamentul cu care m-am obișnuit (30%) și prețul cel mai mic (26%). Conform mediului de reședință criteriul la care cel mai frecvent se apelează în municipiul Chișinău și Bălți este prețul cel mai mic (52%) versus 17% din localitățile rurale; în localitățile rurale 35% din respondenți aleg medicamentul conform denumirii comerciale recomandate de medic; în centrele raionale două criterii sunt cel mai

frecvent utilizate: 30% medicamentul comercial recomandat de medic și medicamentul cu care m-am obișnuit. Printre factori complimentari care condiționează alegerea medicamentelor în baza denumirilor comerciale recomandate de medic, ca element decisiv pentru respondenții din localitățile rurale, este nomenclatura limitată din farmacie determinată în mare parte de practica de prescriere a personalului medical.. (Tabelul 12) În funcție de venit se observă că respondenții cu venit mai mare de 4000 MDL aleg medicamentul conform prețului celui mai mic (40%) și denumirea comercială recomandată de farmacist (40%), iar persoanele cu venit de până la 1000 MDL cel mai des aleg medicamentul cu care s-au obișnuit (39%). Persoanele cu vîrstă 18-24 ani în cea mai mare parte (75%) aleg denumirile comerciale recomandate de medic, pe când persoanele de vîrstă 45-59 ani și 60 și mai mult aleg medicamentele folosind mai multe opțiuni: denumirea recomandată de medic, medicamentul cu care s-au obișnuit și prețul cel mai mic.

Tabelul 12: Care sunt criteriile de alegere a medicamentelor compensate în farmacie? (răspuns multiplu, %)

		N	Recoman-	Medica-	Prețul	Recoman-	Țara	Nu pot	Altceva	Total
			date de medic	mentele cu care v-ați obisnuit	cel mai mic	dat de farma-	producă-	să mă pronunț		
Mediu de reședință	mun. Chișinău sau Bălți	29	48	34	52	14	34	0	0	100
	Centru raional	20	30	30	15	20	5	20	0	100
	Rural	60	35	28	17	13	5	13	2	100
Sex	Masculin	45	38	24	31	20	18	9	0	100
	Feminin	64	38	34	22	11	9	13	2	100
Vîrstă	18-24	4	75	0	0	0	0	25	0	100
	25-45	12	33	42	17	17	0	17	0	100
	45-59	39	38	38	23	5	13	15	0	100
	60+	54	35	24	31	22	17	6	2	100
Regiunea	Nord	21	33	29	33	5	0	14	0	100
	Centru	30	50	23	10	20	3	7	0	100
	Sud	36	22	33	19	17	8	19	3	100
	Mun. Chișinău	22	50	36	50	14	45	0	0	100
	<1000 MDL	18	33	39	11	17	6	22	0	100
Venit	1001-2000 MDL	27	41	22	33	19	15	4	4	100
	2000-4000 MDL	31	42	42	23	0	13	6	0	100
	>4000 MDL	5	0	0	40	40	0	20	0	100
	Fără răspuns	28	39	25	29	21	18	14	0	100

Accesibilitatea finanțării la medicamente

Un factor determinant în asigurarea accesului la medicamente și o precondiție pentru acoperirea efectivă cu serviciile medicale este costul medicamentelor, atât în termeni absoluți cât și în percepția celor care le cumpără. Această secțiune examinează povara finanțării, măsurată drept incapacitatea de a plăti pentru toate medicamentele necesare, cheltuielile medii pentru medicamente și percepția evoluției prețurilor în ultimul an.

Povara finanțării din cauza costului medicamentelor

În condițiile când polița de asigurare nu acoperă costul total al medicamentelor, iar respondenții sunt în situația de a plăti direct pentru tratamentul medical, costul medicamentelor devine de importanță critică în asigurarea compliantei la tratament și determină rezultatele acestui tratament. Respondenții au fost întrebați dacă au existat cazuri când nu au procurat toate medicamentele în cadrul unei singure vizite la farmacie și motivele pentru aceasta. Raportat la subeșantioane, 13% dintre RBMC și 24% RNMC au raportat că au decis să nu cumpere medicamentul necesar din cauza costului acestuia, diferență vorbind despre efectul pozitiv al mecanismului de compensare a medicamentelor asupra compliantei la administrarea medicamente. Conform datelor socio-demografice, se remarcă proporții mai mari de refuzuri de a cumpăra medicamentele în grupele de venit mai jos, printre femei și printre cei cu vârstă mai înaintată.

Tabelul 13: Motivele de a nu procura toate medicamentele prescrise în rețetă

Motivele	Respondenții beneficiari de medicamente compensate (n=73)	Respondenții care nu beneficiază de medicamente compensate
Costul total spre achitare a fost mare	82	78
Ați avut o rezervă de medicamente la domiciliu	3	14
Lipsa medicamentului cu care sunteți obișnuit în farmacie	18	16
Lipsa medicamentului de la producătorii în care aveți încredere	11	2
Nu am considerat necesar de a procura acest medicament	7	3
Am considerat ca anumite medicamente prescrise nu-mi mai trebuie pentru că m-am însărătoșit	1	7
Anumite medicamente din rețetă au fost noi pentru mine și nu eram sigur că sunt eficiente	0	2
Altceva	1	1
NR	3	5

În situațiile când respondenții au decis să nu procure toate medicamentele prescrise într-o singură vizită, cel mai frecvent pacientul a fost acela care a decis ce medicamente să cumpere (42% RBMC și 38% RNMC). Chiar și în condițiile de

limitare semnificativă a accesului la MC pentru cei eligibili, în cazul celor care beneficiază de medicamente compensate, legătura dintre pacienții cu medicul este mai strânsă și pacientul consultă mai frecvent medicul ce produs să fie selectat în cazul insuficientei resurselor financiare pentru a acoperi costurile, astfel RBMC se consultă în proporție de 33% față de 16% din persoanele RNMC.

Tabelul 14: Criteriile de selecție a medicamentelor, în cazul când costul lor depășește puterea de cumpărare a pacienților

Motivele	Respondenți beneficiari de medicamente compensate (n=73)	Respondenți care nu beneficiază de medicamente compensate
Ați selectat medicamentul pe care dvs. l-ați considerat cel mai necesar	42	38
Ați selectat cel mai necesar medicament consultând medicul Dvs.	33	16
Ați selectat cel mai necesar medicament recomandat de farmacist	12	20
Ați ales pe cele mai ieftine	18	22
Ați selectat doar medicamentul care nu îl aveți pe moment la domiciliu	2	4
Ați procurat doar o parte de cutie de fiecare medicament	3	5
Altceva	2	2
Nu știu	7	1

Valoarea plăților directe pentru medicamentele prescrise

În mediu, o persoană care beneficiază de medicamente compensate cheltuiește 402 MDL (dev. st. 357 MDL) și în intervalul de la 0 la 3000 MDL. Respondenți care nu beneficiază de medicamente compensate cheltuiesc lunar în medie cu circa 100 lei mai mult: 509 MDL (dev. st. 603 MDL, cu intervalul între 10 și 5 000 MDL).

Este de menționat că femeile însărcinate, deși sunt formal incluse în lista celor care beneficiază de medicamente compensate, în realitate nu au beneficiat deloc de astfel de rețete. Astfel, printre femeile însărcinate costul mediu al medicamentelor prescrise în timpul sarcinii se ridică la 376 MDL, cu intervalul între 100 și 1600 MDL și dev. st. 428 MDL și 0 pentru medicamentele compensate.

Printre RBMC, suma medie cheltuită lunar doar pentru medicamente compensate reprezintă doar o treime din cheltuielile totale lunare pentru toate medicamentele prescrise pentru tratamentul bolii cronice a respondentului beneficiar de medicamente compensate (144 MDL). Astfel două treimi din costuri pentru procurarea medicamentelor necesare bolii lor cronice sunt suportate direct de respondenți, deși sunt beneficiari ai medicamentelor compensate. Totuși, gradul de compensare este semnificativ și reduce povara financiară care ar avea-o pacientul în absența compensării, având în vedere că suma totală doar a medicamentelor este estimată de către respondenți la 383 MDL, dacă le-ar cumpăra la prețul lor

integral. În acest sens, o serie de întrebări suplimentare sunt necesare de studiat cu elucidarea aspectelor ca: prescrierea rațională prin includerea altor medicamente decât cele compensate, prețurile medicamentelor compensate și costurile care sunt achitare de CNAM, comprehensivitatea nomenclaturii de medicamente compensate pentru bolile cronice vizate în LMC și legătura dintre protocolul de tratament și LMC.

Examinând costurilor achitare lunar doar pentru medicamentele compensate pentru tratamentul bolii cronice a respondentului, s-au observat diferențe remarcabile pentru sumele maxime raportate în dependență de mediul de reședință. Analiza pe regiuni a plașilor efectuate de beneficiarii de medicamente compensate indică la costuri de 3 ori mai mari achitare de populație din Nordul tarii în comparație cu cei din regiunea de Sud, centru și municipiul Chișinău. (Tabelul 15)

Tabelul 15: Cheltuielile medii pentru medicamentele, subeșantionul beneficiarilor medicamente compensate, conform mediului de reședință și zonelor geografice

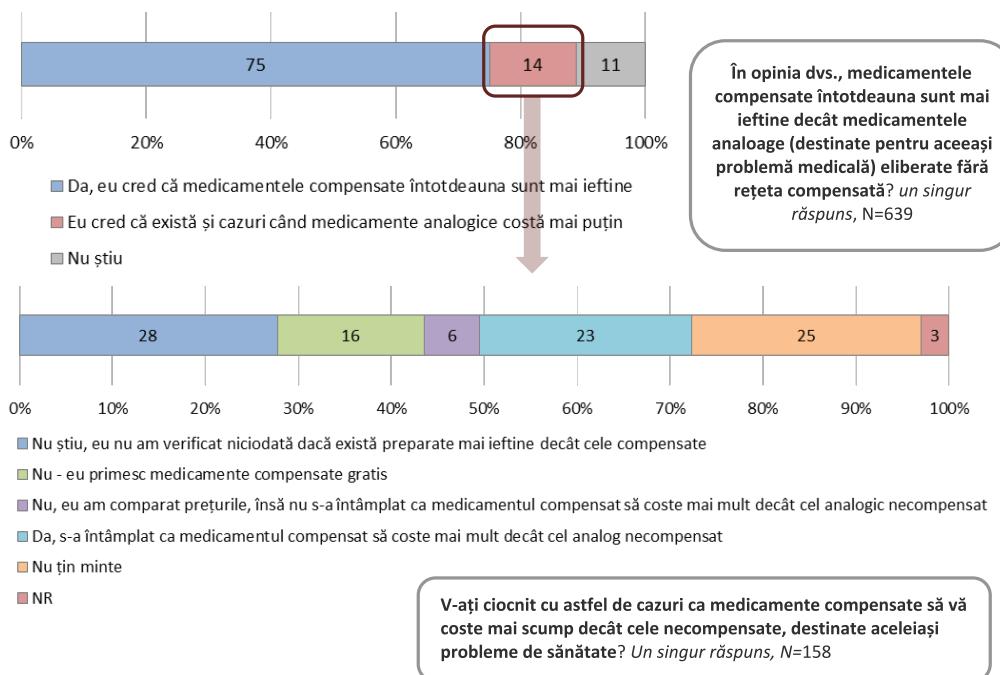
Valoarea cheltuielilor	Rural	Centre raionale	Mun. Chișinău și Bălți	Nord	Centru	Sud
Min	0	0	100	300	100	200
Max	1200	700	400	1600	600	300
Mediana	100	100	100	950	200	250
Media	159	110	112	950	280	250

Percepția despre evoluția prețurilor la medicamente compensate în ultimele 12 luni

Cu referire la modificarea costului medicamentelor din LMC în ultimul an, 37% de RBMC au declarat că prețurile la medicamente au crescut, 30% că nu s-a modificat, 29% nu sunt siguri și doar 8% consideră că prețurile s-au micșorat. Dintre cei care au considerat că prețurile s-au modificat, mai mult de jumătate au considerat că prețurile au crescut substanțial (56%) și 35% că au crescut doar un pic, și doar 7% că au scăzut. Percepția unei creșteri substanțiale a prețului a fost remarcată printre populația din mediul rural (60% față de 48% în municipii și 63% în raioane) și cei cu veniturile cele mai mici (64% printre cei cu veniturile sub 1000 MDL față de 43% cu venituri 2000-4000 MDL și 50% printre cei cu veniturile peste 4000 MDL).

Întrebați dacă MC costă întotdeauna mai ieftin decât cele analogice, doar 75% erau siguri că ele sunt mai ieftine, în timp ce 14% din respondenți credeau că există și cazuri când medicamentele analogice necompensate costă mai puțin, iar alții 14% nu erau siguri. Următoarea întrebare adresată celor care s-au confruntat cu asemenea cazuri, a revelat că lor personal li s-a întâmplat să plătească mai mult pentru MC în 23% cazuri. (Figura 12) Cel mai des au afirmat că au avut situații când medicamentele compensate să coste mai mult decât cele necompensate respondenții din regiunea de Sud (37%), urmați de cei din regiunea de Centru (21%) și Nord (20%).

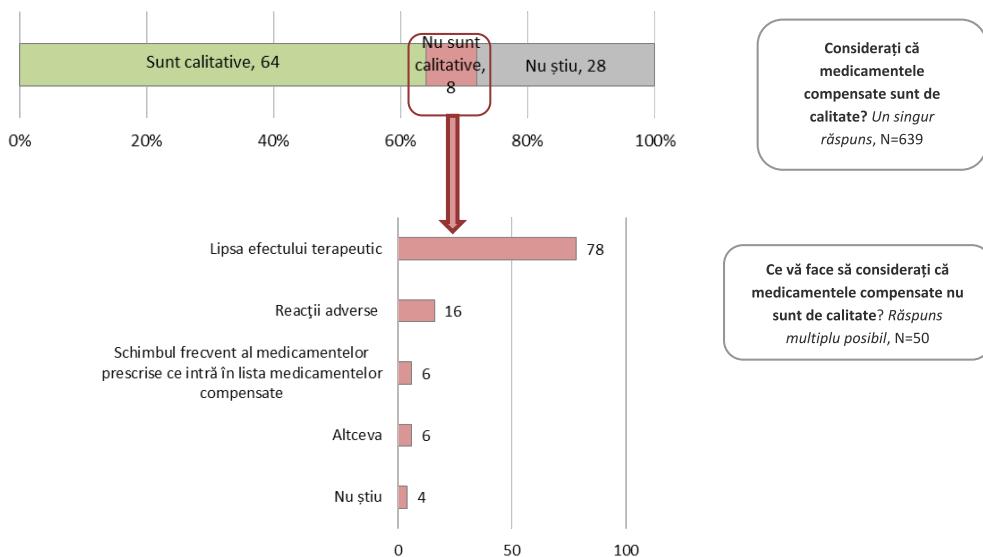
Figura 12: Părerea despre existența unor medicamente mai ieftine decât cele compensate



Percepția calității medicamentelor compensate

Percepția calității medicamentelor este un indicator care determină acceptabilitatea medicamentelor. Cu referire la calitatea medicamentelor compensate, majoritatea respondenților (64%) consideră că medicamentele sunt de calitate, pe când 8% au declarat că medicamentele sunt de calitate joasă. În timp ce două treimi din respondenți din regiunile de Nord, Centru și Sud consideră că medicamentele compensate sunt de calitate, în municipiul Chișinău mai puțin de jumătate de respondenți (49%) apreciază medicamentele compensate drept bune. Întrebând grupul de respondenți care au apreciat că medicamentele nu sunt de calitate despre motivele care stau la baza unei astfel de percepri, mai mult de două treimi de respondenți (78%) s-au referit la lipsa efectului terapeutic.

Figura 13: Percepția calității medicamentelor compensate



Impactul asupra stării de sănătate de la momentul accesului la medicamente compensate

Acoperirea efectivă cu servicii medicale este în mare parte condiționată de continuitatea administrării tratamentului prescris și rezultatele acestui tratament, atât obiective, cât și subiective. În cadrul acestui studiu au fost incluse întrebări care evaluatează percepția pacienților cu maladii cronice referitor la evoluția măladiei lor în funcție de accesul la medicamente compensate. Având în vedere că nu există în țară o evaluare sistematică, astfel de date sunt extrem de necesare, pentru a înțelege dacă accesul la medicamente compensate a avut impactul scontat.

Respondenții au fost întrebați referitor la regularitatea administrării medicamentelor înainte de a avea acces la medicamentele compensate și despre cum s-a modificat această situație de când administreză MC. Aproape o treime (30%) dintre persoane care administreză medicamente compensate, înainte de a le primi, uneori omiteau administrarea lor, din cauza că nu își puteau permite procurarea acestora, cu diferențe semnificative între cei cu venitul cel mai mic (36% printre cei cu venit sub 1000 MDL) și 16% la cei cu venitul înalt peste 4000 MDL). Actualmente, 77% administreză medicamentele cu regularitate datorita compensării, cu o creștere importantă a regularității administrării medicamentelor printre cei mai săraci și diminuarea diferenței conform venitului: 76% dintre cei cu venit jos și 80% dintre cei cu venit înalt administreză regulat preparatele necesare controlului maladiei.

Tabelul 16: Faptul că beneficiarii de MC v-a ajutat să administrați tratamentul regulat?

		N	Da, datorita compensației le administrez cu regularitate	Nu, eu nu le administrez cu regularitate nici acum	Nu știu	Total
Mediu de reședință	Mun. Chișinău sau Bălți	49	82	12	6	100
	Centru raional	34	71	24	6	100
	Rural	109	76	21	3	100
Sex	Masculin	80	79	16	5	100
	Feminin	112	75	21	4	100
Vârstă	18-24	1	100	0	0	100
	25-45	4	75	25	0	100
	45-59	58	74	24	2	100
	60+	129	78	17	5	100
Regiunea	Nord	64	77	19	5	100
	Centru	51	69	24	8	100
	Sud	43	81	19	0	100
	Municipiul Chișinău	34	82	15	3	100
Venit	Sub 1000 MDL	42	76	21	2	100
	1001-2000 MDL	76	79	18	3	100
	2000-4000 MDL	35	74	17	9	100
	4000 MDL și mai mult	5	80	20	0	100
	Fără răspuns	34	74	21	6	100

Din totalul persoanelor care beneficiază de medicamentele compensate, 83% au indicat că au remarcat schimbări în starea lor de sănătate, iar dintre ei, 90% au fost de părere că schimbarea a fost una pozitivă.

O observație notabilă este că diferențele în funcție de venit sunt mici, astfel 91% din cei cu venitul jos și 100% din cei cu venitul înalt consideră că starea lor s-a ameliorat de la accesul la medicamente compensate, ceea ce arată că mecanismul de compensare progresiv a avut efectul scontat de a ameliora rezultatele tratamentului la cei mai social vulnerabili.

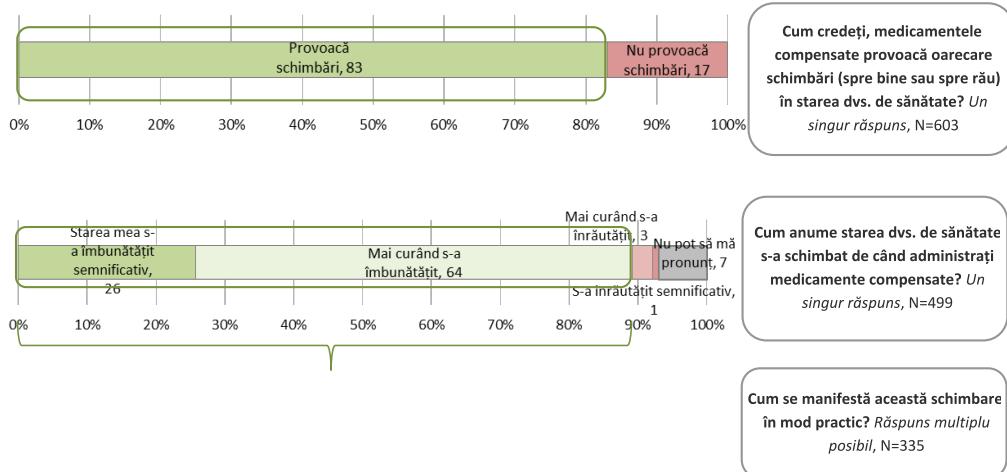
Un rezultat foarte important este că pe lângă ameliorarea în starea subiectivă a pacienților, s-au produs și modificări care micșorează costurile pentru sistemul de sănătate, și anume:

- **se adresează mai rar la urgență** 26% pacienții cu hipertensiune, 15% din pacienții cu diabet și 13% din cei cu astmă bronșic
- **se internează mai rar în spital** 13% pacienți cu hipertensiune, 14% din cei cu diabet și 13% din cei cu astmă bronșic
- 53% din pacienții cu astmă bronșic fac accese astmatice mai rar
- 36% din pacienții cu diabet nu au complicații la picioare

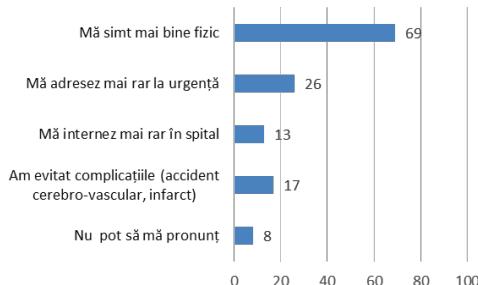
Accesul la medicamentele compensate în Republica Moldova

- 31% din pacienții cu diabet au mai puține simptome
- 25% din pacienții cu diabet fac mai puține hipoglicemii
- 17% pacienți cu hipertensiune consideră că au evitat complicațiile (accidente cardio-vasculare și atac de cord)

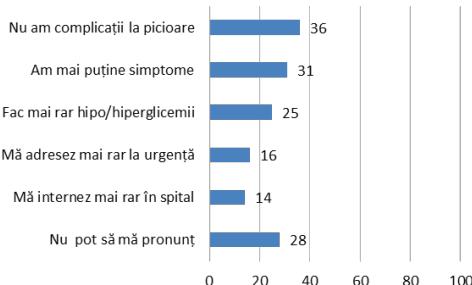
Figura 14: Impactul medicamentelor compensate asupra stării de sănătate a beneficiarilor



Hipertensiune



Diabet



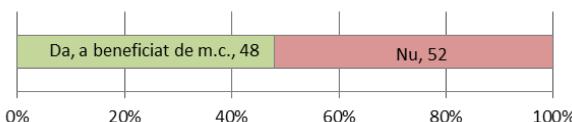
Astm bronșic



Utilizarea medicamentelor de către persoanele care administrează medicamente copilului (lor) cu vârstă până la 5 ani

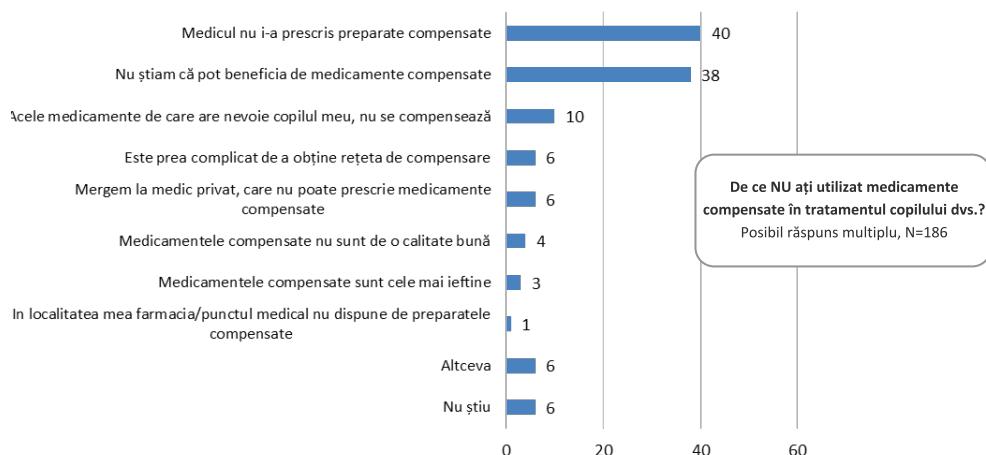
Din eșantionul total, 21% respondenți aveau copii cu vârstă până la 5 ani. Majoritatea copiilor sunt arondați la instituția medicală din sat (50%) sau la instituția medicală de sector (43%). Cea mai mare parte din respondenți cu copii apelează la serviciile doar a medicului din localitatea unde locuiesc (66%). Deși persoanele cu copii până la 5 ani reprezintă o categorie prioritată de acces la medicamente compensate, mai puțin de jumătate (48%) din cei care au administrat medicamente copiilor lor au primit medicamente compensate în ultimele 6 luni.

Figura 15: Cota copiilor cu vîrstă de 0-5 ani, care au beneficiat de medicamente compensate în ultimele 6 luni



În ultimele 6 luni copilul Dvs. a beneficiat de medicamente compensate (medicamente care se eliberează cu rețeta compensată - gratis sau cu preț redus)? N=353

Figura 16: Motivele pentru care copiii de până la 5 ani nu au beneficiat de medicamentele compensate



Gradul de informare scăzut referitor la medicamentele compensate a fost confirmat și de focus grupuri. Niciuna dintre participante nu a văzut niciodată lista medicamentelor compensate și nu știa unde anume aceasta poate fi găsită. Precum a demonstrat discuția cu mamele copiilor mai mici de 5 ani, ele reprezintă categoria cea mai slab informată despre acele posibilități care există la nivel de obținere a medicamentelor compensate. Astfel, majoritatea mamele prezente la discuție nu au primit deloc medicamentele compensate sau le-au primit demult și ocazional. Fiind rugate să analizeze lista curentă a medicamentelor compensate, doamnele

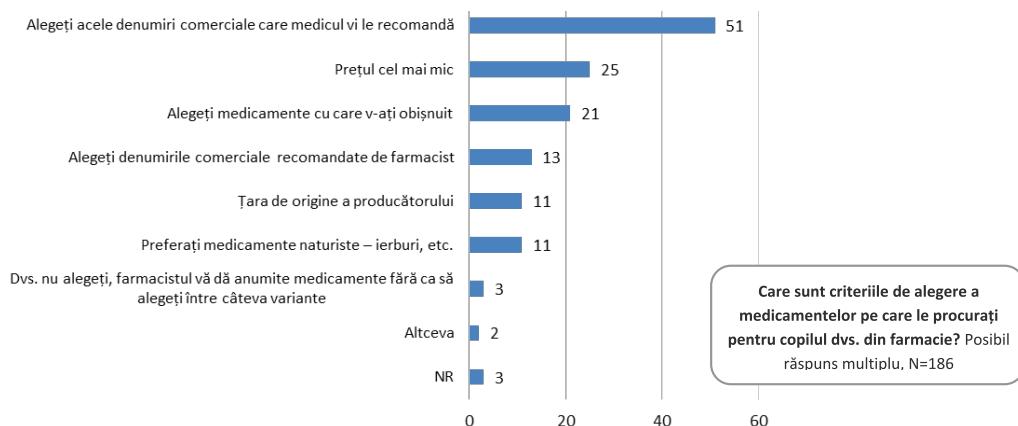
Accesul la medicamente compensate în Republica Moldova

și-au adus aminte că au procurat mai multe medicamente din această listă, însă le-au cumpărat la preț deplin, fără a beneficia de compensație. Unele doamne nici nu știau că copiii lor pot să primească medicamente compensate. În timpul sarcinii, mai multe doamne au primit medicamente compensate.

În localitățile rurale, există și problema legată de prezența personalului. Astfel, rețeta compensată poate să nu fie eliberată din motiv că persoana care poate să o emite nu este în localitate sau din motiv că nu sunt formulare pentru rețete compensate, unii medici, totodată, comunică pacienților că nu le pot prescrie medicamente compensate pentru că aceasta se face numai la începutul lunii. În cazul în care satul este situat nu departe de centrul raional, pacienții merg acolo pentru a-și procura medicamentele. Atunci când le procură în sat, de la sora medicală, rețeta întotdeauna se eliberează, însă bonul de casă nu se oferă pentru cumpărătură.

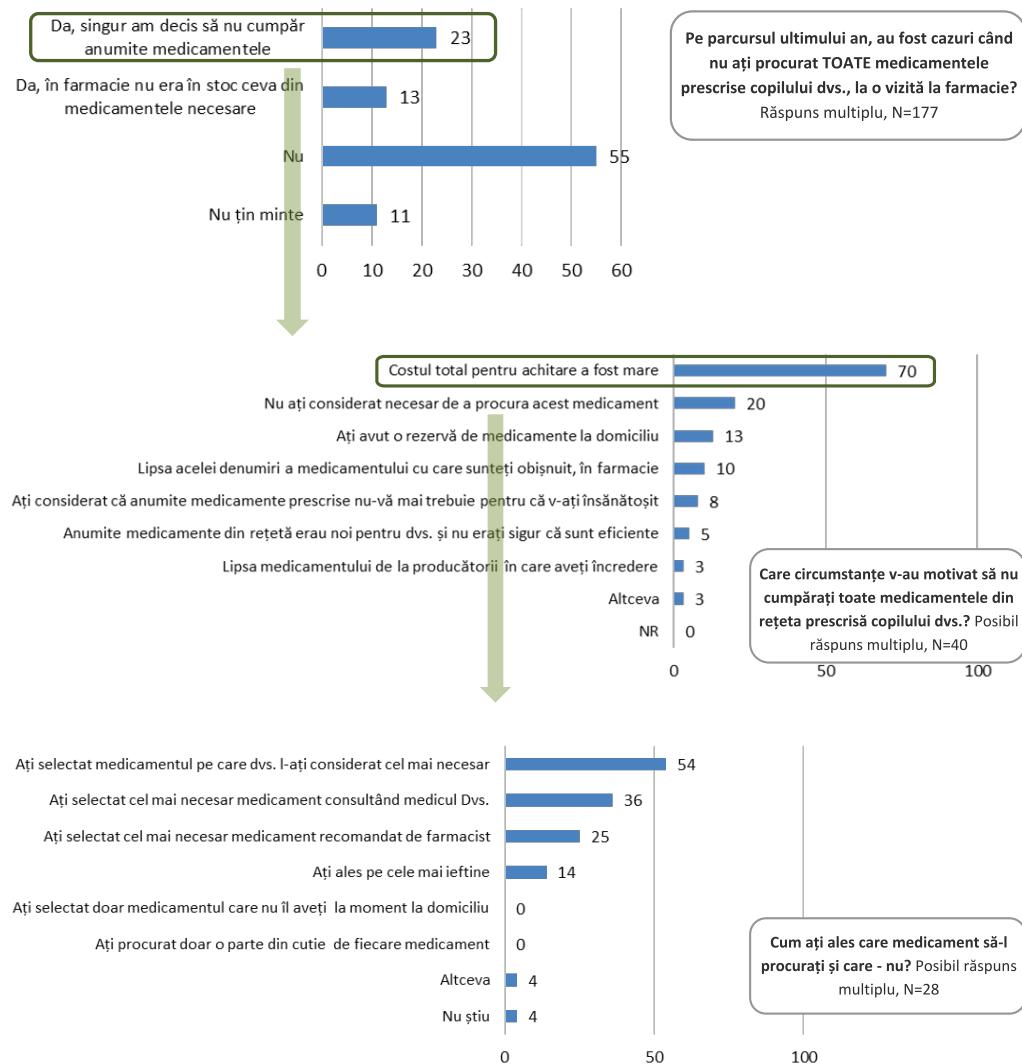
În selecția medicamentelor la momentul cumpărării lor, părinții, în primul rând, se conduc de acele denumiri care i le recomandă medicul (51%), o patrime dintre ei caută și medicamente mai accesibile, iar 21% aleg medicamentele cu care s-au obișnuit, astfel prețul fiind un factor determinant de selecție pentru fiecare al patrulea părinte sau tutore. (Figura 17). De obicei medicul prescrie medicamente doar pe formular de rețetă (74%), însă 23% au menționat că există și o foaie separată cu denumiri comerciale (3% nu țin minte).

Figura 17: Criteriile de selectare a medicamentelor pentru copiii de până la 5 ani



În medie, îngrijitorii cheltuiesc 448 MDL pentru toate medicamentele necesare copilului (minim 20 MDL maxim 3000 MDL, dev. st. 480 MDL), o povară finanțieră semnificativă. De aceea, nu este surprinzător că aproape fiecare al patrulea îngrijitor al unui copil care nu a beneficiat de MC (23%) nu a cumpărat toate medicamentele dintr-o dată, motivul principal fiind costul prea mare pentru 70% dintre ei. În condițiile insuficienței de bani, îngrijitorul este cel care selectează care preparat procură și care nu, doar 36% consultându-se cu medicul, iar pentru 25% farmacistul e cel care îl ajută să facă selecția. (Figura 18)

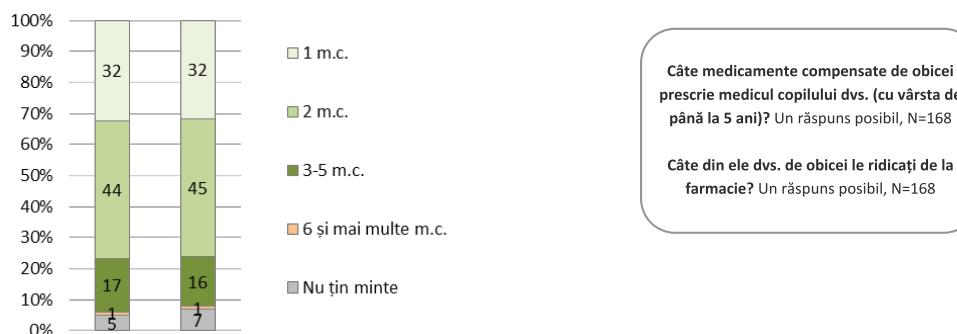
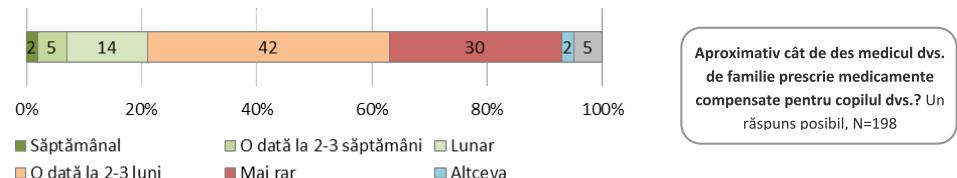
Figura 18: Motivele din care îngrijitorul copilului decide să nu procure anumite medicamente



Copiii de până la 5 ani care au beneficiat de MC

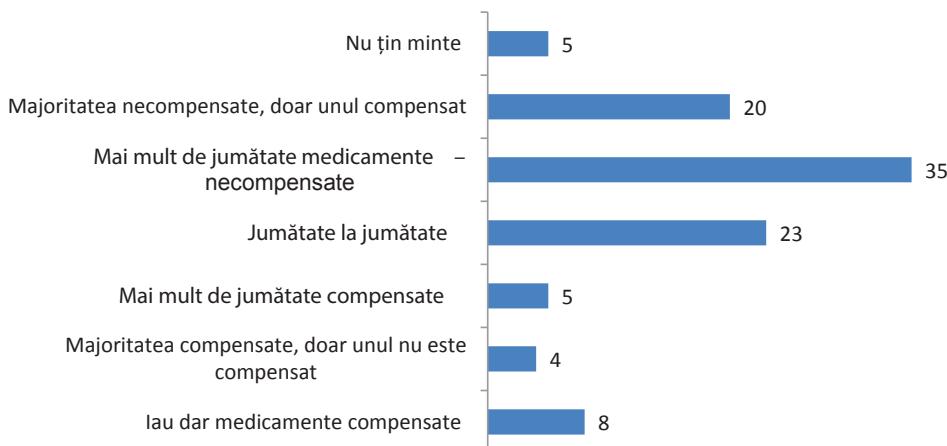
În total, 168 respondenți au fost inclusi în subeșantionul celor care au administrat medicamente compensate copiilor lor. Marea majoritate a acestui subeșantion a primit rețete pentru medicamente compensate pentru copil de 2-4 ori (52%), 24% de 5 ori și mai mult și 17% o singură dată (7% nu țin minte). Cei mai mulți au beneficiat de un număr redus de medicamente compensate: 32% de un MC și 44% de două MC. (Figura 19)

Figura 19: Caracteristicile procurării medicamentelor compensate



Doar 17% dintre toți respondenții care sunt îngrijitori ai copiilor de până la 5 ani și care au accesat medicamente compensate, beneficiază de mai mult de jumătate din medicamente compensate, ceea ce arată elocvent că această categorie de pacienți nu este prioritară pentru asigurarea accesului la medicamente compensate. Cea mai mare parte (78%) a cumpărat medicamente necompensate în proporție de jumătate sau mai multe medicamente necompensate. (Figura 20) Analiza dateelor în funcție de mediu de reședință arată că proporții mai mari de copii până la 5 ani din mediu rural (25%) utilizează preponderent medicamente compensate față de municipiu (3%).

Figura 20: Profilul utilizării de medicamente compensate la îngrijitorii copiilor cu vârstă până la 5 ani

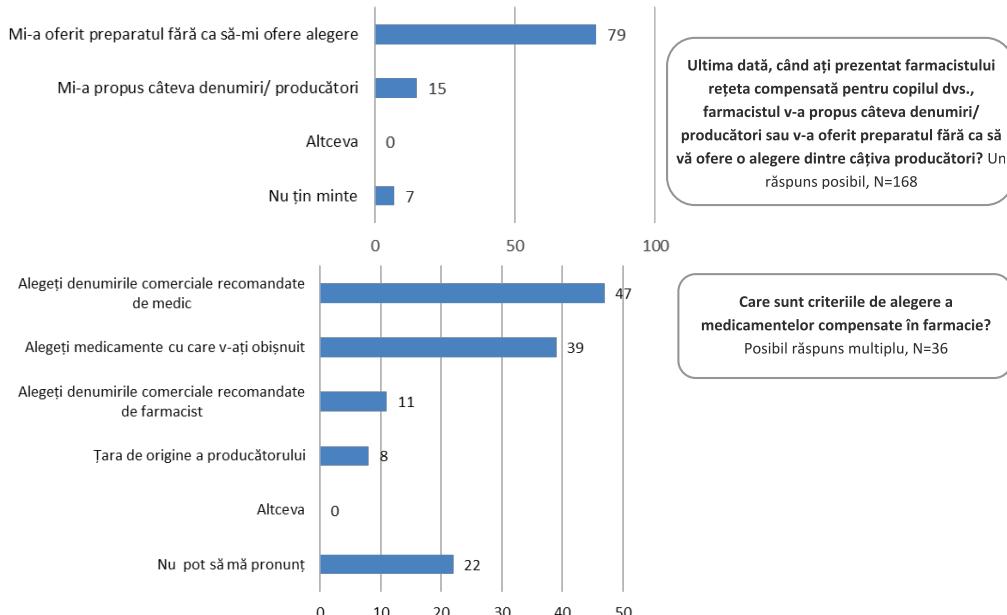


Este interesant de observat că numărul persoanelor care își tratează copilul doar cu medicamente compensate este foarte mică – 8%. Precum menționa una dintre mamele interviewate, "nu poți să economisești pe copil, vrei tot ce e mai bun". În majoritatea cazurilor, medicul de familie este acela care le recomandă părinților să procure medicamente suplimentare celor compensate (82%), motivul fiind că acest medicament este, de asemenea, necesar pentru tratament, însă nu se include în Lista Medicamentelor Compensate.

Motivul principal de a cumpăra medicamente suplimentare este faptul că medicamentele prescrise nu sunt incluse în lista medicamentelor compensate (65%) sau că medicul a recomandat alte medicamente decât cele compensate (20%), ceea ce sugerează că practicile de prescriere a medicilor ar putea să nu fie conforme protoalelor clinice și că e nevoie de o analiză separată a atât practicilor de prescriere a medicamentelor la copii, cât și a listei de medicamente compensate. Cu referire la polipragmazie, datele calitative arată că mamele sunt obișnuite ca medicul să le prescrie mai multe medicamente și li se pare că nici răceleală nu ar putea fi tratată cu un singur medicament, pentru că este nevoie și de picături pentru nas, și ceva pentru gât.

Ca și în cazul eliberării medicamentelor pentru adulți, fiind întrebați dacă farmacistul a propus câteva denumiri sau a oferit medicamentul fără a prezenta o alegeră din câteva denumiri, la prezentarea rețetei compensate prescrise pentru copilul, trei pătrimi din respondenți au declarat că farmacistul a oferit medicamentul fără să ofere alternative și doar 15 % au afirmat că li s-a propus câteva denumiri. Alegerea medicamentelor din lista celor oferite în farmacie, confirmat de către cei 15 % de respondenți, se face preponderent în baza a două criterii: aleg denumirile comerciale recomandate de medic (47%) și aleg acelea medicamente cu care s-a obișnuit (39%).

Figura 21: Alegerea denumirilor comerciale a medicamentelor compensate în farmacie



Referitor la disponibilitatea medicamentelor în farmacie, 31% dintre respondenții din localitățile rurale au declarat ca trebuie să se deplaseze în altă localitate pentru a procura medicamentele pe rețeta compensată. Alți 27% din tot subeșantionul au declarat că nu au putut procura toate medicamentele într-o singură vizită din cauza că medicamentul nu era în stoc.

În medie, îngrijitorii copiilor beneficiari MC au cheltuit:

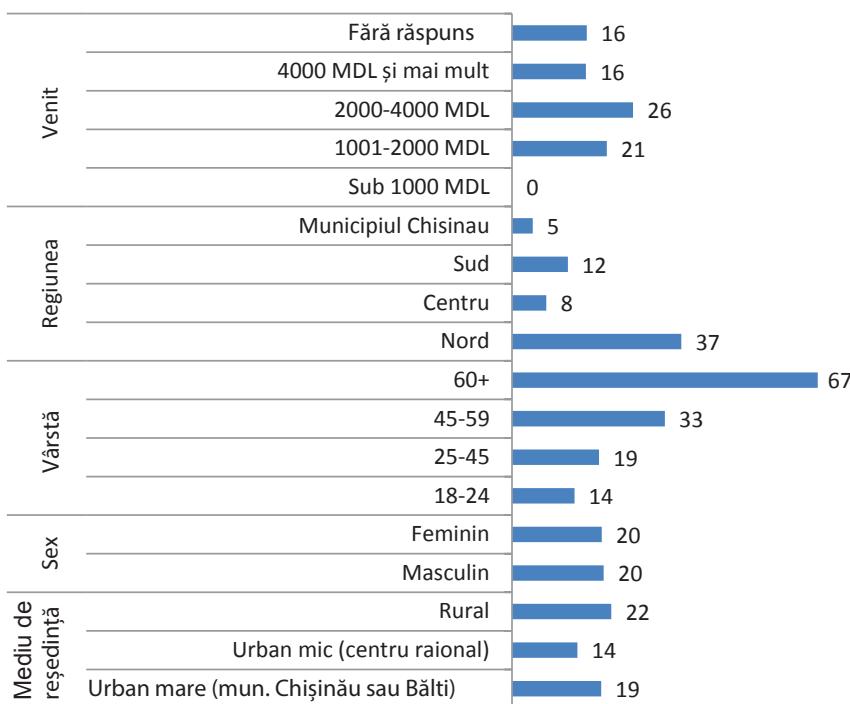
- 354 MDL pentru medicamente (interval 0 - 3000 MDL, dev. st. 428 MDL), ceea ce este cu 21% mai puțin decât cei care nu au beneficiat de MC;
- Costul MC a fost 62 MDL sau doar 18% din costul total (interval 0-1000 MDL, dev. st. 137 MDL);
- Dacă ar plăti prețul integral al MC, acest ar fi fost 142 MDL (30-600 MDL, dev. st. 119 MDL), cu limitarea că doar 27% cunoșteau prețul integral al MC.

Povara financiară a celor care îngrijesc de copii mici legată de costul medicamentelor este similară eșantionului general RBMC: aproape jumătate de respondenții îngrijitori ai copiilor de până la 5 ani (43%) au declarat că nu au avut cazuri de a refuza procurarea tuturor medicamentelor prescrise într-o singură vizită la farmacie în decursul ultimului an, în același timp 40% au indicat că nu au luat toate medicamentele într-o singură vizită. Cauzele care au influențat decizia sunt lipsa în stocul farmaciei a medicamentelor necesare copilului (27%), iar 13% nu au procurat toate medicamentele din propria decizie. Ponderea respondenților, care au invocat ultimele două condiții de a nu procura toate medicamentele din propria decizie diferă per regiuni. Astfel, proporții mai mari de respondenți care au refuzat procurarea tuturor medicamentelor sunt din regiunea de nord (22%) și centru (17%) a țării. Cu referire la neprocurarea tuturor medicamentelor pe motiv de lipsă în stocul farmaciei, s-au confruntat cu aşa situații respondenții toate regiunile, cu excepția celor din Chișinău, cota cea mai mare fiind în zona Nord (42%), Centru și Sud (a câte 21%).

Cel mai invocat motiv de a nu procura toate medicamentele prescrise în rețetă de respondenții chestionați a fost că suma totală pentru achitare a fost prea mare (40%). Ca și în cazul eșantionului RNMC, cel mai important criteriu de selecție pentru respondenții constrânsi de costul medicamentelor este prețul medicamentului (50%), doar 33% consultând medicul privind selecția, iar 17% făcând selecția de sine stătător.

Referitor la rolul medicului și a personalului medical în limitarea a prescrierii MC acestei categorii, 20% din cei chestionați au afirmat că medicul a invocat limita bugetului pentru imposibilitatea de a prescrie rețete compensate. Cel mai frecvent au auzit asemenea argumente îngrijitorii cu vîrstă înaintată peste 60 ani (67%) și respondenții din regiunea de Nord a țării, conform declarației 37% de respondenți, și cel mai puțin (5%) cei din municipiul Chișinău. Cifrele arată proporții mai mici printre păturile cu venit mic, ceea ce încă o dată arată că pretextul de limita bugetului este utilizat diferențial în dependență despre perceptia medicului privind bunăstarea pacientului.

Figura 22: Utilizarea motivului de limită a bugetului pentru a nu prescrie medicamente de compensate



Percepțiile prestatorilor de servicii și a managerilor referitor la modificarea listei medicamentelor compensate și a prescrierii medicamentelor în baza denumirii comune internaționale

Referitor la modificarea listei medicamentelor compensate, medicii au menționat schimbările pozitive, precum lărgirea sortimentului de medicamente, apariția unor denumiri comerciale noi de medicamente eficiente, în particular, s-a apreciat faptul că s-a extins gama de produse pentru pacienții cu maladii cardio-vasculare, unicul moment negativ, în percepția lor, fiind eliminarea preparatelor hepatoprotectoare. În percepția medicilor, extinderea LMC a dus la majorarea numărului beneficiarilor, iar numărul pacienților a crescut odată cu creșterea sumelor alocate de CNAM. Totodată, una din problemele de bază constă în faptul că în unele localități, și în particular în Chișinău, bugetul pentru prescrierea medicamentelor compensate este foarte mic și managerii instituției medico-sanitare primare exercită presiune asupra angajaților pentru ca aceștia să nu prescrie medicamente scumpe din listă, iar medicamentele mai scumpe nu se prescriu deloc. Managerii din municipiu și centre raionale au fost precauți în a confirma limita bugetară însă un manager a unui centru de sănătate rural a precizat că se întâmplă ca să econo-

misească pe medicamente compensate și, în acest caz, medicii se uită cum arată pacientul și trag concluzii despre ce anume poate să-și permită să procure.

O solicitare care a parvenit de la mai mulți medici de familie ține de extinderea intervalului de vîrstă a copiilor ce pot primi medicamente compensate. În particular, ar fi bine ca medicamentele compensate să se elibereze și copiilor cu vîrstă până la 15 ani, pentru că această categorie se îmbolnăvește frecvent. Unul dintre medicii de familie a menționat că este nejust faptul că pensionarii beneficiază de medicamente compensate într-o măsură mai mare decât populația activă, care, de fapt, și face vârsări în fondul de asigurare socială. Pentru ca ei să poată să facă aceste vârsări în continuare, ar fi bine ca să poată beneficia într-o măsură mai mare de medicamente compensate. Aceasta ține și de mamele copiilor de 0-5 ani care, deocamdată, sunt mai puțin informate despre medicamentele compensate.

Referitor la transparența selecției medicamentelor pentru LMC, procesul de selectare a medicamentelor în LMC pare a fi de puțin interes pentru medicii de familie. Unii invocă nivelul înalt de ocupare, alții – convingerea că oricum "toți știu cum asta se face". Medicii de familie au spus că într-adevăr ar fi bine dacă informațiile despre procesul de lucru asupra listei ar fi plasate pe site-ul Ministerului Sănătății. Dar, poate fi observat că și acei medici care au menționat că i-ar fi interesant să vadă aceste informații, nu au putut specifica ce informații anume ar fi de dorit să se facă publice. Medicii sunt în primul rând interesați de lista în sine și ar fi de acord să participe anual într-o chestionare sau la un alt tip de cercetare, prin care ei ar putea comunica Ministerului ce medicamente trebuie să intre în listă și care ar putea fi eliminate din ea. S-a menționat că ar fi bine ca această cercetare să se facă în prima jumătate a anului.

Trecerea la prescrierea medicamentelor conform denumirilor comune internaționale este apreciată diferit de către medici. Pentru medici această modificare legislativă a adus câteva dificultăți: în primul rând, ei consideră că anumite medicamente sunt mai eficiente sau mai puțin periculoase pentru anumiți pacienți și preferă să lucreze cu aceste medicamente, prescriindu-le anume pe ele; în al doilea rând, unul dintre medicii din localitate rurală a menționat că i-a fost complicat în prima perioadă să prescrie medicamentele după substanță activă, pentru că le știa în primul rând după denumirea comercială. Un medic din Chișinău a subliniat că există un mare pericol care provine din această inițiativă pozitivă – în schema dată medicul nu mai influențează decizia pacientului, iar farmacistul deja devine sursa de bază de informare pentru pacient. Iar farmaciștii urmăresc propriile scopuri – de a comercializa mai întâi medicamentele cu termenul aproape de expirare, de a vinde medicamentele care au fost achiziționate, însă nu se bucură de cerere din partea pacienților, și de a vinde medicamente mai scumpe.

Notițe

Notițe