



GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÎRE nr. _____
din _____
Chișinău

Cu privire la inițierea parteneriatelor public-private în sănătate

În conformitate cu prevederile Legii cu privire la parteneriatul public-privat nr. 179-XIII din 10 iulie 2008 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 165-166, art. 605), cu modificările și completările ulterioare, Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373), și întru asigurarea funcționării unui sistem de sănătate modern și cost-eficient, Guvernul HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă inițierea parteneriatului public-privat pentru serviciul de imagistică medicală din cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalul Clinic Republican și a serviciului de radioterapie din cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic.

2. Ministerul Sănătății în termen de 3 luni va înainta spre aprobare obiectivele proiectelor de parteneriat public-privat menționate în punctul 1, condițiile realizării parteneriatului public-privat, cerințele generale privind selectarea partenerului privat și modelul contractului de parteneriat public-privat.

Prim-ministru

VLADIMIR FILAT

Contrasemnează:

Viceprim-ministru, Ministrul Economiei

Valeriu LAZĂR

Viceprim-ministru

Ion NEGREI

Ministrul sănătății

Vladimir Hotineanu

Nota de argumentare la proiectul hotărîrii Guvernului cu privire la inițierea parteneriatelor public private în sănătate

1. Condiții ce au impus elaborarea proiectului

În procesul tranziției la economia de piață și edificarea unei societăți democratice, Republica Moldova s-a confruntat cu multiple și diverse probleme, iar declinul economic a avut un impact negativ major asupra sectorului spitalicesc, consumator a unui volum semnificativ de resurse alocate sistemului de sănătate.

Pe parcursul ultimilor 20-25 ani nu s-a efectuat investiții semnificative în sectorul spitalicesc, iar în prezent, infrastructura spitalelor este într-o stare deplorabilă. În marea sa majoritate dispozitivele medicale existente sunt învechite sau nu mai funcționează, iar uneori este chiar periculos pentru personalul medical și pacienți. Procurarea și instalarea sa în diferite spitale raionale și municipale necesită a fi efectuat în comun cu Ministerul Sănătății și argumentat din punct de vedere al necesităților reale și al cost-eficienței.

Implementarea reformelor sectorului spitalicesc necesită a fi efectuată cu implicarea mai activă a investițiilor private în sectorul public și în special în condițiile parteneriatului public-privat.

Necesitatea racordării asistenței medicale spitalicești la cerințele europene și în scopul asigurării funcționării unui sistem de sănătate modern și cost-eficient, proiectele de parteneriat public-privat în domeniile sănătății sunt oportunități reale și, la moment, cele mai argumentate pentru a dota și echipa adecvat instituțiile medicale cu dispozitive medicale performante, precum și de a moderniza baza tehnico-materială a lor.

2. Principalele prevederi ale proiectului, locul în sistemul de acte normative

Proiectul hotărîrii Guvernului cu privire la inițierea parteneriatelor public private în sănătate, a fost elaborat în conformitate cu prevederile Legii cu privire la parteneriatul public-privat nr. 179-XIII din 10 iulie 2008 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2008, nr. 165-166, art. 605), cu modificările și completările ulterioare, Legii ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28 martie 1995 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, nr. 34, art. 373), în scopul eficientizării și sporirii calității asistenței medicale spitalicești, acordate de către instituțiile medicale publice: Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Republican și Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Oncologic.

Semnarea unui contract cu un investitor privat în domeniul sănătății, în condițiile parteneriatului public-privat, a fost inclusă și în matricea de politici din cadrul Acordului Republicii Moldova cu Uniunea Europeană privind acordarea suportului financiar la bugetul sistemului de sănătate.

Proiectul hotărîrii de Guvern aprobă inițierea parteneriatului public-privat pentru serviciul de imagistică medicală din cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalul Clinic Republican și a serviciului de radioterapie din cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic.

Totodată se stabilește că Ministerul Sănătății în termen de 2 luni va înainta spre probare obiectivele proiectelor de parteneriat public-privat menționate în punctul 1, condițiile realizării parteneriatului public-privat, cerințele generale privind selectarea partenerului privat și modelul contractului de parteneriat public-privat.

3. Argumentarea și gradul compatibilității proiectului cu legislația comunitară

Proiectul propus este în concordanță cu Legea cu privire la parteneriatul public-privat nr. 179-XIII din 10 iulie 2008, care a fost elaborată în cadrul Proiectului „Dezvoltarea parteneriatului public-privat”, implementat de programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare, și cu alte actele normative internaționale în domeniu.

4. Fundamentarea economico-financiară

Implementarea proiectelor de parteneriat public-privat în condiții avantajoase pentru sectorul public și investitorul privat acordă oportunitate reală și argumentată pentru finanțarea sectorului public de sănătate cu mijloace financiare reale și la zi. Cu atât mai mult că tariful achitat de Compania Națională de Asigurări Medicale achitat pentru serviciile medicale nu prevede dotarea și echiparea instituțiilor medicale cu dispozitive medicale performante, care sunt foarte costisitoare și reprezintă o povară majoră a bugetului Fondatorului acestor instituții.

La moment, Ministerul Sănătății, dar și Consiliile raionale și municipale, în calitate de Fondatori, nu dispun de surse financiare disponibile pentru modernizarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale și cu atât mai mult pentru dotarea lor cu dispozitive medicale performante

5. Materiale informative și analitice

În calitate de material analitic și informativ la prezentul proiect se anexează Raportul privind dezvoltarea parteneriatelor public-private în sănătate, elaborat de consultantul internațional al Corporației Financiare Internaționale în cadrul Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială”, cu suportul financiar al Băncii Mondiale.

6. Numele participanților la elaborarea proiectului

La elaborarea proiectului hotărârii Guvernului cu privire la inițierea parteneriatelor public private în sănătate, a participat grupul de lucru al Ministerului Sănătății, format din specialiști ai Ministerului Sănătății, conducătorii Instituției Medico-Sanitare Publice Spitalul Clinic Republican și a Instituției Medico-Sanitare Publice Institutul Oncologic, reprezentanți ai Ministerului Economiei, a Agenției proprietății Publice, a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, experții Corporației Financiare Internaționale și copnsultantul local al Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială”, etc.

În luna august intențiile și chestiunile legate de inițierea proiectelor de parteneriat public-privat pentru cele 2 instituții au fost discutate și acceptate în cadrul Ședinței Colegiului Ministerului Sănătății.

Ministru

Vladimir HOTINEANU

DEZVOLTAREA PARTENERIATELOR PUBLIC PRIVATE

**Proiectul pentru servicii medicale și asistență socială
(Project ID No. 095250)**

Contract WB No. CO/11/IDA

Număr IFC P.O.: 0007717136

RAPORT FINAL

Pregătit de Dana Burduja

Revizuit de Robert Taylor

IFC Advisory Services, Contract no 7717136

PRESCURTĂRI ȘI ACRONIME

MS	Ministerul Sănătății
ME	Ministerul Economiei
MF	Ministerul de Finanțe
BM	Banca Mondială
IFC	International Finance Corporation
RM	Republica Moldova
CNEAS	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
CMSS	Centrul de Management al Serviciilor de Sănătate
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
PMB	Pachetul Minium de Beneficii
CDM	Centrul de Diagnostic Medical
PPP	Parteneriat Public Privat
BERD	Banca Europeană pentru Reconstrucție și Dezvoltare
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
TR	Termeni de referință
UE	Uniunea Europeană

CUPRINS:

1. Rezumat, principalele concluzii și recomandări.....	3
2. Scopul și obiectivele proiectului, obiective specifice și activități	5
3. Riscuri și oportunități pentru reglementarea, organizarea și dezvoltarea serviciilor private de sănătate și a PPP.....	14
4. PPP în sănătate – prezentare generală, exemple, documente de licitație și modele de contracte.....	18
5. Lista tranzacțiilor propuse, priorități și planificare în timp	32
6. Concluzii și recomandări.....	43
7. Bibliografie.....	45
8. Anexe.....	46

1. Rezumat, principalele concluzii și recomandări

Acest raport a fost elaborat de Dana Burduja, Consultant pentru Proiectul Ministerului Sănătății din Republica Moldova pentru servicii medicale și asistență socială finanțat de Banca Mondială (ID No. 095250) și IFC Advisory Services Washington (PO 0007717136) și revizuit de Robert Taylor, IFC Advisory Services Washington. Cele 4 misiuni la Chișinău au avut loc în Septembrie 22 – Octombrie 3, 2008, Noiembrie 17-28, 2008, Decembrie 17, 2008 și Februarie 2-11, 2009.

Raportul prezintă principalele aspecte legate de scopul, obiectivele și activitățile proiectului, identifică punctele slabe (barierele) și punctele forte, precum și principalele oportunități și riscuri pentru reglementarea activității din sectorul de sănătate privat, dezvoltarea tranzacțiilor de sănătate în PPP și face o serie de recomandări pentru dezvoltarea sectorului privat și implementarea PPP pentru sănătate în Republica Moldova.

După faza inițială, scopul proiectului și obiectivele generale au rămas similare celor din termenii de referință, cu excepția strategiei pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate private din Republica Moldova. După o serie de discuții cu Clientul/Beneficiarul (reprezentat de MS) și agențiile finanțatoare s-a agreat reformularea acestui obiectiv după cum urmează: *„Dezvoltarea unui plan de eliminare a barierelor aflate în calea furnizării de servicii private de sănătate în țară și alinierea reglementărilor sectorului public pentru a permite funcționarea integrată”*.

În cursul vizitelor s-a constatat că în Republica Moldova există premisele de bază necesare pentru implementarea PPP pentru sănătate. Faptul că prima versiune a Legii PPP a fost publicată (la începutul lui Septembrie 2008), conținutul Legii, dorința politică și expertiza tehnică a partenerilor, existența prealabilă a unor PPP pentru sănătate operaționale și deschiderea CNAM către contractarea furnizorilor privați de servicii reprezintă garanția de bază pentru o implementare de succes a activităților acestui proiect.

Pe de altă parte, unele reglementări specifice sectorului încă sunt neclare, incomplete sau fac obiectul unor interpretări diferite (cum ar fi cele legate de monopolul statului în furnizarea anumitor servicii, inclusiv de sănătate, sau restricția pentru furnizorii privați de îngrijiri de sănătate de a lucra în clădirile furnizorilor publici de servicii de

sănătate) – și acestea pot deveni bariere importante în implementarea PPP; unele dintre acestea au fost deja depășite prin revizuirea și adaptarea legislației necesare, ca rezultat direct al activităților proiectului curent.

Principalele recomandări pentru continuarea proiectului pe termen mediu și lung sunt prezentate în continuare; acestea se bazează pe analiza SWOT prezentată în detaliu în Capitolul 3 al acestui raport:

- *Revizuirea legislației specifice pentru a coordona furnizarea privată și publică a serviciilor de sănătate, precum și pentru a încuraja implementarea PPP pentru sănătate*
- *Susținerea conform reglementărilor potrivite a practicii furnizorilor privați de servicii de sănătate, inclusiv în domeniul asistenței primare*
- *Atragerea de fonduri suplimentare de la sectorul privat pentru funcționarea furnizorilor publici și privați de servicii de sănătate*
- *Stabilirea unor criterii standard comune pentru evaluarea, acreditarea, contractarea, monitorizarea și evaluarea atât a furnizorilor publici cât și a celor privați de servicii de sănătate, în special pentru furnizarea de servicii publice*
- *Identificarea și replicarea/dezvoltarea celor mai bune modele de PPP pentru contextul sectorului de sănătate din RM*

2. Scopul și obiectivele proiectului, obiective specifice și activități

Scopul proiectului:

Așa cum este specificat în termenii de referință și după clarificări din partea MS, scopul proiectului poate fi (re)formulat după cum urmează:

“Creșterea calității serviciilor furnizate populației generale în conformitate cu așteptările acesteia; asigurarea accesului echitabil al populației la serviciile de sănătate potrivite și de calitate necesară”

Acest scop al proiectului este susținut de asemenea și de documente strategice oficiale asumate de Guvernul RM: Strategia Națională de Dezvoltare 2008-2011 (și planul corespunzător de acțiune pentru implementare), Politica Națională de Sănătate, Strategia de Dezvoltare a Sectorului Sanitar pentru 2008-2017.

Strategia Națională de Dezvoltare stabilește 3 arii majore de intervenție pentru MS în sectorul de sănătate pentru a facilita dezvoltarea PPP:

1. Revizuirea și completarea cadrului de reglementări pentru furnizarea privată a serviciilor de sănătate
2. Identificarea unor variante posibile de externalizare a serviciilor de suport non-clinice (alimentație, spălătorie, securitate etc.)
3. Revizuirea și completarea cadrului de reglementări pentru a stimula și susține asigurările de sănătate complementare

Principalele instrumente pe care le sugerăm a fi folosite pentru implementarea scopului proiectului, cu suport din partea sectorului privat și cu ajutorul PPP sunt:

- 🚧 Creșterea *eficienței managementului și responsabilității furnizorilor de servicii* pentru rezultatele obținute
- 🚧 Îmbunătățirea *infrastructurii și tehnologiilor medicale*, prin atragerea de *fonduri private*, suplimentar față de cele existente publice/guvernamentale

- ✚ *Motivarea și sporirea satisfacției personalului medical, prin permiterea, stimularea și promovarea implicării acestuia în furnizarea privată a îngrijirilor medicale, într-un mediu corect reglementat*

Proiectul are 3 obiective specifice pentru atingerea scopului proiectului:

- I. Asigurarea cadrului legal/de politici/reglementări favorabil pentru facilitarea îngrijirilor private de sănătate și PPP***
- II. Dezvoltarea unei strategii pentru eliminarea barierelor aflate în calea furnizării de îngrijiri private de sănătate în țară și alinierea reglementărilor sectorului public pentru a permite operarea integrată a celor două sectoare***
- III. Identificarea oportunităților pentru PPP în sănătate și sugerarea până la 10 elemente inițiale (cu valoare înaltă) precum și a unui calendar de implementare a acestora – inclusiv identificarea oportunităților și posibilelor surse de finanțare (ex. IFC , BERD, etc)***

Luând în considerare obiectivele specifice menționate mai sus, rezultatele discuțiilor din cursul primei vizite și recente modificări legislative din RM (Legea PPP 179, Sept 2008) a fost considerat important ca, pe lângă specificațiile inițiale din TR, operarea integrată a sectoarelor public și privat de sănătate va constitui baza pentru implementarea viitoare a oricărei tranzacții PPP.

Activități (Vezi de asemenea Anexa cu lista întâlnirilor de la Chișinău)

- ✚ *Revizia tuturor informațiilor relevante despre sistemul de sănătate moldovean din perspectiva PPP*


După revizia celor mai oficiale documente puse la dispoziție de partenerii din MS s-a dovedit că dezvoltarea contată a sectorului privat de sănătate, ca și implementarea PPP în sănătate sunt stabilite ca

priorități atât ale agendei politice cât și ale agendei de politici de sănătate.

Aceste priorități sunt stabilite pentru moment la nivel general, proiecte ca cel curent fiind responsabile pentru stabilirea unor pași practici de implementare (ex. Proiectul UNDP PPP, ME etc.)

Documentele menționate mai sus sunt următoarele:

- i. Legea PPP 179-XVI din 10.07.2008
- ii. Matricea politicilor de sănătate stabilită cu Delegația UE în RM
- iii. Decizia Guvernului pentru adoptarea Politicii Naționale de Sănătate no. 886 din 06.08.2007
- iv. Decizia Guvernului pentru adoptarea Strategiei Naționale de Sănătate pentru 2008-2011 no. 1471 din 24.12.2007
- v. Decizia Guvernului pentru adoptarea Planului de Acțiune pentru Strategia Națională de Sănătate pentru 2008-2011 no. 191 din 25.02.2008
- vi. Legea no. 295-XVI din 21.12.2007 pentru aprobarea Strategiei naționale de Dezvoltare 2008-2011

 *Realizarea unui sinopsis al situației economice și a sistemului de sănătate, a dificultăților și nevoilor după întâlniri cu persoane oficiale pentru discutarea programului/inițiativelor de reformă în ce privește implementarea PPP (MS, ME, MF, Parlament)*

Urmare a discuțiilor cu partenerii (după cum este reflectat în anexa cu lista întâlnirilor), au fost trase următoarele concluzii:

⇒ **Ministerul Sănătății:**

MS este de acord să revizuiască și să adapteze cadrul legislativ pentru sectorul de sănătate în așa fel încât furnizorii privați de îngrijiri de sănătate să își poată desfășura activitatea sub reglementări similare cu cei publici. Pe baza discuțiilor avute, s-a dovedit că cel mai potrivit mod de a realiza acest lucru în manieră coerentă este acela de a aduce amendamente Legii generale a Sănătății. Această inițiativă ar trebui să fie susținută de asemenea de o sporire a capacității instituționale a instituțiilor respective (CNAM, MS, CMSS, CNEAS) pentru monitorizarea și controlul furnizării de servicii de sănătate de către furnizorii privați. Din punct de vedere practic, oportunitatea care poate fi folosită pentru a face aceste amendamente este specificația privind armonizarea legislației pentru a sprijini Legea PPP, care trebuie să fie realizată în 6 luni de la publicarea Legii PPP (Sept. 2008).

Din punct de vedere al tranzacțiilor PPP potențiale, a fost sugerată stabilirea priorităților. Tranzacțiile care ar putea să apară pe termen scurt, din punctul de vedere al MS: centre medicale, inclusiv servicii de îngrijiri primare în zone dezavantajate, îndepărtate, externalizarea serviciilor de suport clinice și non-clinice din spitale, aripi private/cazare privată în spitalele cu capacități nefolosite/neterminale, instituții care oferă servicii specializate (cum ar fi medicina sportivă, reabilitarea etc.). O listă completă a intervențiilor propuse pe termen scurt și mediu va fi prezentată după consultări extensive cu MS în faza finală a proiectului și vor fi incluse atât în Concluziile și Recomandările fazei 2 (variantă în lucru) cât și în Raportul Final.

⇒ **Ministerul Economiei:**

O serie de pași au fost făcuți pentru a începe implementarea proiectelor de PPP la nivelul Guvernului pentru distribuția energiei și infrastructură. În același timp, se fac eforturi pentru a constitui capacitatea instituțională la nivel central pentru implementarea PPP – inclusiv organizarea departamentului de PPP în cadrul Agenției pentru proprietate publică a ME. ME susține abordarea de la zero (Greenfield) pentru PPP din sănătate, sugerând că probabil schimbarea locațiilor inadecvate, ineficiente (din punct de vedere managerial) ale unor instituții medicale publice poate fi decisă ca parte a unor proiecte viitoare de PPP.

⇒ **Ministerul Finanțelor:**

Din punctul acestuia de vedere nu există obstacole majore în ce privește operarea sectorului privat sau implementarea PPP în sănătate. În ce privește Legea PPP, ul MF ar fi de a monitoriza și conta alocarea și cheltuirea surselor bugetare centrale publice către operatori privați din PPP (cum ar fi investiții de capital, alocații bugetare ale MS etc.). O atenție specială (și la timp) trebuie să fie acordată specificațiilor din Legea Bugetului de Stat atunci când implicarea finanțării publice este prevăzută în anumite arii.

⇒ **Comisia pentru Servicii de Sănătate și Sociale a Parlamentului RM:**

S-a căzut de acord ca această Comisie să fie consultată mai târziu, odată ce schimbările legislative propuse vor fi fost clarificate în cadrul MS și cu alți parteneri implicați.

- ✚ *Realizarea unui sinopsis al impactului finanțării sănătății și sistemului de rambursare a furnizorilor de servicii asupra sectorului privat și dezvoltării PPP după întâlnirea cu Compania Națională de Asigurări în Medicină*

Acest subiect a fost în principal abordat în cursul întâlnirilor cu Directorul CNAM și cu șeful departamentului de asigurări de sănătate din cadrul MS. Unele aspecte relevate de aceste discuții:

- i. În prezent, principala preocupare în sistemul public de asigurări de sănătate este extinderea acoperirii și contribuțiilor pentru populația activă, inclusiv tranziția câtorva programe naționale curative de la MS la CNAM
- ii. Ținând cont de importanța acestui aspect, asistența tehnică pentru recomandări pentru cele mai bune opțiuni pentru atingerea acestui scop a fost contractată de proiectul HSSAP cu experți OMS

Este de remarcat că în RM este definit un Pachet Minim de Beneficii pentru asigurările de sănătate – așa încât asigurări de sănătate potențial complementare pot co-exista cu ușurință pentru a asigura serviciile excluse din pachetul de bază.

Definirea clară a serviciilor acoperite va ajuta de asemenea stimularea utilizării de mecanisme moderne de procurare și plată a serviciilor furnizorilor de servicii de sănătate (achiziție activă) inclusiv: o combinație de per capita și plată per serviciu pentru îngrijirile primare și în ambulatoriu, și un tip de plată bazată de caz pentru serviciile oferite în spitale. Este clar că există o nevoie de a revizui și rafina aceste mecanisme conform practicilor moderne – așa încât MS folosește proiectul HSSAP ca pe un instrument de a contracta de asemenea asistență tehnică pentru acest subiect (TR erau în curs de elaborare la momentul în care raportul a fost livrat).

În 2008 CNAM avea contracte active cu furnizori privați de servicii din PMB; cea mai comună problemă/limitare a procesului de contractare atât cu furnizorii publici cât și cu cei privați este capacitatea instituțională a CNAM de a monitoriza și conta volumul și calitatea serviciilor contractate și plătite.

Din punct de vedere al CNAM, cele mai de dorit PPP ar acoperi servicii înalt specializate din PMB (sau posibil de a fi incluse în viitor) care necesită tehnologie înaltă, sunt dificil de a fi oferite de sistemul public din cauza constrângerilor legate de capacitate cu echipamentul și instituțiile existente și care sunt dificil de replicat în sectorul public deoarece acestea au nevoie de investiții de capital masive (cum ar fi chirurgia ochiului, endo proteze etc.). Introducerea PPP, potențial pentru aceste tipuri de servicii ar genera de asemenea un beneficiu

suplimentar prin adoptarea unor practici de management moderne și eficiente, care ar putea fi translatate și în sistemul public.

🚦 Analiza sectorului privat de sănătate

Ultimele date disponibile și prezentate de CNAM pentru 2007 arată existența a 538 furnizori de servicii de sănătate neguvernamentali, dintre care 458 sunt organizați sub formă de companii private. Aceasta reprezintă dublul numărului unităților publice (240). Cheltuielile private pentru servicii de sănătate furnizate public reprezintă doar 11% din cheltuielile publice de sănătate. Dacă adăugăm la această cifră plățile directe pentru servicii private, plățile informale și (co) plățile pentru medicamente este evident că cheltuielile private pentru sănătate cresc în mod contant, reprezentând (conform estimărilor OMS) aproximativ 40% din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate.

Tot 11% este și proporția reprezentată de numărul de medici care lucrează în practici private (combinate – 30% sau în afara practicii din sistemul public) iar asistentele medicale reprezintă 5% din practica privată.

Este clar acum că dezvoltarea sectorului privat de sănătate a devenit o preocupare importantă a mediului de afaceri din RM precum și a instituțiilor publice responsabile de reglementarea operațiunilor din sectorul de sănătate. Ca în majoritatea cazurilor, organismele de reglementare și instituțiile reacționează mai încet decât dezvoltarea pieței, astfel încât încă mai există unele părți neclare, contradictorii sau lipsă din procesul de reglementare.

Din perspectiva tipurilor de servicii, sectorul privat este concentrat în domeniul medicamentelor și stomatologiei – ambele datorită nevoii limitate de investiții de start și unei legislații mai clare. Un număr similar de companii private oferă servicii în ambulatoriu, în special concentrate în zonele urbane din Chișinău și Bălți.

Teoretic, furnizarea privată de servicii de sănătate ar trebui să fie foarte asemănătoare cu furnizarea publică a unor servicii similare; diferențele majore se referă la autorizarea (și re-autorizarea) companiilor private de către Camera Națională de Licențiere și la aprobarea statutului lor intern de reglementare de către MS. Dacă evaluarea, acreditarea, contul și monitorizarea activității furnizorilor privați de servicii care au contract cu CNAM pentru *pacienți publici* este realizată exact la fel ca cea a furnizorilor publici (inclusiv cu aspecte

pozitive și negative), situația este diferită pentru furnizorii care *oferă servicii pur private* – situație mai lejeră și lipsă a contului tuturor aspectelor activității lor menționate mai sus.

Eforturi recente ale MS din cursul ultimilor 2 ani susțin și încurajează introducerea practicii private pentru medicii de familie, precum și în arii dificil de acoperit și organizat de sectorul public (îngrijiri paleative, îngrijiri la domiciliu, reabilitare etc.). Această inițiativă ar trebui să fie puternic încurajată și susținută, dat fiind că existența și conducerea bună a acestor tipuri de servicii ar reîntări principiile generale de reformă ale Guvernului și obiectivele sectorului de sănătate.

După consultări cu reprezentanți ai furnizorilor privați de servicii de sănătate („Asociația Medicilor Privați”) și companii individuale s-a căzut de acord că o colaborare bună și benefică între sectorul public și cel privat va avea nevoie de cel puțin 3 elemente care să fie rezolvate printr-o abordare colaborativă:


- i. Eliminarea specificațiilor de tip monopol de stat privind furnizarea serviciilor de sănătate
- ii. Folosirea unui set comun de standarde privind organizarea, furnizarea și costul serviciilor de sănătate publice și private
- iii. Pentru a implementa și opera PPP de succes în sectorul de sănătate (în final bazate pe modelele existente), furnizorii privați de servicii au fost de acord că barierele legislative care interzic furnizorilor privați oferirea de servicii în clădirile furnizorilor publici ar trebui să fie îndepărtate.

Merită să fie menționat că prezența în RM a unor PPP funcționale în domeniul sănătății oferă referințe utile pentru dezvoltare viitoare – fie pentru a construi pe bazele existente fie pentru a evita experiențele negative. Există centre medicale private care colaborează cu instituții private pentru oferirea de servicii de sănătate și unele dintre acestea au de asemenea contracte individuale cu CNAM pentru pacienți publici.


Unul dintre exemplele din care poate fi învățat este parteneriatul dintre un furnizor public de servicii clinice și o companie privată pentru externalizarea unor servicii specifice non-clinice de suport. Se pare că poziția de monopol a companiei private pe piață a dus la creșterea tarifelor și scăderea calității serviciilor furnizate.

În concluzie, implementarea PPP viitoare ar trebui să ia în considerare următoarele aspecte:

- a) Adoptarea și urmărirea unei metodologii standard pentru pregătirea și implementarea contractelor de PPP, reflectând specificațiile legislative locale și bazate pe cele mai bune practici internaționale
- b) Eliminarea barierelor monopolului de stat pentru oferirea unor anumite tipuri de servicii
- c) Selectarea acelor intervenții pentru PPP care vor aduce un beneficiu considerabil pentru ambele părți: profitabilitate pentru sectorul privat, calitate înaltă și sporirea accesului la servicii furnizate pacienților și reducerea costurilor generale pentru sistemul public.

 *Identificarea altor inițiative PPP în proiecte ale altor donori internaționali în sectorul de sănătate din RM*

După prima misiune nu au fost identificate alte inițiative PPP concrete; totuși este de notat că majoritatea documentelor donurilor internaționale cu Guvernul RM sau direct cu MS specifică drept condiție importantă (în legătură cu eliberarea de donații sau împrumuturi) optimizarea activității sectorului privat de sănătate și promovarea PPP în sănătate (BM, UNICEF, OMS, IFC etc).

 *Întâlniri cu parteneri potențiali: furnizori de servicii publice și privați, investitori, alte agenții guvernamentale*

Câteva întâlniri au fost organizate în cursul celor 4 misiuni la Chișinău. Experiențe relevante au fost dobândite în cursul următoarelor:

- Întâlnire cu reprezentanți ai Universității de Medicină:
 - ✓ Evaluarea proiectelor PPP potențiale în diferite arii: fabrici de producere a medicamentelor, clinici ambulatorii de reabilitare, CDM pediatrie
- Întâlnire cu furnizori privați de servicii:
 - ✓ Extinderea afacerii curente în formă de PPP;
 - ✓ Participare în noi forme de PPP (ex. externalizarea serviciilor clinice de suport din spitale)
- Întâlnire cu furnizori publici de servicii:
 - ✓ Institutul Republican de Cardiologie pare să fie unitatea cea mai potrivită pentru a furniza servicii care în prezent nu sunt disponibile per se (reabilitare pentru cardiologie, proceduri cardiologice de înaltă tehnologie pentru diagnostic și tratament)



Workshop pentru diseminare și consens

Pe 9 februarie 2009, MS împreună cu IFC Advisory și IFC România și echipele biroului BM și IFC din Moldova au organizat un workshop de diseminare și obținere a consensului pentru a informa și a se consulta cu principalii parteneri din sectorul de sănătate asupra recomandărilor pe termen scurt, mediu și lung pentru integrarea furnizării publice și private a serviciilor și ariilor potențiale pentru PPP în sănătate. Agenda detaliată și lista participanților se găsesc în Anexe.

3. Riscuri și oportunități pentru reglementarea, organizarea și dezvoltarea serviciilor private de sănătate și a PPP

Am realizat o analiză SWOT pentru a stabili punctele tari, slăbiciunile (barierele), oportunitățile și amenințările (și acțiunile preventive corespunzătoare) privind dezvoltarea serviciilor private de sănătate și a PPP. Principalele noastre concluzii sunt rezumate mai jos.

PUNCTELE TARI

- Dorința politică (reflectedată în documente politice strategice și planuri, legislația principală și implicarea personalului tehnic din ministere)
- Creșterea economică semnificativă
- Deschiderea decidenților pentru revizuirea reglementărilor și aplicarea unui set consistent de reguli pentru operarea, monitorizarea și controlul atât al furnizorilor publici cât și privați
- Nevoile de sănătate care nu pot fi satisfăcute de sectorul public din cauza investițiilor mari necesare

SLĂBICIUNI (bariere)

- Accesul restricționat al furnizorilor privați pentru furnizarea unor servicii (de ex: obstetrică, oncologie, medicina muncii etc.) – legislație neclară a monopolului de stat
- Acces preferențial al furnizorilor publici la spațiile disponibile pentru a fi închiriate
- Reducerea nivelului investițiilor autorităților locale în infrastructura existentă în sectorul public de sănătate – care ar putea fi de asemenea operată de furnizori privați, aducând în plus investiții în tehnologie
- Management modern și instrumente de control al calității limitate folosite în furnizarea de servicii de sănătate, atât în sectorul public cât și în cel privat
- Reglementare și control lax și neclare ale furnizorilor privați (în special a celor care oferă servicii publice)
- Migrarea forței de muncă medicale și formarea de specialitate a personalului medical înalt calificat în afara țării
- Existența unor reglementări "gri" în arii cheie ale furnizării de servicii medicale de către operatori privați

OPORTUNITĂȚI

- Dezvoltarea sistemului de asigurări sociale de sănătate și revizuirea mecanismelor de plată a furnizorilor sunt realizate și continuă să fie îmbunătățite
- S-a realizat transferul proprietății instituțiilor publice de sănătate către autoritățile locale, precum și autonomia juridică și financiară a unor furnizori. Considerăm că aceasta este o oportunitate indirectă care ar putea permite o mai mare libertate a autorităților locale de a căuta și pune în practică PPP pentru instituțiile lor de sănătate.
- Există un sector privat în dezvoltare, cu competiție și auto-reglementare
- Există deschidere în asistența primară pentru practica privată, în special pentru practica de grup
- Diferite modele de PPP sunt deja operaționale, unele au succes (dar uneori operează sub reglementări „gri”): furnizarea de servicii medicale, servicii de suport (clinice și non-clinice)
- Un exces de infrastructură moștenită de la organizarea anterioară a sectorului public de sănătate care ar putea fi redirectionată către proiecte PPP

AMENINȚĂRI (și acțiuni preventive)

- **MENTALITATEA:** mai multe informații, transparentă; este necesară implicarea activă a personalului tehnic responsabil.
- **Stabilitatea politică:** transferarea procedurilor de implementare către personalul de nivel tehnic, după obținerea acordului/consensului politic. Aceasta ar oferi programului PPP un grad mai mare de credibilitate și transparentă pentru investitori/operatori potențiali.
- **Antecedentele de corupție din regiune** au efect negativ asupra atragerii investitorilor (în special străini). Va fi necesar să se pună în practică standarde adecvate și proceduri recunoscute internațional pentru implementarea PPP, bazându-se pe asistența instituțiilor specializate pentru susținerea procesului (IFC, BERD, BM etc.).
- **Experiența limitată în lucrul cu concepte și tranzacții PPP:** aceasta poate fi depășită prin informare și documentare, colaborare cu alte sectoare implicate (autorități centrale cum ar fi ME, MF, donori și instituții internaționale etc.)
- **Utilizarea resurselor publice pentru beneficiul operatorilor privați** poate fi controversată politic. Acest fapt poate fi depășit prin licitații și aranjamente contractuale clare, corecte și stabile pe termen mediu și lung.
- **Dezvoltarea explozivă și necontată a sectorului privat** poate submina încrederea publicului în PPP. Aceasta poate fi rezolvată

prin aplicarea unor reglementări stricte dar corecte atât pentru furnizorii publici cât și privați, contând volumul fondurilor publice contractate de furnizorii privați și asigurând faptul că fondurile publice sunt legate de ținte contractuale de volum și calitate a serviciilor.

ADAPTAREA ȘI REVIZIA CADRULUI LEGISLATIV

Legea PPP 179-XVI stabilește că în 6 luni de la publicare (02.09.2008) Guvernul va alinia reglementările tuturor sectoarelor cu specificațiile Legii PPP. Folosind această oportunitate MS ar putea sugera o revizie generală a Legii Sănătății – pentru a alinia cadrul legislativ la eforturile curente de reformă a sănătății în ariile PPP sau cel puțin ar putea să sugereze schimbări individuale ale reglementărilor majore care sunt analizate în acest raport.

Mai jos este o listă a principalelor specificații legale care ar trebui modificate fie printr-o revizie consistentă a Legii Sănătății fie prin abordarea unor aspecte specifice ale legislației:

Decizia Guvernului no. 582/1995 privind reglementarea monopolurilor

Actuala DG este neclară; deși actul nu interzice specific furnizarea serviciilor medicale listate în Anexa 2, au fost raportate situații în care furnizorilor privați li s-a refuzat eliberarea autorizației în acele arii de activitate menționate din cauza unor definiții și specificații neclare.

Devine chiar și mai clar că acest tip de specificații legislative trebuie corectate atunci când examinăm lista din Anexa 2, cu serviciile preferate de furnizorii privați: chirurgie, monitorizarea sarcinii și nașterea, serviciile oncologice etc. Este evident că interpretarea textului legii este diferită pentru diferite situații. În RM există furnizori privați care execută proceduri chirurgicale (unele dintre acestea fiind contractate de CNAM), dar pe de altă parte nașterile nu sunt permise în instituții medicale private. Recomandăm ca odată ce monopolurile au fost abolite, reglementări stricte să fie instituite pentru controlul de stat al unor arii sensibile cum ar fi importul, exportul, producția și distribuția de substanțe narcotice și altele.

Vrem să subliniem că recomandarea noastră este de a elimina monopolul asupra întregii liste din Anexa 2 în același timp cu crearea unor reglementări specifice pentru fiecare serviciu, fără restricții

asupra tipului de instituție (publică sau privată) care poate oferi aceste servicii sub noile reglementări specifice adoptate.

Legea no. 411/1995 a Sănătății, cu toate modificările și amendamentele ulterioare

Este foarte probabil că implementarea PPP în RM poate avea loc numai după amendarea art. 4, pct. (4) care nu permite operarea furnizorilor medicali privați în clădirile aparținând furnizorilor publici. Această prevedere singură poate constitui o barieră pentru furnizorii privați care încearcă să intre într-un PPP cu o instituție publică, dar faptul că există deja alte companii care au contracte semnate înainte de adoptarea acestui amendament creează o situație și mai distorsionată.

Reglementări privind evaluarea și acreditarea furnizorilor de servicii medicale

CNEAS a sugerat introducerea unor reglementări specifice care să permită instituțiilor să aplice penalități furnizorilor care nu se conformează cerințelor legale privind procesul de evaluare și acreditare. Pare o idee bună, în conformitate cu specificațiile Camerei de Licențiere (care nu eliberează o re-licențiere fără ca furnizorul să fie acreditat) și ale CNAM (nici un contract cu CNAM pentru pacienți publici nu este permis fără ca furnizorul respectiv să fie acreditat de CNEAS).

4. PPP în sănătate – prezentare generală, exemple, documente de licitație și modele de contracte

PREZENTARE GENERALĂ

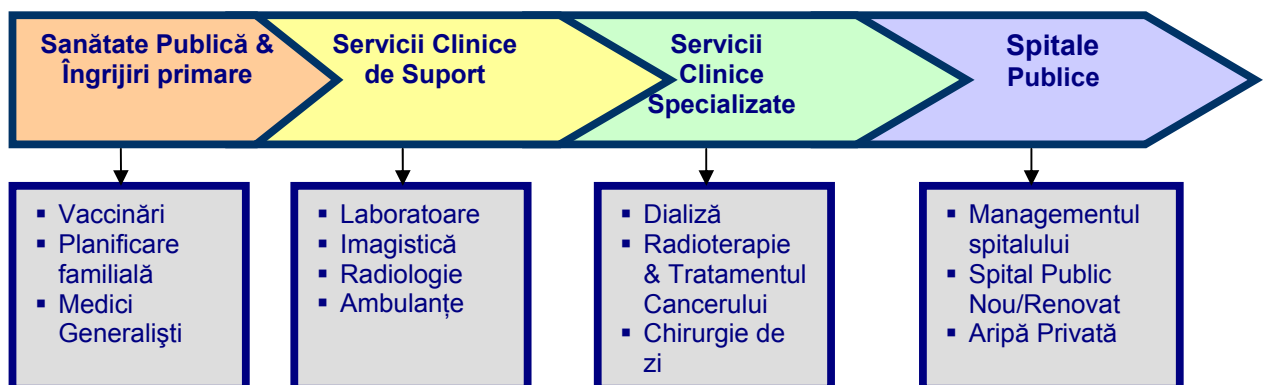
Global cheltuielile pentru sănătate reprezintă 9% din PIB (mai mult de 3 trilioane \$) și continuă să crească rapid în majoritatea țărilor din cauza:

- ❖ Cererii generale crescute din cauza creșterii veniturilor
- ❖ Modificarea profilului bolilor (boli cronice costisitoare cum ar fi HIV, diabet)
- ❖ Creșterea cererii duce la o folosire mai frecventă a echipamentului medical cu tehnologie cu costuri ridicate și produse farmaceutice sofisticate

În fața cererii în creștere, a costurilor sporite și a constrângerilor fiscale, multe guverne folosesc PPP pentru a îmbunătăți accesul și calitatea și în același timp pentru a reduce costurile fiscale imediate.

În cadrul unui PPP, un guvern (sau asigurator public de sănătate) ar contracta (tipic prin intermediul unei licitații) o companie privată (pentru profit sau non-profit) pentru a furniza o unitate și/sau servicii de îngrijiri medicale, tipic pentru pacienți finanțați public. Partenerul privat este în general responsabil pentru proiectarea, construirea, echiparea, finanțarea de capital și managementul unității medicale, precum și pentru furnizarea serviciilor, care pot fi limitate la managementul unității și servicii non-clinice (cum este în Marea Britanie modelul PFI) sau pot include de asemenea servicii clinice.

Un avantaj major al PPP pentru sănătate este că guvernul poate selecta dintr-o gamă largă de opțiuni în funcție de nevoi și circumstanțe. Mai jos sunt prezentate câteva exemple de PPP potențiale pentru servicii de sănătate.



CUM SUNT STRUCTURATE PPP

Tipic, un PPP în sănătate ar fi structurat după cum urmează:

- Guvernul semnează un contract cu un operator PPP pentru punerea la dispoziție a clădirii, echipamentului și serviciilor pe durata proiectului/contractului
- Operatorul PPP finanțează construcția și echipamentul, construiește și echipează clădirea, menține unitatea, aduce la zi echipamentul (după nevoi) și furnizează serviciile specificate pe durata contractului. Adesea operatorul PPP este de asemenea responsabil pentru proiectarea unității (cu încadrarea în parametrii specificați de guvern în documentele de licitație)
- Guvernul plătește periodic după ce unitatea/serviciul este realizat. Aceste plăți sunt de obicei indexate cu inflația anuală.
- Plățile sunt pentru rezultate/servicii și nu pentru investiții (cum ar fi clădiri sau echipament)
- Plățile sunt condiționate de anumite ținte de performanță (care pot include indicatori clinici și non-clinici), penalități se aplică pentru non-performanță
- Operatorul PPP își asumă un număr mare de riscuri care în mod normal ar fi asumate de un guvern (dacă unitatea/serviciul ar fi fost furnizate de sectorul public). În funcție de felul în care este structurat contractul, aceste riscuri transferate pot include:
 - Întârzieri ale construcției și depășiri ale costurilor planificate
 - Creșteri ale costurilor pentru intrări (personal, materiale etc.) care depășesc indexul anual al inflației stipulat în contractul PPP

- Costuri mai mari ale echipamentului, ale întreținerii echipamentului și ale înlocuirilor periodice
- Cheltuieli cu personalul incluzând angajări, concedieri și salarii
- Calitatea îngrijirilor și siguranța pacienților

Alocarea riscurilor pentru un spital „complet” în PPP (în care operatorul privat este responsabil pentru proiectarea, construcția, echiparea, finanțarea de capital și toate serviciile clinice și non-clinice) ar include următoarele:

Activitatea	Riscul	Sector Privat	Sector Public	Împărtășite
Proiectare	Deficiențe	√		
Construcție	Informații incorecte despre starea solului		√	
	Permisiunea de a construi		√	
	Titlu de proprietate		√	
	Utilități/infrastructura locației		√	
	Conectarea la utilități în cadrul locației	√		
Echipament	Depășirea costurilor	√		
	Întârzieri	√		
	Disponibilitate	√		
	Cost inițial	√		
	Costuri de înlocuire			√
Servicii Clinice și non-clinice	Siguranță	√		
	Operare/defecte	√		
	Disponibilitatea materialelor	√		
	Creșteri ale costurilor	√		
	Disponibilitatea personalului	√		
Forța majoră	Certificarea/autorizarea personalului	√		
	Calitate/siguranță	√		
	Întârzieri neprevăzute din cauza evenimentelor de forță majoră			√

TIPURI DE CONTRACTE PPP

Există o serie de diferite tipuri de aranjamente contractuale care variază în funcție de scopul responsabilităților date sectorului privat. Acestea pot include:

- ❖ *Contract de servicii – acesta poate implica contractarea unui anumit serviciu (de ex. curățenia din spital, spălătoria). De obicei în legislație nu se face nici o distincție între această formă de PPP și procurarea tradițională. Foarte adesea este dificil de sesizat diferența. Operatorul este plătit fie o sumă fixă fie o sumă per serviciu și își asumă doar riscul financiar pentru acel serviciu, nu pentru întreaga unitate. Contractele pentru servicii sunt tipic*

- scurte (1-3 ani) deoarece nu implică investiții majore și este ușor de repetat licitația și înlocui compania care asigură serviciul.
- ❖ *Contract de management – o companie privată operează un serviciu sau unitate care aparține guvernului, pentru o anumită perioadă de timp. Compania tipic primește o plată de management (care poate fi condiționată de performanță), dar nu își asumă nici un risc de operare sau de capital legat de funcționarea și modernizarea unității. Există exemple de companii internaționale de spitale care primesc o plată de management pentru a conduce spitale publice (dar fără să își asume riscuri financiare legate de operare sau investiții de capital). Acest tip de contract oferă cel mai mic transfer al riscului către sectorul privat. Deoarece nu există nici o investiție a companiei private, contractele de management tind să nu dureze mai mult de 5 ani. În cazul acestor aranjamente proprietatea rămâne a guvernului.*
 - ❖ *Închiriere sau acorduri de operare – un operator privat primește o autorizare sau dreptul de a opera un serviciu public, de obicei pentru o anumită perioadă de timp. Tipic, operatorul plătește o chirie guvernului (în loc să primească o plată de management) și își asumă riscurile financiare legate de operare. Această variantă este folosită adesea în situații în care nu este realist să se presupună sau cere ca operatorul să își asume responsabilități financiare mari pentru noi investiții de capital. Un dezavantaj major al acestei abordări este că separă responsabilitatea de operare (partenerul privat) de responsabilitatea pentru investițiile de capital (guvernul) ceea ce duce la posibilitatea ca operatorul privat să dea vina pe lipsa de investiții a guvernului pentru neatingerea țintelor operaționale de performanță. Contractele de închiriere/operare se încheie tipic pe 5-10 ani.*
 - ❖ *Acorduri de concesiune – deținătorul proprietății rămâne guvernul, dar operatorul privat este responsabil pentru toate operațiile și investițiile de capital pe parcursul perioadei contractului. Pentru folosirea proprietății guvernamentale sau municipale (furnizarea serviciilor) concesionatorul plătește un preț. Contractele de concesiune tind să fie pe termen lung (20-35 ani) pentru că acestea implică investiții private semnificative, adesea întinse pe o perioadă lungă de timp. Contractul de concesiune în care guvernul își păstrează proprietatea asupra unității este adesea folosit pentru unități existente care necesită modernizare semnificativă și unde nu ar fi acceptabil politic transferul proprietății bunurilor în sectorul privat.*

- ❖ *Construiește-Deține-Operează* – Contractorul construiește și operează o unitate fără transferul proprietății către sectorul public. Titlul legal al unității rămâne al sectorului privat și nu există nici o obligație a sectorului public să achiziționeze unitatea sau să preia titlul. Aceste contracte sunt de asemenea pe termen lung deoarece investițiile sunt mari și ca urmare investitorul are nevoie de timp suficient pentru a recupera investiția.

Durata contractelor PPP

În general, durata contractelor PPP depinde de mărimea investiției necesare și de durata de viață generală a unității. De exemplu, contractele pentru servicii pentru servicii non-clinice (alimentație, curățătorie, securitate) necesită puține investiții sau deloc în cadrul spitalului public și tipic au o durată scurtă cu reorganizarea licitației sau reînnoirea lor la fiecare 1-3 ani. Laboratoarele din cadrul spitalelor și imagistica necesită investiții mai mari din partea partenerului privat și tipic au contracte mai lungi (5-10 ani). Dacă nu este necesară nici o investiție din partea partenerului privat (de exemplu contractul de management sau închirierea pentru operații), atunci contractele tind să fie mult mai scurte (3-5 ani), dar cu posibilitatea de reînnoire (dacă performanța a fost satisfăcătoare) sau reluarea licitației (dacă legislația de achiziții publice a țării o cere).

Serviciu	Responsabilitatea operatorului PPP	Durata Media a Contractului
Servicii non-clinice	Toate serviciile, echipament, materiale și încadrarea cu personal	1-3 ani
Servicii clinice de suport (laboratoare de spital, radiologie)	Toate serviciile, echipament, materiale și încadrarea cu personal	5-10 ani (cu posibilitatea de reînnoire)

Servicii clinice specializate, cum ar fi: <ul style="list-style-type: none"> • Dializă în ambulatoriu • Radioterapie • Proceduri cardiace ambulatorii • Chirurgie de zi 	Toate serviciile (inclusiv tratamentul) echipament, materiale și încadrarea cu personal	5-10 ani Cu excepția radioterapie (15-20 ani)
Spital "PFI"	Proiectare, construcție, finanțare, echipare, întreținere, și toate serviciile non-clinice (serviciile clinice rămân în sectorul public)	20-30 ani
Spital "Complet" PPP	Proiectare, construcție, finanțare, echipare, întreținere, și operare (toate serviciile clinice și non-clinice)	20-30 ani
Managementul spitalului	Managementul tuturor serviciilor Nici o investiție	3-5 ani (de asemenea posibil de reînnoit)

Spitalele noi sau centrele de tratament al cancerului (cu echipament scump) tipic vor avea contracte de 20 de ani sau mai mult. Cu toate acestea, chiar și în aceste contracte există obligații pentru operatorul PPP de a înlocui și moderniza periodic echipamentul. Un proiect recent de PPP pentru un spital din Mexic a inclus un plan de înlocuire pe tip de echipament, dezagregat în echipament ce trebuie înlocuit la fiecare 2, 3, 5, 7, 10 și 15 ani, precum și o programare pentru clădire și echipamentul electro-mecanic.

O problemă majoră în cazul PPP în spitale este nevoia constantă de modernizare a echipamentului medical pentru a reflecta noile

tehnologii medicale. Aceasta creează risc pentru operatorul PPP dacă i se cere să modernizeze periodic echipamentul deoarece operatorul nu va ști care va fi capitalul sau costurile de operare pentru noile tehnologii care vor apărea.

Tipic contractele PPP rezolvă acest risc prin împărțirea lui între părți (operatorul PPP și MS). De exemplu, contractul poate stipula că operatorul PPP trebuie să înlocuiască/modernizeze echipamentul medical specific la fiecare X ani, dar dacă costul noului echipament depășește un anumit nivel specificat atunci un comitet comun (operatorul și MS) va evalua și stabili ce echipament va fi procurat și felul în care costul echipamentului va fi împărțit.

Același principiu se aplică pentru tratamentele medicale noi (mai scumpe). De exemplu, dacă operatorul PPP primește un buget global fix atunci va dori să evite tratamentele costisitoare cum ar fi transplantele. Contractul PPP ar trebui să includă specificații pentru felul în care operatorului i se va cere să realizeze asemenea tratamente și cum va fi rambursat.

Experiența Globală și Exemple

În continuare sunt prezentate diferite exemple globale de PPP în sănătate pentru variate tipuri de servicii, cu accent special pe spitale.

1. Servicii clinice specializate: Centre ambulatorii de dializă (România)
 - Guvernul a scos la licitație pentru ca operatori privați să preia, modernizeze/re-echipeze și asigure managementul centrelor ambulatorii de dializă din țară, acoperind 25% din pacienții cu dializă din țară
 - Patru operatori internaționali au participat la licitație și fiecare a câștigat două centre
 - Operatorii primesc plăți per tratament, cu responsabilitate completă asupra unităților, personalului și tratamentului
 - Contractele erau inițial pe patru ani, cu opțiunea pentru încă trei ani dacă operatorii decideau să construiască noi unități; toți au ales această opțiune.
 - Contractele includ noi standarde de bune practici pentru tratament și siguranța pacienților
 - O evaluare independentă după 4 ani a confirmat că PPP a dus la:
 - Calitate îmbunătățită a serviciilor și facilităților

- Investițiile private ale operatorilor totalizează US\$40m pentru modernizare și construcția de noi unități
 - Economii de aproape US\$4,5m pentru sistemul național de asigurări de sănătate
 - Procentul de clinici care se conformează standardelor naționale pentru realizarea testelor diagnostice pentru sânge a crescut de la 50–63% la 100%
2. Servicii Clinice de Suport: Servicii de Laborator de Spital (România)
- Un mare spital public (specializat în neologie) a scos la licitație pentru operatori privați preluarea laboratorului spitalului, reechiparea acestuia și furnizarea tuturor serviciilor
 - Licitația a fost câștigată de operatorul care a propus cel mai mare procent de reducere a prețului pentru testele de laborator pentru agenția națională de asigurări de sănătate
 - Noul operator a investit aproximativ 3 milioane \$ în echipament nou și a redus încadrarea cu personal la nivel eficiente
 - Numărul de teste de laborator și costurile pentru spital au scăzut cu 30% ca rezultat al eliminării corupției precedente (angajații laboratorului primeau mită de la companiile de reactivi pentru a face mai multe teste)
3. Servicii Clinice Specializate: Centre de Diagnostic și Chirurgie în Ambulatoriu (Marea Britanie)
- Guvernul Marii Britanii a scos la licitație pentru operatori privați construcția, finanțarea și operarea centrelor ambulatorii de diagnostic și chirurgie pentru a rezolva aglomerarea din sistemul public pentru procedurile de diagnostic radiologic și chirurgie în ambulatoriu
 - În prezent sunt peste 20 de centre deschise
 - Aceste centre sunt proiectate să furnizeze îngrijiri pentru 250.000 de pacienți în fiecare an
 - O a doua fază a licitației este pe cale a fi organizată și se așteaptă să furnizeze îngrijiri pentru încă 250.000 pacienți în fiecare an
 - NHS a scos la licitație contracte pentru ambulatoriu cu volum specificat, inițial pentru 5 ani
 - Pacienții NHS vor fi tratați gratis
 - Operatorii vor fi plătiți pe bază de contracte fixe

- Operatorul este responsabil pentru toate costurile de capital și operaționale pentru furnizarea serviciilor și își asumă riscul financiar pentru toate profiturile sau pierderile

4. Managementul unui Spital Public (Statul Sao Paulo, Brazilia)

- Guvernul statului Sao Paulo a finanțat, construit și echipat 28 de spitale noi în cadrul unor contracte tradiționale de construcții publice
- Apoi statul a contractat operatori de spitale „non profit” pentru managementul acestor spitale (inclusiv toate serviciile clinice și non-clinice)
- Operatorul este obligat să trateze toți rezidenții locali
- Operatorul primește un buget global fix de la bugetul de stat din care 10% depinde de atingerea unui anumit volum specificat de pacienți și a anumitor indicatori de calitate
- Operatorul este rambursat de la Stat pentru cheltuielile de capital
- Evaluări independente au confirmat calitatea înaltă a îngrijirilor oferite pacienților și operarea eficientă

5. Spital “PFI” Abbotsford, Canada

- Acest proiect urmează modelul “PFI” din Marea Britanie în care operatorul privat este responsabil pentru proiectarea, construcția, echiparea, finanțarea de capital, managementul unității și toate serviciile non-clinice, în timp ce sectorul public păstrează responsabilitatea pentru managementul spitalului și serviciile clinice
- Spitalul Regional Abbotsford și Centrul pentru Cancer este un spital și centru oncologic în valoare de US\$344m, cu 300 paturi deschis la mijlocul lui 2008
- Situația înainte de deschiderea spitalului
 - Spitalul originar a fost renovat ultima dată în 1980, iar nevoia unui nou spital în regiune a fost identificată încă din 1986, dar soluțiile de finanțare nu au putut fi găsite
 - Din 1980, populația din Abbotsford a crescut de 2,5 ori – noul spital și centru pentru cancer vor servi o populație de peste 330.000 persoane
- Rezultate așteptate
 - Construcția a fost finalizată la timp și încadrându-se în buget
 - Operatorul PPP a preluat cele mai bune practici din lume pentru a furniza un spital și centru de cancer nou de nivel mondial pentru rezidenții din Fraser Valley

- Proiectul a fost declarat de către Project Finance ca cel mai bun PPP din America de Nord în 2004
- Investiția de Capital – a adus aprox. CAD\$300m finanțare din sectorul privat
- Cost – Spitalul se așteaptă să aducă economii de costuri de CAD\$39m pe durata contractului. Spitalul este construit în manieră eficientă din punct de vedere al energiei în așa fel încât spitalul se așteaptă să consume cu aproximativ 38% mai puțină energie comparativ cu un spital care respectă codurile (economiiile costurilor energetice de operare vor fi de aproximativ CAD\$0.5m/an.)
- Calitate – pentru prima dată în istoria Provinciei, un centru de cancer va fi integrat într-un spital de la început permițând o continuitate a îngrijirilor. Cele mai bune echipamente au fost instalate pentru a furniza servicii mai bune.

6. Spital complet PPP: Spitalul Mildura, Australia

- În cadrul acestui proiect, operatorul privat este responsabil pentru proiectarea, construcția, echiparea, finanțarea de capital, managementul spitalului și toate serviciile clinice și non-clinice pentru un spital public nou cu 153 de paturi (pentru pacienți publici)
- Trebuie să trateze toți pacienții fără plată
- Finanțat de Guvern pe baza cazurilor (casemix) + donație fixă pentru activități de predare universitară
- Operatorul este obligat să obțină/mențină acreditarea, să trimită rapoarte lunare asupra indicatorilor clinici și să aibă volumele mari de activitate (frecvente sau scumpe) revizuite de un auditor extern
- Rezultate:
 - Costuri de construcție cu 20% mai mici decât în sectorul public
 - Costuri de operare mai mici decât ale spitalelor publice
 - Volum de pacienți cu 30% mai mare decât spitale publice comparabile

7. PPP pentru o Rețea Integrată Valencia (Spania)

- Departamentul pentru Sănătate din Valencia (DSV) a contractat un consorțiu pentru a proiecta, construi și opera un spital cu 250 de paturi pentru 10 ani (cu posibilitatea de prelungire cu încă 5 ani) cu RMN, chirurgie cardiacă, servicii de radioterapie

- DSV plătește consorțiului o plată anuală per capita pentru rezidenții din zonă și o plată DRG pentru pacienții din afara Ariei de Sănătate
- Din aprilie 2003, un nou acord este în funcție (Alzira II) cu o modificare a concentrării atenției de la managementul pur al spitalului către un sistem integrat de furnizare a serviciilor.
- Concesionarul furnizează îngrijiri primare și spitalicești sub un contract de concesiune pe 15 ani revizuit cu o opțiune de prelungire cu încă 5 ani și o plată per capita mai mare.
- Bugetul anual este de aproximativ \$125 milioane deservind o populație de 250.000 persoane.
- Acces: nu există liste de așteptare. În medie sunt 45 de zile între momentul în care un medic decide că pacientul are nevoie de o operație și momentul în care se face operația. Aceasta este un timp de așteptare cu 25% mai mic decât timpul de așteptare mediu din Spania care este de 60 de zile. Durata medie de spitalizare este de 5,1 zile, cea mai mică din Spania.
- Cost – Profiturile nu depășesc 6%. Eficiență mai mare: costuri medii pe an, per capita 62% din media altor spitale publice din provincia Valencia.
- Investiții – Contractul stipulează în plus încă \$50m în investiții pe durata contractului
- Calitate
- Indicatori de performanță legați de tratament/servicii clinice
- Peste jumătate (51%) din operațiile pe care le realizează spitalul nu implică internarea peste noapte. Plata medicilor este în funcție de performanță și un element important luat în considerare este numărul de pacienți pe care îi trimit acasă în aceeași zi.
- 95% dintre utilizatorii chestionați în spitalul Alzira anul trecut au fost satisfăcuți de serviciile oferite și ar folosi spitalul Alzira din nou dacă ar avea nevoie.
- Din aprilie 2003, un nou acord a modificat concentrarea atenției către un sistem integrat de furnizare a serviciilor și o creștere a plății per capita pentru a acoperi costurile oferirii de servicii de îngrijire primare.
- Succesul acestui model a dus la planificarea/implementarea de licitații pentru construirea a opt noi spitale în următorii câțiva ani în regiune, urmând modelul Alzira.

Lecții din Experiența Internațională

Din experiența globală de până acum este posibil să tragem câteva concluzii importante:

- Cu cât este mai mare transferul riscului și responsabilității către sectorul privat, cu atât câștigurile potențiale în eficiență și furnizarea serviciilor sunt mai mari, dacă contractul PPP este bine structurat și reglementat:
 - Management / furnizare a serviciilor de sănătate private, și nu doar infrastructura și serviciile non-clinice, poate duce la volume mai mari de pacienți, costuri mai mici și calitate / siguranță a pacientului mai bună
 - Cu toate acestea, crește nevoia de: (i) asistență tehnică în structurarea tranzacțiilor și contractului PPP; (ii) ținte clare de performanță și plăți/penalități legate de non-performanță; și (iii) monitorizare independentă a obligațiilor și performanței ambelor părți (guvern și operator PPP) și reglementări.
- Unitățile noi sunt mult mai ușor de acceptat politic decât încercarea de a implementa PPP în unități deja existente (în special managementul spitalelor publice). Aceasta reflectă o serie de factori:
 - Angajații din unitățile existente se opun adesea la PPP deoarece se tem că le va afecta siguranța locului de muncă (și plățile informale dacă acestea există)
- O atenție mai mare este necesară pentru reglementarea și implementarea siguranței pacienților și calității îngrijirilor. Când sectorul privat este implicat în furnizarea de servicii publice, există o mai mare sensibilitate publică și politică în ce privește rezultatele. Publicul în general tolerează întârzierile, plățile informale și erorile de tratament care apar în unitățile publice (pentru că este obișnuit cu decenii de tratament prost în unitățile publice) mai mult decât în cazul unităților PPP, chiar și atunci când nu plătesc direct furnizorului.
- În timp ce multe țări au experiență cu agenții de reglementare profesională independente pentru reglementarea concesiunii /PPP pentru infrastructură (ex. Apă, energie electrică, telefonie), în majoritatea țărilor nu există un tip similar de entitate pentru reglementarea contractelor PPP în sănătate. Majoritatea țărilor folosesc o combinație de monitorizare independentă, norme/reglementări ale MS și administrarea contractului de către asiguratorul național de sănătate.

- Rambursarea operatorului privat de către agenția națională de asigurări și/sau MS trebuie să fie atent proiectată pentru a stimula operatorul să trateze toți pacienții prompt și cu o bună calitate, și în același timp să nu expună asiguratorul/guvernul la creșteri semnificative ale costurilor
- Un cadrul legal permisiv pentru PPP este esențial, în special dacă sunt așteptați investitori străini. Elemente cheie ale cadrului ar trebui să includă:
 - Autorizarea de a încheia contracte pe termen lung (unele legi ale licitațiilor limitează contractele la 5 ani sau mai puțin) inclusiv obligații de plată pe termen lung din partea guvernului
 - Proceduri de arbitraj și rezolvare a disputelor acceptate internațional
 - Abilitatea operatorilor de a garanta dividende sau contractul PPP
 - Drepturi de preluare în cazul în care operatorul intră în imposibilitate de plată
 - Compensații și prevederi de terminare internațional acceptate
 - Convertibilitate completă a ratei de schimb

5. Lista tranzacțiilor propuse, priorități și planificare în timp

În continuare sunt prezentate tranzacții PPP posibile în sănătate în Moldova, împărțite în 3 categorii:

- A. PPP pentru servicii de sănătate care fie nu sunt oferite în prezent de către sectorul public fie populația are acces foarte limitat la ele
- B. PPP pentru servicii de sănătate cu management ineficient sau de foarte proastă calitate
- C. PPP pentru servicii de sănătate care necesită investiții mari și/sau management mai profesionist, eficient

Acestea sunt discutate mai jos.

A. TRANZACȚII PROPUSE PENTRU SERVICII DE SĂNĂTATE CU ACCES SLAB SAU NEOFERITE ÎN PREZENT

1. Îngrijiri primare:
 - Aree geografice îndepărtate neacoperite în prezent de medicii de familie (poate fi definit ca un proiect independent, posibil cu suport de la BM/IFC)
 - Acestea ar putea avea un impact bun în ce privește accesul
 - Principala dificultate va fi găsirea furnizorilor privați (pentru profit sau non-profit) care să dorească să lucreze în zone rurale.
2. Centre de reabilitare:
 - În Moldova în prezent lipsesc serviciile de reabilitare care sunt necesare nu doar ca tratament dar și pentru că acestea ar reduce mult mai costisitoarele internări în spitale
 - Acestea ar include servicii de reabilitare în spital (cardiologie, neurologie, traumatologie etc.) sau în ambulatoriu (ortopedie, reumatologie, pediatrie etc.) și potențiale investiții în infrastructură (pe termen lung).

3. Centre de diagnostic medical imagistic și tratament în ambulatoriu
 - O prioritate ar fi ariile cu acces dificil în prezent.
 - Acestea ar trebui construite ca proiecte de la zero; este posibil să se obțină servicii de consultanță de la IFC (pe termen mediu) și investiții potențiale în infrastructură (pe termen lung)
 - Ca PPP aceste tipuri de proiecte ar avea câteva avantaje:
 - O industrie privată cu creștere rapidă cu mulți operatori potențiali
 - Ușor de implementat și reglementat
 - Abordează o deficiență cheie în spectrul de diagnostic/tratament
 - Pot fi realizate în ambulatoriu ceea ce ar reduce presiunea asupra spitalelor și costurile ridicate ale spitalizării
4. Laboratoare medicale în ambulatoriu
 - O prioritate ar fi ariile cu acces limitat în prezent; este posibil să se obțină servicii de consultanță de la IFC (pe termen mediu) și investiții potențiale în infrastructură (pe termen lung)
 - Similar diagnosticului imagistic acestea ar putea fi foarte atractive pentru PPP:
 - Există o industrie privată de laboratoare în creștere și probabil că ar fi mulți operatori interesați
 - Experiența globală arată că laboratoarele private PP tind să aibă costuri mai mici și standarde de calitate mai mari
 - Ușor de implementat și reglementat
5. Centre de diagnostic medical și tratament pentru pediatrie
 - Abordează o lipsă curentă de tratament
 - Eventual în parteneriat cu Universitatea de Medicină
 - Este posibil să se obțină servicii de consultanță de la IFC (pe termen mediu) și investiții potențiale în infrastructură (pe termen lung)

B. TRANZACȚII PROPUSE PENTRU SERVICII DE SĂNĂTATE DE CALITATE SLABĂ SAU CU MANAGEMENT INEFICIENT

1. Centre de dializă (noi sau reabilitate)
 - Dializa este o nevoie în creștere în majoritatea țărilor, inclusiv Moldova.

- În situații moderne dializa poate fi făcută în clinici ambulatorii (cu excepția câtorva cazuri critice care necesită spitalizare)
- Tradițional guvernele au achiziționat echipament/materiale de la producători majori (ex. Fresenius, BBraun), iar personalul clinic din sectorul public realizează tratamentul. Dar a apărut o schimbare de comportament în care guvernele procură servicii complete în loc de doar echipament/materiale. Aceasta transferă riscul și responsabilitatea către sectorul privat (care este cel mai capabil să facă față acestui risc).
- PPP pentru centre de dializă ambulatorii s-au dovedit foarte de succes în alte țări în ce privește tratamentul/siguranța pacienților și cost-eficacitatea.
- Mai mult decât atât, companiile majore de dializă de asemenea au devenit furnizori compleți de servicii. Așa că PPP pentru centre de dializă ambulatorii în Moldova ar fi relativ ușor de implementat dată fiind creșterea industriei private și interesul pentru construirea și operarea unor asemenea centre.

2. Servicii speciale de cazare în spitale (aripi sau camere private – reabilitarea spațiilor existente sau clădiri noi)

- Aripile private sunt mijloace foarte ușoare și eficiente de a oferi cetățenilor posibilitatea de alegere și îngrijiri de calitate mai bună
- În multe țări, aceasta implică mai mult decât pur și simplu cazare mai bună. Implică de asemenea și posibilitatea de a alege medicul.
- Ele sunt în mod particular utile și benefice în țările din Europa centrală și de est, unde nu există încă multe spitale private.
- Ca PPP aripile private sunt proiecte foarte atractive pentru mai multe motive:
 - Mult mai ieftine pentru investitori/operatori decât construirea de noi spitale
 - Oferă cetățenilor îmbunătățire imediată a posibilității de a alege și a calității
 - Sunt atractive pentru medici care pot câștiga în plus (legal) din tratarea pacienților în aripi private
- Cu toate acestea, pentru a maximiza beneficiile generale pentru guvern și spitalul public (în care este localizată aripa privată), PPP ar trebui să fie atent

structurate în așa fel încât pacienții publici să nu fie doar mutați în aripa privată pentru a crește veniturile medicilor, ci pacienții să aleagă aripa privată datorită calității și preferinței pentru un anumit medic.

3. Externalizarea serviciilor non clinice de suport din spitale
 - Spălătoria, curățenia, blocul alimentar, securitatea, operarea sistemului IT etc.
 - Acestea sunt serviciile cel mai ușor de contractat în afară dintre toate, deoarece sunt clare și în general există mulți furnizori privați disponibili.
 - Principalul dezavantaj este acela că ele afectează doar marginal calitatea serviciilor de sănătate furnizate.

4. Externalizarea serviciilor clinice de suport din spitale: laborator, radiologie/imagistică etc.
 - Aceasta ar implica externalizarea serviciilor de diagnostic imagistic și analizele de laborator din spitale
 - Experiența din regiune arată că adesea spitalele au deficiențe în ce privește serviciile de diagnostic imagistic – fie le lipsește echipamentul pentru că este prea scump pentru a fi cumpărat (ex. Echipamente de CT, RMN) sau echipamentul nu funcționează din lipsa serviciilor de întreținere și a pieselor de schimb.
 - PPP pentru instalarea, echiparea și oferirea de servicii de diagnostic imagistic/radiologic complet în cadrul spitalelor publice ar elimina aceste probleme. Operatorul privat și-ar asuma responsabilitatea pentru finanțarea inițială de capital pentru echipament (și infrastructura asociată), întreținere/reparații și toate serviciile. Din moment ce operatorul privat nu ar fi plătit dacă echipamentul nu ar funcționa corect, ar exista suficiente stimulente pentru a menține totul în stare de funcționare.
 - Un alt avantaj al externalizării diagnosticului imagistic în spital este acela că poate fi structurat în așa fel încât să ofere servicii diagnostice atât pacienților din spital (plătite de spital sau asiguratorul național de sănătate) cât și pacienților privați (care ar putea intra pe altă intrare). Oferind operatorului privat oportunitatea de a câștiga

venituri de pe urma pacienților privați, se poate reduce costul plăților PPP pentru guvern pentru serviciile publice.

C. TRANZACȚII PROPUSE PENTRU SERVICII DE SĂNĂTATE CU NEVOI DE INVESTIȚII MARI ȘI/SAU NEVOI DE MANAGEMENT MODERN

Majoritatea țărilor se confruntă cu constrângeri fiscale pentru construirea de noi spitale (sau realizarea de renovări majore) și pentru achiziționarea de echipament medical costisitor. Prin PPP statele pot transfera responsabilitatea financiară sectorului privat și pot plăti operatorului PPP o sumă anuală pentru o lungă perioadă de timp (în loc de 1-2 ani în cazul achiziției publice).

În plus, multe țări au spitale publice sau centre medicale înalt specializate al căror management este slab, nu asigură servicii de calitate și la timp și au deficiențe majore. Eforturile de a îmbunătăți eficiența și serviciile acestora au eșuat adesea. În asemenea cazuri, PPP pot oferi o îmbunătățire imediată a eficienței, managementului și serviciilor prin intermediul managementului privat profesionist care are experiența necesară și stimulentele (inclusiv penalități) pentru a face îmbunătățiri rapide și susținute. Dar, deoarece aceste instituții publice au un profil atât de înalt (cu profesioniști medicali puternici), introducerea managementului privat prin PPP încă nu a fost adoptată larg global, în special în țările cu venituri mijlocii și înalte.

În Moldova, am identificat următorii candidați pentru PPP care îndeplinesc criteriul de a avea nevoie de investiții mari și/sau nevoi manageriale.

1. Construirea, echiparea și managementul de către o companie/consorțiu privat a unui spital public.
 - Aceast ar implica fie modelul mai limitat din Marea Britanie (unde managementul spitalului și serviciile clinice rămân în sectorul public) fie un „PPP complet” în care operatorul privat este responsabil pentru tot. În cazul Moldovei, îmbunătățirea managementului și calitatea serviciilor este cel puțin tot atât de importantă ca îmbunătățirea infrastructurii fizice. Astfel, este recomandabil ca Moldova

să ia în considerare utilizarea „PPP complete” pentru toate spitalele noi.

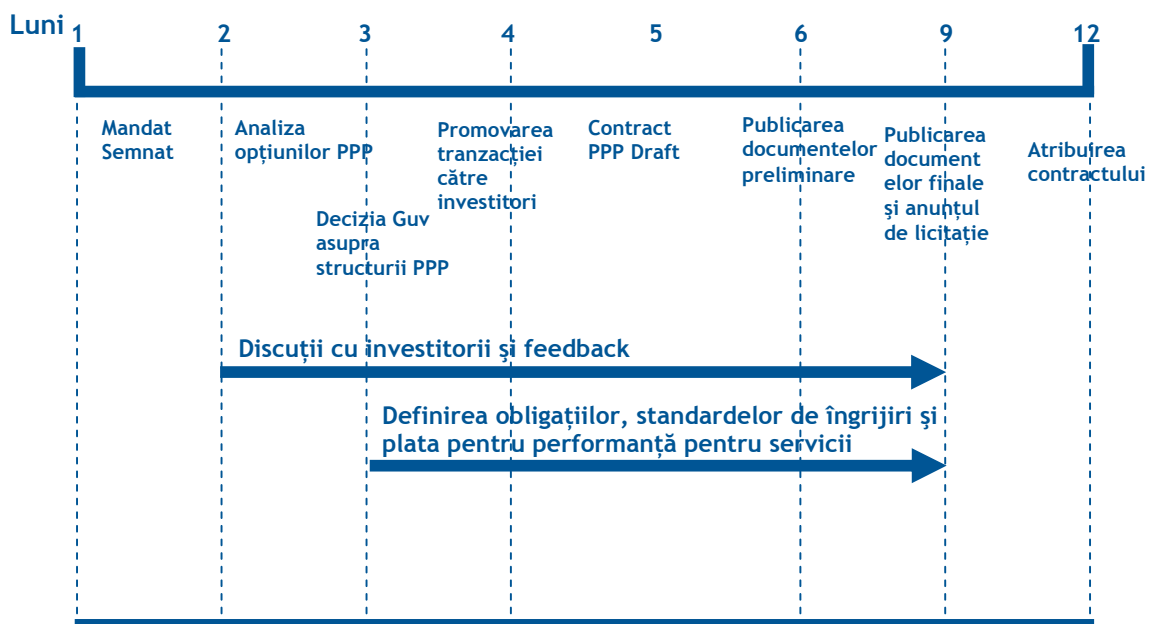
2. Construirea, echiparea și managementul unui centru oncologic sau a unui centru de radioterapie pentru a oferi suport centrelor oncologice existente.
 - Unitățile pentru tratamentul cancerului sunt costisitoare de construit, echipat și operat. Aceasta este în mod special adevărat pentru radioterapie unde acceleratoarele liniare, echipamentul asociat de diagnostic și construirea infrastructurii sunt foarte scumpe.
 - Ar fi relativ simplu de implementat un PPP prin care un partener privat să construiască, echipeze, finanțeze și asigure managementul unității de radioterapie adiacente spitalului oncologic (sau spitalului terțiar cu unitate de tratare a cancerului). Aceasta ar fi mai bine decât simpla achiziționare a echipamentului și operarea lui într-o unitate a sectorului public deoarece operatorul privat ar putea să asigure funcționarea corectă a echipamentului 100% din timp (în afara perioadelor de întreținere de rutină).
 - Aceasta ar necesita aranjamente contractuale nu doar pentru plata per pacient tratat, dar și în ceea ce privește protocoalele medicale și relația medicală/de tratament dintre oncologii spitalului și personalul medical de radioterapie.
 - Există exemple la nivel global de chemoterapie furnizată sub contract PPP, dar aceasta este mai puțin obișnuită deoarece costurile de capital pentru construirea/întreținerea unei unități de chimioterapie sunt mult mai mici.
3. Construirea, finanțarea și operarea unei fabrici locale de producție de medicamente, eventual în parteneriat cu Universitatea de Medicină
 - Universitatea a fost propusă ca posibil partener într-un proiect PPP
 - Există multe exemple la nivel global de asemenea PPP. Brazilia a intrat recent într-un asemenea PPP pentru o mică fabrică de medicamente.
 - Principala problemă în Moldova este dacă piața domestică este destul de mare pentru a justifica o fabrică domestică și dacă aceasta ar duce la

medicamente mai ieftine și/sau de calitate mai standardizată.

Agenda analitică pentru implementarea unui proiect PPP

Mai jos este o agendă analitică pentru o tranzacție PPP pe baza experienței IFC. Tranzacțiile mai simple (ex. Externalizarea imagisticii sau laboratorului dintr-un spital) pot fi făcute mai repede. Proiecte mai mari (ex. Un nou spital) ar necesita probabil mai mult timp.

Principalii factori limitativi sunt nevoia investitorilor de a analiza în amănunt proiectul, stabilirea unui consorțiu (dacă este nevoie) și aranjarea finanțării. Dacă sunt implicate companii sau creditori străini aceasta face să fie probabil nevoie de și mai mult timp de asemenea.



Costuri analitice ale proiectelor PPP

În loc ca Guvernul să plătească costurile de capital inițiale (clădire+echipament) și costurile anuale de operare ale unui spital (sau alt tip de unitate sanitară), în cadrul unui PPP, Guvernul ar face plăți lunare sau trimestriale de la momentul în care spitalul este terminat și gata de a fi deschis și până la încheierea contractului PPP (tipic 25-30 de ani). Operatorul PPP ar fi responsabil de finanțarea

(prin creditori și investitori de capital social) construcției și echipamentului și nu ar primi nici o plată în timpul cât durează construcția. O dată ce clădirea este terminată și gata de operare, plata PPP de la Guvern ar fi fixă pe durata vieții proiectului (tipic ajustată anual pentru inflație). Plata PPP este adesea folosită ca și criteriu pentru licitație. Participanții la licitație propun un nivel al plății cu care să fie rambursați (ei și creditorii lor) pentru toate costurile de capital și operare, și care să ofere o recuperare a investiției comparativă cu riscul proiectului.

Plata PPP depinde de multe elemente de cost care variază în funcție de țară, tipul de serviciu și tipul de investitor și include asemenea elemente cum ar fi:

- Costurile locale pentru construcții
- Costurile pentru echipamente medicale și dacă echipamentul este de tehnologie înaltă și trebuie să fie complet importat
- Costurile personalului medical și non-clinic
- Dacă investitorii sunt naționali sau străini și ce profit așteaptă dintr-un proiect în Moldova.
- Dacă creditorii sunt bănci străine sau locale și dacă aceștia acordă împrumutul în monedă străină (ex. Euro) sau moneda locală.
- Ratele locale ale dobânzilor
- Previziunile privind devalorizarea

În consecință, plățile pentru viitoarele proiecte PPP în Moldova sunt dificil de estimat fără o cercetare în continuare a caracteristicilor fiecărui proiect, a costurilor locale, a costurilor de finanțare etc.

Cu toate acestea, ca un exemplu, sunt prezentate mai jos presupunerile despre un spital general nou cu 250 de paturi și plata PPP posibilă pe o perioadă de 23 de ani (presupunând că sunt necesari 2 ani pentru construcție/autorizare).

	Presupunere
Paturi	250
Suprafață totală per pat	100m ²
Costuri de construcție/m ²	€1,200
Costrui pentru echipamente medicale	30% din costurile construcției
Internări/an	20,000
Pacienți în ambulatoriu/an	200,000
Venituri de la pacienți privați /an	€1,000,000

Costuri de operare/pat /an	€ 500
Durata contractului PPP	23 ani (după 2 ani de construcție)
Structura finanțării	70/30 împrumut/actiuni
Ratele dobânzilor(€)	7%
Tinta de recuperare a investiției	16% (real)
Rata taxei pentru profit la corporații	25%

Pe baza acestor presupuneri, plata anuală a statului pentru un PPP ar trebui să fie de minim 125000 €/ an pentru minim 30 de ani. Această simulare poate fi adaptată pentru circumstanțele Moldovei pentru a oferi o estimare preliminară a costului anual pentru Guvern.

Scenariul de mai sus se bazează pe o plată fixă anuală făcută de Guvern. Cu toate acestea, dacă guvernul sau asiguratorul național de sănătate plătește furnizorul pe baza DRG sau tratamentelor (de ex. Pe tratament prin hemodializă), atunci furnizorul ar primi plata pe aceste baze. În unele cazuri, pot exista două componente: (i) o plată DRG; și (ii) o plată PPP pentru a acoperi amortizarea costurilor de capital (în cazul în care rambursarea DRG nu include componenta de amortizare a capitalului – fapt ce se întâmplă în multe țări).

De asemenea pot exista și alte elemente ale plății. De exemplu, PPP care implică spitale universitare frecvent includ plăți anuale fixe pentru a acoperi costurile spitalului legate de medicii și asistentele medicale cu activitate de invatamant/ predare.

Pentru a se asigura ca își pot permite un proiect PPP multe guverne folosesc una din metodele următoare:

- i. Stabilesc o „limită pe care și-o permit” (preț maxim) pentru licitație. Dacă în cursul licitației acea limită este depășită (ceea ce poate fi anunțat public sau nu), Guvernul nu continuă proiectul ca PPP
- ii. Calculează „comparatorul sectorului public” care este o metodă de a stabili dacă „valoarea monetară” a proiectului, dacă este realizat ca PPP este mai mare decât „valoarea monetară” a proiectului implementat ca proiect tradițional public.

Licitația pentru proiecte PPP

În mod virtual, conform legii, toate guvernele trebuie să atribuiască proiectele PPP prin licitație. Există, cu toate acestea, diferențe importante între metodele de licitație.

Tipic, licitațiile implică „oferte tehnice” și „oferte financiare”. Ofertele tehnice pot fi reprezentate de ceva atât de simplu cum ar fi îndeplinirea criteriilor de calificare specificate sau pot fi atât de complicate ca atunci când sunt reprezentate de prezentarea proiectului de construcție a spitalului, planurile pentru încadrarea cu personal, planurile de servicii etc. Ofertele financiare pot fi atât de simple ca un singur număr (de ex. Taxa propusă pentru un tratament cu hemo dializă sau plata anuală a Guvernului propusă pentru PPP) sau atât de complexe ca atunci când se prezintă planuri de investiții, planuri financiare etc.

O a doua arie majoră de diferențe între țări este dacă există negocieri detaliate după selectarea ofertantului câștigător (cum este în Marea Britanie, de exemplu).

Din experiența BM/IFC, în general este cel mai bine să:

- Să se specifice rezultatele și alte obligații în documentele de licitație în așa fel încât toți ofertanții să facă ofertele pentru aceleași cerințe
- Limitarea cât mai mult posibil a subiectivității în evaluarea propunerilor tehnice
- Evitarea promisiunilor/angajamentelor viitoare în propunerile tehnice și acordarea de scoruri pentru angajamentele viitoare în evaluarea propunerilor tehnice (deoarece acestea adeseori nu se materializează, uneori din motive valide)
- Limitarea ofertei financiare la un singur număr, preferabil plata PPP (sau o sumă financiară similară) necesară din partea Guvernului
- Evitarea selectării ofertantului câștigător pe baza angajamentelor de investiții, pentru că: (i) Guvernul dorește eficiență nu maxim de investiții; și (ii) dacă investiția nu se realizează în final, acesta a fost un criteriu invalid de atribuire a contractului.

Factori cheie de succes pentru proiectele PPP

Proiectele PPP sunt fundamental diferite de procurarea publică tradițională de echipamente, clădiri și materiale, nu doar pentru că transferă riscul și responsabilitatea către sectorul privat pentru **servicii**, dar și pentru că schimbă concentrarea atenției guvernului de la investiții către **rezultate**. Aceasta este dificil de acceptat pentru multe guverne, deoarece majoritatea sunt obișnuite să specifice în mare detaliu investițiile și specificațiile a ceea ce cred că este necesar. Într-adevăr, abordarea ar trebui să fie de a „cumpăra servicii nu echipament sau bunuri”.

Guvernele vor trebui de asemenea să își modifice rolul din furnizor direct în autoritate de elaborare a politicilor, administrator al contractului sau autoritate de reglementare.

Mai în general, un mediu de afaceri stabil și un guvern care nu politizează PPP (și face plățile pe care le are de făcut) sunt importante pentru atragerea și reținerea investitorilor. Cu cât investitorii privați percep mai puține riscuri cu atât ei vor fi mai dotori să participe la PPP și să își reducă ofertele financiare (datorită unui risc perceput ca fiind scăzut).

În rezumat, tipic un proiect PPP de succes are:

- ✓ O alocare clară a riscurilor între Guvern (sau asiguratorul național de sănătate) și operatorul PPP
- ✓ Flexibilitate pentru operatorul PPP în a proiecta unitatea medicală pentru a satisface nevoile clinice
- ✓ Flexibilitate pentru operatorul PPP pentru procurarea/managementul intrărilor (personal, consumabile etc.) în cadrul unor norme naționale de calitate specificate
- ✓ Definiție clară a standardelor de performanță și a penalităților
- ✓ Plata la timp de către Guvern a serviciilor, cu o anumită parte a plății legată de atingerea unor anumite ținte de performanță specificate
- ✓ Ajustări pentru inflație pentru costurile de operare și mentenanță
- ✓ „Drepturi de preluare” pentru creditorii în cazul în care un operator devine insolvent
- ✓ Proceduri de terminare clare și acceptate internațional
- ✓ Plată integrală și înaintea oricărui alte datorii a creditului datorat guvernului/ operatorului în caz de terminare forțată/ anticipată
- ✓ Protecție împotriva devalorizării monedei (dacă o porțiune din proiect implică finanțarea străină a echipamentului prin împrumuturi externe), sau mijloace prin care un operator PPP poate obține o protecție față de devalorizarea unei anumite monede
- ✓ Arbitraj bazat pe proceduri internaționale

6. Concluzii și recomandări

Concluzii:

1. *Dezvoltarea sectorului privat de sănătate este în majoritate contată și reglementată în manieră previzibilă de MS și alte instituții centrale, conform cu dezvoltarea sectorului public de sănătate*
2. *Există unele aspecte legale neclare, restrictive sau limitative care se referă atât la operarea sectorului public cât și a celui privat, împiedicând dezvoltarea unui sistem de sănătate coerent, integrat și cu un management modern*
3. *Există o tendință de auto-reglementare în cadrul sectorului privat cu implicații potențial negative pentru mediul general de reglementare, dacă sectorul privat devine semnificativ, în special în zonele urbane, în termeni de volum și tipuri de servicii furnizate*
4. *Există PPP care operează funcțional cu variabilitate largă în ce privește aranjamentele contractuale și tipurile de servicii furnizate în cadrul contractelor existente*
5. *Cadrul legal general este favorabil pentru dezvoltarea tranzacțiilor PPP în țară și în domeniul sănătății. O dată ce legile și reglementările specifice sistemului de sănătate vor fi aliniate, va exista o bază excelentă pentru implementarea PPP în mod mai structurat și mai sustenabil cu beneficii mai mari pentru public.*

Recomandări pentru activități și acțiuni viitoare:

1. *Adaptarea cadrului legal specific sectorului (așa cum este recomandat în capitolul 3 al acestui raport)*
2. *Susținerea și reglementarea practicii medicale private a furnizorilor publici în domenii cum ar fi îngrijirile primare, stomatologia, serviciile din ambulatoriu, farmacii etc.*

3. *Atragerea de fonduri suplimentare pentru operarea furnizorilor publici prin externalizarea unor servicii de suport (clinice și non-clinice), închirierea spațiilor pentru servicii auxiliare (bancomate, chioșcuri, mici magazine alimentare etc.)*
4. *Stabilirea unor criterii standardizate și comune pentru: evaluarea, acreditarea și contractarea furnizorilor de servicii de sănătate publici și privați în sistemul public (medici de familie, dializă, patologie, laborator, radiologie, servicii în spital etc.)*
5. *Reglementarea sistemului privat de asigurări de sănătate, consistent și integrat în sectorul public de sănătate*
6. *Identificarea și replicarea unor PPP de succes existente din experiența locală și internațională*

7. Bibliografie

"Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Healthcare Systems", European Observatory on Health Care Systems Series, Edited by Richard B Saltman, Reinhard Busse, Elias Mossialos, 2008

"Public Hospitals, Options for Reform through Public-Private Partnerships", ViewPoint, Rob Taylor și Simon Blair, www.worldbank.org/html/fpd/notes/

"Moldova Health system review", Health Systems in Transition , Vol. 10 No. 5 2008, Rifat Atun, Erica Richardson, Sergey Shishkin, Gintaras Kacevicius, Mihai Ciocanu, Valeriu Sava

"Sanatatea Publica in Moldova in anul 2007", Ministerul Sanatatii, Centrul Național de Management în Sănătate

Project Appraisal Document On A Proposed Credit In The Amount Of Us\$17 Million To The Republic Of Moldova For A Health Services and Social Assistance Project, May 1, 2007, World Bank Document

O Scurtă Evaluare a interdependenței aspectelor Public și Privat în cadrul Sectorului de Asistență Medicală din Republica Moldova și Analiza Obstacolelor în Dezvoltarea Sectorului Privat. Raportul Misiunii 3-26 octombrie 2006, Chișinău, Moldova, Bakhuti Shengelia, Consultant Regional în domeniul Politicii și Echității de Sănătate, Direcția Sisteme și Politici Naționale de Sănătate OMS-EURO

"Health Systems in Transition", Vol. 10 No. 5 2008, Moldova Health System Review by Rifat Atun, Erica Richardson, Sergey Shishkin , Gintaras Kacevicius, Mihai Ciocanu, Valeriu Sava

8. Anexe

Lista întâlnirilor misiunea 22 septembrie – 3 octombrie 2008

Instituția	Persoana	Detalii de Contact	Data
MS	Ghenadie Turcanu, Direcția Analiză, Monitorizare și Evaluare a Politicilor, Șef direcție	Sala sedinte et. 1	22.09
ME	Ceban Vadim Direcția Generală Politici structurale și Investiții, Șef direcție	Ghenadie Turcanu	3.10, 10.00 am
MF	Marina Semeniuc, Direcția Finanțele în Ocrotirea Sănătății și Protecție Socială, Șef direcție,	Tel 227713	01.10 11.00 am
Parlament	Bondarciuc Nicolae, Președintele Comisiei pentru politica economică, buget și finanțe	Dna Ministru/ Rekha Menon	Vizita următoare
	Valentina Buliga Președintele Comisiei pentru protecție socială, sănătate și familie	Dna Ministru/ Rekha Menon	Vizita următoare
OMS	Pavel Ursu, Șeful Biroului de coordonare al OMS	Email confirmat	03.10 12.30pm
Delegația UE in RM	Dumitru Maximenco, Secția Operațiuni, Manager de Proiect	Email trimis 022/505210 #116	2.10 03.00 pm Kogalniceanu 12
Banca Mondială	Rekha Menon Economist Sr. ECSHD Banca Mondială pentru Moldova	Email trimis	069499562 01.10 1.45pm,
CMSS	Mihai Ciocanu, Director	direct	23 și 30.09
CNEAS	Maria Bolocan, Director	28 – 17 – 10 Str. Testemițanu 20, etaj 5, birou 515	29.09, 9:00-10.00
CNAM	Gheorghe Russu, Director	Prospectul Tinereții	2.10 11.00am
Asociația Medicilor Privati; Centrul Medical "Galaxya", Centrul Medical "Magnific", Centrul Medical de	Boris Untu, Președintele Asociației Medicilor Privati coordonatori/fondatori parteneri privati	Oleg Hincu, Șef adjunct Direcția Servicii Medicale Individuale (participă la	29.09 10.30 – 17.00

Diagnostic "Modus Vivendi"		vizită)	
Camera de Licențiere	Zinaida Chistruga, Director Victoria Munteanu, Direcția Licențiere în sfera socială, Șef	Stefan cel Mare 124 (int cu Armeana) et.4	01.10, 3.00pm
Întâlnire finală de încheiere MS	GT/DR	Sala sedinte	03.10 12.30pm

Întâlniri cu personalul MS și reprezentanți ai instituțiilor colaboratoare in perioada 22-26 septembrie 2008:

Larisa Catrinici, Ministru
 Mircea Buga, Vice Ministru
 Ghenadie Turcanu, Dep de Politici de Sănătate
 Silvia Morgoci, Proiect HASSAP
 Valeriu Sava, Dep Asigurări de Sănătate
 Victor Stasiuc, Dep Financiar
 Angela Prisacaru, Dep Legal
 Liviu Vovc, Dep Servicii Medicale
 Mihai Ciocanu, CMSS

Work shop cu factori de decizie (9 Februarie 2009)

9.30-10.00	Cuvînt de salut	Larisa Catrinici, Ministrul sănătății, Robert Taylor, Ana Maria Mihaescu
10.00- 10.30	PPP: date generale cu privire la situația financiară și de piață în regiune și perspectivele de PPP	Ana Maria Mihaescu, șeful Misiunii Corporația Financiară Internațională pentru Moldova și România
10.30 – 11.00	PPP în sănătate : exemple globale și lecții	Robert Taylor, Director divizia sănătate și educație, Corporația Financiară Internațională
11.30 – 12.00	Prezentarea cadrului legislativ PPP în Republica Moldova	Ceban Vadim, șef direcție generală politici structurale și investiții, Ministerul Economiei și Comerțului
12.30 – 13.00	Politicile Ministerului Sănătății cu privire la PPP în sănătate Evaluarea plăților directe pentru sănătate din perspectiva dezvoltării sectorului privat în sănătate	Ghenadie Turcanu, șef Direcția Analiză Monitorizare Evaluare a Politicilor, Ministerul Sănătății Mihai Ciocanu, Director Centrul Național de Management în Sănătate

13.00 – 13.30	Experiența investitorului privat din Moldova Studiul de caz a investitorului privat din Moldova	Boris Untu, președintele Asociației medicilor privați din Moldova Valeriu Maciuca, Director SRL Galaxia
------------------	--	--

MINISTERUL SANATATII:

- ❖ Larisa Catrinici, Ministrul Sănătății
- ❖ Mircea Buga, Vice Ministru
- ❖ Oleg Lozan, Vice Ministru
- ❖ Ghenadie Turcanu, șef direcție
- ❖ Maria Cumpana, șef direcție
- ❖ Valeriu Sava, șef direcție
- ❖ Liviu Vovc, șef direcție
- ❖ Angela Prisacaru, șef direcție
- ❖ Ion Ababii, rector UMF
- ❖ Silvia Morgoci, M&E HSSAP

CENTRUL NAȚIONAL DE MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE

- ❖ Mihai Ciocanu, Director
- ❖ Petre Crudu, Vicedirector

Consiliul National de Evaluare si Acreditare in Sanatate

- ❖ Maria Bolocan, Director

COMPANIA NATIONALA DE ASIGURARI IN MEDICINA

- ❖ Ghenadie Damascan

MINISTERUL ECONOMIEI

- ❖ Ceban Vadim, Șef Direcția Generală Politici structurale și Investiții

AGENTIA PROPRIETATII PUBLICE

MINISTERUL FINANTELOR

- ❖ Marina Semeniuc, Șef Direcția Finanțele în Ocrotirea Sănătății și Protecție Socială

❖ COMISIA EUROPEANĂ

- ❖ Dumitru Maximenco

❖ BANCA MONDIALA

- ❖ Rekha Menon, Lider echipa sanatate]

- ❖ Ala Pinzari Coordonator Programe

❖ OMS

- ❖ Pavel Ursu, Coordonator birou OMS Republica Moldova

- ❖ Fondul Natiunilor Unite pentru Dezvoltare, Biroul din Moldova

- ❖ Dumitru Budianschi, Coordonator Proiect PPP

❖ ASOCIATIA MEDICILOR PRIVATI

- ❖ Boris Untu, Presedinte

❖ In final, cca 170 participanti – vezi lista completa invitati si participanti la sediul MS