

# IMPEDIMENTE ȘI OPORTUNITĂȚI ÎN PROCESUL DE FINANȚARE A SISTEMULUI OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

*Dr., conf. univ. Victoria GANEA*  
*Consiliul Național pentru Acreditare*

*și Atestare*

*Dr. Oxana MIRON*

*Universitatea de Stat din Cahul*

*Drd. Cristina COPĂCEANU*

*Academia de Studii Economice*  
*din Moldova*

## IMPEDIMENTS AND OPPORTUNITIES IN THE PROCESS OF FUNDING THE HEALTH CARE SYSTEM

This article reflects the current an approach of theoretical and applied aspects with reference to the financing of the health care system. Vital for the health care system is searching additional funding sources. Within the limits of existing mandatory insurance health system is necessary to ensure transparency of financial resources management. In this context there is needed a legislative act that would regulate the use of resources from fund mentioned above, offering great opportunities for abusive management of these amounts. The authors propose the creation and practical implementation of a law that would regulate the creation and use of Mandatory Insurance Health Funds as well as of Regulations on the formation of revenues and the execution of expenditure of the Insurance Health Fund for each fund separately, which would ensure a greater transparency in the management of financial resources.

Reformele realizate în sfera ocrotirii sănătății (implementarea standardelor de tratament, trecerea la volumul garantat de asistență medicală gratuită, controlul cheltuielilor), au făcut posibil ca unele țări să stabilizeze pentru câțiva ani cheltuielile pentru sectorul respectiv.

Este recunoscut faptul că sistemul ocrotirii sănătății poate fi nesățios în ceea ce privește necesitățile sale, iar statul nu întotdeauna are posibilitatea de a mări alocările bugetare în acest scop în volumul necesar. În condițiile date, multe state doresc, dar nu au cum să investească suplimentar în sănătate. Din cauza situației economice precare, nu-și pot permite

acest lucru. Or, țara care nu are posibilitatea să aloce mijloace considerabile în dezvoltarea domeniului respectiv prejudiciază sănătatea populației sale.

Cheltuielile pentru sfera ocrotirii sănătății sunt solicitate nu doar de apariția tehnologiilor și medicamentelor noi și adesea foarte scumpe, ci și de cerințele tot mai mari ale pacienților care uneori nu au idee de costul real al serviciilor medicale, de creșterea numărului pacienților de vârstă înaintată cu boli cronice, de comportamentul multor cetățeni care nu conștientizează încă necesitatea de a duce un mod sănătos de viață [1].

Țările care nu izbutesc să sporească anual cheltuielile pentru domeniul ocrotirii sănătății se vor confrunta cu problema scumpirii serviciilor medicale și asistenței medico-sociale pentru populația îmbătrânită, în condițiile nivelului scăzut de dezvoltare economică. Securitatea națională impune măsuri eficiente de consolidare a sistemului de sănătate, de stabilizare a situației demografice sau, ca o măsură forțată, condiționează revenirea forței de muncă în țara de origine.

Este esențial ca fiecare stat să se lămurească de pe acum dacă peste 10-15 ani (când vârful raportului dintre populația lucrătoare și cea nelucrătoare va atinge maximul distructiv) va fi capabil să majoreze cheltuielile pentru domeniul ocrotirii sănătății spre a evita prăbușirea acestuia și, respectiv, stagnarea economiei din cauza deficitului de populație aptă de muncă [2].

În aceste împrejurări, ameliorarea domeniului și a indicatorilor sănătății publice a națiunii trebuie căutată nu doar în creșterea cheltuielilor, dar și în reformarea substanțială a sistemului. În Republica Moldova, cheltuielile publice pentru sănătate sunt frecvent considerate costuri pe termen scurt și nu investiții pentru o durată mai lungă. Iată de ce, se impune modificarea abordării politice și bugetare, prin care să se agreeze de către toți factorii decizionali faptul că sănătatea nu reprezintă un cost, ci o investiție. Or, sănătatea nu este o preocupare doar pentru Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile medicale, ci și pentru toate autoritățile responsabile de creșterea economică și dezvoltarea sustenabilă. Investind în sănătate, obținem beneficii în favoarea dezvoltării economice și, în final, se contribuie la creșterea veniturilor bugetare.

Deși domeniul ocrotirii sănătății din Republica Moldova în ultimii ani a înregistrat anumite succese în implementarea reformei, progresele atinse nu au însemnat și reușita unor indicatori esențiali, cum ar fi calitatea serviciilor de sănătate, accesibilitatea populației la ele, în special din zonele rurale, fapt ce

confirmă ineficiența infrastructurii existente a serviciilor de sănătate.

În mare parte, reformele în sistemul de sănătate, începute în ultimul deceniu al secolului trecut, și-au propus să stopeze declinul sectorului sanitar prin introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală și mobilizarea resurselor în vederea unor remanieri structurale care, la rândul lor, urmează să contribuie la sporirea eficienței și calității sistemului de sănătate.

Toți acești factori au permis reversarea tendințelor nefavorabile din deceniul precedent, ceea ce a condus la îmbunătățirea indicatorilor de sănătate. Introducerea asigurărilor medicale a sporit protecția socială, aproape 77,5 la sută din populație beneficiind de acest tip de asigurări. Însă, în spațiul rural și orașele mici continuă să persiste probleme care țin de prestarea pe scară largă a serviciilor de sănătate. Chiar dacă accesul la serviciile medicale a crescut, există rezerve semnificative pentru îmbunătățirea calității acestora.

În ceea ce privește piața îngrijirilor de sănătate, asimetria informațională acționează în felul următor: medicul este cel care deține informația, influențând pacientul în deciziile legate de sănătatea sa, de tipul și numărul îngrijirilor necesare. Din cauza faptului că furnizorii pot decide asupra modalității de tratament, cantității serviciilor și medicamentelor prescrise, comportamentul lor afectează în final costurile, eficiența și calitatea serviciilor de sănătate.

Îmbunătățirea activității medico-sanitare nu se poate finaliza fără a evidenția următoarele probleme fundamentale:

- legătura aparent contradictorie dintre sistemul economic și sistemul medico-sanitar, care deseori se reduce la dialogul dintre economiști și medici;

- interdependența între resursele alocate sistemului medico-sanitar, eficiența utilizării capitalului investit și solicitările sociale pentru asigurarea stării de sănătate (cererea crescândă de servicii medico-sanitare în raport cu capacitatea limitată de asigurare a resurselor financiare);

- perceperea aspectelor de etică, vulnerabilitate și moralitate în desfășurarea activităților medico-sanitare, a controlului limitat asupra fondurilor alocate ocrotirii sănătății, precum și recunoașterea accidentelor și riscurilor terapeutice (dualismul interpretării de pe pozițiile medic-economist).

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova în ultimii ani a promovat insistent un șir de măsuri importante pentru a menține finanțarea prioritară a sectorului de sănătate din fondurile publice și păstrarea volumului de servicii medicale oferite populației. Asigurarea accesului și îmbunătățirea calității serviciilor medicale în ansamblu au constituit principalele repere în activitatea sistemului de sănătate. Deși alocațiile pentru sănătate per total au crescut esențial, cota cheltuielilor publice rămâne totuși de aproape două ori mai joasă decât în țările din vecinătate și în Uniunea Europeană.

În domeniul ocrotirii sănătății pot fi identificate anumite particularități importante care influențează modalitatea de reglare și control a costurilor, precum:

- natura producției și a consumului, relație esențială pentru individ și societate, deoarece face posibil accesul la consumul de alte bunuri și servicii, fiind unul din motivele pentru care serviciile de sănătate au un caracter prioritar pentru populație;

- cererea de servicii de sănătate, care este practic nelimitată, datorită valorii diferite și în funcție de pacient.

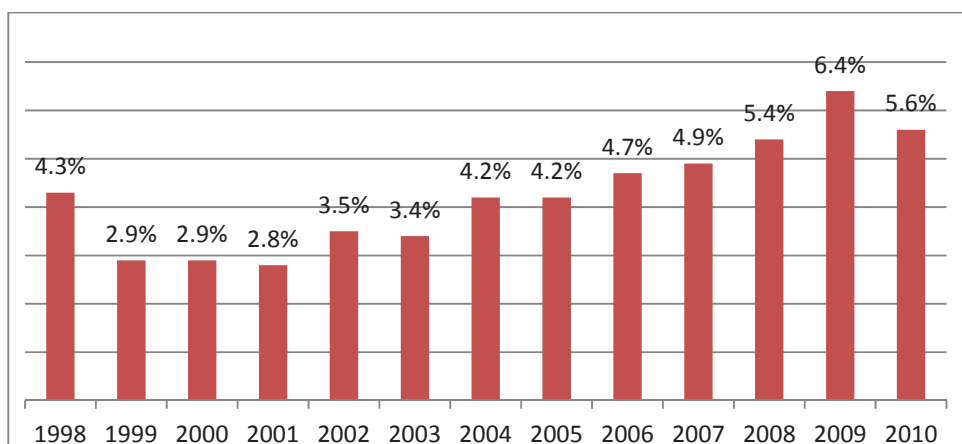


Figura 1. Ponderea cheltuielilor pentru sănătate în PIB (%)

Sursa: elaborat de autori în baza datelor Biroului Național de Statistică

În procesul de utilizare a metodelor de evaluare a eficienței activităților medico-sanitare aplicate de către economiști trebuie să se țină cont de aceste probleme specifice. Specialiștii din domeniu recunosc faptul că este dificil să se formuleze obiective exacte în sistemul asistenței medico-sanitare, de aici rezultând dificultatea evaluării eficacității lor.

În ultimele decenii, practic în toate țările lumii se observă creșterea cheltuielilor pentru sănătate, care se datorează următorilor factori:

- inflația;
- sporirea interesului cetățenilor față de propria sănătate;
- creșterea volumului real al serviciilor medicale;
- implementarea tehnologiilor medicale și medicamentelor noi etc.

Soluția cea mai importantă a reformării sistemului ocrotirii sănătății este căutarea surselor suplimentare de finanțare, printre care pot fi menționate: asigurarea benevolă și obligatorie de asistență medicală, servicii plătite, taxe suplimentare, temperarea creșterii cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, implementarea tehnologiilor de economisire a resurselor, utilizarea rațională a fondurilor etc.

În sistemul ocrotirii sănătății, finanțat în mod solidar, volumul primelor de asigurare corespunde gradului de înstărire al asiguraților (mărimii veniturilor acestora), dar serviciile medicale se oferă în conformitate cu starea sănătății, indiferent de contribuția personală a fiecărui om în parte. Această metodă de determinare a mărimii primelor de asigurare prevede o aliniere solidară, în care cei sănătoși suportă cheltuielile pentru cei bolnavi, cei tineri – pentru cei bătrâni, cei singuratici – pentru familii, cei înstăriți – pentru cei săraci.

Principiul solidarității este completat de principiul subsidiarității, astfel ca asiguratul să simtă responsabilitate pentru propria sănătate, iar organizarea activității instituțiilor de asigurare este construită în așa mod, încât problemele să se rezolve, în măsura posibilităților, cu implicarea asiguraților.

Subsidiaritatea și solidaritatea, interacționând, asigură o protecție socială eficientă, fără să depășească limitele posibilităților atât ale asiguraților, cât și ale autorităților publice. Independența față de stat, de rând cu autonomia managerială, se caracterizează prin responsabilitatea serviciilor de asigurare pentru respectarea intereselor tuturor părților interesate.

Aceeași responsabilitate o au și angajatorii asigurați, care achită primele de asigurare. Autonomia managerială de încredere presupune unirea organi-

zată a tuturor eforturilor acestor părți (sindicatul, asociațiile patronale, asociațiile asiguraților). Statul definește doar cadrul legal al activității unor astfel de instituții, în care reprezentanții asiguraților și/sau angajatorilor soluționează ei înșiși în mod detaliat probleme de asigurare medicală prin organizarea adunării reprezentanților și a organului executiv (administrativ).

Supravegherea de stat se limitează la controlul de conformitate cu legea și ordinea. Societățile de asigurare monitorizează corectitudinea și eficiența utilizării fondurilor de către organizațiile de sănătate, asigurând astfel controlul și sporirea calității actului medical.

Există sistemul de asigurare obligatorie, precum și voluntară de asistență medicală, în cadrul căruia în calitate de asigurat pot apărea cetățenii, angajatorii, statul. Dar poate fi și un sistem mixt de asigurare. Cel mai răspândit este sistemul, în cadrul căruia prima de asigurare este achitată de către cetățeni și angajatori în părți egale, iar statul achită pentru populația nelucrătoare (copii, pensionari, persoane cu dezabilități).

În majoritatea statelor este adoptat sistemul mixt de asigurări de sănătate. În unele din ele – Danemarca, Islanda, Canada, Noua Zelandă, Norvegia, Finlanda predomină asigurarea de stat (voluntară sau obligatorie), în altele – SUA, Israel – cea privată. În Franța și Japonia asigurarea medicală este inclusă în sistemul general de asigurări sociale. În Belgia, Țările de Jos, Germania și Elveția guvernul reglementează doar activitatea unei varietăți de fonduri independente.

În opinia multor experți, de altfel, diferența între finanțarea prin impozitare sau din contul fondurilor de asigurări sociale este nesemnificativă: primele de asigurare constituie un anumit procent fix din salariu, ceea ce este echivalent cu un impozit de asigurare medicală.

Situația la zi în Republica Moldova se prezintă în felul următor: începând cu anul 2004 până în 2010 în sistemul de Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală (AOAM) s-au încadrat de la 62,8% până la 80,8% de cetățeni. Cetățenii rămași neasigurați, 19,2 la sută, nu sunt șomeri. Ei reprezintă acea parte a populației care nu achiziționează polița de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și nu achită prima de asigurare medicală în raport procentual.

Cu toate acestea, potrivit Hotărârii Guvernului, ei beneficiază de medicină primară și urgentă gratuită pentru toți cetățenii începând cu anul 2010. Acest lucru este convenabil și accesibil, mai ales

din punctul de vedere al statului sau a celor 80,2 la sută din populație care își îndeplinesc obligațiunile. Potrivit Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2012 nr.271 din 23.12.2011, începând cu data de 01.01.2012 s-a început procesul de calcul a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și eliberarea polițelor de asigurare medicală pentru anul 2012.

Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, calculată în sumă fixă în valoare absolută pentru categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr.2 a Legii nr.1593-XV din 26 decembrie 2002, se stabilește în mărime de 2982 lei. Termenul limită de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală calculate în sumă fixă a fost stabilit pentru data de 31 martie 2012 pentru categoria plătitorilor cărora li se oferă reducerea în mărime de 50% din costul poliței de AOAM, și pentru data de 31 octombrie 2012 – pentru plătitorii ce beneficiază de o reducere de 75% din costul poliței de AOAM.

Angajatorii și angajații în anul 2013 vor plăti lunar pentru polița de AOAM cu 0,5% mai mult decât în anul 2012. În același timp, potrivit investigației efectuate în anul 2011 de către Ministerul Sănătății, 23% din pacienți plăteau pentru serviciile medicale la insistența medicilor, iar 47% – din inițiativă proprie [3].

În limitele sistemului asigurării medicale obligatorii (AMO) existent este necesară asigurarea transparenței gestiunii resurselor financiare a fondurilor AMO, și anume a Fondului de măsuri preventive, a Fondului de rezervă și Fondului de bază. Dacă utilizarea resurselor Fondului de bază în rapoartele CNAM în prezent se efectuează în funcție de anumite categorii de cheltuieli, atunci utilizarea Fondului de rezervă și a Fondului de măsuri profilactice rămâne departe de transparența necesară.

Lipsa unui act legislativ determinat, ce ar reglementa utilizarea resurselor din fondurile menționate anterior, oferă posibilități mari pentru gestionarea abuzivă a acestor sume.

În legătură cu aceasta, propunem crearea și implementarea unei legi care ar reglementa crearea și utilizarea Fondurilor de Asigurări Obligatorii de Asistență Medicală, precum și a Regulamentelor cu privire la formarea veniturilor și efectuarea cheltuielilor a Fondului de asigurare medicală obligatorie pentru fiecare fond în parte, ceea ce ar asigura o mai mare transparență în gestiunea resurselor financiare în cadrul CNAM. Acest act normativ va permite delimitarea mai clară a cadrului utilizării fondurilor respective. Cu atât mai mult cu cât actele normative respective pot contribui la consolidarea controlului intern și extern asupra activității financiare a Com-

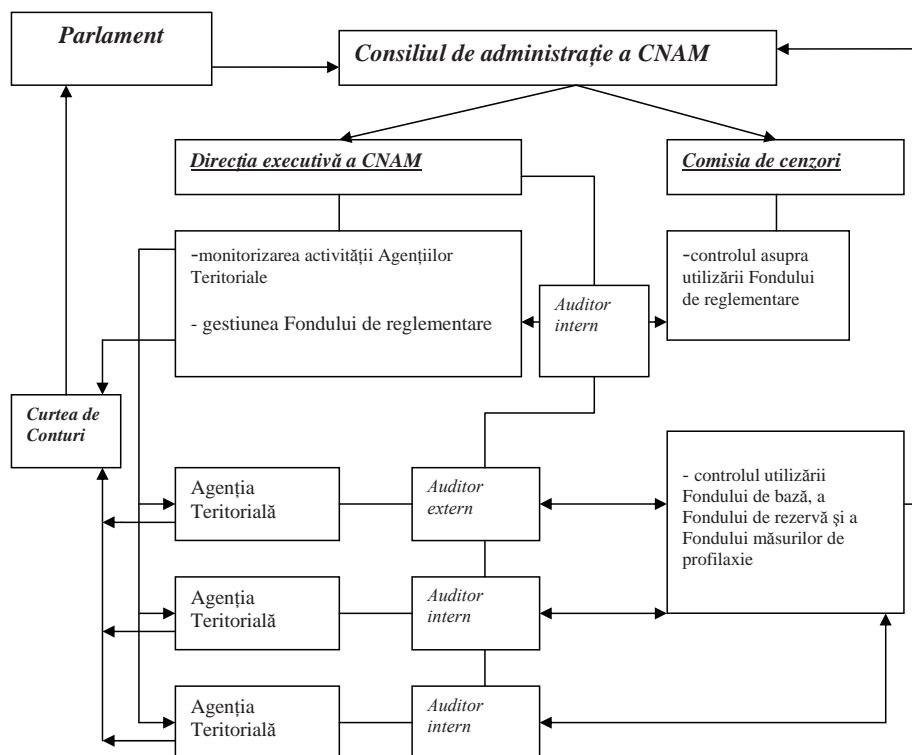


Figura 2. Efectuarea controlului intern și extern privind utilizarea fondurilor asigurărilor medicale obligatorii (proiect)

Sursa: elaborat de autori.

paniei Naționale de Asigurări în Medicină, inclusiv până la crearea unei structuri specializate atât în cadrul Companiei, cât și în cadrul Agențiilor Teritoriale, după cum este prezentat în schema elaborată de noi (fig. 2).

Potrivit modelului propus, controlul intern, întru respectarea actelor normative privind Fondul de bază, Fondul de rezervă și Fondul măsurilor de profilaxie va fi efectuat de auditorul intern al fiecărei Agenții Teritoriale, care va raporta despre verificarea efectuată nemijlocit direcției executive a CNAM. Controlul intern privind utilizarea Fondului de reglementare a CNAM trebuie să fie efectuat și de către auditorul intern, dar raportul privind verificarea efectuată împreună cu dările de seamă ale altor auditori interni ai Agențiilor Teritoriale se vor prezenta Consiliului de Administrație al CNAM și Comisiei de cenzori. Periodicitatea efectuării verificărilor interne poate fi stabilită de către Consiliul de Administrație.

Auditul extern atât al direcției executive a CNAM, cât și al Agențiilor Teritoriale, trebuie efectuat anual de către Curtea de Conturi, care este în subordinea Parlamentului. Rapoartele despre controlul efectuat se vor prezenta Guvernului și Consiliului de Administrație al CNAM. Astfel, compararea rezultatelor controlului intern curent și rezultatelor controlului extern va contribui la asigurarea respectării Regulamentelor privind utilizarea fiecărui din cele patru tipuri de fonduri ale AMO propuse de noi

și anume: de reglementare, de bază, de rezervă și de măsuri profilactice.

Încă o soluție pentru îmbunătățirea funcționării sistemului AMO în Republica Moldova constituie modificările în structura Consiliului de Administrație al CNAM. În prezent, potrivit statutului CNAM, acest organ de gestiune include 15 persoane, printre care: un reprezentant al Parlamentului, un reprezentant al Președinției, 5 reprezentanți ai Guvernului (inclusiv 2 reprezentanți ai Ministerului Finanțelor și Ministerului Economiei și 2 reprezentanți ai Ministerului Sănătății), 3 reprezentanți ai Confederației Naționale a Patronatului din Republica Moldova, 3 reprezentanți ai Confederației Naționale a Sindicatelor din Moldova, 1 reprezentant al organizației profesionale a lucrătorilor medicali și 1 reprezentant al organizației pentru ocrotirea drepturilor pacienților.

Din Consiliul de Administrație fac parte și reprezentanți ai societății civile, organizațiilor sindicale, dar nu este niciun reprezentant al antreprenorilor, anume acei care duc cea mai mare povară a primelor de asigurare. Acest neajuns trebuie eliminat prin modificarea structurii Consiliului de Administrație al CNAM și includerea noilor membri ai conducerii.

Considerăm că varianta optimă a structurii Consiliului de Administrație al CNAM, care va respecta interesele diferitor categorii ale societății, poate fi reprezentată în felul următor (tab.1).

Astfel, în luarea deciziilor manageriale vor fi

*Tabelul 1*

**Structura existentă și cea propusă a Consiliului de Administrație al CNAM**

<b>Structura Consiliului de Administrație al CNAM (conform statutului CNAM)</b>	<b>Structura Consiliului de Administrație al CNAM (proiectul propus)</b>
1 reprezentant al Parlamentului	1 reprezentant al Parlamentului
1 reprezentant al Președinției	1 reprezentant al Președinției
2 reprezentanți ai Ministerului Finanțelor	1 reprezentant al Ministerului Finanțelor
1 reprezentant al Ministerului Economiei	1 reprezentant al Ministerului Economiei
2 reprezentanți ai Ministerului Sănătății	1 reprezentant al Ministerului Sănătății
3 reprezentanți ai Confederației Naționale a Patronatului din Republica Moldova	2 reprezentanți ai Confederației Naționale a Patronatului din Republica Moldova
3 reprezentanți ai Confederației Naționale a Sindicatelor din Moldova	2 reprezentanți ai Confederației Naționale a Sindicatelor din Moldova
1 reprezentant a organizației profesionale a lucrătorilor medicali	1 reprezentant a organizației profesionale a lucrătorilor medicali
1 reprezentant a organizației pentru ocrotirea drepturilor pacienților	1 reprezentant a organizației pentru ocrotirea drepturilor pacienților
	<b>1 reprezentant al Comisiei Naționale a Pieței Financiare</b>
	<b>3 reprezentanți ai organizațiilor ce apără interesele agenților economici din sfera de producere, comerț și prestare de servicii</b>
<b>15 membri ai Consiliului de Administrație</b>	<b>15 membri ai Consiliului de Administrație</b>

*Sursa: elaborat de autor.*

antrenați și reprezentanții agenților economici, ai sectorului asigurărilor și ai Guvernului. Structura respectivă va permite luarea mai echilibrată a deciziilor, fără a afecta interesele unui sau altui grup de persoane, incluși în sistemul AMO.

În plus, includerea în Consiliul de Administrație al CNAM a unui reprezentant al Comisiei Naționale a Pieței Financiare va permite coordonarea mai eficientă, sub aspectul coexistenței și interacțiunii, a sistemelor asigurărilor medicale obligatorii și asigurărilor medicale facultative.

Trebuie remarcat faptul că includerea în Consiliul de Administrație a reprezentanților întreprinderilor mici, mijlocii și mari are succes în România, unde din 17 reprezentanți ai Consiliului de Administrație al CNAS, doi sunt delegați de Uniunea Generală a Industriașilor și unul de Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii [4].

Includerea în Consiliul de Administrație a unui reprezentant al Comisiei Naționale a Pieței Financiare este un element de noutate, propus de noi pen-

tru apărarea intereselor companiilor de asigurări ce practică asigurări medicale facultative. Interacțiunea efectivă a asigurărilor medicale obligatorii cu cele facultative au un impact pozitiv atât asupra activității CNAM, cât și asupra activității companiilor de asigurări, permițând acestora din urmă să ofere populației servicii de asigurare echilibrate în domeniul sănătății și asistenței medicale.

Implementarea modificărilor propuse de noi în domeniul gestiunii sistemului de asigurări medicale obligatorii va permite trecerea sistemului național de asigurare medicală obligatorie la un nivel superior din punct de vedere calitativ.

### Bibliografie

1. Preker, Alex, Guy Carrin, Health Financing for Poor People. Washington, DC: World Bank. eds. 2004.
2. Schieber, George, Pablo Gottret. Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. Washington, DC: World Bank. 2006.
3. [http://www.cnam.md/editorDir/file/Rapoarte\\_activitate/cnam\\_rapot\\_activitate\\_2011.pdf](http://www.cnam.md/editorDir/file/Rapoarte_activitate/cnam_rapot_activitate_2011.pdf)
4. [http://www.casnt.ro/class.php?class=consiliu\\_adm](http://www.casnt.ro/class.php?class=consiliu_adm).



Iurie Matei. *Alfabetul pentru copiii de 60 de ani*. 2007, ulei/pânză, 100x100 cm.