

Analiza cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății în Republica Moldova

Autor:

**Dumitru Pîntea
Ion Gumene**

Chișinău, Octombrie 2016



Prezentul document a fost elaborat de Centrul Analitic Independent Expert-Grup în cadrul proiectului „Procesul bugetar în Republica Moldova: monitorizarea transparenței și promovarea controlului public” finanțat de Fundația Soros-Moldova.

Totodată, numai autorii sunt responsabili de afirmațiile din acest document, care nu sunt în mod necesar împărtășite de finanțator sau de persoanele care au făcut comentarii.

Expert-Grup nu adoptă poziții colective.

Cuprins

Lista de acronime.....	4
Introducere.....	5
Cadrul general privind cheltuielile destinate ocrotirii sănătății în Republica Moldova.....	6
Cât se cheltuie pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova.....	8
Cât se cheltuie din BPN pentru ocrotirea sănătății.....	11
Cheltuielile efectuate prin intermediul autorităților centrale și locale.....	13
Cheltuielile efectuate prin intermediul FAOAM.....	15
Concluzii.....	20
Bibliografie	22
Anexe.....	23

Lista de acronime

AOAM – Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală

BNM – Banca Națională a Moldovei

BNS – Biroul Național de Statistică

BPN – Bugetul Public Național

BS – Bugetul de Stat

CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină

CNMS – Centrul Național de Management în Sănătate

FAOAM – Fondurile Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală

FMI – Fondul Monetar Internațional

IMS – Instituții Medico-Sanitare

MF – Ministerul Finanțelor

MS – Ministerul Sănătății

OCDE - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

PIB – Produs Intern Brut

Introducere

Ocrotirea sănătății este unul din serviciile de bază garantate de stat ale unei societăți. Nivelul cheltuielilor pentru sănătate, ca și a celor pentru educație, pot fi considerate un indicator a nivelului de dezvoltare a unei națiuni. Majoritatea a țărilor cu economii avansate alocă resurse importante pentru finanțarea sectorului de sănătate, ca premisă pentru generații cât mai sănătoase și o dezvoltare sustenabilă pe termen lung.

Scopul raportului dat este de a prezenta ultimele tendințe privind evoluția și structura cheltuielilor în domeniul sănătății. De asemenea, documentul include un context istoric adecvat pentru înțelegerea situației acestor cheltuieli și a raporturilor dintre componentele bugetare. Totodată, acest raport prezintă o serie de indicatori globali calculați în baza datelor înregistrate în ultimii 20 de ani, colectate de agențiile naționale de statistică și compilate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). În ceea ce privește analiza și caracteristica internă a structurii și nivelului cheltuielilor orientate pentru ocrotirea sănătății, raportul prezintă o serie de indicatori calculați în baza datelor publice oferite de instituțiile statului cu implicații în acest domeniu – Ministerul Finanțelor (MF), Ministerul Sănătății (MS), Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM), Biroul Național de Statistică (BNS), Banca Națională a Moldovei (BNM), Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS).

În contextul corelării cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății cu politicile publice din sector, acestea trebuie privite într-un ansamblu mult mai larg, împreună cu caracteristicile generale ale unei societăți. Este foarte probabil ca indicatorii demografici extrem de activi din ultimii ani (cum ar fi reducerea și îmbătrânirea populației) să genereze o influență sporită asupra cererii de bunuri și servicii de sănătate. Pe lângă aceștia, factorii economici corelați cu dezvoltarea noilor tehnologii, de asemenea, par să aibă o influență semnificativă asupra acestei cereri.

Indicatorii naționali ce caracterizează cadrul general al sistemului de sănătate:¹

- **Populația** – în ultimii 20 de ani aceasta a scăzut cu aproximativ 1% anual, în 2015 fiind cu 18,2 % mai mică decât în 1995;
- **Îmbătrânirea populației** – dacă în anul 1995 grupa de vârstă de peste 50 de ani reprezenta o pondere de 22% în totalul populației, atunci în anul 2015 aceasta reprezintă o pondere de peste 30%;
- **Morbiditatea populației** – dacă în anul 2000 erau înregistrați 6 mii bolnavi la 10 mii de persoane, atunci în anul 2015 acest indicator se apropie de nivelul de 8 mii;
- **Cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății** – au crescut în termeni nominali în medie cu 18,2% în anii 95 – 2000, 27% în anii 2000 – 2005, 21% în anii 2005 – 2010 și 6% în anii 2010 – 2015.

O creșterea reală a cheltuielilor totale pentru sănătate a avut loc în special în anii 2000 – 2010, în contextul unor venituri mai mari ale populației. La nivel general, față de anul 1995 ponderea cheltuielilor totale destinate menținerii sănătății raportate la PIB au crescut cu circa 3 p.p., în anul 2015 constituind nivelul de 10,1%. Totodată, în pofida creșterii cheltuielilor respective în raport cu economia, acestea nu au crescut în același ritm ca și încasările bugetare sau veniturile populației, fapt ce ar putea demonstra că cetățenii țării noastre acordă încă un interes direct relativ mai scăzut pentru menținerea stării de sănătate decât în alte state.

¹ Indicatori calculați în baza datelor prezentate de Biroul național de Statistică, www.statistica.md

Cadrul general privind cheltuielile destinate ocrotirii sănătății în Republica Moldova

La nivel mondial, cheltuielile pentru sănătate sunt definite drept cheltuielile destinate pentru contractarea bunurilor și serviciilor de sănătate, precum și investițiile în vederea menținerii sau protejării sănătății. Definiția dată urmărește îndeaproape conceptele furnizate de *Sistemul cadru de conturi în domeniul sănătății*² elaborat de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și cuprinde cheltuielile guvernului în domeniul ocrotirii sănătății (cheltuieli publice) și cheltuielile private, care pot fi sub forma plăților din buzunar, cotizații de asigurare privată de sănătate, sau alte forme de cheltuieli private. În multe cazuri, fondurile destinate pentru menținerea stării de sănătate trec printr-o serie de entități, înainte ca acestea să fie în cele din urmă efectiv cheltuite pe servicii și produse de sănătate, cum ar fi spitale, produse farmaceutice sau asigurări de sănătate.

În cazul asistenței medicale publice naționale (cheltuieli publice destinate ocrotirii sănătății), Guvernul pune la dispoziție fonduri din diferite surse, inclusiv asistență financiară externă. Cu toate acestea, o bună parte din cheltuielile instituțiilor medicale publice rămân a fi finanțate și din contul serviciilor medicale oferite contra plată pacienților (cheltuieli private).

În acest context termenul **"cheltuieli de sănătate"** se referă la toate fondurile utilizate de, furnizorii de bunuri și servicii de sănătate, și includ *fonduri publice*, precum și *fonduri private* (cheltuieli personale) suportate de către populație atunci când procură bunuri și servicii de sănătate. Acestea din urmă sunt caracterizate de plățile oficiale și cele neoficiale. Cele oficiale apar sub forma de taxe percepute de instituțiile medicale private și cele publice, precum și plățile efectuate pentru procurarea de medicamente, iar cele neoficiale reprezintă sumele în natură sau în numerar acordate benevol de pacienți pentru a-și exprima recunoștința. Totodată, cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății sunt reflectate la nivelul Bugetului Public Național (BPN) și transpun politica statului în acest domeniu, pe când cheltuielile private pentru sănătate reprezintă mai degrabă nevoia și posibilitatea cetățenilor de a completa oferta publică de servicii medicale.

Volumul fondurilor alocate pentru sănătate depind de un șir întreg de factori, atât individuali la nivel de persoană, cât și globali – la nivel de societate. În cazul cheltuielilor private pentru sănătate acestea depind în mare parte de posibilitățile și veniturile fiecărei persoane în parte, starea de sănătate, oferta de servicii și nu în ultimul rând de cultura și obiceiurile individuale de menținere a stării de sănătate. Respectiv, în statele fără un sistem de asigurare privat (sau aproape absent) mare parte din cheltuielile private de sănătate sunt reprezentate de plățile din buzunar oferite de populație în schimbul unor bunuri sau servicii de sănătate. De cealaltă parte, în cazul statelor cu un sistem privat eficient de asigurare medicală, cheltuielile private sunt reprezentate de primele de asigurare facultative ale persoanelor conform modelului general al asigurărilor.

În ceea ce privește nivelul cheltuielilor publice destinate pentru ocrotirea sănătății, acestea depind în mare parte de situația generală a finanțelor publice din care derivă și constrângerile asupra mai multor tipuri de cheltuieli, precum și de anumite elemente cheie cum ar fi:

1. **Politicile în domeniul sănătății;**
2. **Rolul, calitatea și eficiența instituțiilor** cu atribuții în formarea, executarea și utilizarea resurselor destinate ocrotirii sănătății;

² System of Health Accounts 2011 (SHA 2011), WHO, <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en/>

3. Calitatea și eficiența procesului bugetar;
4. Nivelul contribuțiilor de asistență medicală;
5. Factori economici, demografici, sociali;
6. Tratamente și tehnologii noi, etc.

La nivel național, politicile în domeniul ocrotirii sănătății sunt determinate de un set de acte legislative și normative care urmăresc să asigure accesul echitabil al populației la servicii de sănătate de calitate. Legislația ce guvernează ocrotirea sănătății se fundamentează pe norma din Constituția Republicii Moldova care la Art. 36 „*Dreptul la ocrotirea sănătății*” prevede: că *Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat iar minimul asigurării medicale oferit de stat este gratuit*. Dreptul la ocrotirea sănătății este incorporat și în Drepturile și libertățile fundamentale ale omului³ de rând cu celelalte drepturi recunoscute de către comunitatea internațională ca fiind drepturi indispensabile civilizației actuale.

Totodată, conform unui raport al Ministerului Sănătății privind analiza legislației naționale în domeniu⁴, dreptul la ocrotirea sănătății în raport cu alte drepturi are un regim special de realizare, ceea ce semnifică, în termeni practici, și existența unui mecanism deosebit de asigurare a acestuia. Statul fără echivoc, direct și necondiționat prin normă constituțională își asumă responsabilitatea pentru ocrotirea sănătății cetățenilor săi. Norma respectivă este definitorie pentru construcția întregului sistem de ocrotire a sănătății, spiritul acesteia urmând a fi reflectat și detaliat în toate actele normative succesive.

La moment legislația care guvernează sănătatea publică (ocrotirea sănătății) este reprezentată de mai multe acte legislative, hotărâri ale Guvernului și documente aprobate de către MS și alte autorități publice. Structura și principiile fundamentale ale sistemului de ocrotire a sănătății sunt stabilite de Legea nr. 411 din 28 martie 1995 cu privire la ocrotirea sănătății. De asemenea Legea Nr.1585 din 27 februarie 1998⁵ instituie sistemul de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății. Acest sistem este reprezentat de asigurarea obligatorie de asistență medicală (AOAM) realizată prin intermediul Fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) și gestionat de către CNAM.

Pe lângă acestea, un document important de politici, care constituie platforma acțiunilor de consolidare a performanțelor sistemului de sănătate este reprezentat de **Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate 2008 – 2017**⁶. Aceasta este parte componentă a politicii social-economice a statului, direcționată spre dezvoltarea sistemului de sănătate, în care sunt concretizate scopurile și prioritățile de bază ale Guvernului. Scopul Strategiei este ameliorarea continuă a sănătății populației, protecția cetățenilor de riscurile financiare în accederea spre serviciile de sănătate, reducerea inegalităților în utilizarea și distribuirea serviciilor de sănătate și satisfacerea beneficiarilor acestora. Strategia se înscrie în obiectivul de restructurare a sistemului de sănătate inițiat în ultimii ani, pornește de la identificarea problemelor prioritare existente și trasează modalitățile de abordare și intervenție, care vor asigura rezultate mai bune pentru performanța sistemului de sănătate și pentru starea de sănătate a populației, inclusiv în situația unor resurse limitate.

³ The Universal Declaration of Human Rights – UN General Assembly resolution 217(III) 1948, http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf

⁴ Ministerul Sănătății, Proiectul „Servicii de sănătate și asistență socială” http://www.ms.gov.md/sites/default/files/proiecte_desfasurare/raportul_privind_evaluarea_legislatiei_din_domeniul_ocrotirii_sa_natatii_si_necesitatea_de_armonizare.pdf

⁵ Legea Nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

⁶ Hotărârea Guvernului Nr. 1471 din 24.12.2007 cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, <http://lex.justice.md/md/326615/>

Totodată, este de menționat faptul că începând cu anul 2004 în Republica Moldova a fost implementat un nou sistem de finanțare a cheltuielilor publice destinate ocrotirii sănătății bazat pe asigurări obligatorii de asistență medicală. Spre deosebire de cel anterior (sistem centralizat de stat finanțat din impozite, taxe și alte prelevări), sistemul AOAM este finanțat în baza contribuțiilor obligatorii în formă procentuală și în sumă fixă, precum și în baza transferurilor de la bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de către Guvern. De asemenea, în contextul acestei reforme rețeaua de spitale a fost redusă, structura sistemului de sănătate fiind compusă la moment dintr-un șir de instituții medicale publice și private, precum și autoritățile publice implicate în prestarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate.

În dependență de gradul lor de specializare instituțiile medicale sunt calificate a fi de nivel primar, secundar sau terțiar. Cele de nivel primar și secundar oferă servicii comunităților și aparțin autorităților publice locale, iar cele de nivel terțiar oferă asistență medicală specializată și sunt în subordinea autorităților centrale. În procesul de activitate, prestatorii de asistență medicală primară, secundară și terțiară sunt contractați direct de CNAM pentru prestarea serviciilor medicale.

Cât se cheltuie pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova

În ultimii 20 de ani Republica Moldova înregistrează o evoluție oscilatorie a cheltuielilor totale destinate ocrotirii sănătății, caracterizate de insuficiența celor publice și completarea acestora din surse personale ale populației. O reducere semnificativă a celor publice se înregistrează începând cu anul 1998 la baza acestei micșorări fiind șocurile provocate economiei naționale de criza rublei rusești. Revenirea a fost una lentă până în anul 2004, când a început implementarea sistemului AOAM ceea ce a reprezentat și reforma modului de finanțare a sistemului medical. Din acel moment s-a inițiat o creștere constantă și continuă atât a cheltuielilor totale pentru sănătate, cât și a celor publice. Astfel, ponderea cheltuielilor totale alocate ocrotirii sănătății raportate la PIB au crescut continuu până la criza financiară globală demarată în anul 2008, totuși urmările acesteia nu s-au resimțit în aceeași măsură ca și în cazul crizei precedente. Respectiv media cheltuielilor totale destinate sănătății raportate la PIB s-a majorat în intervalul 2005 – 2015 de la 8,4% la 11%.

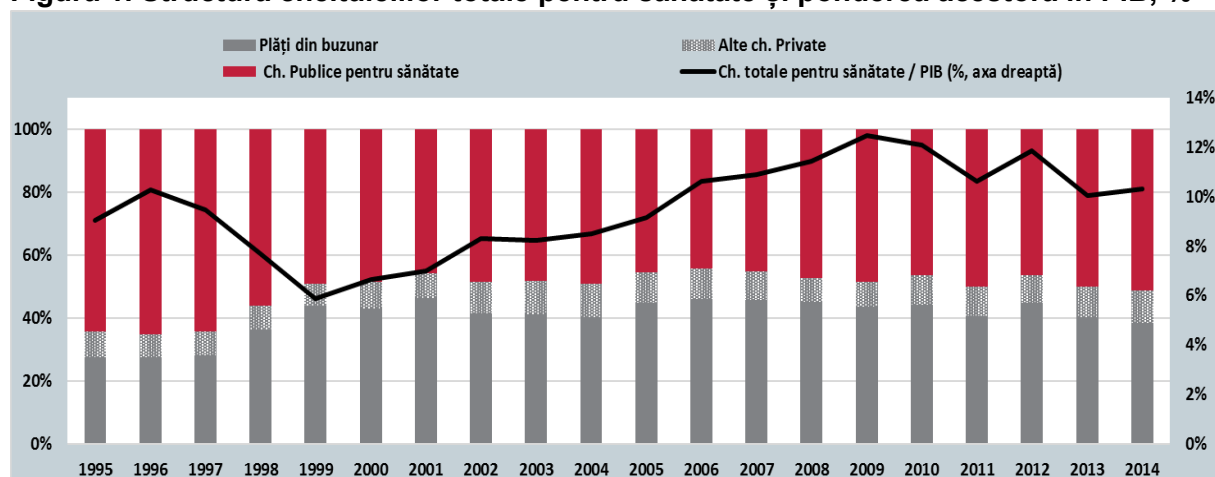
În ultimii 3 ani, (2013 - 2015) creșterea cheltuielilor totale cu sănătatea a fost una marginală, de la 10,0% la 10,1%, fapt rezultat prin micșorarea cheltuielilor private și incapacitatea statului de a asigura o creștere semnificativă a cheltuielilor publice. De altfel, caracteristic pentru statele în curs de dezvoltare este cota semnificativă a cheltuielilor private în total cheltuieli pentru sănătate, în cazul R. Moldova aceasta variind în jurul valorii de 48% (fără a lua în calcul plățile din buzunar informale). În aceste condiții, raportul dintre cheltuielile publice și cele private pentru sănătate demonstrează discrepanța dintre cererea pentru servicii de sănătate și disponibilitatea resurselor publice care să le finanțeze. Mai mult ca atât, marea majoritate a cheltuielilor private este reprezentată de plățile din buzunar, față de asigurări private caracteristice țărilor Uniunii Europene (UE), unde participarea sectorului privat (altul decât plățile din buzunar) apare ca o soluție în sistemul public de sănătate.

Pentru Republica Moldova, lipsa unui sistem alternativ asigurărilor medicale de stat, corelată cu ineficiența sistemului public de sănătate crește semnificativ indicatorul plăților din buzunar. Astfel, populația este nevoită să-și acopere nevoile de sănătate din surse financiare proprii (figura 1). Mare parte din acestea sunt orientate pentru achiziția de medicamente (nu toate

sunt compensate de către CNAM), plăți legale pentru serviciile oferite de spitale și medici, precum și plăți informale care nu sunt contabilizate.

Efectiv, creșterea indicatorului *plăți din buzunar* a început practic odată cu migrația masivă a populației peste hotarele țării (anii 1997-2000). Astfel, o bună parte din sursele de finanțare a plăților din buzunar nu sunt rezultate din surse interne țării, ci din surse externe asigurate prin intermediul remiterilor constante. În aceste condiții, reducerea remitențelor din ultimii 3 ani și influențează reducerea indicatorului *plăți din buzunar*.

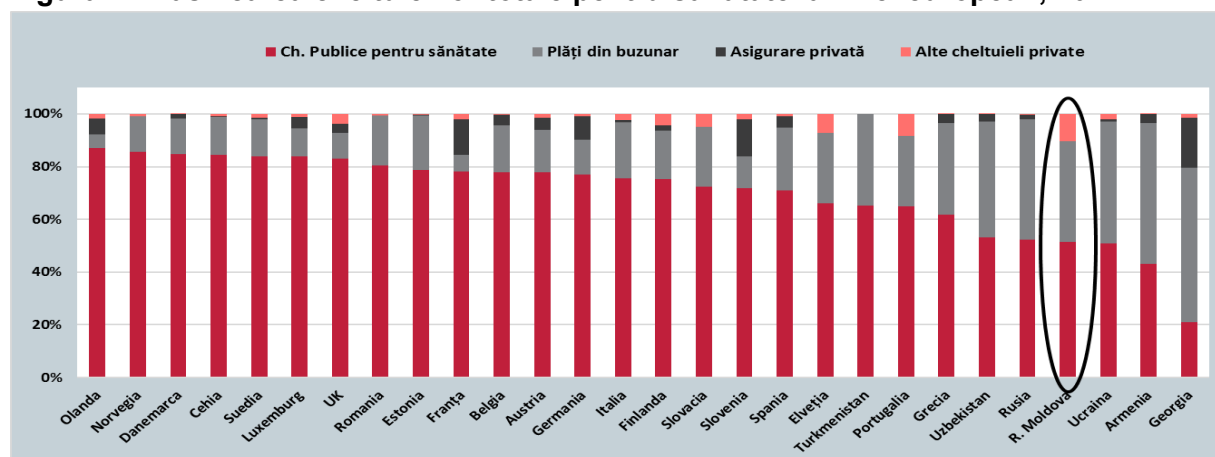
Figura 1. Structura cheltuielilor totale pentru sănătate și ponderea acestora în PIB, %



Sursa: Calculele autorului în baza datelor OMS

În ceea ce privește cheltuielile publice pentru sănătate, atât la nivel internațional cât și regional, țara noastră înregistrează cele mai mici rezultate. Respectiv, figura 2 demonstrează că în statele în curs de dezvoltare, în special cele ex-sovietice, ponderea plăților din buzunar este una destul de semnificativă, pe când statele nordice au printre cele mai dezvoltate sisteme publice de sănătate, cheltuielile destinate sănătății fiind finanțate preponderent din bani publici.

Figura 2. Clasificarea cheltuielilor totale pentru sănătate la nivel european, 2014



Sursa: Calculele autorului în baza datelor OMS

De asemenea, cu toate că pondere cheltuielilor totale pentru sănătate raportate la PIB înregistrează nivelul de 10 – 11%, de altfel un nivel caracteristic mai multor state vest europene, totuși această valoare pentru Republica Moldova se obține în condițiile unui PIB pe cap de locuitor extrem de redus, respectiv, acest indicator nici pe departe nu semnifică același volum de bunuri și servicii medicale procurate. În aceste condiții, pentru o analiză comparativă

a cheltuielilor de sănătate pe plan internațional, ca indicator vom utiliza valoarea cheltuielilor totale pentru sănătate exprimată în paritatea puterii de cumpărare și prezentată în USD pe cap de locuitor (PPC\$). Respectiv, datele ilustrate în anexa 4 demonstrează că populația țării noastre alocă sume de cel puțin 10 ori mai mici pentru bunuri și servicii medicale față de locuitorii statelor dezvoltate din vestul și nordul Europei. De asemenea, față de statele din Europa Centrală cheltuielile sunt de 4 - 5 ori mai mici, iar față de cele din Balcani și cele din estul Europei în medie de 2 ori mai mici. Doar în comparație cu fostele state sovietice, țara noastră depășește țări ca Armenia, Uzbekistan sau Turkmenistan. În ceea ce privește cheltuielile pentru medicamente, populația țării alocă aproximativ 75% din cheltuielile personale pentru sănătate procurării de medicamente și dispozitive medicale⁷ sau aproximativ 75 USD pe cap de locuitor.

Pe lângă cererea de bunuri și servicii medicale, cheltuielile pentru sănătate sunt influențate într-o oarecare măsură și de oferta existentă la moment. Cererea mare pentru personalul de asistență medicală în unele state dezvoltate are drept rezultat deplasarea resurselor calificate peste granițele țării de origine. Acesta este de fapt și unul dintre motivele care creează anumite dezechilibre în sectorul național de sănătate. La moment, Republica Moldova face parte din grupul țărilor care „exportă” cadre medicale, fără perspective clare ca această tendință să poată fi inversată, sau măcar stopată. Astfel ia naștere un fenomen cel puțin îngrijorător din mai multe puncte de vedere (medical, financiar, social, etc.) și anume faptul că o bună parte din cadrele medicale este pregătită și formată din resurse publice, iar mai apoi, atrași de condiții mult mai bune, oferă servicii de sănătate cetățenilor altor state. Respectiv, în ultimii ani, oferta de servicii medicale, cel puțin aparent, tinde să se micșoreze, unii cetățeni fiind nevoiți deja să plece peste hotarele țării pentru a-și satisface anumite nevoi de sănătate.

Conform Conturilor Naționale în Sănătate, în anul 2015 cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății au constituit 12,4 mlrd. MDL. Acestea au fost finanțate din surse publice - 49%, surse private - 48% și granturi externe - 3,7%. În același timp, valoarea cheltuielilor publice a atins nivelul de 6,5 mlrd. Dintre care aproximativ 5 mlrd. MDL au fost distribuite prin intermediul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală gestionat de CNAM, restul revenind Ministerului Sănătății, administrațiilor locale și altor instituții în domeniul ocrotirii sănătății.

Tabelul 1. Cheltuielile totale destinate ocrotirii sănătății în R. Moldova, 2015

	2015	Ponderea în PIB	Ponderea în total ch. sănătate
Produs Intern Brut, mil. MDL	121 851	100%	
Cheltuieli Totale pentru sănătate, mil MDL	12 358	10,1%	100%
Resurse publice, mln.MDL	6 011	4,9 %	48,6%
Resurse private, mln.MDL	5 882	4,8%	47,6%
Resurse externe, mln.MDL	460	0,4%	3,7%
Cheltuieli pe cap de locuitor, MDL	3 478,4		

Sursa: Conturile Naționale în Sănătate

În același timp, cheltuielile totale destinate ocrotirii sănătății pe cap de locuitor au atins valoarea de **3 478,4 lei**. Totuși, această valoare este rezultatul cheltuielilor efectuate pe plan intern, iar dacă am lua în calcul și cheltuielile efectuate de populația indigenă peste hotarele țării, această sumă ar fi relativ mai mare. În ultimii ani se atestă apariția fenomenului plecărilor peste hotare în scop medical, însă contabilizarea acestora este una dificilă.

⁷ Raport conturilor naționale în sănătate pentru anul 2015

Cât se cheltuie din BPN pentru ocrotirea sănătății

Conform principiilor Organizației Mondiale a Sănătății politicile guvernamentale de finanțare a sistemului public de sănătate trebuie privite prin prisma situației fiscale a țării și constrângerile impuse de aceasta asupra cheltuielilor. În general, finanțele publice din Republica Moldova s-au îmbunătățit după anii de instabilitate care au urmat independența, inflația fiind adusă sub control, iar PIB-ul înregistrând o creștere între anii 2000 și 2009. Totodată, în comparație cu volumul general al economiei, la momentul de față (2015) Bugetul Public Național este relativ mai mic – de 35,8 % din PIB față de nivelul său de 40,5% în 2008. La nivel macro, în ultimii ani economia națională înregistrează o evoluție anemică, marcată în special de criza politică, fraudele din sectorul bancar, reducerea transferurilor de peste hotare și reducerea interesului din partea investitorilor străini. Deși cheltuielile bugetare totale au crescut în termeni reali cu 1,3% în 2014, acestea au scăzut în 2015 cu mai mult de 9%, cauzele directe fiind puse pe seama șocurilor generate de sistemul financiar-bancar și deprecierii semnificative a monedei naționale.

În același timp, comparativ cu statele Uniunii Europene, veniturile bugetare în Republica Moldova sunt cu mult mai mici în raport cu PIB, ceea ce determină și un grad de finanțare cu mult mai redus a domeniului ocrotirii sănătății, precum și celorlalte servicii publice. De altfel și produsul intern brut este unul extrem de mic în comparație cu cel al economiilor europene. Ca pondere în PIB, veniturile bugetare au înregistrat o medie de 38% între anii 2008 – 2015 (44 la nivelul UE). În aceste condiții, în anul 2015, **cheltuielile publice destinate pentru ocrotirea sănătății au reprezentat 13,9%** din total cheltuieli publice, fiind pe locul trei după cheltuielile alocate pentru asistență socială și cele pentru învățământ. De asemenea, ponderea acestora nu înregistrează careva modificări semnificative, în ultimii 8 ani menținându-se în limitele de 13 – 14%. Aceeași constanță o remarcăm și la ponderea FAOAM în totalul cheltuielilor publice și în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății. Acest fapt demonstrează că fără reforme structurale semnificative, spațiul de creștere a cheltuielilor pentru sănătate raportat la PIB este limitat.

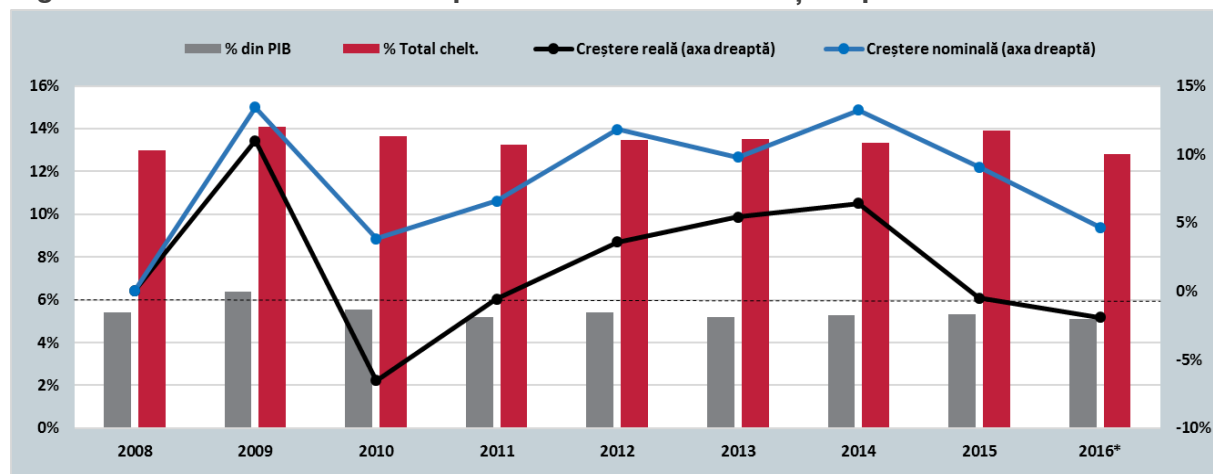
Existența unui sistem medical public inefficient și costisitor bazat pe asistență medicală spitalicească a determinat concentrarea eforturilor asupra modernizării și reformării sectorului sănătății. Procesul de restructurare a fost marcat de introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în anul 2004, care au sporit substanțial nivelul de susținere financiară a sectorului dat. Crearea CNAM și implementarea sistemului AOAM au pus bazele economiei de piață în domeniul sănătății prin modificarea mecanismului de finanțare și de contractare a prestatorilor de servicii. Alte reforme fundamentale au fost orientate spre implementarea medicinei de familie și reorganizarea și optimizarea sistemului spitalicesc, numărul de spitale publice fiind redus simțitor. Cu toate acestea, reformele din sistemul de sănătate sunt departe de a fi finalizate, progrese minime fiind atinse în ceea ce privește calitatea serviciilor de sănătate sau accesibilitatea populației⁸ la serviciile în cauză.

În aceste condiții, evoluția dinamică a cheltuielilor publice destinate ocrotirii sănătății a fost una neuniformă, fiind marcată și de reformele din ultimii ani. Dacă în termeni nominali s-a menținut o creștere de cel puțin 5 %, atunci în termeni reali cheltuielile respective au înregistrat și creșteri negative, cum ar fi anul 2015 când s-a înregistrat o inflație de două cifre (figura 3). Aceiași situație se prevede și pentru anul 2016 când se așteaptă o creștere reală de minus 2 % față de anul 2015. Practic criza economică severă și incertitudinea privind deblocarea

⁸ Hotărîrea Curții de Conturi nr.19 din 27.06.2016. Auditul performanței proiectului „Modernizarea sectorului sănătății în RM”

asistenței financiare externe își lasă amprenta asupra tuturor cheltuielilor publice, nu doar a celor destinate sănătății, iar Guvernul pare să nu aibă soluții reale la moment.

Figura 3. Dinamica cheltuielilor publice destinate sănătății în perioada 2008 - 2016



Sursa: Calculele autorului în baza datelor BOOST, MF, BNS. *2016 – date preliminare, inflația așteptată 6,7%

De asemenea, pentru o înțelegere mai clară a dinamicii reale a cheltuielilor destinate sănătății, important este analiza acestora în baza unui an de referință. În acest caz, drept an de referință a fost luat anul 2009, an în care criza financiară mondială s-a resimțit și la nivelul economiei naționale. Astfel, rezultatele prezentate în tabelul 2 demonstrează că deși în termeni nominali cheltuielile destinate ocrotirii sănătății sunt în continuă creștere, atunci în termeni reali acestea înregistrează o creștere oarecum oscilatorie.

Criza financiară internațională înregistrată începând cu 2008, chiar dacă mai târziu, a afectat într-o oarecare măsură și economia națională, o revenire de până la nivelul inițial fiind înregistrată în 2013. La fel și cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății, care în intervalul anilor 2010 – 2012 au fost sub nivelul celor din anul 2009. Cu toate că în 2013 trendul a fost inversat, în anul 2015 acesta a trecut din nou în scădere perspectivele menținându-se și pentru 2016, mai ales în condițiile presiunii mari pe bugetul de stat corelată cu incertitudinea macroeconomică în ansamblu.

Tabelul 2. Dinamica cheltuielilor destinate sănătății față de anul 2009

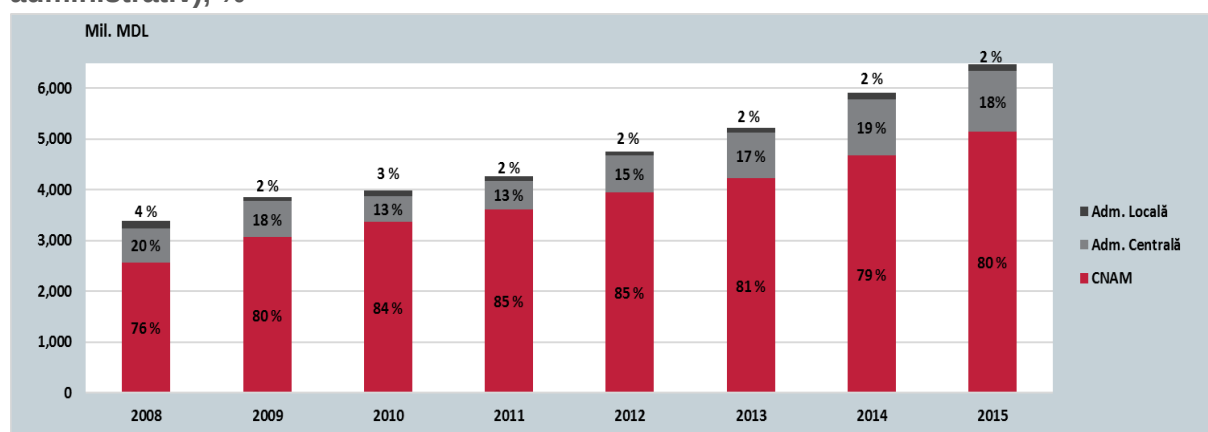
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016*
Produs Intern Brut, (mil. MDL)	60,430	71,885	82,349	88,228	100,510	112,050	121,851	132,700
Total cheltuieli. publice, (mil. MDL)	27,342	29,330	32,111	35,378	38,660	44,401	46,396	52,784
Ch. publice pentru sănătate (mil. MDL)	3,848	3,997	4,260	4,763	5,228	5,919	6,456	6,756
Cheltuieli publice pentru sănătate, (% din PIB)	6.4	5.6	5.2	5.4	5.2	5.3	5.3	5.1
Cheltuieli publice pentru sănătate în total cheltuieli publice, (%)	14.1	13.6	13.3	13.5	13.5	13.3	13.9	12.8
Cheltuieli publice pentru sănătate în termeni reali, 2009=100 (mil. MDL)	3,848	3,597	3,577	3,706	3,907	4,157	4,136	4,058
Cheltuieli publice pentru sănătate în termeni reali (2009=100%)	100	93.5	92.9	96.3	101.5	108.0	107.5	105.4

Sursa: Compilația autorului în baza datelor BOOST, MF, BNS. *2016 – date preliminare, inflația așteptată 6,7%

Conform datelor prezentate de MF, valoarea totală a cheltuielilor publice destinate ocrotirii sănătății a atins în anul 2015 nivelul de 6,5 mldr MDL. Dintre acestea aproximativ 5 mldr. MDL (sau 80%) au fost distribuite prin intermediul sistemului de asigurări obligatorii de asistență

medicală gestionat de CNAM, restul revenind autorităților centrale (Ministerul Sănătății și Cancelaria de Stat) - 18%, și autorităților locale - 2%. De asemenea, figura 4 prezintă o creștere semnificativă a ponderii cheltuielilor efectuate prin intermediul autorităților centrale, de la 13% în 2010/2011 la 18% în anul 2015. Acest fapt se datorează în cea mai mare parte implementării de către Ministerul Sănătății a unor proiecte finanțate din surse externe, cum ar fi proiectul *“Modernizarea sectorului sănătății în RM”* din contul împrumutului acordat de Banca Mondială. La moment acesta este cel mai important și amplu proiect în domeniul sănătății și are drept scop reducerea riscurilor aferente bolilor non transmisibile, îmbunătățirea protecției financiare aferente ocrotirii sănătății și sporirea eficienței serviciilor de sănătate în țară.

Figura 4. Alocările bugetare pentru sănătate pe componentele BPN (profil administrativ), %



Sursa: Calculele Expert-Grup în baza datelor BOOST, Ministerul Finanțelor

Cheltuielile efectuate prin intermediul autorităților centrale și locale

Autoritățile centrale în domeniul ocrotirii sănătății sunt reprezentate de către Ministerul Sănătății și Cancelaria de Stat. Finanțarea cheltuielilor acestora se efectuează din contul bugetului de stat, în ultimii ani alocându-se o pondere de până la 18 % din totalul cheltuielilor publice destinate ocrotirii sănătății. Ministerul Sănătății este organul central de specialitate al administrației publice în domeniul sănătății, responsabil de elaborarea politicilor publice și a strategiilor în domeniul sănătății. Pe lângă cheltuielile efective ale acestuia, în gestiunea sa mai intră sanatoriul de copii din Sergheevca, centre de reabilitare și recuperare, centre de plasament și reabilitare pentru copii de vârstă fragedă și o serie de agenții medicale specializate⁹. De cealaltă parte, Cancelaria de Stat este responsabilă de gestionarea Asociației Curativ-Sanatoriale și de Recuperare a Aparatului Guvernului, Centrului de Igienă și Epidemiologie și Baza auto al Asociației respective. (Detaliat, alocările bugetare în profil instituțional sunt prezentate în anexa 2).

În ultimii ani cheltuielile efectuate prin intermediul celor două autorități au evoluat relativ constant. **În anul 2015 acestea au constituit suma de 1192,2 mil. MDL, sau 18,4% din total cheltuieli publice orientate domeniului sănătății.** La nivelul clasificării economice, cheltuielile de personal au înregistrat valoarea de 295 mil. MDL, sau 25%, fiind în descreștere

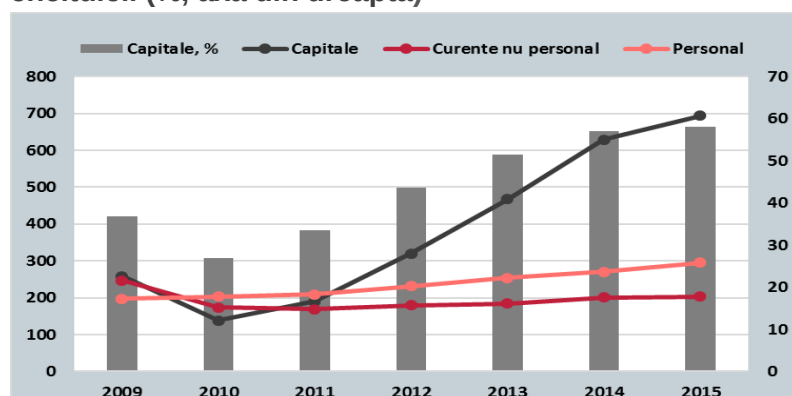
⁹ Centrul Național de medicina sportiva Atletmed, Centrul de Plasament si Reabilitare pentru copii de vârstă fragedă, Agenția Medicamentului, Centrul Național de Management in Sănătate, Centrul Național de Transfuzie a Sângelui, BSM nr. 6 Bălți, Centrul Național Științifico-Practic de Medicina Preventiva, Centrul recuperare pentru copii Ceadir-Lunga, Centrul de Medicina Legala, Sanatoriu de tuberculoza pentru copii Târnova, Centrul ftziopneumologic de reabilitate pentru copii Cornești

cu 15 p.p. față de anul 2010 când reprezentau principala componentă de cheltuieli. Acest fapt se datorează creșterii accentuate a cheltuielilor capitale care au determinat și modificarea structurii generale.

Cheltuielile capitale au crescut semnificativ începând cu anul 2010 depășindu-le rapid pe cele de personal. De asemenea și ponderea acestora a crescut considerabil, de la 37% în 2010 la 58% în 2014. Această creștere se datorează în mare parte transferurilor pentru implementarea proiectelor finanțate din surse externe, valoarea cărora a crescut de trei ori în ultimii 6 ani, atingând în anul 2015 suma de 638 mil. MDL. Totodată, investițiile capitale rămân a fi extrem de reduse, în 2015 fiind practic inexistente, de doar 1,7 mil. MDL. Aceasta după ce în anul 2014 a fost stabilit recordul maxim de investiții capitale din ultimii șase ani, de 50,3 mil. MDL.

Cea de a treia componentă de cheltuieli, cele curente non personal sunt reprezentate preponderent de cheltuieli orientate pentru plata mărfurilor și a serviciilor, urmate de transferurile în scopuri de producție. Ca pondere în total cheltuieli, acestea sunt în continuă descreștere, de la 35 % în 2010 la 17% în 2014. Totodată, figura prezentată în anexa 3 prezintă clasificarea detaliată a cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății efectuate prin intermediul autorităților centrale.

Figura 5. Structura cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății gestionate prin intermediul autorităților centrale (mil. lei, axa din stânga) și ponderea cheltuielilor capitale în total cheltuieli (% , axa din dreapta)



Sursa: Calculele autorului în baza datelor BOOST, Ministerul Finanțelor

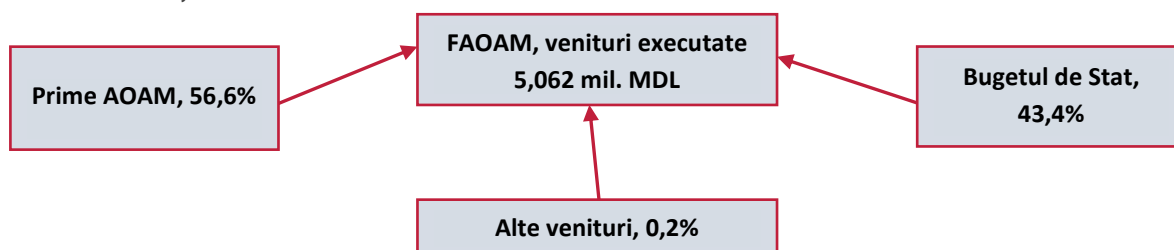
În anul 2015 Ministerului Sănătății i-au fost alocate 628,7 mil. MDL, cu 124,8 milioane mai mult decât în 2014 (sau în creștere cu 25%). Dintre acestea, 91% (571 mil. MDL) au fost orientate pentru implementarea programelor de ocrotire a sănătății finanțate preponderent din surse externe, iar restul destinate organelor administrative (10,7 mil. MDL) și cheltuielilor capitale (46,4 mil. MDL).

În ceea ce privește cheltuielile efectuate prin intermediul autorităților locale acestea au constituit valoarea de doar 131,8 mil. MDL, sau o pondere de 2 % din totalul cheltuielilor publice destinate ocrotirii sănătății. În domeniul dat, autoritățile locale sunt reprezentate de Consiliile Municipale Chișinău și Bălți și de Consiliile raionale care alocă cele mai multe resurse pentru instituțiile și serviciile în domeniul ocrotirii sănătății neatribuite la alte grupe (cum ar fi direcțiile municipale și cele raionale de profil), policlinicilor și centrelor medicilor de familie. Totodată, conform clasificării economice, în anul 2015 acestea sunt în cea mai mare parte cheltuieli capitale – aproximativ 85%, urmate de cele curente non personal – 9 % și cheltuielile de personal cu doar 6%.

Cheltuielile efectuate prin intermediul FAOAM

Cea mai mare parte din cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății sunt administrate de CNAM, organizație autonomă care dirijează procesul executării FAOAM. Sistemul dat înglobează cea mai mare pondere a cheltuielilor publice în domeniul ocrotirii sănătății. În ultimii ani, aceasta a reprezentat aproximativ 80% din banii publici destinați ocrotirii sănătății sau în jur de 4,2 % din PIB. Din cauza instabilității politice bugetul pe anul 2015 a fost aprobat cu întârziere de peste trei luni, până la acel moment CNAM ghidându-se de un buget provizoriu bazat pe veniturile și cheltuielile anului trecut. Ulterior, odată cu aprobarea politicii bugetar-fiscale pe anul 2015, cheltuielile fondurilor AOAM au fost aprobate în sumă de 5,3 mlrd. MDL, cu 10 % mai mult în raport cu anul 2014 și cu un deficit de 100 mii MDL.

Figura 6. Finanțarea cheltuielilor FAOAM, 2015



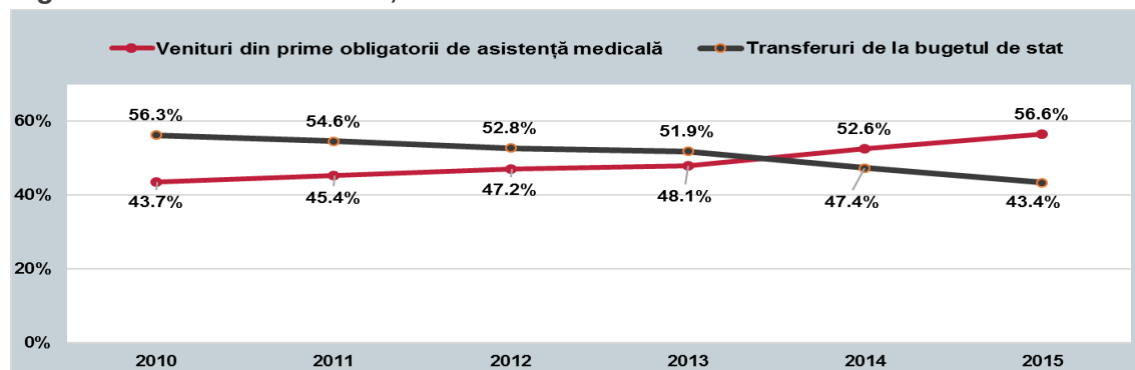
Principala sursă de finanțare a cheltuielilor (aproximativ 57% sau 2,9 mlrd. MDL) este asigurată de primele obligatorii de asigurare medicală în sumă fixă sau sub formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense. În ultimii ani se urmărește creșterea anuală a câte 1% a mărimii primei procentuale în raport cu salariul sau alte recompense, ceea ce determină și o sporire a veniturilor din această sursă. Pentru anul 2015, conform politicii bugetar-fiscale aceasta a fost aprobată în cuantum de 9% (câte 4,5% achitate din contul angajatului și angajatorului).

A doua sursă de finanțare o reprezintă transferurile de la bugetul de stat destinate pentru asigurarea persoanelor neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor medicale. Ținând cont de aceasta, Guvernul are calitatea de asigurator pentru 15 categorii de persoane care sunt cele mai vulnerabile printre care copii, elevii, studenții, gravidele, pensionarii, persoanele cu dizabilități, șomerii, etc.

Totodată, un audit recent al Curții de Conturi¹⁰ relevă faptul că Guvernul plătește mult mai puțin pentru asigurarea medicală a persoanelor neangajate decât costul poliței obligatorii. Respectiv, transferurile de la bugetul de stat reprezintă doar aproape jumătate din suma necesară pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale pentru cele 15 categorii de persoane. Mai mult ca atât, numărul persoanelor pentru care Guvernul este asigurator a atins în 2015 nivelul de 1 673,5 mii persoane (**sau 65% din totalul persoanelor asigurate**), în creștere față de 2010 cu 93,6 mii persoane. Astfel se înregistrează o anumită neconcordanță între calculele Ministerului Finanțelor privind fondurile transferate de la bugetul de stat pentru cele 15 categorii, și cheltuielile necesare pentru asigurarea medicală a persoanelor respective. Acest fapt rezultă și din figura 7 care demonstrează că ponderea transferurilor de la bugetul de stat în totalul veniturilor FAOAM este în descreștere în timp ce numărul persoanelor asigurate de către Guvern se majorează.

10 Hotărârea Curții de Conturi nr.14 din 20.05.2016 Raportul auditului asupra conformității Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2015

Figura 7. Veniturile FAOAM, 2010 - 2015



Sursa: Compilația autorului în baza rapoartelor CNAM

În aceste condiții, în anul 2015 suma transferurilor de la bugetul de stat a constituit aproximativ 2,2 mldr. MDL, sau 43,4 % din totalul veniturilor pentru anul 2015. De asemenea, de la bugetul de stat către CNAM au mai fost transferate peste 36 mil. MDL pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății (predestinate procurării insulinei) și peste 35 mil. MDL pentru realizarea proiectului „Modernizarea sectorului sănătății”.

Capacitățile financiare ale sistemului AOAM determină în mare parte nivelul și dinamica principalilor indicatori care, de altfel, ținesc o creștere a ponderii persoanelor asigurate din totalul populației, servicii medicale mai performante și asigurarea unui nivel acceptabil de salarizare pentru un personal mai calificat. Tabelul 3 cuprinde caracteristica indicatorilor cheie din ultimii trei ani și demonstrează o creștere a ponderii persoanelor asigurate în totalul populației de până la 85,6%. Cu toate acestea, indicatorul dat distorsionează într-o oarecare măsură situația reală, ținând cont că numărul total al persoanelor asigurate în 2015 scade cu peste 200 mii față de sfârșitul anului 2012. Cauza principală la baza acestor discrepante este numărul total al populației prezente în țară care continuă să scadă. Totodată, probabil din aceleași motive demografice, CNAM evită în rapoartele sale să publice și numărul total al contribuabililor la sistemul AOAM, or anume acest indicator ar putea da o apreciere faptului cât de sustenabile pot fi în timp veniturile din contribuțiile obligatorii.

Tabelul 3. Indicatori cheie ai sistemului AOAM (anii 2011 – 2015)

	2013	2014	2015
Cota persoanelor asigurate din total populație (%)	83,2	85,0	85,6
Numărul persoanelor asigurate (mii persoane)	2 801,3*	2 475,7	2 572,0
Veniturile fondurilor AOAM (mil.lei)	4 161,0	4 637,7	5 062,9
Cheltuielile fondurilor AOAM (mil.lei)	4 226,1	4 679,5	5 152,5
Pondere ch. fondurilor AOAM în PIB (%)	4,2	4,2	4,3
Pondere ch. fondurilor AOAM în ch. publice destinate sănătății (%)	81,5	79,4	79,8
Prima de AOAM în cotă procentuală cumulate, angajator - angajat (%)	7	8	9
Nr. instituțiilor medicale și farmaceutice contractate	590	673	690
Cheltuielile pentru medicamente compensate (mil.lei)	163,5	205,9	279,7
Salariul mediu lunar pentru o unitate în instituțiile medico-sanitare (lei)	3 021	3 413	3 688

Sursa: Compilația autorului în baza rapoartelor CNAM

** persoane asigurate la sfârșitul anului 2012*

Conform legii¹¹ mijloacele financiare, indiferent de sursa de achitare, se acumulează la contul unic al CNAM, fiind ulterior repartizate în mai multe fonduri. În 2015 cheltuielile totale au fost realizate în sumă de 5,15 mldr. MDL, dintre care cea mai mare parte au fost gestionate prin

¹¹ Legea Nr. 74 din 12.04.2015 privind fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2015

intermediul *Fondului pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)*. Datele cuprinse în Tabelul 4 demonstrează că peste 95% (4,9 mlrd. MDL) din totalul fondurilor au fost îndreptate spre fondul de bază, cu 1,1 p.p. mai mult decât în 2014. De altfel acesta este sigurul fond cheltuielile cărora au fost executate fără careva devieri de la cele prognozate, celelalte fiind ajustate negativ urmare a necesității executării depline a fondului de bază sau încasarea unor venituri mai mici decât cele prognozate. Astfel, creșterea ponderii fondului de bază în total cheltuieli a fost asigurată din contul diminuării ponderii fondului de rezervă, (resursele căruia au fost transferate la fondul de bază) și a celui pentru măsurile de profilaxie, cheltuielile cărora au fost executate în proporție de doar 19,7% respectiv 25,4%.

Tabelul 4. Cheltuielile CNAM

	2013		2014		2015		2016*	
	mil. lei	%	mil. lei	%	mil. lei	%	mil. lei	%
Fondul de bază al AOAM	3,956.0	93.6	4,399.8	94.0	4,899.6	95.1	5,611.1	96.1
Fondul de rezervă al AOAM	52.8	1.2	3.3	0.1	14.9	0.3	41.7	0.7
Fondul măsurilor de profilaxie	29.9	0.7	27.6	0.6	12.9	0.3	56.9	1.0
Fondul de dezvoltare și modernizare	138.2	3.3	189.4	4.0	154.3	3.0	50.0	0.9
Fondul de adm. a sistemului de AOAM	49.3	1.2	59.5	1.3	70.7	1.4	78.8	1.3
TOTAL	4,226.1	100	4,679.5	100	5,152.5	100	5,838.5	100

Sursa: Compilația autorului în baza rapoartelor CNAM

I. Fondul de bază. Este cel mai important fond al sistemului AOAM și este destinat pentru achitarea serviciilor medicale curente. Hotărârea Guvernului nr.594 din 14.05.2002 prevede că în fondul respectiv se repartizează nu mai puțin de 94% din veniturile totale ale sistemului AOAM. Cea mai mare parte a mijloacelor bănești destinate fondului de bază au fost direcționate pentru acoperirea cheltuielilor subprogramului „Asistența medicală spitalicească” (49%) și subprogramului „Asistența medicală primară” (31%), respectiv restul cheltuitelor le revin serviciilor acordate în cadrul asistenței medicale urgente (9%), celei specializate de ambulator (7%) și serviciilor de înaltă performanță și îngrijirii medicale comunitare și la domiciliu (4%).

Tabelul 5. Fondul pentru achitarea serviciilor medicale curente (fondul de bază)

	2013	2014	2015	2016
Asistență spitalicească de urgență (ambulante)	333.7	358.8	428.2	456.6
Asistență medicală primară	1,161.4	1,342.8	1,525.2	1,808.9
Medicamente ambulatorii compensate	163.5	205.9	279.7	502.5
Asistență specializată de ambulator	289.9	329.5	360.3	390.9
Asistență medicală de înaltă performanță	159.1	166.9	176.9	176.3
Asistență medicală spitalicească	2,007.2	2,195.4	2,401.2	2,769.5
Asistență medicală acordată la domiciliu	4.7	6.4	7.9	8.8
TOTAL	3,956.0	4.4	4,899.6	5,611.1

Sursa: Compilație Expert-Grup în baza rapoartelor CNAM

II. Fondul de rezervă al AOAM. Cheltuielile aferente acestui fond sunt predestinate acoperirii cheltuielilor suplimentare legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente precum și rectificarea fondului de bază în caz de necesitate. În anul 2015 cheltuielile acestui fond au constituit 14,9 mil. MDL, acestea fiind destinate suplinirii fondului de bază. Dintre acestea 10,7 mil. MDL au fost direcționate pentru acoperirea cheltuielilor de salarizare a medicilor rezidenți. Această

practică a fost aprobată în anul 2013, când Guvernul a probat modificări¹² la Regulamentul privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice. Aceste modificări prevăd pentru medicii rezidenți, pe lângă bursă în valoare de circa 900 MDL și un salariu de medic începător de aproximativ 2 000 MDL. Totuși, atât din motive legislative cât și financiare nu toți medicii rezidenți încheie contracte de muncă și primesc salarii la moment.

III. Fondul măsurilor de profilaxie. În anul 2015, cheltuielile aferente acestui fond au constituit 12,9 mil. MDL, cu 15 mil. MDL mai puțin față de anul precedent, și totodată reprezentând doar 25% din suma aprobată (50,8 mil. MDL). Din fondul dat sunt finanțate măsurile orientate pentru prevenirea riscurilor de asigurare, cum ar fi promovarea unui mod sănătos de viață sau procurarea vaccinurilor și medicamentelor care reduc riscul de îmbolnăvire. Totodată, valorificarea insuficientă a resurselor fondului dat a fost cauzată de sistemului defectuos al achizițiilor publice, criza politică ce s-a transpus prin imposibilitatea aprobării în timp util a tuturor actelor normative precum și deficiențele existente la nivelul Agenției Medicamentului, care gestionează procesul de achiziție a dispozitivelor medicale și echipamentului de protecție.

IV. Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale. Mijloacele acestui fond sunt orientate spre dezvoltarea și modernizarea instituțiilor din domeniul ocrotirii sănătății, iar alocarea acestora se realizează în urma organizării concursurilor de selectare a proiectelor investiționale. Ținând cont de resursele limitate, chiar dacă modernizarea instituțiilor medicale și sporirea calității serviciilor medicale este o premisă a politicilor în sănătate, ponderea cheltuielilor efectuate din contul fondului dat constituie doar 3 % din totalul cheltuielilor CNAM sau 154 mil MDL în anul 2015. Conform Raportului anual al CNAM, în 2015 toate mijloacele financiare au fost direcționate pentru achitarea contractelor de finanțare încheiate în anii precedenți. Astfel, 59% din cheltuieli au fost destinate reparațiilor capitale, 31% pentru procurarea mijloacelor fixe și 10 % pentru investiții capitale.

V. Fondul de administrare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală Mărimea fondului dat este aprobată¹³ în volum de până la 2,0% din veniturile încasate în contul unic al CNAM. Astfel, în ultimii 5 ani cheltuielile efectuate din contul acestui fond nu au depășit nivelul de 1,4% din totalul cheltuielilor CNAM. În anul 2015, mijloacele bănești alocate fondului de administrare a sistemului AOAM au constituit 70,7 mil. MDL. Mare parte au fost distribuite pentru retribuirea muncii și cele conexe 65,7%, urmate de cheltuielile capitale – 18,7%, cheltuielile pentru plata mărfurilor și serviciilor – 15,4% și deplasări în interes de serviciu – doar 0,2%.

Sub aspectul bugetării pe programe, fondurile AOAM sunt structurate sub forma unui program unic - „Sănătate publică și servicii medicale”, care cuprinde alte 10 subprograme. Elaborarea bugetelor pe programe este o metodă de planificare bugetară bazată pe performanță. Aceasta presupune planificarea și utilizarea banului public reieșind din obiectivele stabilite și rezultatele atinse. Anual, în cadrul *Raportului privind executarea bugetului*¹⁴ este expus nivelul de executare a tuturor subprogramelor, ținându-se cont de indicatorii de performanță stabiliți inițial și rezultatele înregistrate la sfârșit de an.

De asemenea, anual, Curtea de Conturi efectuează misiunea de audit cu exprimarea opiniilor de audit referitor la Raportul Guvernului privind executarea fondurilor AOAM aprobat prin

¹² HG nr. 791 din 7 octombrie 2013 cu privire la aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în unele HG

¹³ Hotărârea Guvernului Nr. 594 din 14.05.2002, despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

¹⁴ <http://www.mf.gov.md/files/reports/Raport%20privind%20executarea%20bugetului%20de%20stat%20pe%20anul%202015>

Hotărâre de Guvern. Rezultatele acestora din ultimii ani denotă faptul că sporirea veniturilor și cheltuielilor FAOM nu asigură acoperirea nivelului de majorare a inflației și a salariului mediu pe economie. Totodată, în anul 2015, 4 din cele 5 fonduri au fost executate sub nivelul planificat, ceea ce denotă anumite carențe atât la nivel de planificare cât și de asigurare cu surse financiare. Pe lângă acestea, Curtea de Conturi a mai semnalat o serie de deficiențe și neconformități la contractarea, acumularea, administrarea și utilizarea mijloacelor FAOM, ca rezultat al funcționalității parțiale a sistemului de control intern, și al deficiențelor manageriale ale sistemului instituțional.

Tabelul 6. Salariul mediu lunar pe tipuri de activități (anii 2014 – 2015)

	Salariul mediu lunar		
	2014	2015	creșterea, %
Servicii IT	10 585.3	13 127.1	24,0
Telecomunicații	9 696.1	10 758.1	11,0
Intermedieri financiară	7 845.8	8 659.6	10,4
Salariul unui medic	5 176.0	5 477.0	5,8
Salariul în sistemul medical	3 413.0	3 688.0	8,6
Industrie	4 469.4	4 962.8	11,0
Transporturi	4 076.4	4 411.3	8,2
Învățământ	3 357.4	3 813.6	13,6
Total pe economie	4 172.0	4 610.9	10,5

Sursa: Compilație Expert-Grup în baza datelor BNS și CNAM

Calitatea sistemului medical autohton depinde într-o mare măsură de nivelul cheltuielilor alocate acestui domeniu, care determină nemijlocit și atractivitatea pentru noii specialiști de a se integra în mediul dat. În 2015 salariul mediu lunar într-o instituție medico-sanitară a constituit 4 153 MDL în creștere de 8,1% față de anul 2014, iar salariul mediu lunar al unui medic (o unitate de personal) a atins valoarea de 5 477 MDL, în creștere cu doar 5,8%.

Cu toate acestea, dacă considerăm faptul că inflația medie pentru anul 2015 a constituit 13,6% atunci aceste creșteri sunt extrem de scăzute pentru a menține cel puțin nivelul din anul precedent. Totodată, chiar dacă în comparație cu alte domenii salariul unui medic depășește salariul mediu pe economie și rămâne a fi mai mare decât cel al unui cadru didactic, acesta în continuare nu caracterizează pe deplin efortul și resursele depuse pentru accederea la această profesie.

Fondurile AOAM pentru anul 2016

Anul 2016 se prezintă a fi un an destul de complicat pentru finanțele publice, cu impact imediat și asupra sistemului de sănătate publică. Inițial, Legea FAOM pe anul 2016¹⁵ (aprobată cu mari întârzieri abia la 1 iulie) prevedea venituri și cheltuieli în sumă de **5,838.5 mil MDL**, cu 13% (686 mil. MDL) mai mult față de anul de 2015. Totodată se urmărea creșterea cheltuielilor pentru majoritatea fondurilor AOAM, cu excepția fondului de dezvoltare și modernizare. Totuși, blocarea finanțării externe și condiționarea reluării acesteia de semnarea unui nou Memorandum cu FMI a determinat revizuirea veniturilor și cheltuielilor alocate inițial. Prin urmare, la 26 septembrie curent, Guvernul și-a asumat răspunderea asupra unui pachet de legi ce urmăresc printre altele și modificarea Legii FAOM pe anul 2016. Astfel, Legea nr. 238 din 03.10.2016¹⁶ prevede micșorarea transferurilor de la bugetul de stat către CNAM cu

¹⁵ Legea Nr. 157 din 01.07.2016 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2016

¹⁶ Legea Nr. 238 din 03.10.2016 privind modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2016 nr. 157 din 1 iulie 2016

59,217 mil. MDL, respectiv rectificarea veniturilor și a cheltuielilor aprobate inițial și aprobarea acestora în sumă de **5,779.3 mil. MDL**. La nivel de fonduri, rectificarea s-a realizat din contul reducerii veniturilor și cheltuielilor fondului măsurilor de profilaxie și a celui de dezvoltare și modernizare, prin reducerea acestora cu 39,2 mil. MDL, respectiv 20 mil. MDL.

În aceste condiții, constatăm că din lipsă de fonduri alocările destinate modernizării sistemului public de sănătate și celor de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire se prezintă a fi reduse comparativ cu nevoile oarecum palpabile. Abordarea modernă asupra conceptului de *cheltuieli în sănătate* încearcă prezentarea acestora mai degrabă ca pe o *investiție* durabilă pentru menținerea unei societăți cât mai sănătoase decât o *cheltuială* continuă a statului, or rectificările bugetare recente contrazic acest fapt.

Concluzii

În ultimii ani, finanțarea domeniului ocrotirii sănătății din surse publice derivă din constrângerile bugetare existente, acestea situându-se la un nivel de 5,1 – 5,3% din PIB. Chiar dacă în termeni nominali sumele alocate pentru acest sector au crescut, atunci în termeni reali acestea înregistrează un trend oscilatoriu, pentru anul 2015 și 2016 fiind chiar unul negativ. Drept consecință, către anul 2015 Republica Moldova s-a situat printre ultimele țări din Europa la capitolul ponderii cheltuielilor publice în totalul cheltuielilor pentru sănătate, fiind depășită doar de Ucraina. Respectiv, populația țării este nevoită să scoată sume importante din buzunar pentru a-și satisface nevoia de bunuri și servicii medicale. În aceste condiții, **indicatorul plăților din buzunar se situează în jurul valorii de 48%** din totalul cheltuielilor pentru sănătate, fără careva perspective de micșorare în următoarea perioadă.

În Republica Moldova contribuțiile actuale de asigurări de sănătate sunt insuficiente pentru a finanța cererea de bunuri și servicii medicale. Țara noastră nu are un sistem privat de asigurări medicale suficient de dezvoltat și nici un cadru legislativ care să impulsioneze constituirea unuia după modelul statelor occidentale. Principala sursă de finanțare a cheltuielilor publice pentru sănătate sunt contribuțiile de asigurări medicale plătite de angajatori și angajați, creșterea graduală a cărora (câte 1% în ultimii trei ani, până la nivelul de 9% în 2015) nu este nici pe departe suficientă pentru a asigura autofinanțarea sistemului public de sănătate. În aceste condiții, transferurile de la bugetul de stat către FAOM continuă să fie o sursă esențială de finanțare.

În ceea ce privește analiza cheltuielilor pentru sănătate din perspectiva indicatorilor economici și demografici nu există o instituție care să prezinte anumite rapoarte în acest sens. Totuși, transparența cheltuielilor în domeniul sănătății este asigurată într-o oarecare măsură de rapoartele anuale ale CNAM, rapoartele CNMS și rapoartele de audit ale Curții de Conturi care prezintă o analiză mai mult financiară a cheltuielilor. Cu toate acestea, pentru elaborarea unor politici cât mai adaptate la realitățile zilei de azi e nevoie de a lua în considerare modul în care cheltuielile totale destinate sănătății s-au schimbat și cum acestea au fost și sunt afectate de factorii economici, demografici și sociali extrem de activi în ultimul timp.

Nu în ultimul rând, pentru eficientizarea cheltuielilor publice în domeniul ocrotirii sănătății cât și în vederea îmbunătățirii calității serviciilor medicale oferite de instituțiile medicale publice este necesară impulsionarea reformelor demarate în acest sector. La elaborarea de noi politici trebuie să se țină cont de multitudinea factorilor non-medicali care afectează direct sau indirect eficiența sistemului de sănătate. Totodată, o atenție deosebită trebuie acordată completării

veniturilor bugetare care ulterior ar putea susține cheltuieli mult mai consistente alocate domeniului dat. În acest sens, concludente devin 2 surse de creștere a acestor venituri și anume:

- **Completarea veniturilor FAOAM din contul reducerii economiei informale.** Veniturile rezultate în urma contribuțiilor obligatorii sub formă procentuală la salariu ar putea fi majorate odată cu întreprinderea unui set de măsuri care să favorizeze reducerea economiei tenebre și incluziunea agenților economici în economia formală. Dacă luăm în calcul că remunerarea salariaților în sectorul informal ar putea atinge aproximativ 17 mlrd. MDL¹⁷ în cazul în care toți ar fi incluși în sectorul formal, atunci o incluziune de 5% ar putea genera venituri suplimentare la FAOAM de circa 78 mil. MDL anual.
- **Reducerea evaziunii fiscale din domeniul sănătății prin combaterea plăților informale.** Una dintre cele mai mari cauze ale ineficienței furnizorilor publici de servicii medicale și a insatisfacției pacienților față de calitatea rămâne a fi practica și cuantumul plăților informale. Conform unui studiu¹⁸ realizat în anul 2012 peste 5,8% din pacienți au efectuat plăți din buzunar informal pentru asistență ambulatorie, iar o pondere de 24,6% au efectuat astfel de plăți pentru servicii spitalicești. Astfel, incluziunea acestora în contabilitatea reală a instituțiilor medicale ar genera resurse suplimentare pentru cheltuieli adiționale.

¹⁷ Suma a fost estimată în baza numărului persoanelor ocupate informal pe activități economice și a salariului mediu pe activități economice, date publicate de BNS

¹⁸ Cadru privind abordarea problemei plăților din buzunar și plăților informale pentru acordarea serviciilor medicale în Republica Moldova, Taryn Vian, Frank G Feeley, Silviu Domete, Organizația Mondială a Sănătății 2014

Bibliografie

1. "Cadrul privind abordarea problemei plăților din buzunar și plăților informale pentru acordarea serviciilor medicale în Republica Moldova" – WHO, Seria de lucrări în domeniul politicilor de sănătate nr.16 Taryn Vian, Frank Gfeeley, Silviu Domente;
2. Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2015, Compania Națională de Asigurări în Medicină;
3. Veniturile și cheltuielile sistemului de sănătate, Mai 2012 - EFOR Policy Brief no. 7
4. Raport Conturi Naționale în Sănătate, 2015 - Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Centrul Național de Management în Sănătate;
5. Raportul privind evaluarea legislației din domeniul ocrotirii sănătății și necesitatea de armonizare, Ministerul Sănătății, Proiectul „Servicii de sănătate și asistență socială”;
6. Studiul bugetelor gospodăriilor casnice, Chișinău. Biroul Național de Statistică. Guvernul R. Moldova, 2011;
7. "System of Health Accounts" 2011, Organization for Economic Co-operation and Development / World Health Organization;
8. Republic of Moldova Health system review, 2012, Ghenadie Turcanu, Silviu Domente Mircea Buga, Erica Richardson
9. Moldova, Health Transformation Program, Technical Assessment Report, April 2014

Anexa 1. Cheltuieli destinate ocrotirii sănătății pe cap de locuitor (USD)

Țara	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Europa Centrală și de Est							
Slovenia	2297.8	2271.1	2083.1	2225.2	2068.5	2114.9	2160.7
Cehia	1486.2	1483.9	1410.0	1545.6	1411.5	1412.8	1378.5
Estonia	1075.4	1008.5	902.7	988.1	1077.5	1213.6	1248.3
Lituania	976.9	876.8	828.7	967.8	940.1	1019.8	1063.4
Croația	1265.1	1193.5	1143.9	1131.7	1029.5	1060.8	1050.3
Ungaria	1145.8	976.8	1019.9	1098.7	991.3	1021.1	1036.6
Letonia	1018.8	817.2	739.4	827.4	826.5	868.8	920.7
Polonia	956.5	815.0	867.7	931.1	869.7	881.8	910.3
Bulgaria	483.4	471.6	488.2	532.5	519.5	606.0	661.8
Serbia	672.1	576.4	541.0	627.9	559.7	644.5	632.9
România	541.5	456.8	482.9	507.7	467.6	535.5	556.8
Bosnia-Herțegovina	426.9	442.1	428.6	472.1	446.8	449.4	463.6
Muntenegru	449.2	406.8	456.6	500.4	470.0	454.5	457.7
Albania	254.7	238.1	219.3	255.3	239.5	253.3	272.2
Țările CSI (partea europeană)							
Rusia	718.7	632.0	727.4	879.6	963.5	1023.9	892.9
Azerbaidjan	241.6	288.5	310.1	358.3	399.5	432.4	471.4
Belarus	379.1	313.3	322.5	293.1	336.0	465.2	450.2
Georgia	264.8	255.3	274.9	323.4	327.7	286.1	302.6
Moldova	193.8	189.1	196.8	209.5	242.6	224.7	228.8
Ucraina	253.6	199.0	233.5	250.6	289.7	311.2	202.7
Armenia	149.4	132.5	143.1	127.0	149.9	159.0	161.6
Europa de Vest							
Elveția	7104.0	7276.7	7807.6	9386.5	9195.7	9471.5	9673.5
Norvegia	8193.6	7637.2	8164.5	9249.8	9360.8	9720.0	9522.2
Suedia	4886.1	4357.2	4694.5	6662.3	6521.6	7000.2	6807.7
Danemarca	6395.9	6464.6	6266.8	6522.1	6203.8	6637.7	6463.2
Olanda	5462.5	5355.1	5286.5	5649.2	5456.5	5688.4	5693.9
Austria	5286.9	5153.8	5049.6	5431.7	5239.5	5478.2	5580.5
Germania	4743.3	4752.8	4700.1	5025.3	4753.9	5098.2	5410.6
Franța	4827.9	4722.0	4583.7	4993.7	4698.9	4955.4	4959.0
Finlanda	4287.0	4136.7	4001.3	4398.9	4254.8	4519.0	4612.3
Irlanda	5326.2	4961.6	4238.2	4309.7	4079.5	4156.6	4239.2
Marea Britanie	3863.7	3491.2	3491.2	3648.9	3648.7	3684.7	3934.8
Italia	3623.9	3488.5	3384.5	3559.5	3242.2	3294.8	3257.8
Malta	1805.9	1739.7	1753.9	2222.5	2216.6	2389.1	2470.6
Cipru	2241.3	2185.8	2038.2	2235.7	1964.8	1889.9	1819.1
Grecia	3093.6	2879.1	2458.7	2528.4	2048.9	2017.2	1743.0

Sursa: Compilația autorului în baza datelor OMS

Anexa 2. Cheltuielile publice destinate ocrotirii sănătății în profil instituțional (mil. lei)

	2012	2013	2014	2015
CNAM	3,951.2	4,226.1	4,679.5	5,152.5
AUTORITĂȚI CENTRALE	732.2	905.4	1,101.7	1,192.2
1. Cancelaria de Stat	18.2	18.9	24.2	24.0
<i>din care:</i>				
Asociația Curativ-Sanatoriala si de Recuperare	13.6	13.8	18.7	18.9
Centrul de Igiena si Epidemiologie a Asociației	2.3	2.3	2.0	2.0
Baza auto a Asociației	2.3	2.8	3.5	3.0
2. Ministerul Sănătății	713.9	886.5	1,077.5	1,168.1
<i>din care:</i>				
Ministerul Sănătății	227.6	313.6	503.9	628.7
Centre de medicină preventivă	127.2	145.2	157.2	142.0
Agenția Medicamentului	98.3	94.6	94.8	106.4
Unitatea de coordonare, implementare si monitorizare a proiectului de restructurare a sistemului sănătății finanțat de Banca Mondiala	79.5	93.7	89.0	66.4
Centrul Național Științifico-Practic de Medicina Preventiva	37.5	78.6	48.7	45.8
Centrul Național de Transfuzie a Sângelui	18.4	19.8	34.9	29.2
Centrul de Medicina Legala	21.8	34.3	26.8	32.6
Sanatoriu de copii Sergeevca	16.3	18.0	23.1	20.3
Centrul de Plasament si Reabilitare pentru copii	16.2	16.3	19.2	20.0
Centrul de Plasament Temporar si Reabilitare pentru Copii	9.3	12.4	14.2	14.8
BSM nr. 6 Bălți	10.9	11.7	12.2	7.0
Sanatoriu de tuberculoză pentru copii Târnova Dondușeni	10.2	11.0	11.6	12.8
Centrul de reabilitare pentru copii cu handicap sever	9.7	10.8	11.5	12.8
Centrul recuperare pentru copii Ceadir-Lunga	7.5	8.3	9.4	9.8
Centrul Național de Management in Sanatate	5.9	6.7	8.6	7.9
Centrul fiziopneumologic de reabilitate pentru copii Cornești	5.1	4.7	5.0	4.9
Centrul regional de transfuzie a sângelui Cahul	1.6	3.6	3.2	1.4
Centrul Național de medicina sportiva Atletmed	1.5	1.8	2.2	2.6
Transplant Agency	1.6	1.3	1.9	2.3
Centrul Național de Sănătate Reprodusei si Genetica Medicala	7.9	0.3	0.0	0.0
AUTORITĂȚI LOCALE	79.3	96.6	137.8	131.8
1. Consiliul municipal Chișinău	47.1	61.7	80.3	88.9
2. Consiliul municipal Bălți	1.1	1.5	0.8	0.7
3. Consilii raionale	31.1	33.4	56.7	42.2
TOTAL	4,762.7	5,228.1	5,919.0	6,476.4

Sursa: Compilația autorului în baza datelor BOOST, Ministerul Finanțelor

Anexa 3. A Clasificarea economică a cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății efectuate prin intermediul autorităților centrale (mil. lei)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Capitale	258.2	138.1	190.8	320.1	466.8	629.5	693.4
Investiții capitale	33.9	17.9	9.4	8.6	0.1	50.3	1.7
Procurarea mijloacelor fixe	59.1	8.2	6	24	68.2	74.1	29.4
Reparații capitale	3.8	7.6	6.1	8.7	14	18.6	3.5
Transferuri capitale in interiorul țării	22.3	4.2	14.8	15.7	8.6	13.1	20.8
Transferuri capitale pentru implementarea proiectelor finanțate din surse externe	139.1	100.2	154.5	263.1	376.1	473.3	638
Curente nu personal	247.2	174.3	168.8	180.1	184.3	201.3	203.7
Plata mărfurilor si serviciilor	178.7	153.1	154.3	163.2	160.6	169.9	177.1
Deplasări in interes de serviciu	0.9	0.5	1.2	3.1	2.1	1.2	1.3
Transferuri in scopuri de producție	60.2	13	13.1	13.1	20.3	22.9	22.4
Transferuri către populație	7.4	7.7	0.2	0.6	1	1.2	2.8
Personal	197	203.5	208.6	232	254.3	270.9	295
Retribuirea muncii	156.8	162	166.2	184.7	202.6	214.7	233.3
Contribuții ASSO	35.1	36.4	37.1	41.4	45.2	48.3	52.3
Prime AOAM	5	5.2	5.3	5.9	6.5	7.9	9.3
TOTAL	702.4	514.2	568.1	732.2	905.4	1,101.70	1,192.10

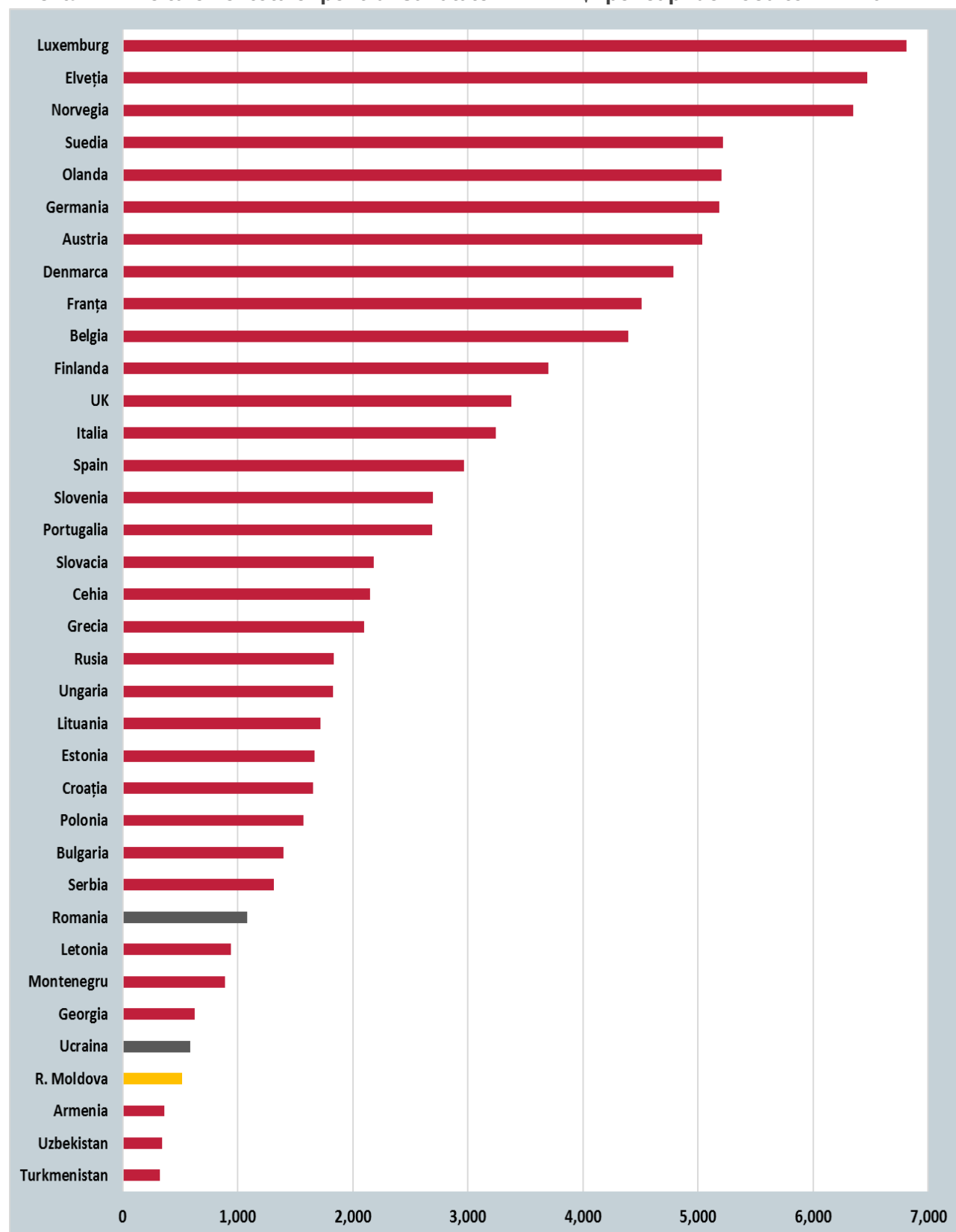
Sursa: Compilația autorului în baza datelor BOOST, Ministerul Finanțelor

Anexa 3. B Clasificarea economică a cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății efectuate prin intermediul autorităților locale (mil. lei)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Capitale	56.0	95.7	58.5	58.1	72.7	112.2	111.4
Investiții capitale	5.8	7.6	5.9	3.9	1.3	6.0	0.2
Procurarea mijloacelor fixe	0.1	0.1	0.6	0.1	1.3	3.0	0.2
Reparații capitale	14.5	24.6	13.1	22.2	23.1	24.9	26.8
Transferuri capitale in interiorul țării	35.6	63.2	35.9	31.8	47.0	78.1	81.2
Transferuri capitale pentru implementarea proiectelor finanțate din surse externe	0.0	0.1	3.0	0.0	0.0	0.2	2.9
Curente nu personal	13.4	13.6	14.9	15.1	16.9	18.1	11.9
Plata mărfurilor si serviciilor	1.9	2.1	2.3	2.2	2.5	2.5	2.3
Transferuri in scopuri de producție	11.5	11.3	12.4	12.9	14.3	15.0	9.0
Personal	5.3	5.4	5.4	6.1	7.1	7.5	8.5
Retribuirea muncii	4.3	4.3	4.3	4.8	5.6	6.0	6.7
Contribuții ASSO	0.9	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.5
Prime AOAM	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.3
TOTAL	74.7	114.7	78.8	79.3	96.6	137.8	131,8

Sursa: Compilația autorului în baza datelor BOOST, Ministerul Finanțelor

Anexa 4. Cheltuielile totale pentru sănătate în PPC\$ pe cap de locuitor în 2014



Sursa: Compilația autorului în baza datelor OMS