

PARTICULARITĂȚILE DE FINANȚARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Leonid Margine – dr. șt. med., conf. univ.,
Tudor Grejdean – dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Ana Rusnac – studentă.

¹Catedra Medicină Socială și Management „Nicolae Testemițanu”,
IP USMF „Nicolae Testemițanu”
Tel .022205248, sănătatepub@usmf.md

Rezumat

Introducere. Finanțarea sistemului de sănătate din Republica Moldova are particularitățile sale specifice legate de moștenirea istorică de finanțare caracteristică sistemului Semașco și cerințele actuale de finanțare ale sistemului Bismark care a fost implementat în Republica Moldova în 2004.

Scopul lucrării: Evaluarea particularităților de finanțare a sistemului de sănătate din Republica Moldova.

Material și metode. În calitate de material de lucru s-au folosit modelele de finanțare ale sistemelor de sănătate din lume, prevederile legislative, datele de la CNAM, datele de finanțare a țărilor vecine.

Rezultate. Sistemul de sănătate din Republica Moldova are caracteristicile sale de finanțare. Moștenind de la sistemul sovietic (Semașco) o rețea eronat dezvoltată de spitale și astăzi se finanțează prioritar sectorul spitalicesc (circa 65%), pentru medicina primară rămânând doar 30-35%. Optimizarea sistemului spitalicesc va permite repartizarea finanțelor după priorități și necesități, evidențiind medicina primară. De asemenea urmează de atras în sistemul de sănătate noi investiții prin parteneriat public-privat, granturi, donații etc.

Concluzie. În pofida faptului că în Republica Moldova se alocă pentru sănătate circa 11,5-11,7% din PIB, fiecărui locuitor îi revine anual doar \$200 SUA. Optimizarea sistemului spitalicesc și atragerea de noi investiții va permite îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate din Republica Moldova mărind totodată și suma de bani prevăzută pentru fiecare cetățean.

Cuvinte cheie: sistemul Semașco, Bismark, PIB, finanțare, cheltuieli, CNAM.

Summary. The financing peculiarities of the health system in Republic of Moldova

Introduction: Health system financing in Moldova has its specific particularities related to the historical heritage of Semașco system funding and current financing requirements of the Bismark system which has been implemented in Moldova since 2004.

The purpose of the paper: Assessing the particularities of financing the health system in Moldova.

Materials and Methods: As a working material there were used financing models of health systems throughout the world, legal provisions, data from NMIC and neighboring countries finance data.

Results: The health system in Moldova has its financing characteristics. By inheriting from the Soviet system (Semașco) an erroneous developed network of hospitals, today the financing is primarily allocated to the hospital sector (about 65%), while the primary medicine receives only 30-35%. Optimizing the hospital system will allow the distribution of finances according to priorities and needs, highlighting the primary medicine. Also, to attract new investments in the health system through public-private partnership, grants, donations, etc.

Conclusion: Despite the fact that about 11.5 to 11.7% of GDP is allocated for health in the Republic of Moldova, each inhabitant is provided only \$200 annually. Optimizing the hospital system and attracting new investments will help

improving the financing of the healthcare system in the Republic of Moldova, at the same time increasing the amount of money provided for each citizen.

Key words: Semașco system, Bismark, GDP, financing expenses, CNAM.

Резюме. Особенности финансирования системы здравоохранения в Республике Молдова.

Введение: Финансирование системы здравоохранения в Молдове имеет свои особенности, связанные с историческим наследием системного финансирования Семашко и текущими требованиями к финансированию системы Бисмарк, которая была внедрена в Молдове с 2004 года.

Цель статьи: Оценка особенностей финансирования системы здравоохранения в Молдове.

Материалы и методы: В качестве рабочего материала использовались модели финансирования систем здравоохранения во всем мире, законодательные положения, данные НММС и соседних стран.

Результаты: Система здравоохранения в Молдове имеет свои финансовые характеристики. Наследуя от советской системы (Семашко) развитую сеть больниц, сегодня финансирование в основном направляется в больничный сектор (около 65%), а первичная медицина получает только 30-35%. Оптимизация системы больниц позволит распределить финансы в соответствии с приоритетами и потребностями, выделив первичную медицину. Кроме того, для привлечения новых инвестиций в систему здравоохранения через государственно-частное партнерство, гранты, пожертвования и т. Д.

Заключение: Несмотря на то, что в Республике Молдова, на медицину выделено около 11,5-11,7% ВВП, каждый житель получает только 200 долларов в год. Оптимизация системы больниц и привлечение новых инвестиций помогут улучшить финансирование системы здравоохранения в Республике Молдова, одновременно увеличив количество денег, предоставляемых каждому гражданину.

Ключевые слова: система Семашко, Бисмарк, ВВП, расходы на финансирование, НКМС.

Introducere. De la obținerea independenței, Republica Moldova a depus eforturi semnificative pentru a îmbunătăți performanța sistemului său de sănătate prin reformarea modului în care sunt folosite finanțele publice, remarcabile fiind o serie de reforme structurale de scară largă introduse în 2004, care au fost recunoscute și documentate pe arena internațională a politicilor în sănătate.

Introducerea unui sistem de asigurare obligatorie de asistență medicală (AOAM) în 2004, a fost caracterizată de introducerea unui impozit salarial pentru sănătate și crearea unui fond comun național unic gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină, creată cu acest scop și denumită în continuare CNAM.

Pentru cei cu un angajator, rata contribuției pentru asigurare a fost stabilită la 4% (împărțită egal de angajatori și angajați) la început în 2004 și după aceea a fost mărită treptat până la 7% (din nou împărțită egală) în 2009 și 9% (împărțită egal) în 2014. Lucrătorii pe cont propriu plătesc o contribuție la rată fixă egală cu costul mediu pe cap de locuitor al pachetului de beneficii de asistență medicală garantat de AOAM. Rata este revizuită și stabilită de Guvern în fiecare an.

Populația neangajată în câmpul muncii (15 categorii, inclusiv pensionari, studenți, copii, șomerii înregistrați, etc.) este asigurată prin transferuri de la bugetul de stat către Compania Națională de Asigurări în Medicină. Accesul la asistență medicală urgentă și primară este universal, indiferent de starea de asigurare, inclusiv și servicii legate de probleme de sănătate publică, cum ar fi infecțiile HIV/SIDA, TBC și imunizarea.

Serviciile medicale prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală acoperă asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator, asistența medicală spitalicească și unele preparate medicamentoase compensate.

Astfel, numărul total al celor asigurați a fost de peste 2 801 275 în 2015 (inclusiv 933 400 angajați, 1 851 200 persoane neangajate asigurate de guvern și 52 700 auto-asigurați), în total reprezentând 79,7% din populația rezidentă. Numărul celor neasigurați este estimat la 723 300 sau 20,3% din populația rezidentă.

Scopul lucrării: Acest articol are ca scop evaluarea particularităților de finanțare a sistemului de sănătate din RM și evidențierea surselor suplimentare de finanțare

Material și metode: Compania Națională de Asigurări în Medicină distribuie resursele financiare publice, iar cele private se distribuie prin companiile de asigurări sau prin plățile directe a beneficiarilor de servicii medicale. În final resursele financiare sunt utilizate de către prestatorii serviciilor medicale care sunt instituțiile medico-sanitare publice și private în baza contractelor încheiate cu CNAM sau companii de asigurări.

La nivel internațional studierea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății se efectuează luând în considerație cheltuielile totale pentru sănătate, fiind evidențiată contribuția surselor publice de finanțare și surselor private de finanțare. Resursele financiare destinate ocrotirii sănătății sunt colectate din mai multe surse:

- 1) impozite generale directe și indirecte acumulate la bugetul de stat;
- 2) impozite locale acumulate la bugetul autorităților publice locale;
- 3) contribuțiile salariaților și angajatorilor;
- 4) contribuțiile persoanelor cu libera practică acumulate la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;
- 5) plăți directe a serviciilor medicale de către pacienți;
- 6) fondurile asigurărilor medicale facultative.

Finanțarea publică a sistemului de ocrotire a sănătății se referă la sursele financiare care se formează la bugetul de stat, bugetele unităților administrativ teritoriale, fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Finanțarea privată a sistemului de ocrotire a sănătății se referă la sursele financiare sub formă de plăți directe și fondurile companiilor de asigurări.

Astfel, sursele de venit în cadrul schemei AOAM sunt mixte, incluzând impozite salariale, contribuții la o rată fixă și transferuri din bugetul de stat.

Una din trăsăturile modelului AOAM în Moldova, ceea ce nu este ceva neobișnuit în țările cu venituri mai mici de mediu, este cota mare de venituri care provin din contribuțiile bugetare (aproximativ 67% în 2004). Acest procentaj a scăzut la 53,3% în 2014, sursele private constituie 40,7% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și 6% revin surselor externe.

Reducerea ponderii cheltuielilor publice pentru sistemul de sănătate în PIB nu afectează grav finan-

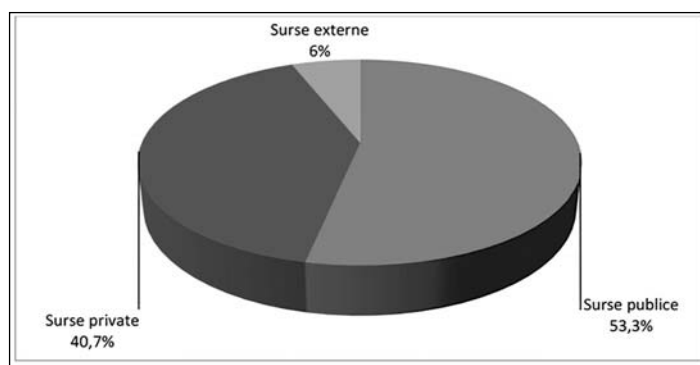


Fig. 1. Sursele de venit în cadrul schemei AOAM, % în 2014.

țarea prestării serviciilor medicale pentru populație, invers trendul cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor este pozitiv

În figura 2 se observă creșterea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor în anul 2013 cu 1031,4 lei comparativ cu anul 2005. Conform graficului o creștere mai mare a cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor se înregistrează în perioada anilor 2005- 2009 și 2011-2013 când au fost valorificate sume considerabile în sectorul ocrotirii sănătății. Astfel în Republica Moldova în anul 2013

pe un locuitor s-a cheltuit 1468,2 lei pentru ocrotirea sănătății.

Bugetul public național pentru ocrotirea sănătății se formează din surse de finanțare provenite din bugetul de stat, din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală și din bugetul unităților administrativ teritoriale.

Astfel, constatăm că în 2005 și 2013 Fondurile Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală contribuie enorm la finanțarea sistemului ocrotirii sănătății în Republica Moldova constituind 83% în buge-

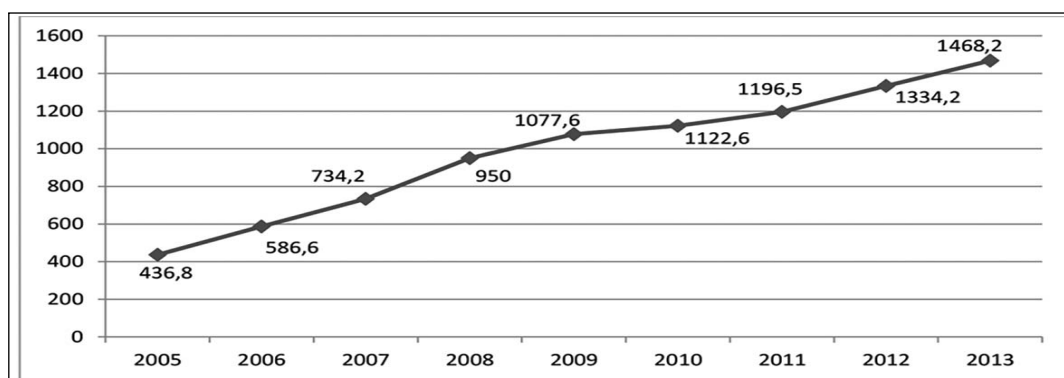


Fig. 2. Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate pe cap de locuitor în Republica Moldova în perioada 2005-2013, lei

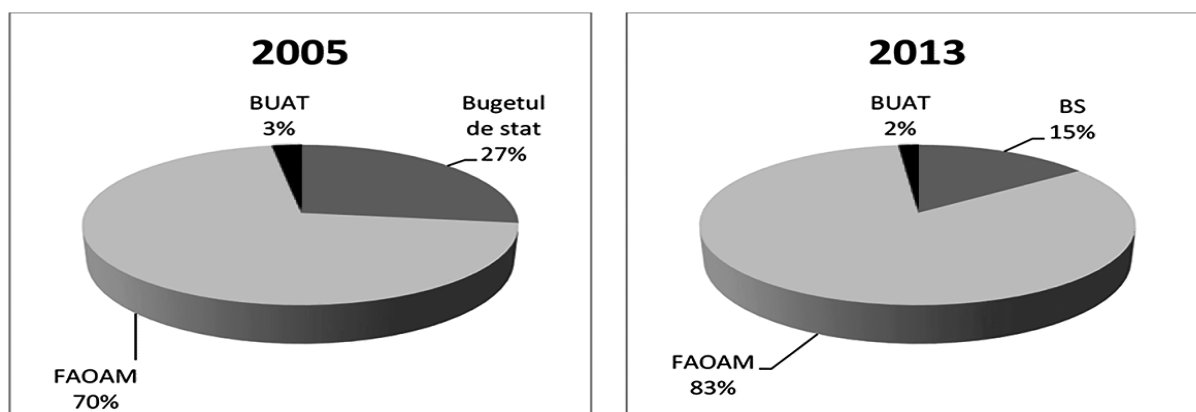


Fig. 3. Ponderele cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în componentele bugetului public național pentru anii 2005 și 2013, %

tul public național de sănătate în anul 2013. Această creștere a contribuit la apariția posibilității de a reduce ponderea surselor bugetului de stat pentru ocrotirea sănătății care s-au micșorat de 2 ori în anul 2013 comparativ cu anul 2005 și constituie 15%. Rolul autorităților administrațiilor publice locale în formarea resurselor financiare a ocrotirii sănătății a diminuat nesemnificativ în perioada de cercetare, reflectând nivelul mediu de 2,5 %, reflectate în fig. 3

Rezultate și discuții: În general, Republica Moldova a cheltuit în 2013- 11,8% din PIB pentru sănătate, un nivel foarte înalt pentru Regiunea Europeană, care cheltuiește în mediu 7,56% din PIB (doar Olanda și Franța cheltuiesc mai mult de 11,9%). În 2015, Produsul Intern Brut per capita atingea nivelul de 1843,24 dolari SUA, comparativ cu media înregistrată în Uniunea Europeană – 31815,1 dolari SUA.

Acest nivel înalt al PIB-ului reflectă creșterea considerabilă în nivelele cheltuielilor publice și private pe parcursul ultimului deceniu, deși în termeni absoluți cheltuielile pentru sănătate pe cap de persoană în Moldova rămân cele mai mici în regiune.

Acești doi indicatori (cheltuielile totale ale guvernului și alocațiile pentru sănătate), luați împreună, oferă o imagine a importanței cheltuielilor guvernului pentru sănătate în economia generală și mesajul este cu siguranță unul de o importanță în scădere.

Un rol primordial îl ocupă și modalitatea în care este organizat sistemul de sănătate. Spitalele sunt prea mari cu un nivel mediu redus de ocupare a paturilor. Sistemul de sănătate fragmentat, constituit din numeroase instituții medicale învechite, a eșuat să asigure intervenții eficiente, fiind influențat și de alți determinanți sociali așa ca sărăcia, asigurarea cu locuințe, ocuparea forței de muncă, etc.

Cele mai multe paturi spitalicești sunt pentru îngrijire acută comparativ cu cele pentru îngrijiri cronice (servicii de reabilitare, geriatrie, îngrijiri de lungă durată). Îngrijirile cronice nu sunt suficient de

dezvoltate ca parte componentă a sistemului, fapt ce afectează eficiența generală a sistemului de sănătate.

Ineficiența utilizării mijloacelor financiare disponibile caracterizate prin:

- 1) durata medie de spitalizare pentru cazurile acute crescută;
- 2) durata medie de utilizare a patului scăzută;
- 3) rata scăzută a tratamentului în condiții de ambulator și chirurgie de zi.

Instituțiile de asistență medicală spitalicească realizează parțial și funcțiile instituțiilor de asistență socială, ceea ce cauzează durate medii de spitalizare excesive. Durata medie de spitalizare înregistrată în Republica Moldova în anul 2014 a constituit 9,0 zile, ceea ce reprezintă o medie mult mai mare comparativ cu Bulgaria – 5,4 zile, Polonia – 6,9 zile, Sloveni – 6,9 zile; Estonia – 7,6 zile, etc

Prin urmare, în perioada 2017-2024, capacitatea totală de paturi va descrește cu 3667 paturi (de la 16941 până la 13274) din contul reducerii paturilor acute de la 12 615 până la 8948. Trebuie de ținut cont de faptul că paturile acute în spitalele locale vor servi doar pentru monitorizarea pacienților pentru o perioadă scurtă de timp (până la 24 de ore).

Totodată durata medie de spitalizare va fi redusă prin dezvoltarea staționarului de zi și chirurgiei de zi, precum și prin direcționarea pacienților sociali spre instituțiile de asistență socială. Dezvoltarea capacităților minimale de chirurgie mini-invazivă va rezulta în perioade de spitalizare mai scurte și recuperare mai rapidă. Crearea staționarului de zi și chirurgiei de zi prin dezvoltarea abilităților minimale de chirurgie invazivă va garanta reducerea propusă de paturi acute în spitale în decurs de 5 ani.

Concluzii:

1. Introducerea în 2004 a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, prevede introducerea unui impozit salarial pentru sănătate, a cărei

valoare este 9%, fiind împărțit egal între angajat și angajator, precum și crearea unui fond comun național unic care este gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

2. Scăderea cotei de venituri care provin din contribuțiile bugetare, ce constituia aproximativ 67% în 2004, până la 53,3% în 2014, sursele private constituind 40,7% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și 6% revenindu-i surselor externe.

3. În 2015, Produsul Intern Brut per capita atinzea nivelul de 1843,24 dolari SUA, comparativ cu media înregistrată în Uniunea Europeană – 31815,1 dolari SUA.

4. Optimizarea numărului de paturi cu aplicarea Conceptul reformei spitalelor în Republica Moldova, pentru perioada 2017-2024, în care capacitatea totală de paturi va descrește cu 3667 paturi (de la 16941 până la 13274) din contul reducerii paturilor acute de la 12 615 până la 8948 va contribui la finanțarea prioritară a medicinei primare și distribuirea corectă a finanțelor.

Bibliografie

1. Barari A. *Finanțarea sistemului ocrotirii sănătății în Republica Moldova*. Analele științifice Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, Chișinău, 2003, ediția IV, vol. I, p. 441-449.
2. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Produsul intern brut. http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/40%20Statistica%20economica/40%20Statistica%20economica__13%20CNT__CNT010/CNT010700.px/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774 (vizualizat la 20.04.2015)
3. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Cheltuieli privind ocrotirea sănătății. http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala__08%20SAN__SAN060/SAN060100.px/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774
4. Compania Națională de Asigurări în Medicină. Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, anii 2010-2016. <http://www.cnam.md/?page=131&>
5. Comisia Națională a Pieței Financiare. Încasări de prime de asigurare și plăți a despăgubirilor și sumelor asigurate, anii 2010 – 2016. <http://www.cnpf.md/md/segas/>
6. Ghid Conceptul reformei spitalelor în Republica Moldova. p. 31-32.