

ANALIZA FONDURILOR ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Tatiana CEBOTARI

Academia de Studii Economice a Moldovei

After the implementation of compulsory medical assistance insurance in Republic of Moldova, the main financing source of the system guaranteed by the state, of protecting people's interests in the field of healthcare safeguard have become the resources of the compulsory medical assistance insurance funds. The analysis of revenues and costs of compulsory medical assistance insurance funds has a significant importance.

În țările cu economie dezvoltată, reformarea sistemului ocrotirii sănătății a fost condiționată de imposibilitatea sporirii finanțării acestui domeniu în ritmurile precedente drept răspuns la creșterea cerințelor populației la calitatea deservirii medicale. Aceasta a determinat direcția restructurării realizate întru sporirea eficienței sistemului ocrotirii sănătății. În țările post-socialiste, reformele au fost generate de înțelegerea imposibilității sporirii calității deservirii medicale, bazate numai pe alocările din bugetul de stat. Reformele au devenit o modalitate de exprimare de a majora finanțarea de stat a ocrotirii sănătății pe calea extinderii surselor de acumulare a resurselor și a modificării structurii fluxurilor financiare.

În Republica Moldova, implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate în anul 2004 a stabilit o nouă relație dintre prestatorii, finanțatorii și consumatorii de servicii medicale. Astfel, au fost delimitate rolurile prestatorilor de servicii medicale/instituțiilor medicale și al finanțatorului acestora prin instituirea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM), instituție chemată să evalueze și să asigure riscul de boală.

Instrumentul financiar de acumulare și distribuire a resurselor de asigurare a riscului de boală, gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină, îl formează fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, elaborate anual și aprobate prin lege de Parlamentul Republicii Moldova.

Acumulările la fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală sunt asigurate din următoarele surse:

- transferuri de la bugetul de stat;
- primele de asigurare obligatorie de asistență medicală, în mărime procentuală, achitate de angajatori și angajați;
- primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă achitate de persoanele fizice cu domiciliu stabil în Republica Moldova;
- primele de asigurare obligatorie de asistență medicală achitate de cetățenii străini și apatrizii fără domiciliu stabil în Republica Moldova.

În continuare vom analiza structura și dinamica veniturilor FAOAM pentru anii 2005-2008.

Tabelul 1

Analiza veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală (mln. lei)

Venituri	2005	2006	2007	2008	Abaterea 2008-2005
Transferuri de la bugetul de stat	839,5	1000,9	1195,4	1476,1	+ 636,6
Prime de asigurare achitate în mărime procentuală	407,6	505,1	759,6	1121,2	+ 713,6
Prime de asigurare în sumă fixă și alte încasări	34,6	53,0	81,4	91,4	+ 56,8
În total	1281,7	1559,0	2036,4	2688,7	+ 1387,0

Sursa: CNAM, Raportul privind încasarea și utilizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2005-2008.

În anul 2008, veniturile fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală au constituit 2688,7 mln. lei, cu o creștere de 1387,0 mln. lei față de anul 2005. Transferurile de la bugetul de stat în anul 2008 au constituit 1476,1 mln. lei, cu o creștere de 636,6 mln. lei față de transferurile înregistrate în anul 2005. Primele

de asigurare în mărime procentuală achitate de patroni și angajați sunt acumulate pe parcursul anului 2008 în sumă de 1121,2 mln. lei, ceea ce constituie 41,7% din veniturile totale, cu o creștere de 713,6 mln. lei față de acumulările înregistrate în anul 2005. Primele de asigurare achitate de persoane fizice în sumă fixă și alte încasări pe parcursul anului 2008 au fost realizate în sumă de 91,4 mln. lei, ceea ce constituie 3,4% din suma veniturilor totale, cu o creștere de 56,8 mln. lei față de acumulările înregistrate în anul 2005.

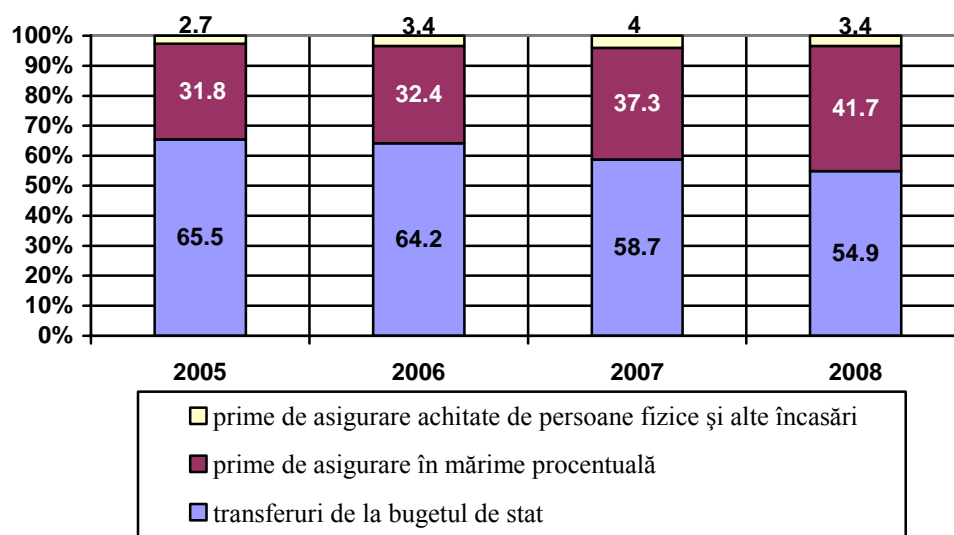


Fig.1. Structura și dinamica veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Analizând structura și dinamica veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, menționăm că pe parcursul anilor 2005-2008 ponderea cea mai mare o dețin transferurile de la bugetul de stat, deși în anul 2008 această pondere s-a micșorat cu 10,6% față de anul 2005. Dar, se observă creșterea ponderii primelor de asigurare în mărime procentuală cu 9,9% în anul 2008 față de anul 2005.

În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, CNAM are dreptul să constituie, din contul mijloacelor obținute din primele de asigurare, următoarele fonduri de asigurare:

- Fondul pentru achitarea serviciilor medicale;
- Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- Fondul măsurilor de profilaxie;
- Fondul de administrare.

Mijloacele bănești temporar disponibile ale fondurilor menționate pot fi investite în hârtii de valoare de stat și în depozite bancare.

Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu intră în componența bugetelor de stat și a altor fonduri și nu sunt supuse sechestrării și impozitării.

În **fondul pentru achitarea serviciilor medicale** se acumulează mijloacele financiare în proporție de 94% din cuantumul primelor de asigurare, virate pe contul CNAM pe parcursul unui an. Aceste mijloace se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care include:

- asistența medicală primară;
- asistența de urgență;
- asistența medicală spitalicească;
- alte servicii aferente asistenței medicale;

În **fondul de rezervă** se acumulează sumele în proporție de 2% din cuantumul tuturor primelor de asigurare virate pe contul CNAM pe parcursul unui an și din diferența dintre venituri și cheltuielile efective ale fondului de bază rămase la finele anului de gestiune, cu excepția datoriilor creditoare, formate în urma acordării serviciilor medicale. Mijloacele financiare acumulate în fondul de rezervă se utilizează pentru:

- acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente, a căror rată anuală depășește media luată în baza calculării Programului unic pentru anul respectiv;

- compensarea diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate (veniturile așteptate) în fondul de bază;
- echilibrarea și compensarea diferenței dintre cheltuielile efective ale mijloacelor financiare acumulate în fondurile de bază ale agențiilor teritoriale și media pe țară în situații temeinic motivate.

Cuantumul mijloacelor financiare acumulate în fondul de rezervă nu poate depăși cota de 25% din volumul cheltuielilor anuale ale fondului de bază, calculate din media ultimilor trei ani.

În **fondul măsurilor de profilaxie** se acumulează suma provenită din defalcările în proporție de 2% din cuantumul tuturor primelor de asigurare. Mijloacele financiare acumulate în acest fond se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor legate preponderent de:

- realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire;
- efectuarea examinărilor profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor;
- finanțarea manifestărilor de promovare a modului sănătos de viață;
- alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare de către Consiliul de administrație al CNAM, de comun acord cu Ministerul Sănătății.

Mijloacele financiare destinate **acoperirii cheltuielilor administrative** nu pot depăși plafonul de 2% din cuantumul tuturor primelor de asigurare virate pe contul Companiei pe parcursul unui an. Acest fond se utilizează pentru:

- salarizarea personalului angajat al CNAM și al agențiilor teritoriale (ramurale);
- acoperirea cheltuielilor de deplasare;
- întreținerea sistemului informațional și a infrastructurii organizatorice;
- efectuarea controlului calității serviciilor medicale și a expertizelor respective;
- cheltuielile operaționale;
- procurarea mijloacelor fixe și a utilajului necesar;
- cheltuielile de gospodărie și birotică;
- instruirea și perfecționarea cadrelor.

În conformitate cu *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*, mijloacele financiare obținute în urma aplicării acțiunilor în regres se repartizează în fondurile administrate de Companie după cum urmează: 60% – în fondul de bază; 20% – în fondul de rezervă; 20% – în fondul măsurilor de profilaxie.

Nu se admite dezafectarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât destinația lor proprie.

Cheltuielile din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe perioada 2005-2008 sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2

Analiza cheltuielilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală (mln. lei)

Cheltuieli	2005	2006	2007	2008	Abaterea 2008 - 2005
Fondul de bază	1075,3	1434,6	1 825,5	2466,7	+ 1391,4
Fondul măsurilor de profilaxie	6,4	13,6	31,0	48,0	+ 41,6
Fondul de rezervă	9,1	15,1	13,6	28,2	+ 19,1
Cheltuieli administrative	17,2	22,1	24,5	29,1	+ 11,9
În total	1108,0	1485,4	1894,6	2572,0	+ 1464,0

Sursa: CNAM, Raportul privind încasarea și utilizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2005-2008.

Cheltuielile din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe parcursul anului 2008 au fost realizate în sumă de 2 572,0 mln. lei, cu 1464,0 mln. lei mai mult față de cele efectuate pe parcursul anului 2005.

Cheltuielile din *fondul de bază* au fost realizate în cuantum de 2 466,7 mln. lei, ele constituind 95,9% din cheltuielile totale efectuate pe parcursul acestei perioade, cu o creștere de 1391,4 mln. lei față de cheltuielile efectuate în anul 2005.

Din *fondul măsurilor de profilaxie* au fost transferate 48,0 mln. lei, constituind 1,9% din cheltuielile totale efectuate pe parcursul anului 2008, înregistrându-se o creștere de 41,6 mln. lei față de suma utilizată în anul 2005.

Cheltuielile din *fondul de rezervă* au fost efectuate în sumă de 28,2 mln. lei, ceea ce constituie 1,1% din cheltuielile totale, cu o creștere de 19,1 mln. lei față de cheltuielile efectuate în anul 2005.

Cheltuielile administrative pe parcursul anului 2008 au fost realizate în sumă de 29,1 mln. lei, ceea ce constituie 1,1% din cheltuielile totale efectuate pe parcursul acestei perioade, cu o creștere de 11,9 mii lei față de cheltuielile efectuate în anul 2005.

Astfel, se observă o creștere a tuturor cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe parcursul anilor 2005-2008. Deoarece cheltuielile din fondul de bază au ponderea cea mai mare din totalul cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, este important a analiza structura fondului de bază în perioada 2005-2008.

Cheltuielile din fondul de bază au crescut în anul 2008 cu 1391,4 mln. lei față de anul 2005. Astfel, din structura fondului de bază se observă că ponderea cea mai mare o dețin cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească – 49,9%, deși, comparativ cu anul 2005, au scăzut cu 7,1%. Asistența medicală primară constituie 30,3% în anul 2008, deci a crescut față de anul 2005 cu 4,3%. În anul 2008 au fost introduse și alte tipuri de cheltuieli, cum ar fi: îngrijiri medicale la domiciliu și cheltuieli de tratament al persoanelor neasigurate afectate de maladii social-condiționate (Tab.3).

Tabelul 3

Analiza fondului de bază (mln. lei)

(în %)

Cheltuieli	2005	2006	2007	2008	Abaterea 2008 - 2005
Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească	114,0	136,0	160,1	234,0	+ 120,0
	10,6	9,5	8,8	9,5	- 1,1
Asistența medicală primară	280,1	412,7	547,7	747,8	+ 467,7
	26,0	28,8	30,0	30,3	+ 4,3
Asistența medicală specializată de ambulatoriu	60,0	92,7	126,7	177,3	+ 117,3
	5,6	6,5	6,9	7,2	+ 1,6
Asistența medicală spitalicească	613,1	775,6	952,8	1230,9	+ 617,8
	57,0	54,1	52,2	49,9	- 7,1
Investigații costisitoare	8,1	17,6	38,1	60,5	+ 52,4
	0,7	1,2	2,1	2,4	+ 1,7
Îngrijiri medicale la domiciliu	-	-	-	2,0	+ 2,0
				0,1	+ 0,1
Cheltuielile de tratament al persoanelor neasigurate afectate de maladii social-condiționate	-	-	-	14,1	+ 14,1
				0,6	+ 0,6
În total cheltuieli fondul de bază	1075,3	1434,6	1825,5	2466,7	+ 1391,4
	100	100	100	100	

Sursa: CNAM, Raportul privind încasarea și utilizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2005-2008.

Luând în considerație numărul mare al maladiilor ce pot fi tratate în condiții de ambulator și, ca o consecință, costurile înalte ale tratamentului spitalicesc, începând cu anul 2005 în cadrul Programului unic a fost prevăzută prescrierea de către medicii de familie a preparatelor compensate persoanelor asigurate.

În vederea executării prevederilor Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate și gratuite pentru tratament în condiții de ambulator a persoanelor asigurate, de către agențiile teritoriale ale CNAM au fost contractate 146 instituții farmaceutice în scopul facilitării accesului persoanelor asigurate la medica-

mentele compensate și gratuite. Astfel, în anul 2008 cheltuielile privind medicamentele compensate s-au majorat cu 47,9 mln. lei comparativ cu anul 2005.

Dinamica cheltuielilor privind medicamentele compensate în anii 2005-2008 se prezintă astfel:

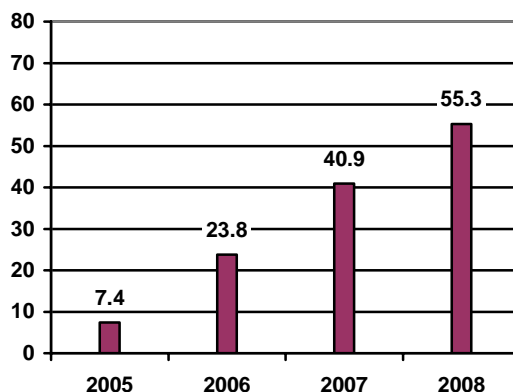


Fig.2. Dinamica cheltuielilor privind medicamentele compensate (mln.lei).

Cuprinderea universală a populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală este unul dintre obiectivele-cheie ale sistemului de sănătate din Republica Moldova, deși ar putea să fie nevoie de câțiva ani ca acest obiectiv să devină realizat. Rezultatele primilor ani de implementare a asigurărilor obligatorii sunt optimiste, date fiind ratele crescânde de cuprindere, care în același timp evidențiază și decalajul pronunțat între diferite teritorii administrative.

Printre funcțiile CNAM și ale agențiilor ei teritoriale se numără cea de realizare a asigurării cetățenilor Republicii Moldova. Statutul de persoană asigurată se confirmă celor ce au achitat sau în favoarea cărora au fost achitate prime de asigurare obligatorie de asistență medicală. Agențiile teritoriale ale CNAM eliberează polițe de asigurare în baza listelor prezentate de instituțiile abilitate a duce evidența categoriilor asigurate din contul statului, de angajatori, precum și la adresarea individuală a persoanelor fizice neangajate.

Conform datelor statistice primare, se atestă o creștere continuă a acoperirii cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației până în anul 2007, iar în 2008 se observă o micșorare a numărului de persoane asigurate.

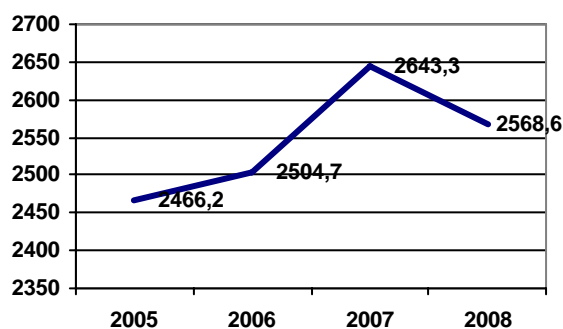


Fig.3. Dinamica gradului de acoperire cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației în perioada 2005-2008.

În anul 2008 numărul persoanelor angajate a crescut cu 102,4 mii persoane față de anul 2005. Dar, comparativ cu anul 2007, numărul persoanelor asigurate a scăzut în anul 2008 cu 74,7 mii persoane, aceasta deoarece s-a micșorat numărul de asigurați din contul statului – cu 45,8 mii persoane, precum și numărul asiguraților angajați – cu 35,2 mii persoane. Concomitent se înregistrează dinamica pozitivă a încadrării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a numărului de persoanele fizice care se asigură în mod individual.

Tabelul 4

Numărul contingentelor de persoane asigurate în anii 2007-2008, mii persoane

Categoriile de asigurați	2007	2008	Abaterea 2008-2007
Asigurați din contul statului	1 779,0	1 733,2	- 45,8
Angajați	835,3	800,1	- 35,2
Persoane fizice care se asigură în mod individual	29,0	35,3	+ 6,3
În total	2 643,3	2 568,6	- 74,7

Sursa: CNAM, Informație privind numărul contingentelor persoanelor asigurate pe anii 2005-2008.

În anul 2008 populația Republicii Moldova constituia 3424, 4 mii persoane. Astfel, raportând numărul de persoane asigurate la numărul populației obținem o cotă de asigurare de 75%. În același timp, rămâne o cota a persoanelor neasigurate – de până la 25% din totalul populației reale.

În vederea sporirii gradului de acoperire a populației Republicii Moldova, din toate păturile sociale cu asigurare obligatorie de asistență medicală, s-a stabilit reducerea sumei primei de asigurare cu 50% la achitare până la 31 martie. Acest lucru a permis extinderea numărului de contribuabili și majorarea acumulărilor la capitolul respectiv. De asemenea, în vederea lărgirii numărului de persoane asigurate, trebuie examinate posibilitățile de identificare a categoriilor de persoane care trebuie să fie asigurate de stat, reexamineate noile categorii de persoane socialmente vulnerabile, precum și cele care necesită a fi excluse din categoriile de persoane asigurate de stat.

Cota cheltuielilor pentru sănătate ca procent din produsul intern brut este mică, aproximativ 3%, ceea ce indică la necesitatea introducerii finanțării suplimentare în sectorul ocrotirii sănătății. Astfel, implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală a oferit societății instrumente legale de mobilizare a resurselor pentru sănătate și de utilizare echitabilă a lor.

Bibliografie:

1. Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2009, nr.263-XVI din 11.12.2008.
2. Raportul Ministerului Sănătății pentru anul 2008.
3. Raportul de activitate a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pe anul 2008.
4. Raportul privind încasarea și utilizarea mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2005-2008.
5. Informație privind numărul contingentelor persoanelor asigurate pe anii 2005-2008.
6. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. - Chișinău: Epigraf, 2006.

Prezentat la 29.03.2010