

ACADEMIA DE STUDII ECONOMICE A MOLDOVEI

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 336.5:614.2(478) (043)

MOROI TATIANA

**FINANȚAREA SISTEMULUI DE OCROTIRE A
SĂNĂTĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

Specialitatea 522.01. Finanțe

Teză de doctor în științe economice

Conducător științific:

**ULIAN Galina,
Profesor universitar,
Doctor habilitat**

Autor:

MOROI Tatiana

CHIȘINĂU, 2016

© Moroi Tatiana, 2016

CUPRINS

ADNOTARE (română, engleză, rusă)	5
LISTA ABREVIERILOR	8
INTRODUCERE	9
1. ASPECTE TEORETICE ȘI METODOLOGICE PRIVIND FINANȚAREA SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII	15
1.1. Dezvoltarea conceptului sistemului de ocrotire a sănătății în vederea valorificării capitalului sănătății	15
1.2. Modele clasice și moderne de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății	25
1.3. Retrospectiva analitică a cercetărilor privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății	32
1.4. Concluzii la capitolul 1	41
2. ESTIMAREA FINANȚĂRII PUBLICE ȘI PRIVATE A SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII: PRACTICA NAȚIONALĂ ȘI INTERNAȚIONALĂ	42
2.1. Organizarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova în vederea determinării surselor de finanțare	42
2.2. Particularitățile finanțării sistemului de ocrotire a sănătății prin fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova	58
2.3. Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății la nivel internațional prin prisma indicatorilor finanțării publice și private	67
2.4. Concluzii la capitolul 2	74
3. OPORTUNITĂȚI PRIVIND PERFEȚIONAREA FINANȚĂRII SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA	76
3.1. Dezvoltarea mecanismului financiar al sistemului național de ocrotire a sănătății	76
3.2. Prognozarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova prin aplicarea modelării econometrice	87
3.3. Aplicarea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova	95
3.4. Concluzii la capitolul 3	106
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	108
BIBLIOGRAFIE	111
ANEXE	121

Anexa 1.	Caracteristicile sistemelor de sănătate	122
Anexa 2.	Sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova la etapa actuală	123
Anexa 3.	Indicele modificării cheltuielilor publice pentru sănătate și produsului intern brut în Republica Moldova pentru anii 2002-2012	124
Anexa 4.	Structura cheltuielilor FAOAM anii 2005-2013	125
Anexa 5.	Analiza fondului de bază FAOAM anii 2005-2013	126
Anexa 6.	Determinarea volumului resurselor financiare acumulate prin instituirea taxei pe viciu	127
Anexa 7.	Model de clasificare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății prin prisma surselor de finanțare înaintat la Biroul Național de Statistica	128
Anexa 8.	Date inițiale privind CTOS și PIB pentru Republica Moldova anii 2001 - 2013	129
Anexa 9.	Date inițiale privind CPOS, CPOS_loc și PIB pentru Republica Moldova anii 2001 - 2013	130
Anexa 10.	Date inițiale privind PCPOS, PPDOS pentru Republica Moldova anii 2001 - 2013	131
Anexa 11.	Dependența dintre produsul intern brut și cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății determinată prin regresie liniară și forma logaritmică	132
Anexa 12.	Dependența dintre produsul intern brut și cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății determinată prin regresie liniară forma logaritmică	133
Anexa 13.	Ponderea persoanelor vârstnice în total populația Republicii Moldova anii 2000-2013	134
Anexa 14.	Dependența dintre ponderea persoanelor vârstnice în total populație și cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor determinată prin utilizarea formei logaritmice a regresiei	135
Anexa 15.	Rezultatele corelației dintre ponderea cheltuielilor publice în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății prin utilizarea modelului econometric liniar multiplu	136
Anexa 16.	Acte de implementare a rezultatelor cercetării	137
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII		141
CURRICULUM VITAE		142

ADNOTARE

Moroi Tatiana, "Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova"

Teză de doctor în științe economice, specialitatea 522.01 Finanțe, Chișinău, 2016

Structura tezei: teza este alcătuită din: introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 133 de titluri, 16 anexe, 110 de pagini text de bază, inclusiv 23 de figuri, 9 tabele și 13 formule. Rezultatele cercetării sunt publicate în 25 lucrări științifice, cu un volum de 9,54 coli de autor.

Cuvinte-cheie: capitalul sănătății, surse de finanțare, mecanism financiar al sistemului de ocrotire a sănătății, cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, conturi de economii pentru sănătate.

Domeniul de studiu: Finanțe, Asigurări medicale, Asigurări sociale.

Scopul lucrării: constă în identificarea instrumentelor financiare moderne de acumulare a resurselor financiare pentru perfecționarea procesului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Obiectivele lucrării: studierea conceptelor privind sistemul de ocrotire a sănătății; dezvoltarea conceptului capitalului sănătății pentru condițiile reale din Republica Moldova; analiza modelelor de finanțare a sistemelor de sănătate și compararea acestora cu sistemul autohton; analiza practicilor internaționale și naționale cu scopul identificării surselor de finanțare moderne a sistemului de ocrotire a sănătății; analiza cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și structura acestora în Republica Moldova; dezvoltarea conceptului mecanismului financiar prin aplicarea la sistemul de ocrotire a sănătății; determinarea necesarului de finanțare al sistemului de ocrotire a sănătății în baza corelației cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și factorii de influență; argumentarea necesității aplicării instrumentelor financiare moderne de atragere a resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății; formularea propunerilor privind îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Noutatea și originalitatea științifică: dezvoltarea conceptului *sistem de ocrotire a sănătății* în vederea valorificării capitalului sănătății; dezvoltarea și fundamentarea din punct de vedere științific a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății; elaborarea modelelor econometrice în scopul corelării cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu factorii de influență; elaborarea metodologiei calculării taxei pe viciu și determinarea volumului resurselor financiare acumulate prin instituirea acesteia; elaborarea metodologiei de creare a fondurilor de sănătate prin formarea conturilor de economii în sănătate.

Problema științifică importantă soluționată în domeniul cercetat constă în dezvoltarea și adaptarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății care a permis evidențierea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare suplimentare în vederea perfecționării finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Semnificația teoretică și valoarea aplicativă a lucrării: rezidă în dezvoltarea conceptelor privind sistemul de ocrotire a sănătății, capitalul sănătății; sistematizarea modelelor de finanțare prin evidențierea finanțării publice și private a sistemului de ocrotire a sănătății, precum și fundamentarea din punct de vedere științific a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății. Prin utilizarea modelelor econometrice cercetarea reprezintă un instrument bogat de cuantificare, analiză, și decizie pentru cei interesați în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății. Elaborarea analizei comparative privind nivelul finanțării sistemului de ocrotire a sănătății prin prisma unei noi abordări a clasificării modelelor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății pe plan internațional; elaborarea metodologiei calculării taxei pe viciu; elaborarea propunerilor privind organizarea sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății prin crearea fondurilor de sănătate.

Implementarea rezultatelor științifice: Cele mai importante rezultate ale cercetării au fost acceptate spre implementare în cadrul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, Ministerul Finanțelor al Republicii Moldova și în activitatea didactică din cadrul ASEM.

ANNOTATION

Moroi Tatiana, " Financing health care system in Republic of Moldova"

PhD thesis in economics, specialty 522.01 Finance, Chisinau, 2016

Thesis structure: the thesis includes introduction, 3 chapters, conclusions and recommendations, bibliography consisting of 133 sources, 16 annexes, 110 pages of main text, 23 figures, 9 tables and 13 formulas. The researches are published in 25 scientific works.

Key-words: health capital, financing sources, the financial mechanism of the health care system, expenditures for health care, health savings accounts.

Field of study: Finance, Medical insurance, Social security.

The thesis aim is to identification of modern financial instruments to accumulate financial resources to improve the process of financing the healthcare system in Republic of Moldova.

Objectives of the thesis: study thorough of the health care system; study thorough of the term health capital in conditions in Republic of Moldova; analyze models of financing health care systems and comparing them to the local system; analysis of international practices in order to identify modern funding sources of health care system; identification of financing the health care system in Republic of Moldova; analysis of total expenditure on health care and their structure in Republic of Moldova; conceptual development of the financial mechanism by applying to the health care system; arguing the need to apply modern financial instruments for attracting financial resources in health care sector; formulating proposals for improving financing health care system in Republic of Moldova.

Scientific novelty and originality: thorough going study the theoretical health system for recovery the health capital; developing and scientific substantiation of the financial mechanism of the health care system; developing econometric models to correlate with health care expenditures for influencing factors; developing the methodology of calculating the vice tax and determining the volume of financial resources accumulated by its setting; developing the methodology for creating health funds by training health savings accounts.

Important scientific issue solved in the field of research relates to developing and scientific substantiation the operation of financial mechanism of the health care system revealed the financial instruments of accumulation of additional financial resources to improve financing health care system in Republic of Moldova.

The theoretical significance and applicative value: The theoretical importance of the thesis consist in developed the many concepts of capital health; systematization funding models by highlighting public and private financing of health care system; scientific substantiation the operation of financial mechanism of the health care system. By using econometric models research represent a rich instrument quantification, analysis, and decision for those interested in financing the health care system. Develop comparative analysis on the financing of the healthcare system in terms of a new approach to classification models of financing health care system internationally; developing the methodology of calculation the vice tax and determination of financial impact; preparation of proposals for organization the health care system multi-sickness by creating health funds.

Implementation of scientific results. The most important results of the research have been accepted for implementation within the Ministry of Health of the Republic of Moldova, the Ministry of Finance of the Republic of Moldova and teaching activity within the Academy of Economic Studies of Moldova.

АННОТАЦИЯ

Морой Татьяна, «Финансирование системы здравоохранения в Республике Молдова» Докторская диссертация, специальность 522.01 Финансы, Кишинёв, 2016

Структура диссертации: данная диссертация состоит из введения, трёх глав, общих выводов и предложений, библиографии включающей 133 наименования, а также 16 приложений, 110 страниц основного текста, в том числе 23 рисунка, 9 таблиц и 13 формул. Результаты исследования были опубликованы в 25 научных работах.

Ключевые слова: капитал здоровья, источники финансирования, финансовый механизм системы здравоохранения, затраты на здравоохранение, накопительные счета в системе здравоохранения.

Область исследования: Финансы, Медицинское страхование, Социальное страхование.

Цель исследования: состоит в выявлении современных финансовых инструментов для накопления финансовых ресурсов для улучшения процесса финансирования системы здравоохранения в Республике Молдова.

Задачи исследования: углублённое изучение системы здравоохранения; разработка концепции капитала здоровья в условиях Республики Молдова; анализ международных практик с целью выявления современных источников финансирования системы здравоохранения; анализ моделей финансирования систем здравоохранения и их сравнение с местной системой; определение финансирования системы здравоохранения в Республике Молдова; анализ общих расходов на здравоохранение и их структура в Республике Молдова; разработка концепции финансового механизма применения по отношению к системе здравоохранения; определение системы финансирования здравоохранения на основе соотношения общих расходов на здравоохранение и влияющих факторов; разработка предложений по улучшению финансирования системы здравоохранения в Республике Молдова.

Научная новизна: углубление теоретических основ понятия системы здравоохранения; развитие и научное обоснование финансового механизма системы здравоохранения; разработка эконометрических моделей с целью корреляции затрат на здравоохранение с факторами влияния; разработка методологии расчета пошлины на вредные привычки; разработка методологии создания «фондов здравоохранения» путём формирования накопительных счетов в системе здравоохранения.

Важная решённая научная проблема в исследованной области состоит в развитии и научном обосновании функционирования финансового механизма системы здравоохранения, которое позволило выявить финансовые инструменты накопления дополнительных финансовых ресурсов с целью улучшения финансирования системы здравоохранения Республики Молдова.

Теоретическая и практическая значимость исследования: развитие концепций капитала здоровья; систематизация моделей финансирования здравоохранения путём выделения государственного и частного финансирования, а также в научном обосновании финансового механизма системы здравоохранения. Разработка сравнительного анализа уровня финансирования системы здравоохранения сквозь призму нового подхода к классификации моделей финансирования здравоохранения на международном уровне; разработка эконометрических моделей с целью корреляции затрат на здравоохранение с факторами влияния; разработка методологии расчета пошлины на вредные привычки; разработка предложений по организации многоустойной системы финансирования здравоохранения через создание «фондов здравоохранения».

Внедрение научных результатов: наиболее важные результаты исследования были приняты для внедрения в рамках Министерства Здравоохранения Республики Молдова, Министерства Финансов Республики Молдова, Молдавской Экономической Академии.

LISTA ABREVIERILOR

AMF	Asigurări medicale facultative
AS	Asigurări sociale
CE	Consiliul Europei
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CPOS	Cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății
CPOS_loc	Cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor
CSI	Comunitatea Statelor Independente
CTOS	Cheltuieli totale pentru ocrotirea sănătății
FAOAM	Fondurile Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală
I	Impozite
PCPOS	Ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății
PD	Plăți directe
PIB	Produsul intern brut
PPDOS	Ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății
SUA	Statele Unite ale Americii
T	Taxe

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei de cercetare. Sănătatea populației constituie un element de bază în dezvoltarea armonioasă a statului și un element cheie al securității economice fiind în corelație directă cu starea economiei naționale și stabilitatea politică a societății. Sănătatea este nu numai unul dintre drepturile de bază ale omului, ci și un element al statului bunăstării, o condiție necesară pentru progresul societății moderne.

Republica Moldova a recunoscut rolul fundamental al ocrotirii sănătății reprezentând o condiție esențială care contribuie la creșterea calității vieții populației, precum și la dezvoltarea capitalului sănătății. Securitatea națională și dezvoltarea economică a țării în mare parte depinde de funcționarea unui sistem eficient de finanțare a ocrotirii sănătății, în scopul de a păstra sănătatea populației ca principala forță de producție a societății.

Sistemul de ocrotire a sănătății trebuie să se adapteze la schimbările permanente privind necesitățile de finanțare. Pentru a funcționa la un nivel adecvat sistemul de ocrotire a sănătății trebuie să dispună de suficiente resurse financiare pentru efectuarea investițiilor în clădiri și echipamente, plata salariilor personalului, achiziționarea de medicamente și alte materiale consumabile.

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemelor de cercetare. Aspectele specifice privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății au fost cercetate în baza lucrărilor autorilor autohtoni și străini, precum și a instituțiilor internaționale, care au contribuit la formarea conceptului privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății.

În rezultatul cercetărilor privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, s-a constatat și s-a precizat existența problemei insuficienței resurselor financiare în domeniul ocrotirii sănătății. Resursele financiare insuficiente a sistemului de sănătate din Republica Moldova în mod inevitabil condiționează studierea practicilor internaționale cu scopul evidențierii oportunităților de finanțare a sectorului de ocrotire a sănătății. Preocupările cercetătorilor constau în determinarea rolului capitalului sănătății în dezvoltarea economico-socială a țării. În centrul atenției pentru noul model de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății este pacientul, care își asumă partea de responsabilitate pentru păstrarea sănătății.

Studiul lucrărilor consacrate finanțării sistemului de ocrotire a sănătății a demonstrat că conținutul acestuia nu este abordat în întreaga complexitate nici într-o lucrare. În acest context, în teză se va realiza abordarea complexă privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății prin dezvoltarea și adaptarea mecanismului financiar la sistemul de ocrotire a sănătății. La etapa actuală, funcționarea eficientă a sistemului de ocrotire a sănătății necesită dezvoltarea unui

mecanism financiar, care prin funcția sa de gestiune destinată organizării interacțiunii dintre relațiile financiare și resursele financiare, va îmbunătăți finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății.

Scopul lucrării constă în identificarea instrumentelor financiare moderne de acumulare a resurselor financiare pentru perfecționarea procesului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Pentru realizarea scopului enunțat, au fost trasate următoarele **obiective** ale cercetării:

- studierea conceptelor privind sistemul de ocrotire a sănătății;
- dezvoltarea conceptului capitalului sănătății pentru condițiile reale din Republica Moldova;
- analiza modelelor de finanțare a sistemelor de sănătate și compararea acestora cu sistemul autohton;
- analiza practicilor internaționale și naționale cu scopul identificării surselor de finanțare moderne a sistemului de ocrotire a sănătății;
- analiza cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și structura acestora în Republica Moldova;
- dezvoltarea conceptului mecanismului financiar prin aplicarea la sistemul de ocrotire a sănătății;
- determinarea necesarului de finanțare al sistemului de ocrotire a sănătății în baza corelației cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și factorii de influență;
- argumentarea necesității aplicării instrumentelor financiare moderne de atragere a resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății;
- formularea propunerilor privind îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Obiectul cercetării îl constituie sistemul de ocrotire a sănătății cercetat prin prisma relațiilor financiare de acumulare a resurselor financiare.

Metodologia cercetării științifice. Metodologia utilizată în această lucrare s-a bazat pe următoarele metode: metoda analizei diagnostic, metoda grupării, metoda comparației, metoda modelării econometrice, metoda indicatorilor, metode de analiză a datelor utilizând tehnici statistice: grafice, tabele; metoda de prognoză; metoda celor mai mici pătrate, EViews. Metodologia utilizată corespunde tendințelor moderne de dezvoltare a științei economice.

Noutatea și originalitatea științifică. Noutatea științifică a cercetării reprezintă dezvoltarea mecanismului financiar aplicat în sistemul de ocrotire a sănătății, prin determinarea

circuitului resurselor financiare și elaborarea propunerilor privind aplicarea unor instrumente financiare de acumulare a resurselor financiare. Elementele de noutate științifică sunt:

- dezvoltarea conceptului *sistem de ocrotire a sănătății* în vederea valorificării capitalului sănătății;
- dezvoltarea și fundamentarea din punct de vedere științific a *mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății*;
- elaborarea modelelor econometrice în scopul corelării cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu factorii de influență;
- elaborarea metodologiei calculării *taxei pe viciu* și determinarea volumului resurselor financiare acumulate prin instituirea taxei pe viciu;
- elaborarea metodologiei de creare a *fondurilor de sănătate* prin formarea *conturilor de economii pentru sănătate*.

Problema științifică importantă soluționată în domeniul respectiv constă în dezvoltarea și adaptarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății care a permis evidențierea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare suplimentare în vederea perfecționării finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Semnificația teoretică a tezei rezidă în dezvoltarea conceptelor privind sistemul de ocrotire a sănătății, capitalul sănătății; sistematizarea modelelor de finanțare prin scoaterea în evidență a finanțării publice și private a sistemului de ocrotire a sănătății, precum și fundamentarea din punct de vedere științific a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în utilizarea modelelor econometrice reprezentând un instrument important de cuantificare și analiză, în vederea adoptării deciziilor privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, precum și dezvoltarea și aplicarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Considerăm ca fiind importante următoarele elemente ale aplicabilității practice a rezultatelor cercetării:

- aplicarea modelului econometric prin corelarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu PIB-ul;
- elaborarea analizei comparative privind nivelul finanțării sistemului de ocrotire a sănătății autohton prin prisma unei noi abordări a clasificării modelelor de finanțare a sistemelor de ocrotire a sănătății pe plan internațional;
- elaborarea propunerilor privind modalitățile de atragere a resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății;

- elaborarea propunerilor privind organizarea sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății prin crearea fondurilor de sănătate.

Implementarea rezultatelor științifice. Cele mai importante rezultate ale cercetării au fost acceptate spre implementare în cadrul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, Ministerul Finanțelor al Republicii Moldova și în activitatea didactică din cadrul Academiei de Studii Economice a Moldovei, confirmate prin acte de implementare.

Direcțiile de soluționare a problemei de cercetare. Pentru atingerea obiectivelor menționate, s-a efectuat cercetarea și analiza finanțării sistemului de ocrotire a sănătății pe plan național și internațional fiind propuse acțiuni privind: aplicarea instrumentelor financiare și elaborarea metodologiei de determinare a resurselor financiare acumulate prin instituirea taxei pe viciu; crearea fondurilor de sănătate; elaborarea recomandărilor cu privire la îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Aprobarea rezultatelor. Aspectele principale ale tezei de doctorat au fost expuse de către autor în cadrul a 21 conferințe și simpozioane științifice internaționale: Simpozionul Internațional al tinerilor cercetători, Academia de Studii Economice a Moldovei (2004, 2005, 2006, 2009, 2010); Simpozionul Internațional al tinerilor cercetători, Universitatea Agrară de Stat din Moldova (2010); Conferința Științifică Internațională, Academia de Studii Economice a Moldovei (2004, 2006, 2010, 2012, 2013, 2015); Conferința Științifică Internațională, Universitatea de Stat din Moldova (2008, 2009, 2015); Conferința Științifică Internațională, Universitatea de Stat din Cahul "B. P. Hașdeu" (2014); Conferința Științifică Internațională, Ucraina, Ismail (2015); Conferința Științifică Internațională, USPEE "Constantin Stere" (2015); Conferința Științifică Internațională, ULIM (2015).

Supportul metodologic și teoretic al tezei. Baza teoretică și metodologică a lucrării constituie conceptele privind sistemul de ocrotire a sănătății, sursele de finanțare și instrumentele financiare de atragere a resurselor financiare în domeniul ocrotirii sănătății.

Aspectele specifice privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății au fost cercetate în baza lucrărilor autorilor: Barton Ph., Becker G., Cioponea M. – Cr., Das A., Glied Sh., Hoffmeyer U., Ignatov V., Iordăchiță G., Joumard I., Matteo Di., Mincer J., Roemer M., Shultz Th., Stoican M., Șișkin S., Văidean V., Vlădescu C., Vodogreeva L., Zanoschi G., ș.a. Diverse aspecte ale temei cercetate sunt prezentate și în lucrările cercetătorilor autohtoni: Ciocanu M., Cobzari L., Copăceanu C., Damașcan Gh., Ețco C., Ganea V., Hîncu R., Mereuță I., Miron O., Secieru A., Stratulat O., Tintiuc D., ș.a.

Cercetări în domeniul finanțării sistemului de ocrotire a sănătății au fost efectuate în cadrul Centrului Analitic Independent "Expert-Grup", Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate,

precum și organizațiile internaționale, care au contribuit la constatarea și precizarea insuficienței resurselor financiare în domeniul ocrotirii sănătății.

Suportul informațional al cercetării îl constituie actele legislative și normative ale Republicii Moldova, datele furnizate de Ministerul Finanțelor, Ministerul Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină, Comisia Națională a Pieței Financiare, Biroul Național de Statistică, bazele de date ale unor organisme internaționale precum Organizația Mondială a Sănătății, Banca Mondială, cercetările efectuate de către Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, Expert-Grup.

Publicațiile la tema tezei. Tezele principale ale lucrării și-au găsit reflectare în publicațiile științifice, fiind expuse în 25 de lucrări cu un volum total de 9,54 coli de autor.

Volumul și structura tezei. Scopul și sarcinile investigației au condiționat structura tezei, după cum urmează: introducere, trei capitole, concluzii și recomandări generale, bibliografie din 133 titluri și 16 anexe. Teza este expusă pe 110 pagini text de bază inclusiv 23 de figuri, 9 tabele și 13 formule.

În **Introducere**, se justifică tema aleasă pentru cercetare, se descrie actualitatea și importanța problemei abordate, sunt determinate scopul și obiectivele tezei, este relevată noutatea științifică a rezultatelor obținute și valoarea aplicativă a lucrării, aprobarea și implementarea rezultatelor și sumarul compartimentelor.

Capitolul 1 **„Aspecte teoretice și metodologice privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății”** se referă la dezvoltarea conceptului sistemului de ocrotire a sănătății și conceptului capitalul sănătății. La fel au fost cercetate abordările conceptuale privind tipologia surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății. S-a efectuat cercetarea organizării sistemelor de sănătate pe plan internațional prin elucidarea avantajelor și dezavantajelor acestora fiind precăutate și instrumente financiare în vederea acumulării resurselor financiare suplimentare. În final sunt prezentate concluziile cu referire la organizarea sistemelor de sănătate, precum și formularea scopului, obiectivelor cercetării și problemei științifice propuse spre soluționare.

Capitolul 2 **„Estimarea finanțării publice și private a sistemului de ocrotire a sănătății: practica națională și internațională”** s-a realizat prin analiza finanțării publice și private pentru domeniul ocrotirii sănătății la nivelul statului. S-a efectuat prezentarea particularităților de organizare a sistemului de ocrotire a sănătății prin elaborarea structurii sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova fiind evidențiate relațiile financiare și participării. A fost efectuată analiza comparativă privind nivelul de finanțare a sistemului de ocrotire de sănătate autohton în baza elaborării unei noi clasificări a modelelor de finanțare la

nivel internațional. În acest capitol s-a analizat formarea și utilizarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, deoarece reprezintă principalul instrument financiar de acumulare și de distribuire a resurselor financiare în sistemul asigurărilor medicale obligatorii.

În capitolul 3 **„Oportunități privind perfecționarea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova”** s-a realizat dezvoltarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății prin identificarea componentelor, precum și corelația acestuia cu sistemul de ocrotire a sănătății. Conținutul capitolului reprezintă aplicarea modelelor econometrice prin determinarea corelației cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu PIB, în vederea determinării necesarului de finanțare al sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova. În baza acestui capitol au fost elaborate propuneri privind atragerea resurselor financiare prin aplicarea instrumentelor financiare moderne, precum și modalitatea de organizare a sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Compartimentul **„Concluzii generale și recomandări”** cuprinde concluziile tematice efectuate pe parcursul cercetării, precum și formularea concluziei generale, totodată sunt descrise rezultatele de bază ale cercetărilor efectuate și sunt înaintate recomandările referitoare la perfecționarea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Cuvinte-cheie: capitalul sănătății, surse de finanțare, mecanism financiar al sistemului de ocrotire a sănătății, cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, conturi de economii pentru sănătate.

1. ASPECTE TEORETICE ȘI METODOLOGICE PRIVIND FINANȚAREA SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII

1.1. Dezvoltarea conceptului sistemului de ocrotire a sănătății în vederea valorificării capitalului sănătății

Sănătatea reprezintă unul din sectoarele cu importanță majoră în viața oricărei societăți. Importanța sa este justificată prin caracterul indispensabil al serviciilor pe care le produce, volumul resurselor pe care le utilizează, numărul persoanelor pe care le deservește și legăturile numeroase pe care le creează cu alte domenii de activitate [39].

Sănătatea populației constituie un element de bază în dezvoltarea armonioasă a statului și un element cheie al securității economice fiind în corelație directă cu starea economiei naționale și stabilitatea politică a societății. Sănătatea este nu numai unul dintre drepturile de bază ale omului, ci și o reușită a statului bunăstării, o condiție necesară pentru progresul societății moderne [72].

Ocrotirea sănătății este un serviciu public cu caracteristici deosebite. În primul rând, este cunoscută necesitatea accesului tuturor indivizilor la protecția sanitară. În al doilea rând, trebuie de luat în considerare probabilitatea riscurilor și amploarea lor, efectele colective multiple, cu influențe negative cum sunt epidemiile și pandemiile sau pozitive cum ar fi prevenirea îmbolnăvirilor prin vaccinări.

Sectorul ocrotirii sănătății este indispensabil și de dezvoltarea economică a statului contribuind la dezvoltarea industriei de medicamente și echipamente medicale, oferind un număr mare de locuri de muncă în domeniul sănătății.

Astfel ocrotirea sănătății nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un profund caracter social și economic.

Interpretarea sănătății populației prin prisma abordării socio-economice are legatură, în general, cu dezvoltarea societății și, în special, a economiei. Ocrotirea sănătății și economia sunt interdependente, deoarece sănătatea populației este esențială pentru dezvoltarea economică a țării. Sănătatea are un impact asupra performanței economice, iar acest lucru se întâmplă atât la nivel de țară, cât și la nivel de individ.

Trebuie de subliniat faptul că, în prezent, problema nu este numai despre reformarea sectorului sănătății, dar, de asemenea, consolidarea tuturor activităților din sectorul sănătății și modernizarea acestuia în ansamblu. Obiectivele reformei sunt aceleași - păstrarea și fortificarea sănătății populației, cu toate acestea, sarcinile de a realiza acest obiectiv diferă. Așa dar, în cazul în care sectorul ocrotirii sănătății trebuie să rezolve problemele privind îmbunătățirea calității

serviciilor medicale, accesul egal al populației la acestea, precum și utilizarea eficientă a resurselor alocate, atunci obiectivul domeniului ocrotirii sănătății este asigurarea finanțării sectorului în volumul necesar, crearea oportunităților economice, sociale, ecologice pentru dezvoltarea armonioasă a individului și întreținerea stilului de viață sănătos, precum și desfășurarea cu succese a activității instituțiilor medicale.

Toate cele menționate anterior ne permite să considerăm sectorul ocrotirii sănătății ca un sistem socio-economic al statului, unde sănătatea nu este un scop, ci un mijloc de a atinge bunăstarea și satisfacerea nevoilor fizice, culturale și spirituale. Prin urmare, sănătatea populației constă în sănătatea fiecărui cetățean al societății. În același timp, starea de sănătate a unui anumit individ este determinată de mai mulți factori, dar nicidecum asupra tuturor nu este capabil să influențeze sectorul ocrotirii sănătății în întregime. În acest context, este necesar de precăutat o nouă abordare conceptuală, atunci când sănătatea populației, în sensul cel mai larg este unicul criteriu obiectiv în dezvoltarea societății.

Astfel, ocrotirea sănătății - este un sistem socio-economic complex, dinamic, funcțional pe care societatea îl produce și îl utilizează în orice stadiu al dezvoltării sale cu scopul de a proteja și de a promova sănătatea fiecărui individ și a populației în ansamblu. Ocrotirea sănătății acționează ca parte integrantă a nivelului și calității vieții exercitând un rol important în dezvoltarea economică a țării, asigurând reproducerea și calitatea forței de muncă, pentru crearea bazei creșterii socio-economice și a progresului social.

În știință, s-a format o varietate de abordări pentru definirea conceptului - sistemul de ocrotire a sănătății. În sens larg, sistemul de ocrotire a sănătății este privit ca o parte integrantă a ocrotirii sănătății populației. În sens restrâns, reprezintă totalitatea acțiunilor de asistență medicală, efectuate cu scopul de a menține și de a îmbunătăți starea de sănătate a fiecărui individ și a populației în ansamblu.

Cercetătoarea Zanoschi G. consideră, că sistemul de sănătate reprezintă ansamblul elementelor independente care influențează starea de sănătate atât la nivel individual, cât și la nivelul populației și care include determinanții stării de sănătate și sistemul îngrijirilor de sănătate [96].

Cercetătorul Lisișin Iu. definește sistemul de ocrotire a sănătății reprezentând sistemul proceselor publice, social-economice și medicale, care asigură protecția și nivel înalt al sănătății populației. În acest sens, prin orientarea socială a activității statului, sistemul de ocrotire a sănătății continuă să ocupe un loc fundamental în societate [127].

Sub presiunea circumstanțelor actuale sistemul de ocrotire a sănătății începe să fie aplicat nu doar în domeniul asistenței sociale, dar, de asemenea, dobândește și o caracteristică

economică, deoarece este asociat cu astfel de procese economice, precum finanțarea, gestiunea, planificarea.

Sistemul de ocrotire a sănătății poate fi privit ca totalitatea organizațiilor și instituțiilor, asociațiilor științifice, specialiști și alți subiecți, ale căror activitate se referă la asigurarea și controlul calității, producției, vânzării și cumpărării de medicamente, echipamente medicale, servicii medicale, precum și implementarea măsurilor de prevenire a bolilor. De asemenea, această activitate este asociată cu problemele privind organizarea și finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, direcționată spre asigurarea un nivel înalt de formare a specialiștilor din domeniul ocrotirii sănătății.

În cadrul abordării teoretico-metodologice ocrotirea sănătății este privită ca un element integrant al sistemului de reproducere socială. Funcționarea mecanismului de reproducere socială presupune interdependența și reînnoirea continuă a forței de muncă și, prin urmare, și a bunurilor materiale. Este firesc să presupunem că ocrotirea sănătății trebuie să servească drept sursă de protecție a celor mai importante direcții ale procesului de reproducere. Ocrotirea sănătății este privită ca o activitate a statului, dar și ca un sistem de intervenții socio-economice, medico-sanitare desfășurate de către organizațiile de ocrotire a sănătății pentru a asigura un nivel ridicat de sănătate a cetățenilor prin identificarea, prevenirea și tratarea bolilor; acordarea asistenței medicale de calitate și de performanță tehnologică înaltă tuturor cetățenilor.

În aplicarea abordării sistemice în cercetarea ocrotirii sănătății, autorul consideră necesitatea identificării nivelului macroeconomic și microeconomic. În primul rând, acesta este sistemul de ocrotire a sănătății în ansamblu la nivel macroeconomic, și în al doilea rând, acesta este nivelul instituțiilor medicale – la nivel microeconomic.

La nivel macroeconomic sistemul de ocrotire a sănătății se formează de către stat cu scopul acordării protecției sociale populației și gestiunii riscurilor sociale pentru primirea îngrijirilor medicale.

În cadrul teoriei sistemice la nivel macroeconomic sistemul de ocrotire a sănătății îndeplinește următoarele sarcini:

- dezvoltarea cercetărilor științifice medicale ca singura bază posibilă pentru punerea în aplicare a activităților integrate, care vizează menținerea și îmbunătățirea sănătății umane;
- prevenirea bolilor, ameliorarea sănătății societății, și mai presus de toate a generației tinere, precum și ameliorarea mediului ca cel mai important factor care afectează sănătatea umană;

- asigurarea oportunităților privind diagnosticarea precoce și tratamentul calificat în caz de boală sau accident a populației, inclusiv reabilitarea și recuperarea capacității de muncă.

Sistemul de ocrotire a sănătății ca parte importantă a sistemului socio-economic se conduce de anumite scopuri, printre care menționăm:

- punerea în aplicare a activității în domeniul prevenirii bolilor prin metode medicale;
- tratamentul pacienților cu anumite tipuri de boli și patologii;
- informarea în timp util a autorităților cu privire la problemele de sănătate apărute și oferirea asistenței medicale calificate populației.

Sistemul de ocrotire a sănătății are un impact tot mai mare asupra tuturor sectoarelor economiei și a vieții sociale, orientându-i la păstrarea factorilor favorabili și eliminarea factorilor nefavorabili ale mediului natural și social, pentru sănătatea individuală și publică prin punerea în aplicare a planurilor de dezvoltare economică, științifico-tehnologică și socială.

Sistemul de ocrotire a sănătății se dezvoltă în conformitate cu organizarea social-economică a societății, a sistemului politic, a condițiilor istorice și geografice și a tradițiilor țării. În acest sens de aceasta, depinde modul în care societatea, statul și populația percep obiectivele sistemului de ocrotire a sănătății și își asumă responsabilitatea pentru realizarea acestora, creează pentru sistemul de ocrotire a sănătății condiții socio-economice favorabile, luând în considerare experiența istorică și internațională.

La nivel microeconomic sistemul de ocrotire a sănătății poate avea structură diferită, forme de organizare, tipuri de instituții, surse și metode de finanțare. Dar din punct de vedere sistemic sistemul ocrotirii sănătății trebuie privit ca un sistem unic, funcțional dinamic direcționat spre obținerea rezultatului final – ocrotirea și îmbunătățirea sănătății fiecărui individ și a populației în ansamblu.

Toate instituțiile medico-sanitare, indiferent de proprietate, de subordonare și gradul de centralizare orientează funcțiile sale, cu scopul satisfacerii nevoilor populației într-un anumit teritoriu și, în același timp, trebuie să asigure scopurile și obiectivele întregului sistem național de sănătate, acționând în conformitate cu principiile și standardele de bază.

În opinia autorului Roemer M. sistemul de sănătate este format din cinci componente de bază comune oricărui sistem de sănătate:

- producerea și dezvoltarea resurselor;
- organizarea programelor;
- suportul economic – finanțarea sistemului de sănătate;
- managementul;

- acordarea de servicii.

Producerea și dezvoltarea de resurse constă în participarea mai multor resurse de la nivelul societății și se referă la:

- *resursele umane*, care includ: personalul medical (medici de diferite specialități, asistenți medicali, infirmieri) și personalul nemedical (psihologi, asistenți sociali, sociologi);
- *instituțiile medico-sanitare* se referă la spitale, centre de sănătate, centre de diagnostic și tratament, farmacii, laboratoare;
- *bunurile sanitare*, care includ: medicamente, materiale sanitare, echipamente diagnostice și terapeutice;
- *cunoștințele* sunt considerate drept elemente importante în activitatea oricărui sistem de sănătate. Pregătirea medicală continuă să se realizeze prin învățare, instruire și perfecționare, având la dispoziție următoarele modalități: cursuri de educație medicală continuă de specialitate sau de perfecționare, informații oferite de universități, manuale, reviste, tratate.

Organizarea de programe. Programele de sănătate presupun utilizarea de resurse și au drept finalitate îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Finanțarea programelor de sănătate se poate efectua de către guvern, de către organizații „non-profit” sau de organizații care au ca scop obținerea profitului.

Finanțarea sistemului de sănătate. Modalitatea de finanțare pe care o alege o țară, împreună cu tipul de organizare a sistemului de ocrotire a sănătății determină accesul la serviciile de sănătate, costul și calitatea serviciilor de sănătate care sunt oferite populației.

Managementul reprezintă o serie de activități integrate și interdependente, care determină o anumită combinație de mijloace financiare, umane, materiale, astfel încât să genereze o producție de bunuri și servicii utile economic și social. Prin intermediul managementului se pot mobiliza resursele existente în vederea realizării unor scopuri bine definite. În acest sens activitatea de management se referă la îndeplinirea următoarelor funcții: planificare, organizare, coordonare, conducere, control și evaluare.

Acordarea de servicii se referă la toate formele de servicii medicale ce sunt oferite populației: preventive, curative, de recuperare. Sau serviciile pot fi clasificate în servicii primare, secundare, terțiare [111].

Acordarea de servicii reprezintă rezultatul funcționării celor patru componente comune unui sistem de sănătate: producerea și dezvoltarea resurselor, organizarea programelor, finanțarea sistemului de sănătate și managementul.

Condițiile care determină nivelul înalt de funcționare a sistemului de sănătate se referă la:

- acoperirea generală a populației – în sensul ca fiecare persoană să beneficieze de un pachet minim de servicii medicale;
- posibilități de alegere – posibilitatea pacientului de ași alege furnizorul de servicii medicale;
- acceptabilitatea socială largă – se referă la gama de servicii medicale furnizate populației;
- performanța medicală – se referă la calitatea actului medical, satisfacerea furnizorilor și utilizatorilor de servicii medicale;
- eficacitate – se referă la obținerea obiectivului de sănătate dorit; eficacitatea unui sistem de sănătate se măsoară prin ameliorarea stării de sănătate a populației;
- eficiență – are în vedere obținerea de rezultate cât mai bune cu resurse cât mai mici.

Această eficiență trebuie să se regăsească în planul sănătății și al satisfacției pacienților.

La organizarea sistemului de ocrotire a sănătății trebuie să existe mecanisme eficiente de asigurare a calității serviciilor medicale oferite populației unei țări, ceea ce ar conduce la ameliorarea stării de sănătate a populației.

Valorile dominante într-o anumită societate servesc ca bază de orientare socială în stabilirea obiectivelor, priorităților cât și resurselor necesare pentru realizarea direcțiilor strategice a politicii ocrotirii sănătății.

Potrivit opiniei Organizației Mondiale a Sănătății realizarea potențialului sănătății omului e imposibilă fără următoarele valori de bază:

- sănătatea ca una dintre drepturile esențiale ale omului;
- echitatea în problemele de sănătate și protecția ei;
- atitudine responsabilă și justificată către activitatea ocrotirii sănătății [104].

În orice societate eforturile ce sunt orientate în direcția menținerii sănătății sunt considerate un bun public. În unele societăți bunurile se egalează cu valorile vieții și bunăstarea tuturor membrilor societății, ceea ce presupune implementarea unor sarcini financiare și sociale suplimentare asupra statului.

Serviciile medicale sunt considerate de știința economică drept un set de bunuri și servicii pe care consumatorii le utilizează pentru impactul lor pozitiv anticipat asupra stării de sănătate a acestora. Acest raționament stă la baza a ceea ce în știința economică este cunoscut cu denumirea *teoria capitalului uman*.

Capitalul uman este un concept care a început să fie studiat în economie în anii '50 ai secolului XX de către cercetătorii Schultz Th., Mincer J. și Becker G., care au inițiat teoria

modernă a capitalului uman. În cadrul acestei teorii, autorii tratează cheltuielile educaționale și cheltuielile de asigurare a sănătății ca fiind investiții care au drept rezultat mărirea productivității muncii și, implicit conduc la creșterea economică a unei țări [98, 109, 113].

Pentru prima dată se concretizează componentele capitalului uman în capital educațional și capital biologic. Atât cheltuielile pentru educație, cât și cele cu sănătatea sunt privite ca investiție, dar și consum. Investiția fiind considerată de un caracter continuu, ținând fie dezvoltarea, fie menținerea stocului de capital [83].

Cheltuielile educaționale și cele pentru sănătate sunt tratate de către Shultz Th. drept investiții, în scopul creșterii productivității muncii, implicit a creșterii economice, iar progresul în domeniul sănătății și educației reprezintă variabila cheie a dezvoltării economiei. Astfel în opinia lui Shultz Th. o sursă de formare și perfecționare a capitalului uman constituie serviciile de sănătate fiind un factor major de producere a capitalului uman. Considerând că, infrastructurile și serviciile de sănătate afectează speranța de viață și vitalitatea persoanelor [113].

În acest sens, se formează corelația dintre cheltuielile pentru ocrotirea sănătății și speranța de viață a populației ceea ce determină importanța studierii organizării sistemului de ocrotire a sănătății a unei țări.

Teoriile contemporane nu ocolesc interacțiunea dintre economie și sănătatea umană reprezentând un factor esențial în calitatea capitalului uman, respectiv a acțiunii indivizilor în activitatea economică. Preocupările actuale se îndreaptă către investiția în capitalul de sănătate efectuată de către individ, cât și de către stat [83].

În ceea ce privește sănătatea, ea produce o ameliorare a capacităților individuale de dezvoltare personală, cât și asigurarea pentru indivizi a unei securități economice în viitor. O populație sănătoasă vede creșterea speranței de viață și o prelungire a ciclului de viață. De asemenea speranța de câștiguri viitoare se va realiza cu indivizii care sunt cel mai mult dispuși să investească în educație, sănătate și să constituie o economisire financiară [83].

Savantul Grossman M. a elaborat un model privind influența pe care o are sănătatea asupra individului. El susține că sănătatea poate fi considerată a fi o formă a capitalului uman și astfel a elaborat modelul de cerere pentru capitalul sănătății [103].

Cercetătoarea Stoican M. menționează că, teoria capitalului uman aplicată la sănătate evidențiază faptul că un consumator de sănătate este în același timp și un producător de sănătate [83].

La fel susține că sănătatea constituie valoarea supremă de apreciere a capitalului uman. Ea dezvoltă conceptul potrivit căruia sănătatea umană este și un bun economic, în sensul că este

produsă și reprodusă mereu de om, interacționând cu mediul, comunitatea și organizațiile în care trăiește și muncește, iar cererea pentru sănătate se bazează pe teza că sănătatea este un bun de capital, care combinat cu factorul timp, produce câștiguri bănești [83].

Voicu B. stabilește legăturile între capitalul uman prin componentele sale sănătate, educație și dezvoltare socială. El consideră că lipsa de acces, pe termen lung, la serviciile de sănătate și educație, duce la scăderea capacității persoanelor de integrare socială, și indirect, la afectarea în sens negativ a șanselor de a obține o profesie, în absența școlarizării, sau scăderea capacității de muncă, prin afectarea fizică, ceea ce va influența starea economică generală a țării [94].

Popescu C. consideră că sănătatea este privită ca un bun obținut atât din fonduri private, cât și publice, ponderea acestor surse de finanțare variază de la o țară la alta, în unele state predominând fondurile private, iar în altele subsidiile publice. În opinia autorului într-adevăr este important și necesar de specificat sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății cu scopul identificării unor noi posibilități de finanțare [76].

Cercetătoarea Iordăchiță G. descrie capitalul uman prin trei componente de bază cum ar fi: capitalul uman educațional, capitalul uman biologic și capitalul uman de migrație. O estimare a capitalului uman biologic se efectuează prin analiza stării de sănătate a unei țări și se realizează la nivel internațional prin indicatorii: speranța de viață la naștere, mortalitatea pe grupe de vârstă, incidența anumitor boli care pot fi asociate cu sărăcia [55]. Considerăm că, în viziunea cercetătorului se conturează doar o particularitate a capitalului sănătății și considerăm necesară aprofundarea aspectelor teoretice privind capitalul sănătății.

Dobrânin A. analizând conceptul capitalului uman explică acest termen prin deținerea de către individ a stocului de sănătate, cunoștințe, abilități, motivații care contribuie la sporirea productivității muncii influențând la creșterea veniturilor [120].

În cercetările sale Corițkii A. a constatat că, cea mai importantă formă de investire în capitalul uman reprezintă ocrotirea sănătății și acordarea asistenței medicale populației, ceea ce ar conduce la micșorarea îmbolnăvirilor și a mortalității, prelungirea duratei de muncă a omului, precum și creșterea intensității utilizării forței de muncă [125].

În acest context susținem într-adevăr această opinie și menționăm că, la nivel macroeconomic rolul decisiv în formarea capitalului uman îi revine capitalului sănătății, care subliniază importanța politicii statului în domeniul ocrotirii sănătății. Astfel precizăm că, cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății sunt prezentate sub forma investițiilor în capacitățile indivizilor de a obține venituri în viitor.

Vodogreeva L. analizează capitalul sănătății ca o componentă a capitalului social care se acumulează pe parcursul vieții individului inclusiv și datorită efectuării cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății, învățământului, asistenței sociale [118].

Teoria capitalului uman și potențialul sănătății este dezvoltată vertiginos la etapa actuală de către economiștii și organizatorii sistemului de ocrotire a sănătății în țările cu strategie eficientă de dezvoltare pe termen lung. Luând în considerație aspectul valorificării resurselor naționale de sănătate specialiștii se conduc de următoarele idei de bază:

- Obiectul și scopul strategiilor de dezvoltare social-economică a țării reprezintă capitalul uman, inovațiile tehnologice și utilizarea rațională a resurselor naturale;
- Cheltuielile pentru ocrotirea sănătății și asistență medicală sunt similare investițiilor în capitalul uman;
- Cheltuielile pentru ocrotirea sănătății, pentru învățământ sunt privite ca investiții fiind remunerate cu venituri mai mari în viitor [118].

Capitalul sănătății semnifică comoara unei națiuni reprezentând investițiile umane efectuate cu scopul formării, menținerii, îmbunătățirii sănătății și performanțele muncii.

În cercetarea conceptului privind capitalul sănătății se evidențiază două forme:

- *Capitalul sănătății inițial* fiind determinat de totalitatea proprietăților fiziologice umane obținute ereditar;
- *Capitalul sănătății acumulat* format în procesul creării și utilizării proprietăților fizice umane fiind realizat prin capacitatea de producere a populației.

În opinia noastră, există deosebire dintre capitalul biologic care reprezintă sănătatea inițială a individului obținută la naștere, și capitalul sănătății care semnifică stocul de sănătate având capacitate de creștere prin intermediul investițiilor efectuate în domeniul sănătății.

Capitalul sănătății poate fi privit conform următoarelor aspecte:

- aspect biologic, care se referă la păstrarea capitalului sănătății;
- aspect social, care se referă la dezvoltarea capitalului sănătății;
- aspect economic, care se referă la valorificarea capitalului sănătății.

După părerea autorului, din punct de vedere economic capitalul sănătății semnifică cheltuielile efectuate pentru ocrotirea sănătății cu scopul creșterii în viitor a productivității muncii și contribuirii la sporirea veniturilor atât a populației individual, cât și a țării în ansamblu. Capitalul sănătății fiind o parte componentă a capitalului uman, reprezintă principala valoare a unei societăți moderne precum și un factor fundamental în creșterea economică a țării. Formarea capitalului sănătății necesită cheltuieli semnificative atât din partea populației, cât și din partea statului.

În acest context capitalul sănătății reprezintă investițiile efectuate în sănătate care contribuie la reducerea îmbolnăvirilor și mortalității, prelungirea capacității de muncă a individului și astfel influențând creșterea duratei de funcționare a capitalului uman.

În baza analizei literaturii cu privire la capitalul sănătății propunem să dezvoltăm conceptul prin abordarea capitalului sănătății în sens restrâns și în sens larg. *Capitalul sănătății în sens restrâns* format la micro-nivel semnifică totalitatea calităților fizice și mentale, care determină capacitatea de muncă a individului, identificând capitalul sănătății la nivelul individului. *Capitalul sănătății în sens larg* format la macro-nivel reprezintă elementul de bază al potențialului de dezvoltare economico-socială a țării, care influențează și contribuie la creșterea produsului intern brut.

La etapa actuală conceptul capitalului uman și teoria privind capitalul uman sunt dezvoltate detaliat de către cercetători fiind determinate elementele structurale, formarea acestora, interacțiunea cu alte forme de capital [124, 126, 129]. Mai activ au fost realizate cercetări în domeniul capitalului educației, iar capitalul sănătății fiind studiat ca o componentă a capitalului uman. Doar relativ recent a apărut necesitatea identificării locului și rolului capitalului sănătății care reprezintă condiția de bază pentru dezvoltarea economico-socială a țării.

Unul dintre principalii indicatori ai dezvoltării economico-sociale a societății moderne este nivelul și calitatea serviciilor de sănătate oferite populației țării. Nici o ramură a economiei inclusiv ocrotirea sănătății, nu poate, în mod normal, exista și se dezvolta în condițiile insuficienței finanțării sistemului de ocrotire a sănătății.

În opinia autorului, *sistemul de ocrotire a sănătății* este ansamblul funcțional al componentelor interdependente având în vedere producerea și dezvoltarea resurselor, organizarea resurselor, finanțarea, managementul serviciilor medicale și în final acordarea de servicii, care determină starea de sănătate a indivizilor și a populației țării cu scopul valorificării capitalului sănătății.

Așadar, în opinia autorului, conexiunea dintre capitalul sănătății și sistemul de finanțare a ocrotirii sănătății este una vitală, fapt care argumentează abordarea lor în complex.

La etapa actuală, dezvoltarea social-economică a țării sugerează creșterea rolului capitalului sănătății fiind principalul factor al dezvoltării economice, ceea ce presupune adaptarea la cerințe specifice a domeniului de ocrotire a sănătății inclusiv la creșterea satisfacerii populației cu servicii medicale calitative.

1.2. Modele clasice și moderne de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății

Finanțarea asistenței medico-sanitare a evoluat pe parcursul istoriei de la achitarea personală a serviciului în momentul acordării lui, la finanțarea prin intermediul asigurării medicale preplătite de către patron sau angajat în dependență de țară, la finanțarea statală a asistenței medico-sanitare prin intermediul mecanismelor de securitate socială bazată pe impozitare cu participarea organizațiilor private și nonguvernamentale. În ultimă instanță, toate țările se confruntă cu necesitatea finanțării de către stat a asistenței medicale pentru întreaga populație sau cel puțin, ca în SUA, cu finanțarea de către stat a asistenței medicale ale păturilor social vulnerabile.

Fiecare țară se confruntă cu problemele similare în reformarea sistemelor ocrotirii sănătății ce țin de modificarea volumului de servicii medicale în conformitate cu noile necesități și rezultate economice ale deciziilor anterioare [93].

Cercetătorii Roemer M., Drăgoi M., Zanoschi G., Vlădescu C., Tintuc D., au clasificat sistemele de ocrotire a sănătății în conformitate cu următoarele criterii:

Primul criteriu clasifică sistemele de sănătate *în funcție de fluxul financiar dintre participanții la sistemul de ocrotire a sănătății*. În cadrul sistemului de ocrotire a sănătății există trei participanți: beneficiarul, furnizorul și terțul plătitor. În acest context au fost identificate 7 sisteme de ocrotire a sănătății:

- 1) *Sistemul cu plată voluntară din buzunar* descrie cea mai simplă formă de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății. Acest sistem se caracterizează prin lipsa asigurărilor bazându-se pe tranzacțiile directe dintre consumatorii și prestatorii de servicii medicale. Plata serviciilor medicale depinde de capacitatea de plată și prin urmare atunci când veniturile consumatorilor sunt insuficiente sau când cheltuielile medicale sunt ridicate, sistemul nu asigură un acces adecvat și echitabil la serviciile medicale. Acest model este utilizat, de regulă, pentru plata parțială a medicamentelor.
- 2) *Sistemul de asigurare voluntară cu rambursarea plăților către pacienți* se caracterizează prin introducerea asigurărilor voluntare de sănătate și rambursarea plăților către pacienți pentru serviciile medicale acoperite de polițele de asigurare a acestora. În cazul acestui sistem nu există legături între asigurători și furnizorii de servicii medicale, aceștia fiind plătiți direct de către consumatori.

Considerăm că este superior plăților directe, pacienții având posibilitatea să se asigure împotriva unor cheltuieli medicale neașteptate prin intermediul primelor plătite. Poate fi utilizat în vederea unei mai bune funcționări a piețelor medicale private.

- 3) *Sistemul de asigurare obligatorie cu rambursarea plăților către pacienți* impune taxarea unei cote procentuale a venitului individual, conducând la fenomenul de solidaritate între asigurați. Caracteristic pentru acest sistem sunt principiile: plata directă a pacienților către medici, prime obligatorii în funcție de venituri, rambursarea cheltuielilor efectuate de pacienți în concordanță cu cele prevăzute în schema de asigurare, posibilitatea repartizării costurilor între pacient și asigurător prin co-plăți.
- 4) *Sistemul de asigurare voluntară contractuală* se caracterizează prin existența unor asigurări voluntare bazate pe relații contractuale între asigurători și furnizorii de servicii medicale. Consumatorii plătesc prime de asigurare în funcție de riscuri și beneficiază liber de servicii medicale. Opțiunea lor este restrânsă de contractele încheiate de către asigurător cu anumiți furnizori medicali. Furnizorii, prin intermediul terțului plătitor pot fi plătiți per act sau capitație, iar competiția între ei este dirijată de către asigurători și nu de către consumatorii individuali.
- 5) *Sistemul public contractual* funcționează prin existența autorității publice în calitate de terț plătitor care are relații contractuale cu furnizorii de servicii medicale. Sursa de finanțare fiind reprezentată prin contribuții obligatorii sau impozitele generale. În baza acestui sistem se menține libertatea de alegere a furnizorilor de către pacienți, ceea ce conduce la competiția dirijată de pacient față de cantitatea și calitatea serviciilor medicale, dar nu și asupra prețului. Negocierea tarifelor are loc între reprezentanții regionali sau naționali ai furnizorilor și finanțatorilor. Acest sistem asigură acoperire universală și nivel de echitate.
- 6) *Sistemul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurător* menține libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrânge gama furnizorilor. Grupuri de asigurători sunt proprietari ai unităților medicale și angajează medici achitând salarii. Ca și în cazul celorlalte modele voluntare, este dificil de obținut protecția grupurilor vulnerabile, deoarece obținerea asigurărilor este dependentă de capacitatea de plată, grupurile cu risc fiind nevoite să plătească mai puțin.
- 7) *Sistemul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare și asigurare (sistemul public integrat)* este caracterizat prin reprezentarea autorităților publice în calitate de terți plătitori. Finanțarea se efectuează prin contribuții legate de venituri sau prin impozite generale, serviciile fiind furnizate liber pacienților. Versiunea publică a modelului integrat duce la limitarea libertății alegerii atât a furnizorilor cât și a asigurătorilor. Avantajele acestui tip de sistem constau în faptul că, eficiența macroeconomică este responsabilitatea autorităților publice. De asemenea, acest sistem este capabil să realizeze și economii administrative mai mari comparativ cu sistemul contractual. Datorită obligativității, el poate asigura acoperirea

universală a populației. Sistemul de asigurări medicale obligatorii implementat din anul 2004 în Republica Moldova este caracteristic cel mai mult tipului de sistem public integrat.

Al doilea criteriu de clasificare a sistemelor de sănătate s-a efectuat *din punct de vedere al rolului pe care statul îl deține în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății*.

Având în vedere rolul statului în organizarea și finanțarea sistemelor de sănătate, se poate afirma că nu există nici un sistem total naționalizat și nici unul în întregime privatizat. În acest context, se pot descrie sisteme liberale, sisteme naționalizate și sisteme intermediare.

- 1) *Sistemele liberale* sunt caracterizate prin descentralizarea managementului sanitar, adeziunea voluntară la asigurările de sănătate și o organizare pluralistă a medicinei dominată de medicina liberală. În același timp, chiar și în acest model, sectorul public are un rol important. Acceptând faptul că piața medicală nu este o piață cu concurență perfectă, realizarea egalității de șanse nu poate fi lăsată doar pe seama pieței și, ca atare, necesită intervenția statului pentru a spori raționalizarea în procesul de alocare a resurselor.

Exemplul tipic îl reprezintă Statele Unite ale Americii, în baza acestui tip de sistem finanțarea serviciilor medicale se realizează printr-un sistem complex la care participă atât sectorul public cât și cel privat. Patronul are latitudinea de a acorda sau nu asigurare în caz de boală pentru angajații săi, dar politica fiscală încurajează acest lucru prin faptul că, aceste contribuții efectuate de către patron sub forma primelor de asigurare nu sunt supuse nici impozitului pe venit al persoanelor fizice nici taxei de asigurări sociale. Participarea Guvernului Federal la finanțarea serviciilor medicale se realizează prin intermediul Administrației de Finanțare a Asistenței Medicale prin două programe naționale de asigurări de boală, Medicare (care acoperă populația de peste 65 de ani, precum și un număr de persoane cu handicap) și Medicaid (ce se adresează unor categorii de persoane defavorizate). Ambele programe sunt finanțate prin cotizații obligatorii percepute din salarii, prin prime voluntare ca și prin contribuții ale guvernelor locale și federale.

Inovația cea mai importantă în organizarea sanitară din Statele Unite ale Americii este reprezentată de organizațiile de menținere a sănătății (Health Maintenance Organizations, HMO). În esență, această structură reunește atât finanțatorii cât și furnizorii de servicii medicale, cu scopul de a reduce cheltuielile. În general, în aceste organizații, medicii sunt plătiți prin salarii, cu posibilitatea obținerii unor bonificații anuale, în funcție de eficiența respectivelor instituții, circuitul financiar caracteristic fiind descris anterior, la caracterizarea sistemului de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurător.

- 2) *Sistemele naționalizate* se caracterizează printr-o finanțare majoritară din impozite de stat (prin sistemul fiscal), universalitatea acoperirii populației cu asistență medicală și o structură

organizatorică ce reglementează accesul la medicul specialist. Există însă și surse suplimentare de finanțare a serviciilor medicale prin asigurări medicale private, sume cash pentru cheltuieli private sub forma unor plăți pentru asistență medicală privată, plăți pentru îngrijirile medicale pe termen lung și contribuții pentru produse farmaceutice, servicii stomatologice. Se consideră că, practica privată permite rezolvarea cererilor nesatisfăcătoare de Sistemul Național de Sănătate, permițând și evitarea listelor de așteptare pentru diferite tipuri de servicii medicale. În aceste sisteme, suveranitatea consumatorului este atributul de bază. Se susține o piață liberă cu doar doi actori, vânzătorii și cumpărătorii de servicii medicale, acționând în baza echilibrului cererii și ofertei.

- 3) *Sistemele intermediare* combină anumite caracteristici ale celorlalte două tipuri de sisteme, respectiv universalitatea accesului, organizarea pluralistă a sistemului de sănătate, practica medicală liberală și o finanțare pluralistă, dar bazată pe cotizațiile asigurărilor sociale. În unele țări finanțarea acestor sisteme prin cotizații sociale domină, cum ar fi: 74% în Franța, 60% în Germania, 56% în Japonia. Cotizațiile sunt plătite în proporții ce variază în funcție de țară, atât de patroni cât și de salariați. Taxele suportate direct de către cetățeni din sistemele intermediare sunt inferioare celor din sistemele liberale și superioare celor din sistemele naționalizate.

Al treilea criteriu de clasificare este *în funcție de sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății*. În conformitate cu care se cunosc modelul serviciului național de sănătate, modelul de asigurări sociale de sănătate, modelul sistemului centralizat de stat.

- 1) *Modelul serviciului național de sănătate* introdus în Marea Britanie prin existența unui stat prosper în care va exista serviciul național de sănătate și plasând astfel asistența medicală printre prioritățile politice naționale. Sistemul are ca sursă de finanțare taxele generale, este controlat de autoritatea publică, dispune de un buget de stat, existând totodată și un sector privat. În acest model accesul este liber pentru toți cetățenii, acoperirea este generală, iar administrarea sa se asigură prin intermediul autorităților de stat. Acest model se regăsește în țările Marea Britanie, Danemarca, Finlanda, Norvegia, Suedia, Grecia, Italia, Portugalia, Spania.
- 2) *Modelul sistemului de asigurări sociale de sănătate* fiind cel mai răspândit program național de asigurare medicală, bazat pe compilarea elementelor de asigurare socială și medicală. Sistemul este finanțat prin contribuția obligatorie a angajaților și angajatorilor – asigurare socială în funcție de venit sau/și prin taxe generale. Acest model se caracterizează prin creșterea descentralizării sistemului datorită faptului că plata actelor medicale revine unor companii de asigurare independente. Mărimea fondurilor destinate sectorului sănătății este

independentă de schimbările priorităților publice. Eficientizarea structurii și a managementului sistemului, fiind mai apropiate de funcționarea sectorului privat. Tipul acestui model a fost introdus în Germania, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Olanda, România, fiecare sistem din aceste țări având propriile particularități și caracteristici.

- 3) *Modelul sistemului centralizat de stat* a fost caracteristic țărilor din Europa Centrală și de Est, foste socialiste aflate la etapa actuală în plin proces de transformare. Sistemul era finanțat de la bugetul de stat și controlat de către stat prin sistemul de planificare centralizată. Statul deținea monopolul serviciilor medicale, iar sectorul medical privat practic nu exista. În acest tip de model prioritatea socială a sistemului de sănătate era redusă. În cadrul sistemelor naționale de sănătate este dificil de introdus prestația pe bază contractuală, care este caracteristică sistemelor bazate pe asigurări.

Fiecare sistem are avantajele și dezavantajele sale. Astfel, sistemul național de sănătate deși deține costuri mai reduse privind administrarea și are un impact pozitiv asupra stării de sănătate, medicii sunt lipsiți de stimulente, există liste lungi de așteptare pentru anumite servicii medicale, iar sistemul are o doză înaltă de birocrație. În sistemul asigurărilor sociale de sănătate performanțele medicale sunt relativ înalte, dar cheltuielile pe care le implică sunt cele mai mari în Europa. Cât privește sistemul centralizat de stat acesta este lipsit de inițiativă și competiție, este subfinanțat, ineficient și cu un impact redus asupra stării de sănătate.

- 4) Într-un *sistem de asigurări medicale facultative*, cetățenii optează voluntar pentru plata unei prime de asigurare stabilite în funcție de riscul individual sau de grup. Asigurarea medicală benevolă este suplimentară la cea obligatorie și nu reprezintă protecție socială de bază, ci doar elementul de completare la protecția socială, garantată după asigurarea medicală obligatorie. Argumentele în favoarea constituirii obligației consumatorilor să suporte o parte din cost în momentul utilizării serviciilor sunt: conștientizarea persoanelor de costul serviciilor și sporirea responsabilității pacienților; reducerea cererii; atragerea de surse suplimentare în sistem.

Caracteristicile sistemelor clasificate din punct de vedere a surselor de finanțare sunt prezentate în Anexa1, figura A.1.1. Nici unul din sistemele existente clasice nu este perfect și nu poate fi preluat cu exactitate de către alte state. Aplicabilitatea fiecărui sistem este determinată de dezvoltarea istorică a țării, de amplasarea geografică, situația social-politică și direcțiile strategice de dezvoltare a statului.

La nivel internațional se cunosc diverse oportunități de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății.

Una din modalitățile de finanțare este finanțarea comunitară care se poate aplica comunităților rurale și presupune ca membrii unei comunități să plătească în avans o contribuție în scopul obținerii unui pachet de servicii medicale, atunci când acestea vor fi necesare. Contribuția acoperă o parte a costurilor, iar cealaltă parte este subvenționată de către autoritățile publice. Finanțarea comunitară de cele mai multe ori acoperă costurile pentru serviciile medicale de asistență primară, costurile cu medicamente, precum și o parte din cheltuielile de spitalizare. Această modalitate de finanțare are la bază două principii: cooperarea între membrii comunității și încrederea dintre ei. Astfel se recunosc serviciile medicale ca o necesitate de bază, iar prin eforturi conjugate poate fi obținută bunăstarea economică și socială a membrilor comunității ei fiind mobilizați în scopul finanțării, organizării și conducerii [96].

În unele țări este utilizat și un mecanism inovativ - *modelul depozitelor bancare de economii pentru sănătate*, el presupune ca persoanele să economisească bani într-un cont special, din care să plătească îngrijirile medicale. Prin astfel de depozite de economii, indivizii au libertatea alegerii furnizorilor de servicii. În plus, prin încurajarea economiilor, pot fi atinse și alte obiective legate de dezvoltarea economică. Unul din avantajele importante ale acestui sistem este că încurajează prudența în consumul medical, deoarece sumele economisite sunt folosite în interesul titularului de depozit și nu a companiei de asigurări sau a guvernului. Sumele necheltuite pot fi folosite pentru a fi transferate de la un an la altul pentru serviciile medicale în viitor [62].

Acest model nu este folosit pentru acoperirea tuturor serviciilor medicale, ci mai degrabă ca un mecanism complementar. În SUA, ca urmare a scutirilor de impozit care se aplică la depozitele de economii pentru sănătate, acest mecanism este folosit des. Un inconvenient al acestui sistem constă în faptul că nu poate fi aplicat persoanelor care nu au posibilitatea să economisească.

O alta modalitate de asigurare financiară sunt conturile de economii în sănătate atunci când mijloacele bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor medicale, sunt atribuite în mod direct individului, iar acesta ia decizii proprii privind utilizarea acestora, în limitele stabilite de legislație. Acumulările în cont se efectuează din salariile angajatului, care pot fi voluntare sau obligatorii, să fie efectuate la nivel individual sau de către angajator. Pentru a asigura un acces egal la asistență medicală pentru toți cetățenii, statul poate realiza de asemenea cofinanțarea pentru păturile vulnerabile [100, 115].

În scopul elucidării argumentelor în favoarea unuia sau altuia din sistemele prezentate anterior sub aspectul modalităților de finanțare considerăm oportună analiza comparativă prin prisma avantajelor și dezavantajelor caracteristice sistemelor.

Principalele avantaje pentru sistemele de sănătate bazate pe asigurări sociale evidențiază creșterea calității asistenței medicale, descentralizarea sistemului, sporirea fondurilor destinate sectorului sănătății. Sub aspect economico-social, se remarcă separarea strictă a bugetelor, care face ca fondurile colectate să nu poată fi folosite pentru alte obiective și posibilitatea investiții eficiente a fondurilor. Printre dezavantaje se regăsesc, în principal, costurile administrative comparativ cu un sistem bazat pe finanțarea din impozite generale și necesitatea finanțării din alte fonduri a cheltuielilor pentru persoanele care nu sunt angajate, fapt dificil de realizat în perioadele de criză.

Avantajele caracteristice pentru sistemul cu finanțare de la buget constau în costul redus al administrării sistemului și acoperirea generală a populației cu servicii medicale. Însă, spre deosebire de asigurările medicale obligatorii pachetul de servicii oferit populației nu este clar definit, neexistând relații contractuale ferme între furnizori, plătitori și beneficiarii serviciilor medicale. În calitate sa de plătitor și furnizor de asistență medicală, statul este răspunzător de calitatea scăzută a serviciilor medicale, asociată cu o eficiență redusă a gestionării fondurilor.

Sistemul bazat pe contribuții voluntare are ca avantaj major stimularea competenței între furnizori și finanțatorii serviciilor medicale care au interesul să atragă cât mai multe fonduri și, deci, cât mai mulți clienți. Dezavantajele acestui model se referă la slaba acoperire a populației, în special a celei cu venituri modeste și/sau cu probleme de sănătate, având în vedere că primele de asigurare se stabilesc în funcție de starea de sănătate a persoanei, și nu în funcție de capacitatea de plată precum în cazul asigurărilor sociale.

La etapa actuală se observă o tendință de combinare a diverselor elemente ale celor 3 tipuri de sisteme prin promovarea punctelor forte și diminuarea vulnerabilităților.

În cazul sistemelor naționale de sănătate se încearcă introducerea unor mecanisme concurențiale, specifice sistemelor de asigurări de sănătate. Astfel s-a introdus competiția în interiorul sistemului potrivit căreia anumite unități medicale au dreptul să intre în competiție pentru atragerea de servicii medicale, cu o diminuare a autorităților publice. În același timp se remarcă, introducerea unor mecanisme de reglementare, în special fiscală, mai accentuate din partea autorităților publice în sistemele bazate pe asigurări, chiar și în cele în care predomină companiile private.

De asemenea, în cazul sistemelor de asigurări sociale de sănătate, o soluție pentru creșterea fondurilor destinate domeniului medical este reprezentată de taxele asupra unor produse, considerate ca potențial dăunătoare sănătății, care se transferă direct în fondurile caselor de asigurări.

Analizând organizarea și finanțarea sistemelor de ocrotire a sănătății se observă, pe de o parte prin sistemul asigurărilor sociale de sănătate s-a urmărit o stabilitate financiară mai mare prin creșterea rolului statului, în mod tipic printr-o intervenție sporită în procesul corporativ relativ autonom până la acel moment, al autoreglării sistemelor asigurărilor sociale de sănătate, iar pe de altă parte, s-au precăutat să se implementeze sau să consolideze forme de motivație specifice mecanismelor de plată.

Principalele avantaje ale utilizării conturilor de economii în sănătate comparativ cu modelul asigurărilor sociale de sănătate și sistemul național de sănătate includ:

- 1) Capacitatea de a mobiliza fonduri suplimentare în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății și corespunzător reducerea cheltuielilor publice, precum și distribuirea fluxurilor financiare pe parcursul duratei de viață a pacientului;
- 2) Reducerea cheltuielilor pentru achitarea serviciilor medicale prin motivarea consumatorilor la utilizarea rațională a resurselor.

Imaginea comprehensivă care rezultă din această analiză este aceea că finanțarea sistemelor de ocrotire a sănătății variază considerabil în funcție de dimensiunile specifice, experiențele acumulate precum și de valorile naționale care au rolul de a susține organizarea finanțării și furnizării serviciilor medicale de calitate.

1.3. Retrospectiva analitică a cercetărilor privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății

La etapa actuală necesitatea cercetării finanțării sistemului de ocrotire a sănătății este motivată de faptul că Republica Moldova are nevoie de creșterea eficienței funcționării sistemului de ocrotire a sănătății din perspectiva atragerii resurselor financiare suplimentare. Ceea ce presupune analiza situației privind problemele organizării și finanțării sistemului național de ocrotire a sănătății elucidate de către cercetătorii autohtoni.

Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății a fost abordată de către cercetătorii autohtoni prin identificarea diverselor particularități în scopul formării bazei conceptuale privind aspectele organizării, funcționării și finanțării sistemului de ocrotire a sănătății [1, 27, 35, 37, 41, 42, 43, 62, 66, 69, 84, 85, 86, 95].

Cercetătorul Ciocanu M. a cercetat problemele care necesită rezolvate privind finanțarea sistemului național de sănătate și a argumentat necesitatea elaborării direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate și asigurărilor obligatorii de asistență medicală [21].

Determinarea algoritmului de finanțare a asistenței medicale spitalicești a fost efectuat de către cercetătorul Damașcan Gh., care prin cercetarea sa a contribuit la perfecționarea

principiilor de contractare a instituțiilor medicale spitalicești în cadrul asigurărilor medicale obligatorii [36].

Cercetătorul Malanciuc Iu. a studiat formele asigurărilor medicale și a elaborat metodele de conlucrare dintre instituțiile medicale și companiile de asigurări [60].

Aspectele financiare ale funcționării și corelării sistemelor de asigurări medicale obligatorii și facultative au fost cercetate de către cercetătoarea Miron O. Contribuția căreia s-a manifestat prin studierea și propunerea descentralizării gestionării de fonduri ale asigurărilor medicale obligatorii și atragerea companiilor de asigurări private la finanțarea instituțiilor medicale [65].

Mecanismul de finanțare a sistemului ocrotirii sănătății a fost fundamentat de către cercetătoarea Copăceanu C. În lucrarea sa, au fost abordate aspecte privind sistemul ocrotirii sănătății, mecanismul de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății, precum și elaborarea și validarea modelului matematic indicele integral de eficiență în scopul eficientizării mecanismului de finanțare a instituțiilor medico-sanitare publice republicane [33].

Particularitățile finanțării sistemului de ocrotire a sănătății au fost abordate în diverse lucrări prin identificarea problemelor asigurărilor medicale [7, 21, 33, 36, 46, 53, 56, 60, 65]. Cu toate acestea, nu au fost realizate lucrări aparte care ar avea drept scop cercetarea oportunităților de perfecționare a finanțării sistemului de ocrotire a sănătății prin dezvoltarea și fundamentarea din punct de vedere științific al mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății în vederea aplicării instrumentelor financiare cu scopul atragerii resurselor financiare.

Particularitatea cercetării domeniului ocrotirii sănătății constă în caracterul combinat al relațiilor financiare și, ca o consecință a resurselor financiare. În acest context, noi considerăm relevant să stabilim opinia noastră cu privire la conceptul resurselor financiare al sistemului de ocrotire a sănătății.

Resursele financiare ale sistemului de ocrotire a sănătății reprezintă totalitatea resurselor bănești generate de la bugetul de stat, fondurile extrabugetare, fondurile asigurarilor medicale obligatorii de asistență medicală, contribuțiile voluntare, utilizate pentru a consolida sănătatea populației, precum și dezvoltarea sistemului de sănătate public și privat.

Cercetătorii Ignatov V., Baturin L. susțin că ”sistemul financiar al ocrotirii sănătății reprezintă totalitatea formelor și metodelor privind formarea, repartizarea și utilizarea mijloacelor bănești în domeniul ocrotirii sănătății populației” [123]. Considerăm că, această abordare corespunde definiției mecanismului de finanțare a ramurii, și nu dezvăluie pe deplin conceptul și structura elementelor cu referire la finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății.

Șişkin S. menționează că, ”conceptul sistemului de finanțare a ocrotirii sănătății se utilizează pentru caracterizarea sistemelor de ocrotire a sănătății, luate în considerare din punct

de vedere economic (bugetară, asigurarea socială medicală, privată). Sistemul de finanțare include persoane fizice și organizații, asociate prin relații monetare cu referire la asistență medicală” [132]. În acest sens, considerăm că definiția sistemului de finanțare a sănătății doar din punct de vedere al formelor de alocare a resurselor nu dezvăluie toate elementele și relațiile privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății. Conceptul fiind folosit în sens restrâns, doar ca totalitate a instituțiilor financiare ale statului care activează în cadrul sectorului ocrotirii sănătății, care, în opinia noastră, nu este destul de complet.

În opinia autorului, există o serie de premise care stau la baza descoperirii esenței și conținutului finanțării sistemului de ocrotire a sănătății:

- 1) scopul și obiectivul finanțării se referă la creșterea calității capitalului sănătății și prestarea serviciilor medicale accesibile populației;
- 2) totalitatea relațiilor financiare;
- 3) diversitatea surselor de finanțare;
- 4) participanții care contribuie la formarea, distribuirea și utilizarea fondurilor financiare.

Economiștii autohtoni Hîncu R., Secieru A. au analizat conceptual sursele de finanțare a măsurilor aferente ocrotirii sănătății fiind identificate cele mai importante, cum ar fi: fondurile alocate din buget (central sau local); cotizații de asigurări de sănătate; resursele populației și ajutorul extern. La fel a fost specificată eficiența economică a activității de ocrotire a sănătății concretizată prin reducerea perioadei de incapacitate de muncă datorate îmbolnăvirilor, limitarea extinderii bolilor. Ameliorarea și păstrarea stării de sănătate are drept efect creșterea duratei medii de viață, sporirea capacității de muncă, economisirea unor importante fonduri financiare și în cele din urmă, majorarea venitului național [47, 81].

În acest sens s-a evidențiat aspectul diversificat sau mixt de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății, iar fiecare țară efectuează o combinație a acestor surse de finanțare.

Economistul Stratulat O. a efectuat cercetări privind conceptul cheltuielilor publice pentru sănătate, indicatorii de nivel, structură și dinamică, precum și eficiența cheltuielilor publice pentru sănătate. Iar cu privire la finanțarea cheltuielilor publice pentru sănătate a precizat că, volumul resurselor financiare pentru sănătate este influențat pe de o parte de necesitățile populației, iar pe de altă parte de posibilitățile economice ale statului [84].

Astfel indicatorii menționați sunt importanți pentru determinarea nivelului de finanțare publică a sectorului și aprecierea eficienței cheltuielilor publice pentru sănătate.

Tintiuc D. menționează sursele de finanțare a sistemului de sănătate prin identificarea mijloacelor financiare bugetare și mijloacelor financiare extrabugetare fiind specificat bugetul sistemului de sănătate și fondurile asigurărilor medicale obligatorii [85]. În opinia autorului,

această abordare nu corespunde realității economiei de piață. Deoarece, la etapa actuală, un rol tot mai important în asigurarea financiară a sistemului de ocrotire a sănătății îi revin surselor de finanțare private, ca o completare a surselor de finanțare publice.

De aceea, pentru înțelegerea mai clară a mecanismului de formare și utilizare a resurselor financiare a sistemului de ocrotire a sănătății, este necesar de precăutat detaliat conceptele de bază privind mecanismul financiar al sistemului de ocrotire a sănătății.

În contextul socio-cultural și economic ocrotirea sănătății ocupă un loc deosebit, deoarece reflectă relațiile, convingerile și obligațiile autorităților față de societate. De aceea fiecare stat tinde să-și elaboreze politica națională de sănătate și strategia de utilizare optimală a resurselor financiare bazându-se pe premisele culturale, sociale și economice.

În prezent sectorul ocrotirii sănătății din Republica Moldova se află la o etapă dificilă de trecere de la o reformă cantitativă promovată pe parcursul ultimilor 12 ani spre o reformă calitativă. În anul 2009 criza financiară a condus la reducerea resurselor financiare de la bugetul de stat. În astfel de condiții, Banca Mondială și Organizația Mondială a Sănătății a recomandat orientarea resurselor spre servicii medicale eficiente și cu costuri mai mici, cum ar fi asistența medicală primară, și reducerea infrastructurii excesive în spitale [82].

Modelul de asigurări obligatorii de asistență medicală aplicat în Republica Moldova funcționează în baza surselor mixte de finanțare constituite din:

- 1) prime de asigurare achitate de către patroni și angajați;
- 2) sume achitate de persoanele fizice neangajate în câmpul muncii;
- 3) transferuri de la bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de către Guvern;
- 4) și alte surse [82].

În fiecare an rolul salariaților devine tot mai important în mecanismul de finanțare al sistemului de ocrotire a sănătății și în următorii ani are posibilitatea de a depăși sursele alocate din bugetul de stat după volumul încasărilor la fondul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Efectul de înlocuire parțială a fondurilor din buget cu alte surse financiare noi este tipic pentru o reformă financiară în domeniul ocrotirii sănătății cu o acțiune favorabilă asupra funcționalității acesteia [82].

Expertul Organizației Mondiale a Sănătății Kutzin Joseph a caracterizat reformele financiare a sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova fiind drept un „model – exemplu” pentru țările în tranziție, evidențiind următoarele rezultate obținute în cadrul acestei reforme:

- comparativ cu alte 5 țări CSI, în care a fost aplicată asigurarea obligatorie de asistență medicală, în Republica Moldova a reușit să se mențină un nivel adecvat al finanțării sistemului de ocrotire a sănătății;
- prezența unei abordări eficiente a protecției financiare prin acumularea resurselor financiare atât din bugetul de stat, cât și din contribuțiile patronilor și angajaților, și persoanele fizice [82].

Autorul susține că, într-adevăr participarea persoanelor fizice la finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății este importantă și actuală. Însă cu toate acestea efectuând analiza surselor de formare a veniturilor sistemului de ocrotire a sănătății pentru anul 2014 participarea persoanelor fizice prin efectuarea plăților directe, constituie 40% din total surse de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății. La etapa actuală nu se cunoaște exact structura plăților directe efectuate de către consumatori co-plăți, plăți informale sau co-asigurare. În prezent nu există o bază informațională de urmărire a pacientului care ar păstra istoria deservirii pacienților și cheltuielile pentru acoperirea serviciilor medicale. Respectiv există posibilități reale ca aceste resurse financiare ale persoanelor fizice să fie utilizate pentru formarea conturilor de economii pentru sănătate, ceea ce ar conduce la acumularea mijloacelor bănești a persoanelor fizice și utilizarea acestora pentru acoperirea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, iar la nivelul economiei naționale la îmbunătățirea sănătății populației în primul rând și în al doilea rând la creșterea investițiilor.

Însă au fost menționate și unele neajunsuri referitor la aplicarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală, cauzele principale fiind:

- experiența redusă a subiecților din domeniul sănătății;
- perioada relativ scurtă de la implementarea reformei;
- imperfecțiunea legislației cu privire la asigurările obligatorii de asistență medicală;
- mecanismul de colectare a contribuțiilor de asigurare neajustat deplin;
- nivelul redus de acoperire a populației [82].

Problema de acoperire universală este în general caracteristică pentru țările cu venituri reduse, în care există tradiții înrădăcinate de plăți neoficiale pentru serviciile de sănătate. Prin urmare, în cazul când o parte a populației refuză să participe în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, sistemul capătă un caracter voluntar și nu obligatoriu [82].

Unii experți recomandă mărirea contribuției procentuale din partea salariaților ce ar reprezenta o soluție de creștere a echității, dar și o acumulare mai bună a resurselor financiare pentru necesitățile sistemului [82].

O alta recomandare prezentată de către experți se referă la lărgirea grupurilor de populație asigurate de către stat în special pentru populația rurală, care ar avea ca efect creșterea gradului de acoperire a populației. Implementarea sistemului de urmărire a banilor după pacient la fel este o recomandare a experților [82].

În opinia autorului mărirea contribuției procentuale a angajatorilor și angajaților ar permite sporirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății luând în considerație și experiența țărilor europene la care contribuțiile asigurărilor medicale obligatorii constituie 13%, iar în Republica Moldova pentru anul 2016 este de 9%. Doar că noi propunem ca o parte din contribuții să fie transferată la fonduri de sănătate pe conturile personale de economii pentru sănătate cu scopul îmbunătățirii asigurării financiare a sistemului de ocrotire a sănătății. Și totodată va fi posibilă elaborarea sistemului de urmărire a mijloacelor bănești după pacient.

În baza Raportului Național de Dezvoltare Umană a Republicii Moldova au fost menționate următoarele:

Procese de tranziție au slăbit capacitatea sistemului ocrotirii sănătății, afectând negativ calitatea și accesibilitatea acestuia. Consecințele crizei economice din anii '90 au condus, atât la micșorarea finanțării bugetare a instituțiilor medicale de stat, cât și la reducerea accesului la serviciile medicale. Odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală și aplicarea mecanismului de optimizare a cheltuielilor, situația financiară a sistemului ocrotirii sănătății s-a îmbunătățit [90].

Cu toate acestea există și unele nereușite cum ar fi acoperirea redusă și serviciile limitate oferite prin intermediul sistemului de asigurări medicale care reduc accesul grupurilor și persoanelor vulnerabile la serviciile de sănătate calitative [90].

Cea mai mare parte a gospodăriilor casnice care sunt în afara sistemului de asigurări se situează în localitățile rurale. Astfel 46% dintre fermieri, 34% dintre angajați din sectorul agricol și 25% dintre gospodăriile cu copii, au declarat că nu dispun de poliță de asigurare medicală [90].

Această situație este explicată prin costul destul de ridicat al poliței în raport cu veniturile persoanelor din mediul rural. Veniturile reduse ale gospodăriilor reprezintă obstacole semnificative ce limitează accesul grupurilor vulnerabile la ocrotirea sănătății [90].

Centrul analitic independent „Expert-grup” a efectuat investigarea transparenței și eficienței economice a utilizării fondurilor companiei naționale de asigurări în medicină și a evidențiat că introducerea asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova în anul 2004 a permis revitalizarea sistemului de ocrotire a sănătății în acea perioadă. Totuși, asigurările medicale constituie doar unul din elementele importante pentru funcționarea eficientă a sistemului de ocrotire a sănătății [72].

O problemă majoră a sistemului de ocrotire a sănătății este acoperirea joasă cu asigurări medicale obligatorii și ponderea scăzută a persoanelor care contribuie direct la finanțarea acestui sistem. Astfel, circa 30% din populația Republicii Moldova era neasigurată către anul 2010, iar dintre persoanele asigurate, doar 34% contribuie în mod direct, pe când celelalte reprezintă categoriile de persoane asigurate de Guvern, pentru care transferurile din bugetul de stat sunt mult mai mici decât costul poliței de asigurare. În prezent nu sunt utilizate instrumente eficiente pentru disciplinarea populației în contribuirea la asigurările medicale obligatorii [72].

Conform Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 una din problemele care necesită a fi rezolvate este finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății. Finanțarea este unul dintre factorii principali care determină funcționarea durabilă a sistemului de sănătate și creează condiții favorabile de satisfacere a necesităților și a cererii populației în servicii medicale de calitate și volumul adecvat. Aplicarea corectă și la timp a pârghiilor de reglementare a finanțării sistemului permite sporirea accesului echitabil al populației la serviciile medicale, asigură utilizarea rațională și eficientă a resurselor și favorizează motivarea pozitivă a prestatorilor de servicii medicale [49].

Obiectivul general este îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate și mecanismele de plată pentru serviciile de sănătate. Obiectivele specifice sunt următoarele:

- 1) îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate;
- 2) îmbunătățirea mecanismelor de plată și contractare a serviciilor;
- 3) sporirea echității și transparenței în alocarea resurselor și protecției financiare a cetățenilor [49].

Considerăm că, transparența în alocarea resurselor financiare este foarte importantă în calitate de obiectiv privind îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății care se va realiza în condițiile dezvoltării statisticii în domeniul ocrotirii sănătății privind publicarea anuală a indicatorilor care analizează nivelul finanțării sectorului de ocrotire a sănătății prin evidențierea rolului fiecărei surse de finanțare, dar și utilizarea eficientă a resurselor financiare.

Măsurile necesare pentru atingerea obiectivelor și rezultatelor scontate de îmbunătățire a finanțării sistemului de sănătate se vor realiza prin:

- a) majorarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- b) asigurarea garanțiilor statului în participarea la finanțarea sistemului de sănătate;
- c) revizuirea capacităților de participare a autorităților administrative publice locale la dezvoltarea infrastructurii instituțiilor medico-sanitare din teritoriu;
- d) dezvoltarea formelor de asigurări facultative pentru prestarea serviciilor supra - pachet de asistență medicală.

În opinia autorului majorarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală se poate realiza prin instituirea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare cum ar fi impozitul pe viciu aplicat la băuturi alcoolice și tutun.

Dezvoltarea formelor de asigurări medicale facultative într-adevăr este o măsură necesară pentru îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova luând în considerație insuficiența stringentă de resurse financiare în acest domeniu.

Pentru asigurarea obiectivelor de îmbunătățire a mecanismelor de plată și contractare a serviciilor se prevăd următoarele măsuri:

- a) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii de asistență medicală primară;
- b) perfecționarea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în regim de ambulator;
- c) reformarea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii în spital;
- d) îmbunătățirea mecanismelor de plată a prestatorilor de servicii de urgență;
- e) perfecționarea mecanismelor de plată pentru alte categorii de servicii de sănătate nou-introduse: îngrijiri la domiciliu, paliative, etc.;
- f) revizuirea mecanismelor de contractare a serviciilor de sănătate;
- g) creșterea gradului de autonomie a prestatorilor în gestionarea resurselor financiare;
- h) dezvoltarea mecanismului de evaluare și monitorizare a eficienței resurselor utilizate.

Sporirea echității și transparenței în alocarea resurselor și protecției financiare a cetățenilor se vor obține prin:

- a) îmbunătățirea echității în formarea și utilizarea resurselor financiare pentru serviciile de sănătate;
- b) creșterea transparenței în alocarea și utilizarea resurselor financiare [49].

Politica Națională de Sănătate reprezintă un ansamblu de priorități și direcții de dezvoltare în domeniul sănătății, stabilitate prin decizie politică, pe termen de 15 ani, în scopul fortificării sănătății populației și reducerii inechităților dintre diferite grupuri sociale și regiuni ale țării [50].

Obținerea performanțelor în sistemul de ocrotire a sănătății este determinată de reușita exercitării celor 4 funcții de bază:

- 1) dirijarea;
- 2) finanțarea;
- 3) generarea de resurse;
- 4) prestarea serviciilor [50].

Unul din principiile de realizare a obiectivelor Politicii Naționale de Sănătate este finanțarea durabilă a sistemului de ocrotire a sănătății și generarea resurselor, care se referă la

planificarea, mobilizarea și alocarea resurselor la toate nivelele și sunt determinate de necesitățile estimate pentru menținerea unui nivel adecvat de sănătate, precum și pentru atenuarea factorilor de risc [50].

Prin urmare prioritățile de dezvoltare ale sistemului de sănătate din Republica Moldova care sunt trasate în Politica Națională de Sănătate, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate includ intervenții pentru acele domenii ale sistemului de ocrotire a sănătății care urmează a fi îmbunătățite și perfecționate pe parcurs.

În contextul cercetărilor efectuate în capitolul 1 autorul a formulat **problema științifică de soluționat:** dezvoltarea și adaptarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății care va permite evidențierea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare suplimentare în vederea perfecționării finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Scopul principal constă în identificarea instrumentelor financiare moderne de acumulare a resurselor financiare pentru perfecționarea procesului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Pentru realizarea scopului enunțat, au fost trasate următoarele **obiective principale ale cercetării:**

- studierea conceptelor privind sistemul de ocrotire a sănătății;
- dezvoltarea conceptului capitalului sănătății pentru condițiile reale din Republica Moldova;
- analiza modelelor de finanțare a sistemelor de sănătate și compararea acestora cu sistemul autohton;
- analiza practicilor internaționale și naționale cu scopul identificării surselor de finanțare moderne a sistemului de ocrotire a sănătății;
- analiza cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și structura acestora în Republica Moldova;
- dezvoltarea conceptului mecanismului financiar prin aplicarea la sistemul de ocrotire a sănătății;
- determinarea necesarului de finanțare al sistemului de ocrotire a sănătății în baza corelației cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și factorii de influență;
- argumentarea necesității aplicării instrumentelor financiare moderne de atragere a resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății;
- formularea propunerilor privind îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

1.4 Concluzii la capitolul 1

În baza cercetărilor efectuate în capitolul 1 au fost evidențiate următoarele concluzii de bază:

1) Cercetând conceptele privind domeniul de ocrotire a sănătății, sistemul de ocrotire a sănătății, capitalul sănătății autorul și-a propus dezvoltarea definiției sistemului de ocrotire a sănătății în vederea valorificării capitalului sănătății. În opinia autorului, conexiunea dintre capitalul sănătății și sistemul de finanțare a ocrotirii sănătății este una vitală, fapt care argumentează abordarea lor în complexitate.

2) Cercetarea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății se datorează importanței acestei componente a sferei sociale privită din punct de vedere al capitalului sănătății care reprezintă principala bogăție a țării. La etapa actuală s-a determinat că resursele umane joacă un rol decisiv în realizarea competitivității și asigurarea parametrilor calitativi privind dezvoltarea economică a țării.

3) Efectuând studierea modelelor clasice și moderne de organizare și finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în acest capitol autorul a relevat următoarele aspecte: sistemele se caracterizează prin gradul de implicare a statului, modul de colectare a fondurilor necesare și de remunerare a serviciilor medicale, acționând de la tipul liberal la cel naționalizat, cu mențiunea că, indiferent de modelul preponderent, coexistă, în orice țară, forme ale celorlalte sisteme.

4) Autorul a determinat importanța existenței premiselor care stau la baza descoperirii esenței și conținutului finanțării sistemului de ocrotire a sănătății concretizate în: scopul și obiectivul finanțării se referă la creșterea calității capitalului sănătății și prestarea serviciilor medicale accesibile populației; totalitatea relațiilor financiare; diversitatea surselor de finanțare; participanții care contribuie la formarea, distribuirea și utilizarea fondurilor financiare.

5) Prin studierea documentelor de politici în domeniul ocrotirii sănătății, autorul consideră că, în contextul resurselor financiare insuficiente a sistemului de sănătate din Republica Moldova se recomandă orientarea spre cercetarea diversificării surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății luând în considerație bunele practici internaționale.

6) În baza efectuării studiului privind cercetarea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății autorul a relevat că, particularitățile finanțării sistemului de ocrotire a sănătății au fost abordate în diverse lucrări prin identificarea problemelor asigurărilor medicale. Cu toate acestea, nu au fost realizate lucrări care ar avea drept scop cercetarea oportunităților de perfecționare a finanțării sistemului de ocrotire a sănătății prin fundamentarea științifică al mecanismului financiar a sistemului de ocrotire a sănătății în vederea aplicării instrumentelor financiare cu scopul atragerii resurselor financiare.

2. ESTIMAREA FINANȚĂRII PUBLICE ȘI PRIVATE A SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII: PRACTICA NAȚIONALĂ ȘI INTERNAȚIONALĂ

2.1. Organizarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova în vederea determinării surselor de finanțare

Una din componentele de bază a sistemului de ocrotire a sănătății este finanțarea acestuia. Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății se referă la acumularea resurselor financiare și distribuirea acestora cu scopul asigurării prestării serviciilor medicale calitative pentru populație. Acumularea resurselor financiare se efectuează din punct de vedere a participanților sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Relațiile în sistemul de ocrotire a sănătății se realizează preponderent sub formă bănească (impozite, prime de asigurare, compensații) în calitate de relații de distribuire și redistribuire. Sistemul de relații în ocrotirea sănătății sunt bazate pe fluxurile resurselor financiare utilizate în cadrul mecanismelor financiare specializate.

Resursele financiare destinate ocrotirii sănătății sunt colectate din mai multe surse: impozite generale directe și indirecte acumulate la bugetul de stat; impozite locale acumulate la bugetul autorităților publice locale; contribuțiile salariaților și angajatorilor, contribuțiile persoanelor cu libera practică acumulate la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, plăți directe achitate de către pacienți pentru utilizarea serviciilor medicale, asigurările medicale facultative. (Figura 2.1.)

Distribuirea resurselor financiare publice se efectuează prin participarea intermediarului Compania Națională de Asigurări în Medicină, iar cele private se efectuează 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. (Figura 2.1.)

Sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova este un sistem bazat pe asigurări medicale obligatorii, după capacitatea de plată a asiguratului, în care există, însă și alte posibilități de plată a serviciilor medicale, în afara decontărilor dintre prestatorii de servicii medicale și asiguratorul public, cum ar fi: asigurări medicale facultative și plățile directe ale consumatorilor prezentate în figura 2.1.

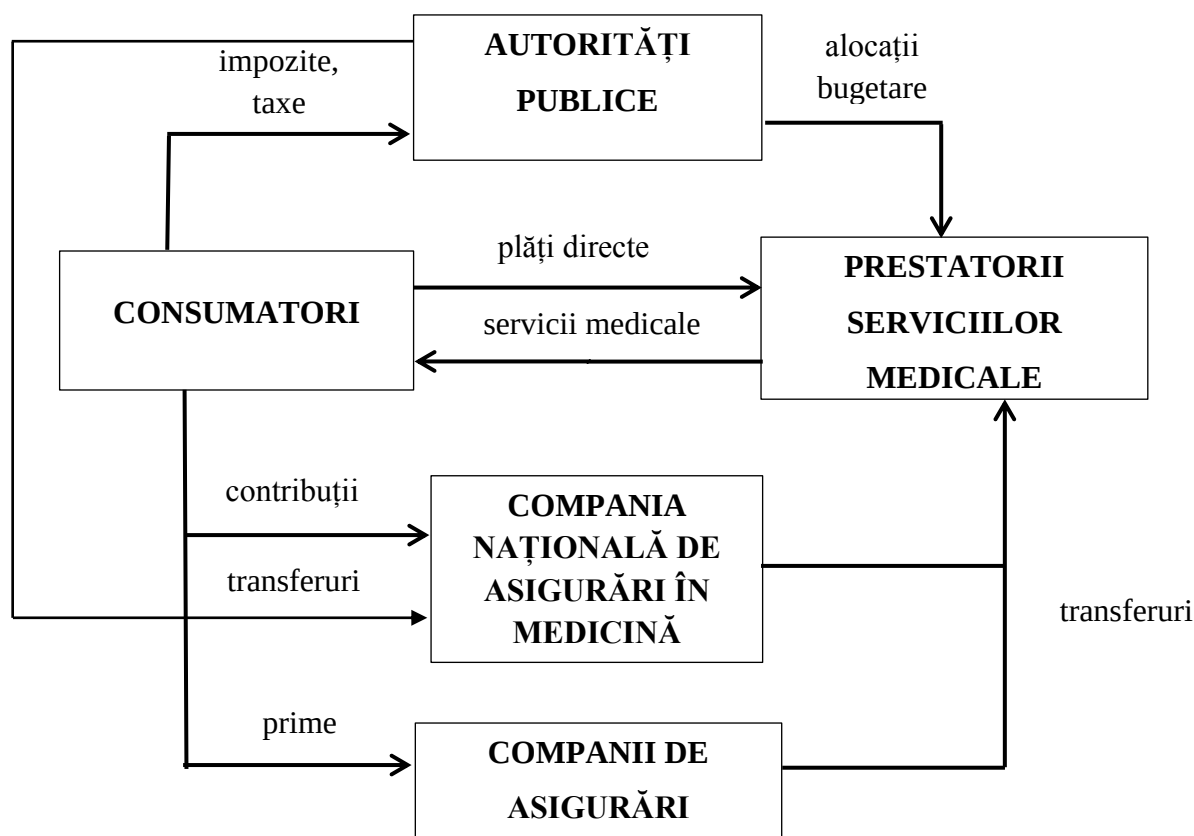


Fig. 2.1. Sistemul de ocrotire a sănătății în Republica Moldova la etapa actuală

Sursa: elaborat de autor

Principalii participanți ai sistemului de ocrotire a sănătății sunt:

- 1) consumatorii serviciilor medicale reprezintă persoanele asigurate prin asigurările medicale obligatorii sau asigurările medicale facultative și persoanele neasigurate;
- 2) prestatorii serviciilor medicale reprezentați prin furnizorii instituționali publici sau privați (spitale, centre ale medicilor de familie, centre de diagnostic, cabinete, etc.) și furnizori independenți care acordă servicii de sănătate cum ar fi profesioniștii;
- 3) autoritățile publice care sunt reprezentate de administrația centrală (Guvernul, Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor) și administrația locală;
- 4) compania națională de asigurări în medicină organizează, desfășoară și dirijează procesul de asigurări obligatorii de asistență medicală prin formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor;
- 5) companiile de asigurări sunt în calitate de asigurători în organizarea asigurărilor medicale facultative.

Caracteristic pentru sistemul de sănătate autohton este extinderea implicării statului prin existența unei instituții publice cu rol de asigurător. Avantajul constă în nivelul ridicat de repartizare și acoperire a riscului. Dar cu toate acestea se resimte insuficiența finanțării

sistemului autohton de ocrotire a sănătății. De aceea apreciem necesitatea abordării conceptuale privind tipologia surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății existente la etapa actuală în Republica Moldova cu scopul elucidării anumitor modalități noi de finanțare care ar îmbunătăți asigurarea financiară a sistemului autohton de ocrotire a sănătății.

Dezvoltarea metodologiei cercetării surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății se va efectua urmărind specificul finanțării și funcționării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova organizat predominant în baza modelului asigurărilor medicale obligatorii.

Principalii participanți care contribuie la finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății sunt:

- 1) Administrațiile publice centrale și locale care realizează finanțarea instituțiilor medico-sanitare din bugetele respective (bugetul de stat, bugetele unităților administrativ teritoriale) și acoperă cheltuielile pentru persoanele asigurate de către stat în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.
- 2) Angajatorii (organizații din diferite sectoare și forme de proprietate) realizează finanțarea prin:
 - contribuțiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală angajaților;
 - prime de asigurări medicale facultative angajaților;
 - plățile pentru serviciile medicale prestate de către instituțiile medico-sanitare angajaților.
- 3) Consumatorii sau beneficiarii participă la finanțare prin:
 - contribuțiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală sub formă procentuală sau suma fixă;
 - plățile directe pentru serviciile medicale prestate de către instituțiile medico-sanitare;
 - prime de asigurări medicale facultative.

În sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală consumatorii se divizează în persoane angajate și neangajate în câmpul muncii, ceea ce determină particularități specifice privind finanțarea sistemului. Pentru persoanele angajate contribuțiile la asigurările medicale obligatorii sunt achitate 4,5% de către angajator și 4,5% de către angajat. Asigurarea obligatorie de asistență medicală a categoriilor de persoane neangajate se realizează din contul bugetului de stat. Iar pentru cei care nu sunt incluși în listă asigurarea se efectuează individual prin procurarea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală. Volumul serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate [58]. În Republica Moldova în anul 2014 plățile directe au constituit 96% din total surse private de finanțare [77]. Asigurările medicale facultative participă la finanțarea sistemului de

ocrotire a sănătății doar teoretic. În acest context plățile directe constituie povara financiară a consumatorilor de servicii medicale.

În baza informației relatate anterior ne-am propus identificarea surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prezentate în Anexa 2, figura A.2.1 - Sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova la etapa actuală, fiind determinate de către autor sursele de finanțare, participanții la formarea fondurilor, plătorii serviciilor medicale și prestatorii serviciilor medicale a sistemului autohton de ocrotire a sănătății.

În opinia autorului, finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății se realizează în baza surselor publice și private de finanțare prezentate în figura 2.2.

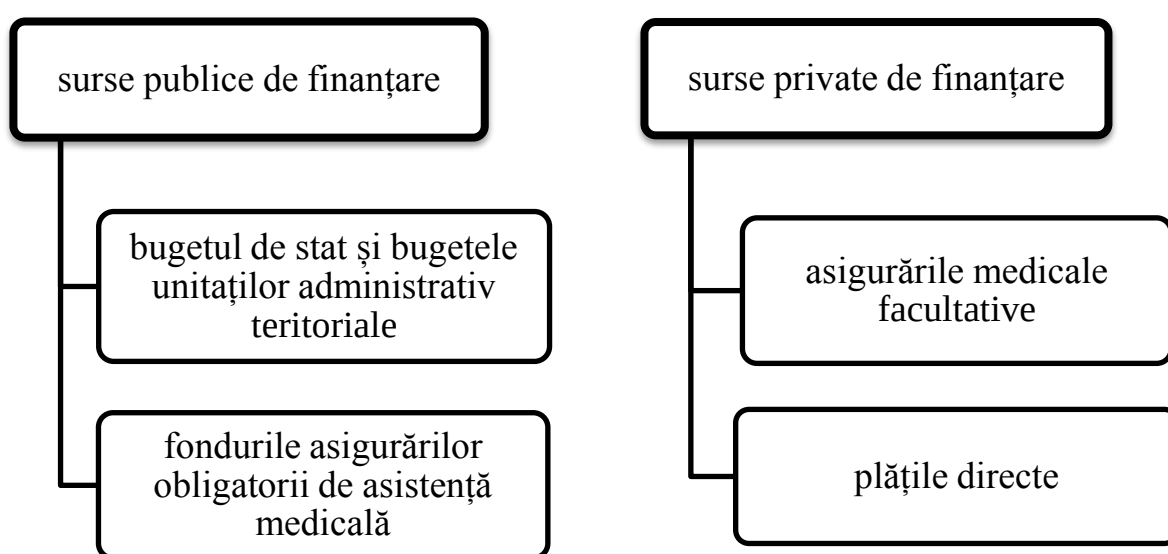


Fig. 2.2. Sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova
Sursa: elaborat de autor

Fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală sunt destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate [58]. Fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală sunt create în ordinea stabilită de reglementările de stat din fondul de salarizare a angajatorilor și prin plata primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală fie prin contribuție procentuală din salariu și alte recompense sau reprezentând sumă fixă. Mărimea primelor este stabilită anual în legea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Sursele financiare ale asigurărilor medicale facultative se formează prin plata primelor de asigurare de către angajatorii care își asigură salariații și plata primelor de asigurare efectuată de

persoanele fizice care se asigură individual la companiile de asigurări fiind consumatorii serviciilor medicale.

Plățile directe sunt achitate de către consumatorii serviciilor medicale în urma prestării serviciilor de către instituțiile medico-sanitare. În același timp plățile directe pot fi achitate de către angajatorii instituțiilor medico-sanitare pentru prestarea serviciilor medicale angajaților.

În Republica Moldova nu sunt clar evidențiate sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății.

În opinia autorului, sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății pot fi grupate în conformitate cu următoarele criterii de clasificare:

I. După apartenența fondurilor financiare sunt:

- **Surse de finanțare publice**, care includ sursele financiare ale administrațiilor publice centrale și administrațiilor publice locale, sursele financiare ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- **Surse de finanțare private**, care includ sursele financiare ale asigurărilor medicale facultative, plățile directe ale pacienților, precum și conturi de economii în sănătate.

II. După caracterul de asigurare pot fi identificate:

- **Surse de finanțare formate prin asigurare**, care se referă la asigurările medicale obligatorii și facultative;
- **Sursele de finanțare non – asigurare**, ce caracterizează sursele financiare ale administrațiilor publice centrale și administrațiilor publice locale, plățile directe ale pacienților.

III. După proveniența surselor de finanțare:

- **Surse de finanțare interne** formate din sursele financiare în interiorul țării;
- **Surse de finanțare externe** formate din sursele financiare din alte țări sau organizații în domeniul ocrotirii sănătății, sub formă de donații, ajutoare.

În baza tipologiei surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății pot fi dezvoltate informațiile statistice în domeniul de sănătate care ar evidenția proveniența surselor financiare și cheltuielile efectuate din domeniul ocrotirii sănătății.

În urma analizei caracteristicilor principalelor surse de finanțare a sistemului autohton de ocrotire a sănătății a fost dezvoltată metodologia cercetării finanțării sistemului de ocrotire a sănătății care permite determinarea corelației dintre relațiile financiare și fondurile financiare (publice și private) desfășurate între participanții la finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății cu scopul necesității elaborării mecanismului financiar al ocrotirii sănătății.

Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății se referă la acumularea resurselor financiare și distribuirea acestora cu scopul asigurării prestării serviciilor medicale calitative pentru populație. Acumularea resurselor financiare se efectuează în baza analizei surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Distribuirea resurselor financiare din sursele publice se efectuează prin participarea intermediarului Compania Națională de Asigurări în Medicină, iar din sursele private distribuirea se efectuează prin companiile de asigurări .

Punerea în aplicare a celui mai înalt standard de sănătate este unul dintre obiectivele principale de care s-au ghidat persoanele ce au elaborat politica pentru sistemele de ocrotire a sănătății la nivel național și internațional. Această politică a fost încorporată în programele Organizației Mondiale a Sănătății. Pentru prima dată în Raportul privind nivelul ocrotirii sănătății pe plan mondial pentru anul 2010 privind finanțarea sistemelor de sănătate, a fost înaintată o propunere, conform căreia finanțarea sistemelor de ocrotire a sănătății, ajustate și adaptate în mod constant de către țările cu nivele diferite de venit pe cap de locuitor, să se dezvolte în vederea acoperirii totale a populației cu servicii medicale. În Raportul privind starea ocrotirii sănătății la nivel mondial pentru anul 2013 deja sunt examinate problemele achitării serviciilor medicale de către persoanele fizice și cu participarea guvernelor în vederea acoperirii totale a populației cu aceste servicii [121].

Conceptul acoperirii totale a populației cu servicii medicale este reprezentat în trei dimensiuni: serviciile medicale necesare, numărul de persoane care au nevoie de ele, și costurile persoanelor care trebuie să plătească (figura 2.3). Volumul total al mijloacelor reflectate în caseta mare (figura 2.3) corespunde costului la toate tipurile de servicii medicale pentru fiecare persoană la un moment dat. Volumul mijloacelor în caseta mai mică reprezintă serviciile medicale și cheltuielile, acoperite din contul resurselor financiare colectate în avans în pool. Scopul acoperirii totale este ca fiecare persoană să dispună de posibilitatea de a utiliza serviciile necesare la un preț rezonabil. Prin urmare, toate guvernele trebuie să decidă care va fi setul de servicii medicale necesar, și cum să asigure disponibilitatea acestora pentru toată populația la prețuri accesibile, eficiente și de bună calitate.

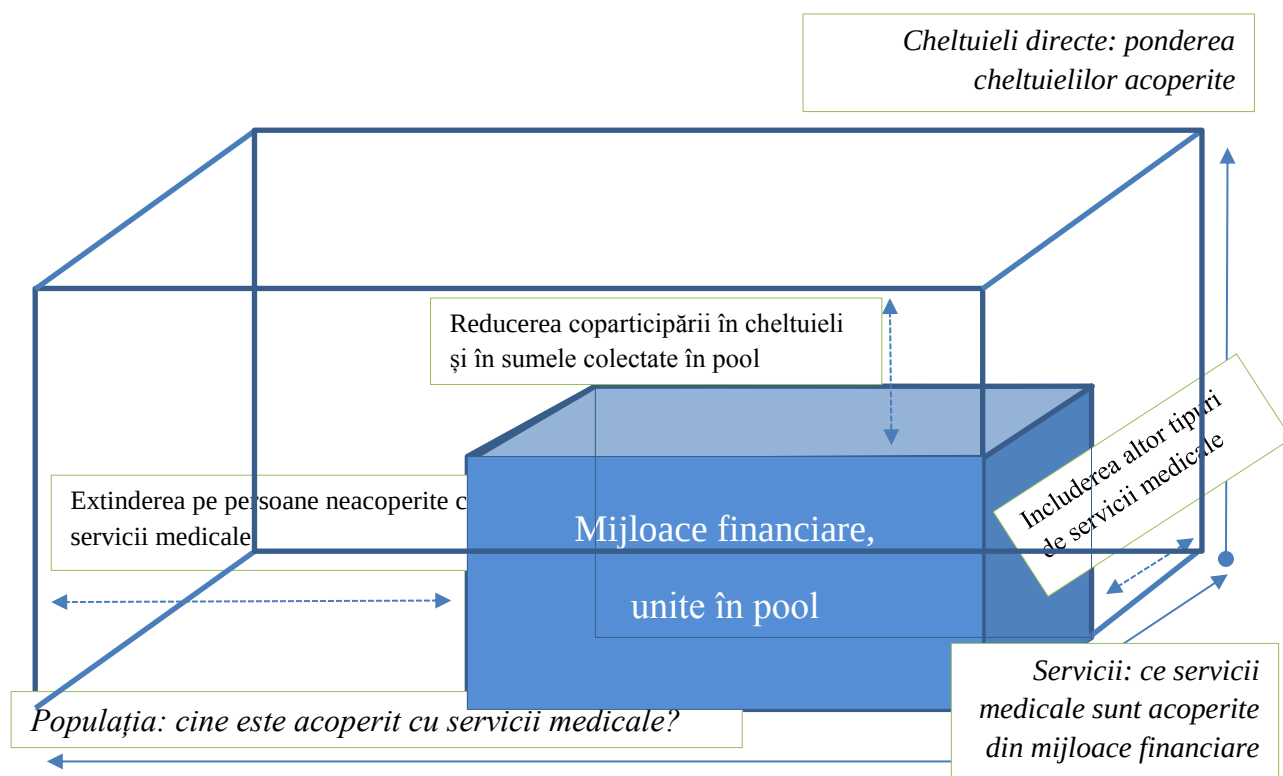


Fig. 2.3. Evaluarea realizării acoperirii totale cu servicii medicale în trei dimensiuni
Sursa: elaborat de autor în baza sursei [121]

Cu privire la Republica Moldova putem remarca că principalele surse financiare colectate în avans în pool sunt cotizațiile de asigurări medicale obligatorii, iar pool-ul poate fi reprezentat de Fondurile Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală. Conform schemei prezentate în figura 2.3, la momentul actual sistemul național de ocrotire a sănătății se dezvoltă în două direcții orizontale, atingând în anul 2014 nivelul de 85% de acoperire a populației cu asigurările medicale obligatorii și majorând permanent numărul serviciilor medicale incluse în Programul Unic al asigurărilor medicale obligatorii.

Cu toate acestea, a treia direcție verticală de dezvoltare a fost mult timp neglijată. Reducerea ponderii coparticipării populației în cheltuieli și în sume colectate pentru finanțarea sistemului național de ocrotire a sănătății la momentul actual trebuie să fie vectorul prioritar de dezvoltare. Pentru a identifica soluții posibile pentru rezolvarea acestei probleme vom analiza situația financiară a sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova.

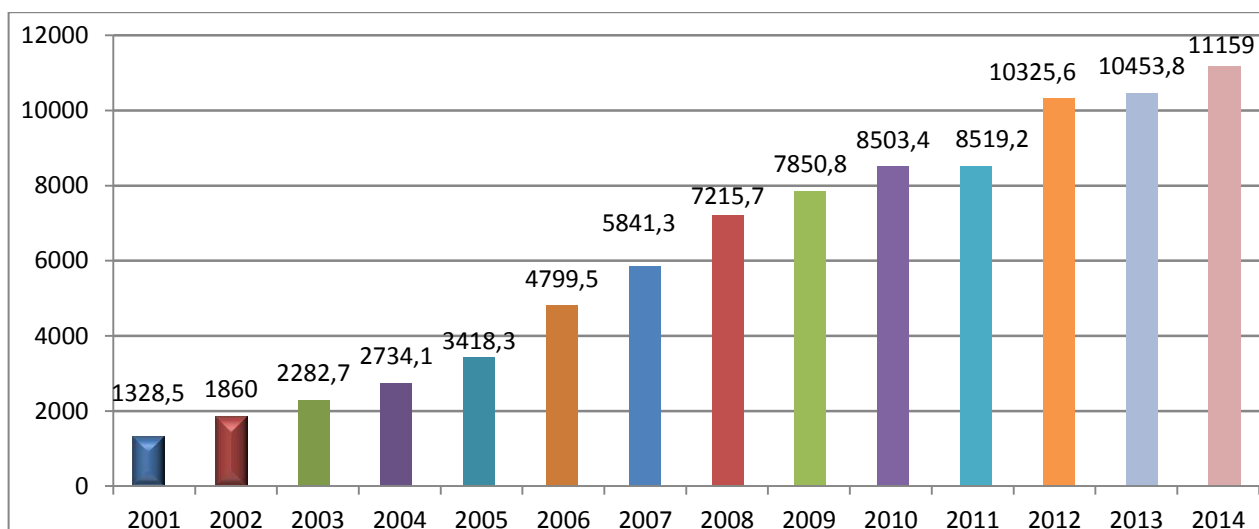


Fig. 2.4. Cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova perioada 2001 – 2014, mln. lei

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [114]

În Republica Moldova în anul 2014 pentru sectorul ocrotirii sănătății au fost valorificate 11159,9 mil. lei ceea ce este cu 7% mai mult comparativ cu anul 2013 și de 8 ori mai mult comparativ cu anul 2001 (figura 2.4). În perioada 2001 – 2014 se observă creșterea resurselor financiare alocate sectorului de ocrotire a sănătății.

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 liberă 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.

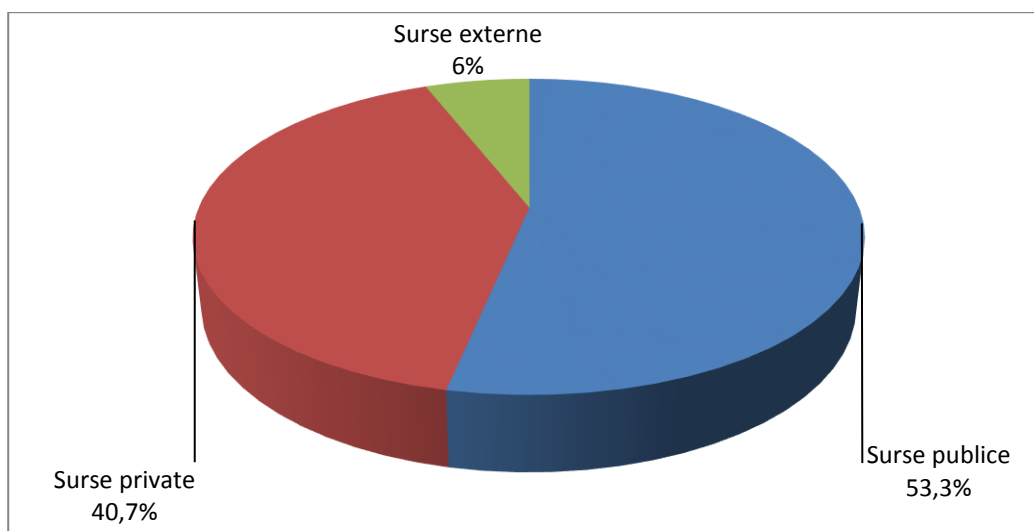


Fig. 2.5. Structura surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova în anul 2014, %

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [77]

În anul 2014 cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății s-au format din trei surse de finanțare. Sursele publice dețin ponderea cea mai mare în total cheltuieli și constituie 53,3%, sursele private constituie 40,7% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și 6% revin surselor externe.

Fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală au contribuit cu o pondere de 78,6% din cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății și 41,9% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății. Finanțarea publică a sistemului de ocrotire a sănătății se efectuează preponderent în baza sistemului asigurărilor medicale obligatorii, care are rolul de bază în acoperirea cheltuielilor pentru serviciile medicale.

Plățile directe ale gospodăriilor casnice constituie 97,2% din total cheltuieli private pentru ocrotirea sănătății și 39,6% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății. Plățile directe se referă la două forme: plata serviciilor care nu sunt acoperite prin Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și plățile neformale. Un aspect îngrijorător prezintă ponderea asigurărilor medicale facultative în cheltuieli private pentru ocrotirea sănătății de doar 0,4%, iar în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății este de 0,2%. Finanțarea privată a sistemului de ocrotire a sănătății se efectuează doar din sursele proprii ale populației, pe când domeniul asigurărilor medicale facultative rămâne practic nefuncțional.

În aceste condiții asigurările medicale facultative reprezintă o potențială alternativă pentru finanțarea suplimentară a sistemului de ocrotire a sănătății.

Pentru elucidarea specificului finanțării sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova vom reflecta tendința ponderii cheltuielilor totale de sănătate și cheltuielilor publice în PIB în perioada 2005-2013, anii reformării modalității de finanțare a sistemului de sănătate național prin crearea fondurilor de asigurări medicale obligatorii.

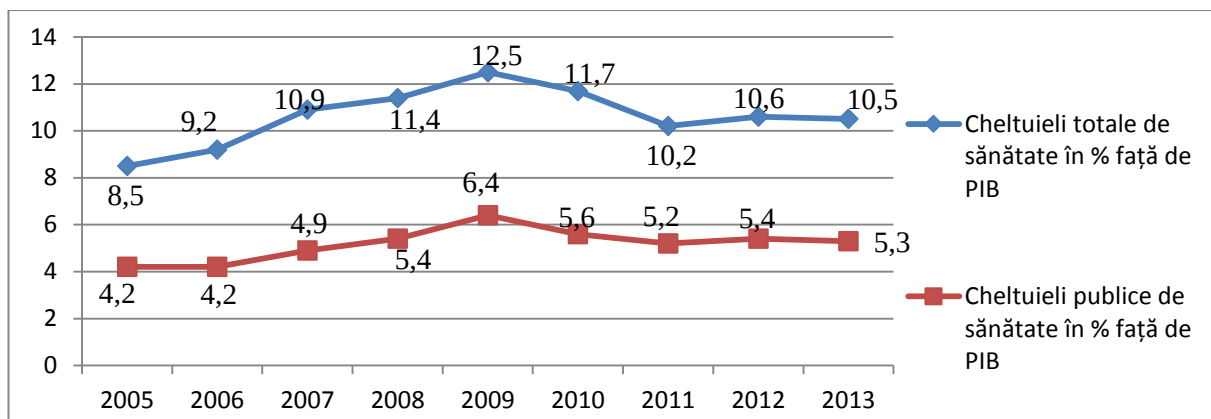


Fig. 2.6. Ponderea cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății în PIB și ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în PIB, pentru anii 2005-2013, %

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [3,4]

Ponderea cheltuielilor totale de sănătate în produsul intern brut reflectă posibilitatea de finanțare a sistemului de sănătate în Republica Moldova și evidențiază o creștere în anul 2013 cu 2 p.p. comparativ cu anul 2005, cel mai înalt nivel atins fiind din anul 2009.

Ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în produsul intern brut în anul 2013 constituie 5,3 p.p. Cel mai înalt nivel de 6,4 p.p. al ponderii cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în produsul intern brut la fel s-a înregistrat în anul 2009.

Micșorarea ponderii cheltuielilor totale de sănătate și cheltuielilor publice de sănătate în PIB pentru anii 2010, 2011, 2013 comparativ cu anul 2009 se explică prin o majorare mai lentă a cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății comparativ cu creșterea produsului intern brut.

În continuare vom analiza evoluția cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății comparativ cu evoluția produsului intern brut pentru anii 2002-2013.

Pentru aceasta este necesară aprecierea coeficientului de devansare a creșterii produsului intern brut de către creșterea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății care se va determina prin relația:

$$K = \frac{I_{\text{cpos1/0}}}{I_{\text{PIB1/0}}} \quad (2.1)$$

K - coeficientul de devansare a creșterii produsului intern brut de către creșterea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății

$I_{\text{cpos1/0}}$ – indicele modificării cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății;

$I_{\text{PIB1/0}}$ – indicele modificării produsului intern brut [22].

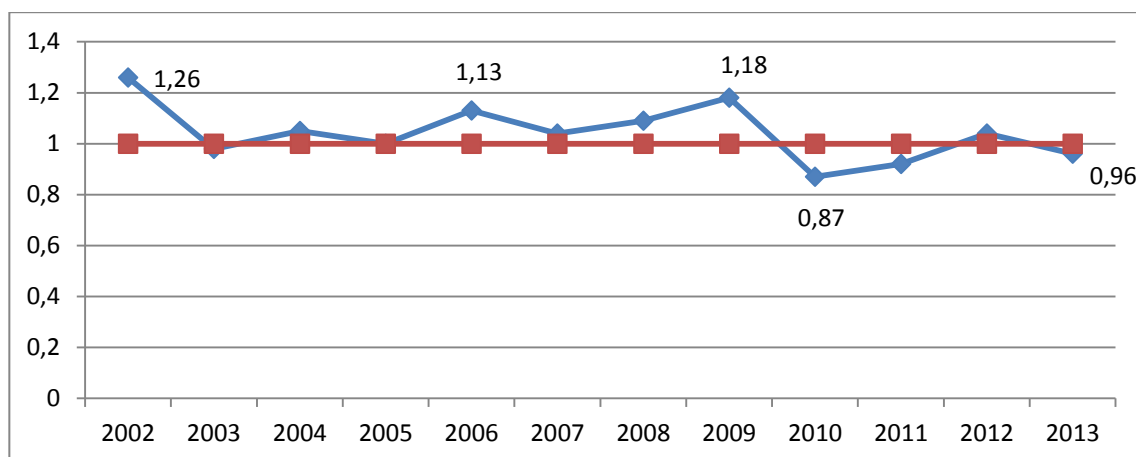


Fig. 2.7. Evoluția coeficientului de devansare a creșterii PIB-ului față de creșterea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova pentru anii 2002-2013

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [3,4]

În funcție de ritmul de creștere a cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății și a produsului intern brut apreciem o creștere mai accentuată a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății comparativ cu sporirea produsului intern brut pentru perioada analizată, deoarece coeficientul de devansare a depășit unitatea. Pentru anii 2003, 2010, 2011, 2013 se observă o creștere mai lentă a cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății comparativ cu sporirea produsului intern brut, deoarece coeficientul de devansare este mai mic decât 1.

Analizând indicele modificării cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății și indicele modificării produsului intern brut am constatat că în anul 2009 valoarea coeficientului de 1,18, a fost influențată de micșorarea PIB-ului în anul 2009 comparativ cu anul 2008 cu 4 p.p. și creșterea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în această perioadă cu 13 p.p. Cel mai înalt nivel de 1,26 a înregistrat coeficientul de devansare în anul 2002, deoarece cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății au crescut în anul 2002 față de 2001 cu 49 p.p., iar PIB-ul s-a majorat cu 18 p.p. (Tabelul A.3.1)

Reducerea ponderii cheltuielilor publice pentru sistemul de sănătate în PIB nu afectează grav finanțarea prestării serviciilor medicale pentru populație, invers trendul cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor este pozitiv.

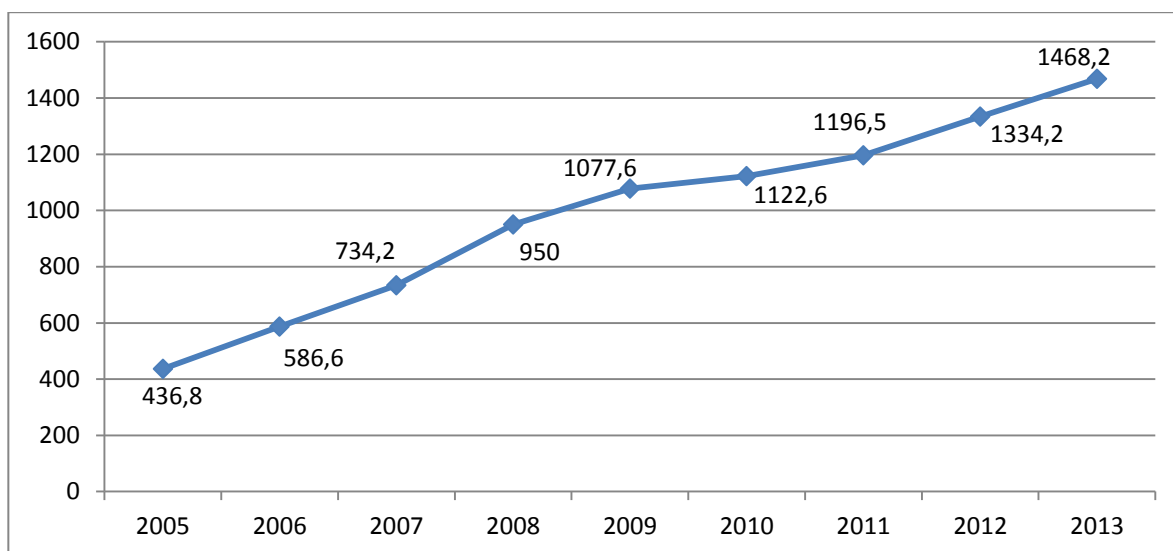


Fig. 2.8. Evoluția cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor în Republica Moldova în perioada 2005-2013, lei
Sursa: elaborat de autor în baza sursei [3]

În figura 2.8 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.

Pe parcursul perioadei analizate bugetul public național pentru ocrotirea sănătății a contribuit considerabil la acordarea serviciilor medicale întregii populații din Republica Moldova. Astfel sectorul public a participat la domeniul ocrotirii sănătății fiind un serviciu public cu caracteristici deosebite. Iar cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății sunt parte componentă a cheltuielilor pentru acțiuni social-culturale reprezentând servicii sociale care conduc la crearea de venit național, prin aceasta demonstrând un caracter productiv și contribuind la dezvoltarea economico-socială a țării.

În continuare ne propunem să analizăm ponderea fiecărei componente în bugetul public național de sănătate. (Figura 2.9)

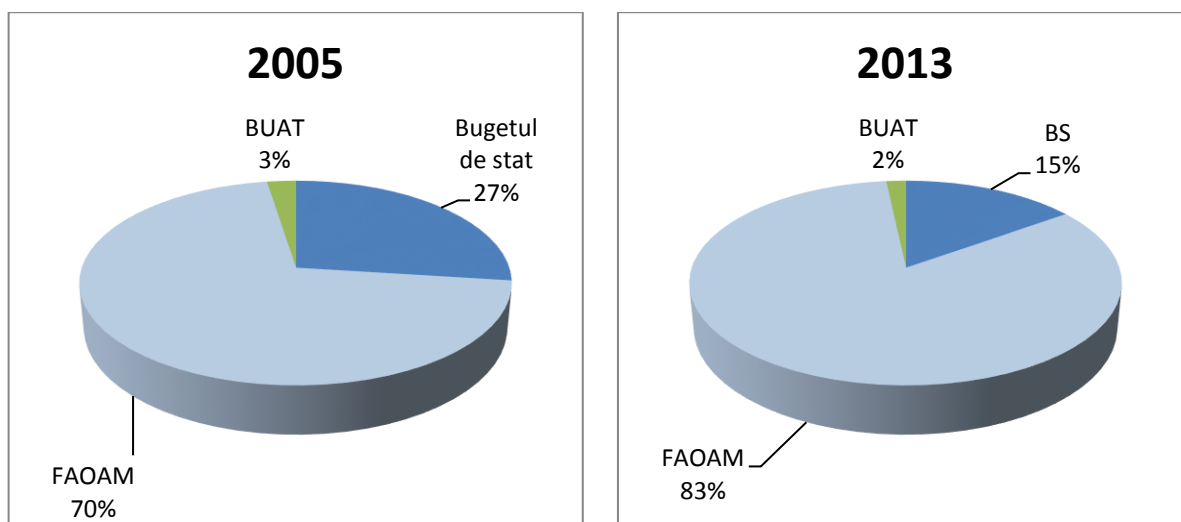


Fig. 2.9. Ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în componentele bugetului public național pentru anii 2005 și 2013, %

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [62]

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 bugetul 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 % [27].

Apreciem că această evoluție a cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății se datorează importanței pe care o acordă statul domeniului sănătății, iar din anul 2004 creșterea resurselor financiare prin aplicarea contribuțiilor la fondul asigurării obligatorii de asistență medicală, ca principala sursă de venituri pentru acoperirea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății.

În continuare ne propunem să analizăm situația actuală în Republica Moldova privind asigurările medicale facultative cu scopul elucidării unor acțiuni care ar conduce la îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății.

Pentru argumentarea concluziilor prezentate anterior cu referire la ponderea asigurărilor medicale facultative în total cheltuieli private (0,1%) o să analizăm ponderile primelor brute subscrise și despăgubirilor plătite pe asigurările medicale facultative.

Tabelul 2.1. Analiza în dinamică a ponderii primelor de asigurare subscrise pe asigurările medicale facultative din Republica Moldova pentru perioada 2007-2014

Prime brute subscrise	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	ponde rea
	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	%
Total, Asigurări medicale facultative	30,4	29,3	38,6	45,4	50,5	43,8	47,3	62,4	5,20
Inclusiv:									
- cu valabilitate în afara teritoriului Republicii Moldova	22,4	20,5	22,2	28,2	21,2	17,1	18,7	14,5	1,21
- cu valabilitate în Republica Moldova	8,0	8,8	16,4	17,3	29,3	26,7	28,6	47,9	3,99
Total prime brute acumulate pentru toate tipurile de asigurări	724,2	833,2	813,2	914,7	1006,3	1089,3	1198,9	1200,1	100

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [31]

Conform datelor din tabelul 2.1 și după ultimele calcule, cota primelor de asigurare calculate pentru asigurările medicale facultative față de totalul primelor de asigurare pe toate tipurile de asigurare în țară constituie 5,20%. Acest indicator a crescut în comparație cu anul 2007 cu punct procentual (5,20%-4,20%), ce poate fi evaluat ca fiind unul pozitiv. În același timp, ponderea primelor de asigurare pentru asigurările medicale facultative se formează, conform datelor analizate, în principal datorită contractării asigurărilor cu persoanele care preponderent pleacă peste hotare, ponderea căroră în general pe total asigurări a constituit 3,09% în anul 2007 și 1,21% în anul 2014, pe când ponderea primelor de asigurare medicală facultativă pe teritoriul Republicii Moldova a constituit doar 1,11% în anul 2007 și 3,99% în anul 2014, ce ne demonstrează tendințe pozitive în dezvoltarea asigurărilor medicale facultative în Republica Moldova cu toate că acest tip de asigurare la nivel național nu este suficient de dezvoltat.

Conform datelor din tabelul 2.2 cota despăgubirilor de asigurare achitate pentru asigurările medicale facultative în Republica Moldova pentru perioada 2007-2014, constituie aproximativ 4%, ce ne dovedește, reieșind din analiza precedentă că această ramură este subdezvoltată. În

pofta dimensiunilor mici, putem nota totuși o tendință de creștere nesemnificativă al acestui indicator.

Tabelul 2.2 Analiza în dinamică a ponderii despăgubirilor de asigurare achitate pentru asigurările medicale facultative din Republica Moldova pentru perioada 2007-2014

Despăgubiri de asigurare achitate	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	ponde rea
	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	mln lei	%
Total pe asigurarea medicală facultativă	8,2	8,1	9,4	10,3	22,6	19,4	18,5	20,1	3,91
Inclusiv:									
- cu valabilitate în afara teritoriului Republicii Moldova	4,1	3,0	3,3	5,1	17,0	12,4	9,4	10,4	2,02
- cu valabilitate în Republica Moldova	4,1	5,0	6,1	5,1	5,6	7,0	9,1	9,7	1,89
TOTAL despăgubiri de asigurare pe toate tipurile de asigurare	235,3	269,4	300,0	310,6	348,4	429,5	432,4	513,6	100

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [31]

Astfel în anul 2014 în comparație cu 2007 cota despăgubirilor achitate pe asigurări medicale facultative a crescut cu 0,91% (3,91%-3,00%), ce poate fi considerat ca fiind pozitiv. Volumul despăgubirilor de asigurare achitate în comparație cu primele de asigurare acumulate sunt contractate în egalitate de către persoanele aflate în Moldova și cele în afara teritoriului țării. Astfel, aproximativ ½ din totalul despăgubirilor achitate pe asigurări facultative în anul 2014, revin altor persoane, cu excepția celor, care pleacă peste hotare (1,89% din totalul 3,91%), fapt ce ne arată o creștere de cerere față de asigurările medicale facultative printre anumite categorii ale populației.

Cu toate acestea, în ciuda unor tendințe pozitive minore care au apărut în domeniul asigurărilor medicale facultative, ponderea acestui tip de asigurări în cheltuielile private de ocrotire a sănătății în Republica Moldova este de doar 0,4%. Cea mai mare parte din cheltuielile private sunt reprezentate de plăți directe – 97,2%, indicând faptul excluderii efective a asigurărilor medicale facultative din schema finanțării sistemului național de ocrotire a sănătății.

Aproape toate țările au unele forme de plăți directe, dar cu cât este mai săracă țară, cu atât o mai mare parte din totalul cheltuielilor de sănătate este finanțată utilizând așa modalitate. Pentru Republica Moldova, ponderea plăților directe în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea

sănătății a fost de 39,7% în 2014, ce ne vorbește despre existența problemelor în finanțarea sistemului național de ocrotire a sănătății. Potrivit datelor Organizației Mondiale a Sănătății, probabilitatea de sărăcire a populației din cauza cheltuielilor neprevăzute pentru deservirea medicală scade semnificativ dacă va fi redusă ponderea plăților directe până la 15-20%. Pentru a reduce dependența de plățile directe este necesar de sporit ponderea asigurărilor medicale facultative în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova. În acest fel s-ar putea asigura dezvoltarea sistemului de ocrotire a sănătății pe verticală, adică spre creșterea acoperirii totale a populației cu serviciile medicale printr-o creștere a cheltuielilor și acoperirii acestora prin asigurările medicale facultative [25, 27].

Actualmente, finanțarea sistemului național de ocrotire a sănătății numai din sursele bugetare sau din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală practic este imposibilă.

Se presupune că așa factori cum ar fi: îmbătrânirea populației, costul ridicat al noilor tehnologii și creșterea nevoilor populației cresc cererea pentru asistență medicală, astfel încât cheltuielile pentru ocrotirea sănătății se majorează, dincolo de capacitatea de a plăti pentru asistența medicală, prin asigurări medicale obligatorii sau prin alocații de la buget. Drept urmare, Guvernul nu poate asigura întotdeauna un nivel suficient de servicii medicale pentru întreaga populație, iar cetățenii trebuie să recurgă la metode suplimentare de plată.

În această situație, asigurările medicale facultative joacă un rol important în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății. În acest sens, este necesar de aplicat următoarele acțiuni privind realizarea politicii de ocrotire a sănătății:

1. De a oferi oportunitate mai mare posibilității de ieșire din sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală care furnizează servicii medicale garantate pentru populație;
2. Excluderea din sistem și, în special, din cadrul programului unic al asigurărilor medicale obligatorii anumitor tipuri de servicii medicale;
3. Introducerea unor stimulente fiscale pentru persoanele care cumpără polița de asigurare medicală facultativă.

La nivel mondial finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, bazat pe colectarea de fonduri în avans într-un singur pool pentru achitarea serviciilor medicale este considerat a fi cel mai eficient și, aparent sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova se dezvoltă în direcția corectă. Dar, cu toate acestea, analiza principalilor indicatori care reflectă nivelul calitativ de finanțare a sistemului național de sănătate a demonstrat probleme existente în domeniul plăților directe și utilizarea asigurărilor medicale facultative.

2.2. Particularitățile finanțării sistemului de ocrotire a sănătății prin fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova

Implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate în Republica Moldova 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, instituție chemată să evalueze și să asigure riscul de boală.

Instrumentul financiar de acumulare și distribuire a resurselor de asigurare ale riscului de boală, gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină sunt fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, elaborate anual și aprobate prin lege de Parlamentul Republicii Moldova [17].

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;
- alte surse de venit [24].

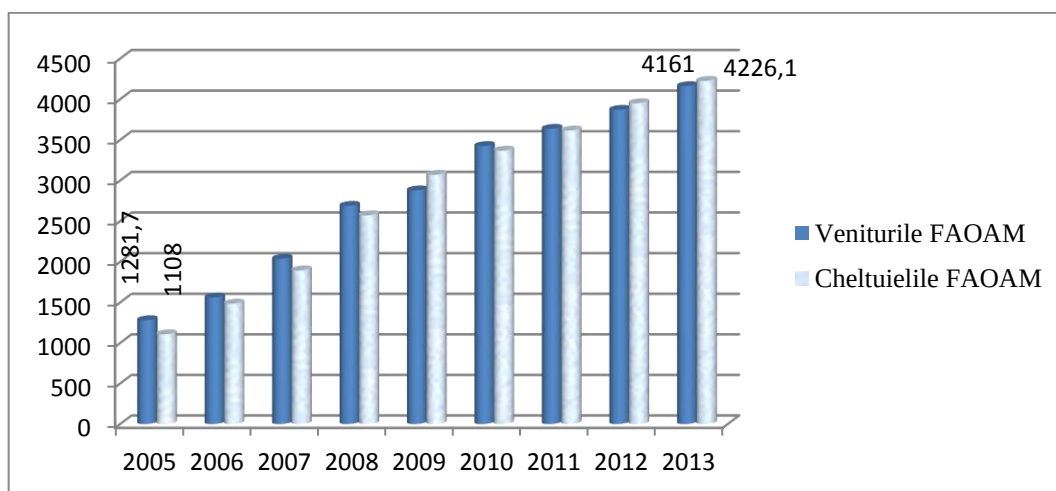


Fig. 2.10. Evoluția veniturilor și cheltuielilor FAOAM în Republica Moldova, mln. lei
Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

În anul 2013 acumulările la FAOAM au fost realizate în sumă de 4161 mln. lei, iar cheltuielile FAOAM în sumă de 4226,1 mln. lei, astfel s-a înregistrat deficitul fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală în sumă de 65,1 mln. lei. Deficit bugetar a fost caracteristic pentru anul 2009 în sumă de 192,5 mln. lei și în anul 2012 în sumă de 81,2 mln. lei.

Veniturile FAOAM acopereau cheltuielile în anii 2005-2008, 2010 și 2011 obținându-se excedent de fonduri.

Tabelul 2.3 Trendul creșterii veniturilor și cheltuielilor FAOAM
în corelație cu modificarea PIB-ului în Republica Moldova

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Indicele creșterii veniturilor	22%	31%	32%	7%	19%	6%	6%	7%
Indicele creșterii cheltuielilor	34%	28%	36%	19%	10%	7%	9%	7%
Indicele modificării PIB-ului	19 %	19%	18%	(4%)	19%	15%	7%	14%

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [4,32]

Analizând din tabelul 2.3 trendul creșterii veniturilor și cheltuielilor FAOAM am constatat, că în anul 2009 când s-a înregistrat cea mai mare valoare a deficitului FAOAM, creșterea cheltuielilor a depășit sporirea veniturilor cu 12 p.p., iar PIB-ul în acest an s-a micșorat cu 4 p.p. Trendul creșterii veniturilor în anii 2011-2013 în mediu este de 6 p.p., iar a cheltuielilor 8 p.p.

În practica unor țări sunt utilizate surse de venit suplimentare prin instituirea unor taxe cum ar fi:

1) *taxa pe viciu* care se datorează de către persoanele juridice care produc sau importă băuturi alcoolice, persoanele juridice care produc sau importă produse din tutun, precum și de către persoanele juridice care realizează încasări din activități publicitare la produse din tutun și băuturi alcoolice;

2) *taxa clawback* fiind asimilată unei obligații fiscale fiind datorată de către toți producătorii de medicamente prezenți pe piață prin intermediul deținătorilor de autorizații de punere pe piață a medicamentelor, în vederea finanțării serviciilor de sănătate necesare pentru întreaga colectivitate. Prin intermediul acestui sistem, producătorii de medicamente care realizează produse contribuie la finanțarea sistemului public de sănătate cu sume stabilite în funcție de volumul veniturilor obținute în relație cu instituțiile publice [54].

Autorul consideră că, În Republica Moldova taxa pe viciu ar fi o sursă de venit pentru sistemul de ocrotire a sănătății și aceste resurse financiare se vor utiliza în programe naționale privind reducerea consumului de alcool și tutun.

În continuare vom analiza structura veniturilor FAOAM în Republica Moldova pentru anii 2005 și 2013.

Analizând structura veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală menționăm că pentru anii 2005 și 2013 ponderea cea mai mare o dețin transferurile de la bugetul de stat cu o pondere de 52%. Dar se observă creșterea ponderii primelor de asigurare în mărime procentuală cu 13% în anul 2013 față de anul 2005.

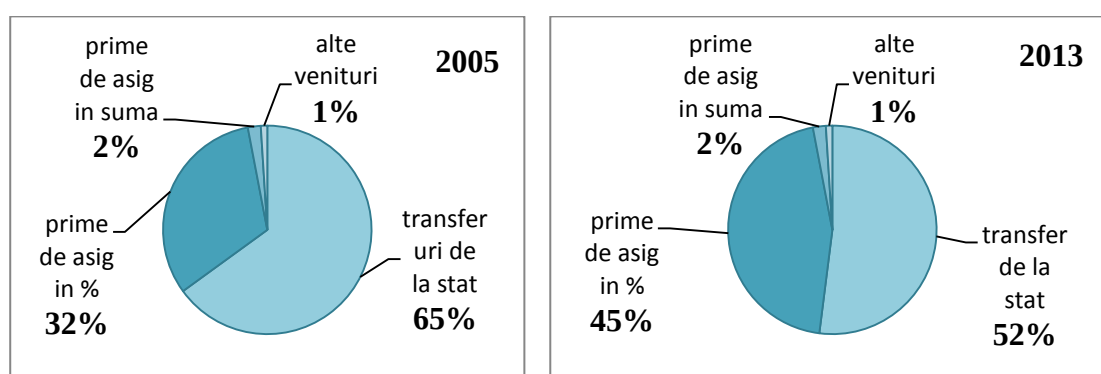


Fig. 2.11. Structura veniturilor FAOAM în Republica Moldova anii 2005 și 2013, mln. lei
Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

În anul 2013 ponderea cea mai mare în formarea veniturilor FAOAM o dețin transferurile de la bugetul de stat - 52% și primele de asigurare în mărime procentuală - 45%.

Resursele financiare au fost transferate pentru acoperirea riscului de boală a anumitor categorii de persoane asigurate de către stat conform legislației în vigoare.

Din datele analizate menționăm, că în Republica Moldova funcționează un sistem mixt de sănătate care este finanțat din impozite directe și indirecte și din contribuții obligatorii de asistență medicală ale persoanelor asigurate.

Primele de asigurare achitate de persoane fizice în sumă fixă pe parcursul anului 2013 au fost realizate în sumă de 92,4 mln. lei, ceea ce constituie 2,2% din suma veniturilor totale, cu o creștere de 74,28 mln. lei față de acumulările înregistrate în anul 2005.

Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, în mărime procentuală, achitată proporțional de angajator și angajat a fost stabilită pentru anii 2009-2013 în mărime de 7% și s-a mărit cu 1% comparativ cu anul 2008 și cu 2% mai mare comparativ cu anul 2007, iar cu 3% mai

mare față de primii trei ani de funcționare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală (2004-2006).

Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă achitată de persoanele fizice a constituit 4056 lei în anul 2014 cu 3567 lei mai mult comparativ cu anul 2004.

Creșterea în continuare a primei de asigurări medicale obligatorii ar putea afecta negativ povara financiară a acestor contribuții, deoarece în ultimii ani s-a remarcat o scădere bruscă a creșterii veniturilor populației. Aceste tendințe le prezentăm mai evident în figura 2.12.

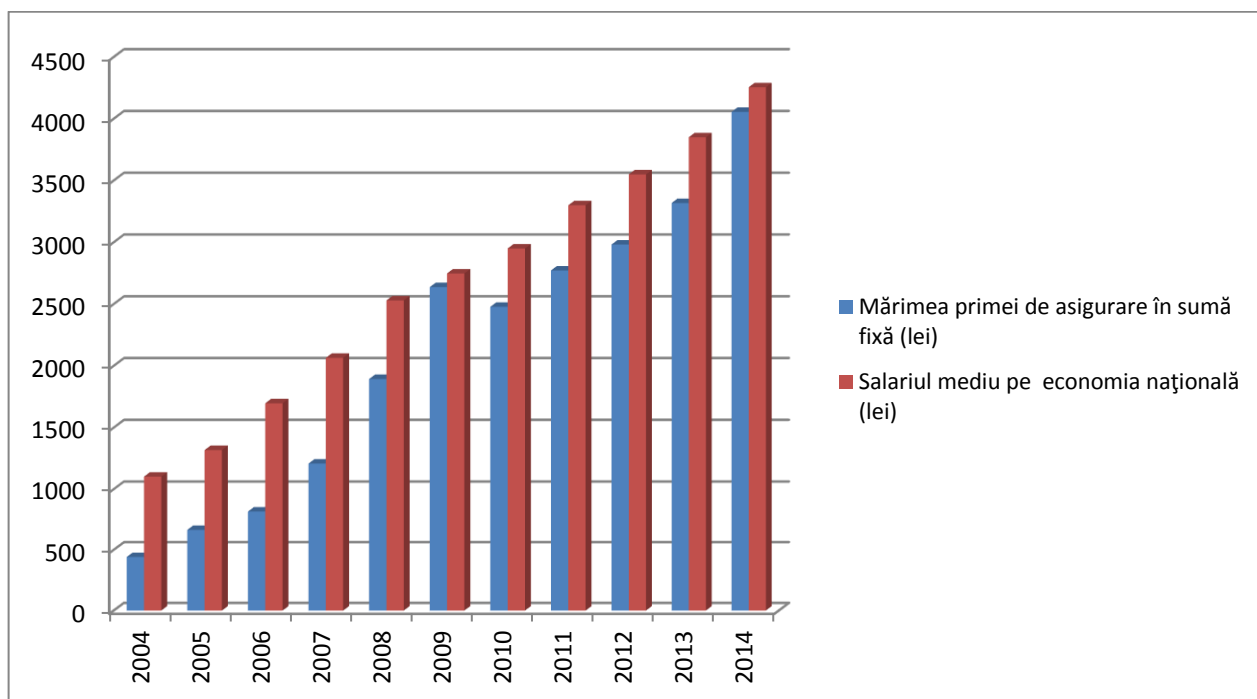


Fig. 2.12. Dinamica evoluției mărimii primelor de asigurare medicală obligatorie în sumă fixă în corelare cu evoluția salariului mediu pe economia națională pe perioada anilor 2004-2014, lei
Sursa: elaborat de autor în baza sursei [5,32]

Examinând tendințele de dezvoltare a mărimii primelor de asigurare medicală obligatorie în expresie monetară fixă, putem observa că ritmul de creștere este semnificativ mai mare decât dinamica de creștere a salariilor (40-50% comparativ cu 10-20%). Aceasta se explică prin faptul că toate categoriile de pături social-vulnerabile ale societății primesc gratis o poliță de asigurare medicală obligatorie, iar costul stabilit a acestor polițe este acoperit de stat din mijloacele bugetare. Această situație poate fi considerată atât pozitivă, cât și negativă. Pe de o parte, anual crește valoarea deducerilor din fondurile bugetului de stat de asigurare medicală obligatorie, iar, pe de altă parte, rămân afectate acele categorii de cetățeni care nu se numără printre salariați sau printre păturile social-vulnerabile, care au dreptul la poliță gratuită de asigurare medicală obligatorie. Cu toate acestea, în anul 2010 situația puțin s-a schimbat. Costul fix al poliței de

asigurare medicală obligatorie a scăzut de la 2637,6 lei în 2009 la 2478 de lei în 2010, ceea ce reprezintă o scădere de 6,06%. Acest fapt reprezintă o excepție, creșterea mărimii primelor de asigurare în sumă fixă fiind reluată din nou în anul 2011, ajungând în anul 2014 nivelul aproximativ de salariu mediu pe economie.

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:

- a) Fondul pentru achitarea serviciilor medicale (fondul de bază);
- b) Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- c) Fondul măsurilor de profilaxie;
- d) Fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale;
- e) Fondul de administrare al sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală [32].

Mijloacele bănești temporar disponibile ale fondurilor menționate pot fi investite în hârtii de valoare de stat și depozite bancare. Veniturile obținute prin aceste investiții vor fi utilizate pentru completarea fondurilor menționate.

Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu intră în componența bugetelor și 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 veniturilor încasate la contul unic al CNAM-lui, ce se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, care include:

1. asistență medicală primară;
2. asistență medicală urgentă prespitalicească;
3. asistență medicală specializată de ambulator;
4. asistență medicală spitalicească;
5. servicii medicale de înaltă performanță;
6. îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;
7. alte servicii aferente asistenței medicale.

În ***fondul de rezervă*** se acumulează sumele în proporție de 1% din cuantumul veniturilor încasate la contul unic al CNAM-lui. 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.

În ***fondul măsurilor de profilaxie*** se acumulează suma provenită din defalcările în proporție de 1% din cuantumul veniturilor încasate la contul unic al CNAM-lui. 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 și activităților cu menirea de a promova modul sănătos de viață;
- achiziționarea dispozitivelor medicale, echipamentului, medicamentelor pentru realizarea măsurilor de reducere a riscului de îmbolnăvire și de tratament în caz de urgențe de sănătate publică;
- alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire, acceptate pentru finanțare în bază de proiecte de comun acord cu Ministerul Sănătății.

În ***fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale*** mijloacele financiare sunt acumulate 2% din cuantumul veniturilor încasate la contul unic al CNAM-lui. Resursele financiare ale fondului de dezvoltare se alocă în baza proiectelor investiționale înaintate de către instituțiile medico-sanitare publice. Mijloacele financiare acumulate în acest fond sunt destinate sporirii calității serviciilor medicale, eficienței și randamentului instituțiilor și se utilizează preponderent pentru:

- procurarea utilajului medical performant și a mijloacelor de transport;
- implementarea noilor tehnologii de încălzire, de prelucrare a deșeurilor medicale și de alimentare cu apă;
- modernizarea și optimizarea clădirilor și infrastructurii;
- implementarea sistemelor și tehnologiilor informaționale.

Mijloacele financiare destinate ***acoperirii cheltuielilor administrative*** nu pot depăși plafonul de 2% din cuantumul veniturilor încasate la contul unic al CNAM-lui. Acest fond se utilizează pentru:

- salarizarea personalului angajat al CNAM și al agențiilor teritoriale;
- 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;
- cheltuieli de gospodărie și birotică;
- instruirea și perfecționarea cadrelor;
- alte activități ce țin de administrarea CNAM [2, 24].

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

Cheltuielile din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pe perioada 2009 - 2013 se prezintă în tabelul 2.4.

Cheltuielile din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pe parcursul anului 2013 au fost realizate în sumă de 4226,1 mln. lei, înregistrând creștere cu 38 p.p. comparativ cu cele efectuate pe parcursul anului 2009.

Tabelul 2.4 Analiza cheltuielilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală

Cheltuieli	2009	2010	2011	2012	2013	Ritm modificării 2013/2009
1. fondul de bază	2965,3	3293,9	3479,3	3777,8	3956,0	+ 33%
2. fondul măsurilor de profilaxie	36,0	6,3	15,8	17,7	29,9	- 17%
3. fondul de rezervă	40,0	18,7	46,2	2,1	52,8	+ 32%
4. fondul de dezvoltare	-	14,0	35,0	111,2	138,1	+ 886%
5. fondul de administrare	30,1	34,8	39,4	42,4	49,3	+ 64%
Total	3071,4	3367,7	3615,7	3951,2	4226,1	+ 38%

Sursa:elaborat de autor în baza sursei [32]

Astfel se observă o creștere a tuturor cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe parcursul anilor 2005 – 2013. Deoarece cheltuielile din fondul de bază are ponderea cea mai mare din totalul cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală este important de analizat structura fondului de bază în perioada 2005 – 2013.

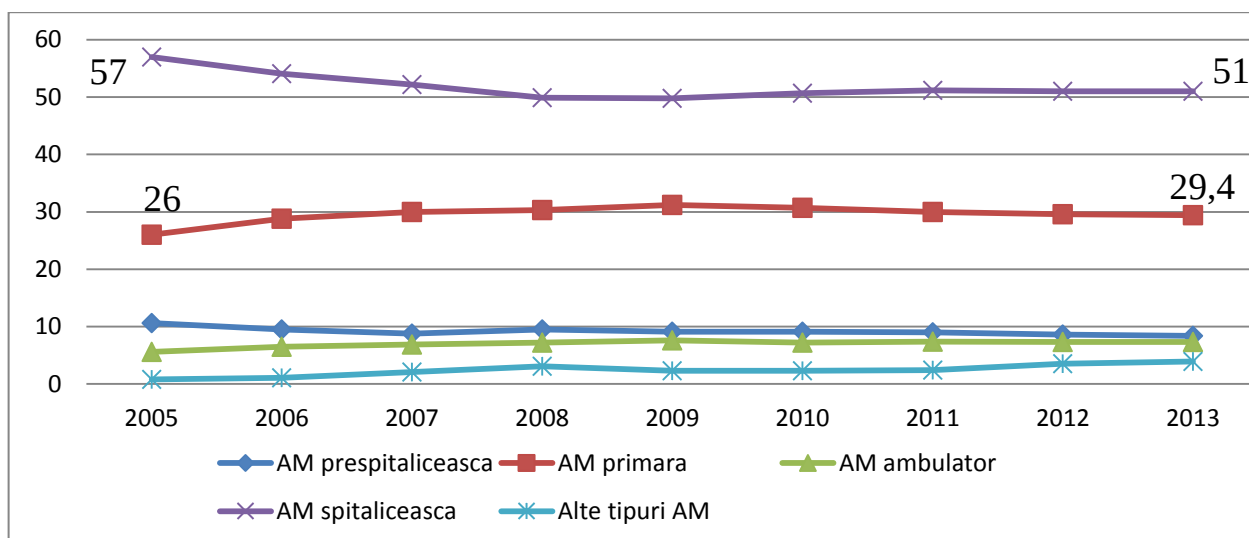


Fig. 2.13. Ponderea tipurilor de asistență medicală din fondul de bază FAOAM în Republica Moldova anii 2005-2013, %

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

Cheltuielile din fondul de bază au crescut în anul 2013 cu 2404,0 mln. lei față de anul 2005. În anul 2013 în structura fondului de bază se observă că ponderea cea mai mare o dețin cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească 51% fiind în descreștere cu 6 p.p. comparativ cu anul 2005. Această reducere a fost influențată de reducerea volumului de activitate în domeniul respectiv dar și creșterea ponderii cheltuielilor din fondul de bază pentru alte tipuri de asistență medicală, cum ar fi asistența medicală primară, asistență medicală de ambulatoriu și serviciile medicale de înaltă performanță.

Asistența medicală primară constituie 29,4 % din total cheltuieli al fondului de bază și s-a majorat cu 3,4 p.p. în anul 2013 comparativ cu anul 2005. Ponderea cheltuielilor pentru finanțarea asistenței medicale de ambulator din fondul de bază s-a majorat cu aproximativ 2 p.p. în anul 2013 comparativ cu anul 2005. Ponderea cheltuielilor pentru asistența medicală prespitalicească a înregistrat micșorare în anul 2013 față de anul 2005 și constituie 8,4 p.p.

Cuprinderea universală a populației cu asigurări obligatorii de asistență medicală este unul din obiectivele cheie ale sistemului de sănătate din Republica Moldova, deși ar putea să fie nevoie de câțiva ani ca acest obiectiv să devină realitate. 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 revine 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 de 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 anii 2008-2009 se observă o micșorare a persoanelor asigurate. În anul 2013 în Republica Moldova sunt asigurați conform sistemului de asigurări medicale obligatorii 83,2% din total populația țării. (Figura 2.14)

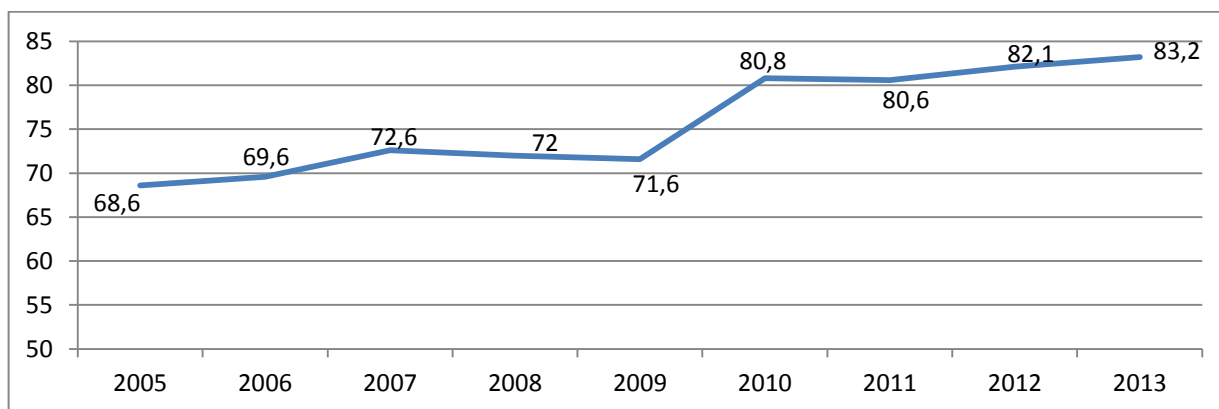


Fig. 2.14. Dinamica gradului acoperirii cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației în perioada 2005 – 2013, %

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

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 posibilități de identificare a categoriilor de persoane care trebuie să fie asigurați de stat, reexamineate noile categorii de persoane socialmente vulnerabile, precum și cele care necesită a fi excluse din categoriile de persoane asigurate de stat.

În vederea studierii particularităților fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală autorul a evidențiat următoarele aspecte caracteristice:

- apariția din anul 2004 a unei noi surse suplimentare de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății independentă de bugetul de stat prin intermediul căreia se acumulează și se distribuie resursele financiare în sectorul de ocrotire a sănătății;

- veniturile FAOAM sunt mai mici decât cheltuielile efectuate, astfel în trei perioade consecutive se obține deficit de resurse financiare;

- transferurile de la bugetul de stat în total venituri ale FAOM deși s-au micșorat în perioada analizată, oricum dețin o pondere de 52% în anul 2013;

- necesitatea identificării atragerii unor resurse financiare suplimentare cu scopul acoperirii cheltuielilor pentru sectorul sănătății.

Autorul consideră că, deficiențele constatate ale organizării asigurărilor medicale obligatorii în Republica Moldova necesită soluționarea lor și înlăturarea prin reformarea modalității de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prin aplicarea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare.

2.3. Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății la nivel internațional prin prisma indicatorilor finanțării publice și private

La etapa actuală la nivel internațional se studiază caracteristicile specifice privind organizarea, funcționarea și finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, care constau în caracterul combinat al relațiilor financiare și resurselor financiare fiind analizate aspectele finanțării publice și private. Modalitatea de finanțare combinată cu tipul de organizare a sistemului de ocrotire a sănătății determină accesul populației la serviciile medicale, costul serviciilor medicale, eficiența productivă, precum și calitatea serviciilor medicale.

Din totalitatea posibilităților de finanțare a domeniului de ocrotire a sănătății pe plan internațional cele mai răspândite sunt următoarele modalități de finanțare a sistemelor de sănătate:

- **Sistemul național al ocrotirii sănătății** care se bazează pe finanțarea din impozite (Marea Britanie, Italia, Grecia, Norvegia, Israel);
- **Sistemul ocrotirii sănătății, bazat pe asigurarea socială medicală** care se finanțează din contribuțiile patronilor și angajaților (Germania, Austria, Franța, Cehia, Japonia, România, Rusia, Armenia, Republica Moldova);
- **Sistemul asigurărilor private de sănătate** care se bazează în mare parte pe asigurări facultative de sănătate efectuate la companiile de asigurări (SUA) [28].

Dar această clasificare tradițională a sistemelor de ocrotire a sănătății deseori evidențiază doar o latură de finanțare a acestor sisteme.

Analiza bazată doar pe mecanismul de colectare a resurselor financiare pentru funcționarea sistemului de ocrotire a sănătății este limitată reieșind din următoarele motive:

În primul rând această analiză nu evidențiază multitudinea de funcții și domenii de activitate, care se includ în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății. Din această cauză pot fi

ratate principalele asemănări și deosebiri ce se referă la alte aspecte esențiale ale finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în diferite țări.

În al doilea rând această analiză nu reflectă reorientarea spre modele mixte de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății care a apărut în majoritatea țărilor la finele secolului trecut.

Nici unul din sistemele existente clasice nu este perfect și nu poate fi preluat cu exactitate de către alte state. Aplicabilitatea fiecărui sistem este determinată de dezvoltarea istorică a țării, de amplasarea geografică, situația social-politică și direcțiile strategice de dezvoltare a statului.

Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății este în dependență de modelul economiei care există în țara respectivă. Analizând modelele social-economice și amplasarea geografică a țărilor au fost evidențiate trăsăturile specifice care au contribuit la formarea unei clasificări noi a modelelor de finanțare a sistemelor de sănătate la nivel internațional și anume:

1) modelul european care a stat la baza formării mai multor scheme de finanțare a sistemului de sănătate în diferite țări. Acest model poate fi divizat în următoarele modele specifice:

- **modelul scandinav** este unul dintre cele mai cuprinzătoare, cu accent ridicat pe redistribuire, integrare socială și universalitate. Aceste obiective sunt urmărite prin intermediul unei infrastructuri dezvoltate a serviciilor sociale, concepute pentru a fi atât de calitate foarte ridicată, cât și foarte accesibile. Sistemul de sănătate este asigurat prin redistribuirea veniturilor rezultate prin intermediul sistemului de impozitare. Țările care pot fi încadrate în modelul scandinav, precum: Danemarca, Finlanda, Suedia, Norvegia, sunt caracterizate printr-o cooperare strânsă a partenerilor sociali cu guvernul.

- **modelul continental** tratează ocuparea forței de muncă ca bază a transferurilor sociale, beneficiile înregistrează un nivel mai moderat și sunt dependente de venituri. În acord cu acestea, transferurile sociale sunt efectuate din contribuțiile angajaților și angajatorilor. Eforturile de redistribuire a sistemului fiscal sunt mai puțin pronunțate decât în țările scandinave, iar sistemul de taxare conține și elemente regresive. Partenerii sociali joacă un rol important în relațiile industriale, iar negocierea salariilor este centralizată. Instituțiile de dialog social, precum și părți ale cadrului de reglementare economică poartă amprenta unui sistem corporatist. Țările care sunt încadrate în acest sistem sunt Germania, Franța, Elveția, Belgia.

- **modelul anglo-saxon** pune accentul pe responsabilitatea individului pentru el însuși, iar piața forței de muncă nu este reglementată. Transferurile sociale sunt mult mai mici decât în alte modele. În consecință, politicile sociale deservesc categoriile sociale cu venituri mai mici. Statul încurajează actorii de pe piață pentru a oferi servicii și oferă destinatarilor posibilitatea de a opta între furnizorii publici și privați a serviciilor medicale. Asigurările private și sistemele de

economii sunt susținute prin politici de stat complementare. Modelul anglo-saxon este reprezentat de către Marea Britanie, Irlanda.

- **modelul mediteranean** este caracteristic printr-un nivel mai scăzut al transferurilor sociale comparativ cu alte țări europene. Nivelul scăzut al transferurilor este parțial echilibrat de susținerea puternică a rețelelor de familie. În același timp, aceste țări sunt caracterizate de trăsături ale unei societăți paternaliste. În modelul mediteranean se încadrează Spania, Grecia, Italia, Portugalia.

- **modelul estic european** include țările post-sovietice și fostele țări socialiste din Estul Europei. Acest model de finanțare poate fi caracterizat prin reformarea continuă a sistemelor de ocrotire a sănătății, caracteristica principală fiind dezvoltarea modelului de finanțare bazat pe cotizațiile persoanelor fizice și juridice în fonduri de asigurările sociale și medicale. Ca cele mai reprezentative țări al acestui model de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății putem numi Bulgaria, România, Polonia și Rusia.

2) **modelul american** este bazat majoritar pe asigurările private de sănătate. Chiar și în SUA guvernul asigură asistență medicală grupurilor defavorizate prin intermediul programelor Medicaid și Medicare. Sistemul sănătății din Canada este finanțat, în fond, din încasările fiscale în bugetul federal și al provinciilor. Asistența medicală se acordă atât de instituțiile de stat, cât și de cele private (comerciale și necomerciale). Guvernul Canadei la fel mai finanțează și coordonează serviciile de ocrotire a sănătății pentru anumite grupuri de populație.

3) **modelul asiatic** este caracterizat prin utilizarea schemelor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății bazate pe asigurările medicale obligatorii și programele naționale de susținere a populației social vulnerabile. În majoritatea țărilor asiatice există și asigurări de sănătate private, cu răspândire mai largă în Japonia, China și Thailand. Sistemul de finanțare a ocrotirii sănătății din India este cu mult mai complicat, decât în alte țări în curs de dezvoltare. Acest sistem nu poate fi clasificat ca cel bazat pe impozite sau pe asigurări sociale, fiind în proces de formare. Totuși există unele programe cu finanțare centralizată, dar o mare parte din responsabilitatea pentru sistemul de sănătate o poartă guvernele statelor, iar finanțarea serviciilor medicale se realizează prin diferite metode.

4) **modelul african** se caracterizează prin instabilitatea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății din cauza ponderii reduse a investițiilor interne în sistemul de sănătate, finanțarea bazată pe dotarea din fondurile internaționale. În țările africane mai dezvoltate, cheltuielile publice pentru sistemul de ocrotire a sănătății totuși sunt reduse și se bazează pe mecanisme complexe de finanțare: finanțarea pe bază de impozit; de asigurări de sănătate și pe taxa fixă pentru serviciile medicale, plătite din buzunarul cetățenilor. Actualmente în țările

africane în domeniul finanțării sistemului de ocrotire a sănătății există o tendință de îndepărtare de la sursele financiare internaționale spre sursele mai stabile în formă de investiții interne.

5) modelul australian se bazează pe finanțarea sistemului de sănătate formată din veniturile fiscale generale și din fondurile colectate din plățile pentru serviciile medicale. Există de asemenea o finanțare privată substanțială prin sistemul de asigurări private, care este reglementat de către Guvern. Modelul australian are trăsături comune cu modelul american incluzând programul Medicare și asigurările private.

6) modelul arab este caracterizat printr-un sistem național de ocrotire a sănătății, în care guvernul oferă servicii medicale printr-un număr de agenții guvernamentale. Cu toate acestea însă, se manifestă un rol tot mai mare și prin participarea sectorului privat în furnizarea serviciilor medicale. În modelul arab se încadrează țările Arabia Saudită, Emiratele Arabe Unite, Qatar, Siria [23, 28].

Tabelul 2.5 Caracteristica comparativă a modelelor de finanțare a sistemelor de ocrotire a sănătății pentru anul 2013

	Modelele	COS în PIB, %	CPB în COS, %	CPT în COS, %	SE în COS, %	PD în COS, %
1	Modelul european	9,2	73,3	26,7	0,02	20,2
	<i>modelul scandinav</i>	9,8	81,9	18,1	0	15,4
	<i>modelul continental</i>	11,4	74,0	26,0	0	16,5
	<i>modelul anglo-saxon</i>	9,0	75,6	24,4	0	13,1
	<i>modelul mediteranean</i>	9,4	70,7	29,4	0	23,5
	<i>modelul estic european</i>	6,5	64,2	35,8	0,1	32,5
2	Modelul american	14,0	58,5	41,5	0	13,5
3	Modelul asiatic	6,1	62,6	37,5	1,3	29,5
4	Modelul african	7,2	53,4	46,6	17,1	37,5
5	Modelul arab	3,0	66,1	33,9	0,15	25,22
6	Modelul australian	9,6	74,8	25,2	0	14,9

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [114, 117]

Notă:

COS în PIB - Ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB, %;

CPB în COS - Ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %;

CPT în COS - Ponderea cheltuielilor private pentru ocrotirea sănătății în cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %;

SE în COS - Ponderea surselor externe pentru sănătate în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %;

PD în COS - Ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %.

Analizând indicatorii ce caracterizează nivelul de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății pentru țările incluse în modelul european constatăm că în mediu pe model principalul indicator, ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB se află la un nivel înalt - 9,22%,

din care 73,28% reprezintă cheltuielile publice și doar 26,74% - cheltuielile private. Acest fapt ne vorbește despre protecția socială sporită în țările europene. Menționăm nivelul nesemnificativ al surselor externe de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății – 0,02%, cauzat de economiile naționale avansate, care nu au nevoie de o susținere financiară externă pentru menținerea nivelului înalt al prestării serviciilor medicale. La fel, ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății confirmă acest fapt prin nivelul redus al acestui indicator – 20,2%.

Modelul american se deosebește de toate celelalte modele prin cea mai înaltă pondere a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB -14,0%. Altă trăsătură caracteristică acestui model este ponderea redusă a cheltuielilor publice (58,5%) și ponderea sporită a cheltuielilor private în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății - 41,5%. Datorită acoperirii majore cu asigurările medicale private, ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății este la fel de redusă, ca și în țările din modelul european - 13,5%. Din aceste considerente rezultă că modelele de succes privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății pot fi diferite.

Analizând indicatorii de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Asia, constatăm că ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății (6,1%) este mai mică decât în modelele menționate anterior. La fel, sunt repartizate diferit cheltuielile publice și cele private în totalul cheltuielilor pentru sănătate – 62,6% și 37,5%, confirmând aplicarea largă a asigurărilor medicale facultative paralel cu cele obligatorii. Ponderea plăților directe în totalul cheltuielilor pentru sănătate este destul de înaltă - 29,5%, ce este caracteristic țărilor mai puțin dezvoltate economic. Un alt indicator – ponderea surselor externe pentru sănătate se află la un nivel scăzut (1,3%) în comparație cu țările din modelul african (17,1%), și reflectă apariția necesității de finanțare externă pentru unele din țări din acest model.

Cea mai evidențiată caracteristică a modelului african este ponderea înaltă a surselor externe de finanțare în total cheltuieli pentru sănătate – 17,1%, în unele țări fiind de 38%. În acest model de finanțare prevalează plățile directe, ce au ponderea de 37,5% în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății. La fel este foarte înaltă ponderea cheltuielilor private – 46,6% și ponderea redusă a cheltuielilor publice (53,4%) în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, situație care provoacă instabilitate financiară a sistemului de ocrotire a sănătății în aceste țări.

Conform analizei indicatorilor finanțării sistemelor de ocrotire a sănătății, modelul australian este caracterizat prin ponderea înaltă a cheltuielilor pentru sănătate în PIB – 9,6%, din care 74,8% reprezintă cheltuielile publice și doar 25,2% cheltuielile private. La fel, ponderea plăților directe în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății este redusă – 14,9% și lipsesc sursele externe de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății.

Analizând indicatorii de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în țările arabe, constatăm că ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în produsul intern brut (3,0%) este mai mică comparativ cu toate modelele menționate. La fel, sunt repartizate diferit cheltuielile publice și cele private în totalul cheltuielilor pentru sănătate – 66,1% și 33,9%, confirmând aplicarea largă a asigurărilor medicale facultative, dar și ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății este destul de semnificativă.

Analizând indicatorii ce caracterizează nivelul de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova constatăm că în anul 2013 ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB se află la un nivel foarte înalt de 11,8 p.p., din care numai 46% reprezintă cheltuielile publice și altele 54% fiind cheltuieli private, fapt ce confirmă eficiența redusă a organizării finanțării sistemului național de ocrotire a sănătății.

Tabelul 2.6 Indicatorii ce caracterizează finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova pentru anii 2005 - 2013

Indicatori	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
COS în PIB, %	9,1	10,6	10,9	11,4	12,5	12,1	10,6	11,6	11,8
CPB în COS, %	46	44	45	47	48	46	50	45	46
CPT în COS, %	54	56	55	53	52	54	50	55	54
SE în COS, %	4,5	4,0	4,2	4,2	7,0	9,2	4,0	4,7	4,8
PD în COS, %	44,6	46,1	45,6	45,1	43,7	44,2	40,4	44,7	44,6

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [114, 117]

Notă:

COS în PIB - Ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB, %;

CPB în COS - Ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %;

CPT în COS - Ponderea cheltuielilor private pentru ocrotirea sănătății în cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %;

SE în COS - Ponderea surselor externe pentru sănătate în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %;

PD în COS - Ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, %.

În perioada 2005 – 2013 indicatorii ce caracterizează nivelul finanțării în Republica Moldova s-au situat practic la același nivel, însă cu toate acestea menționăm că în anul 2009 s-au valorificat cele mai semnificative resurse financiare alocate domeniului de ocrotire a sănătății prin evidențierea ponderii cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății în PIB de 12,5%. Finanțarea privată prevalează finanțarea publică pentru toată perioada analizată. Iar ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății a înregistrat nivelul cel mai înalt în perioada 2006 – 2008.

În anul 2013 existența finanțării din sursele externe în mărime de 4,8% din totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății ne plasează la un nivel cu unele țări din Africa. Această situație se agravează prin ponderea foarte înaltă a plăților directe în totalul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății (44,6%). Prin urmare putem constata ineficiența organizării modelului autohton de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății, în care majoritatea populației preferă să achite serviciile medicale prin plăți directe, necătând la faptul că ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB este una din cele mai înalte din Europa.

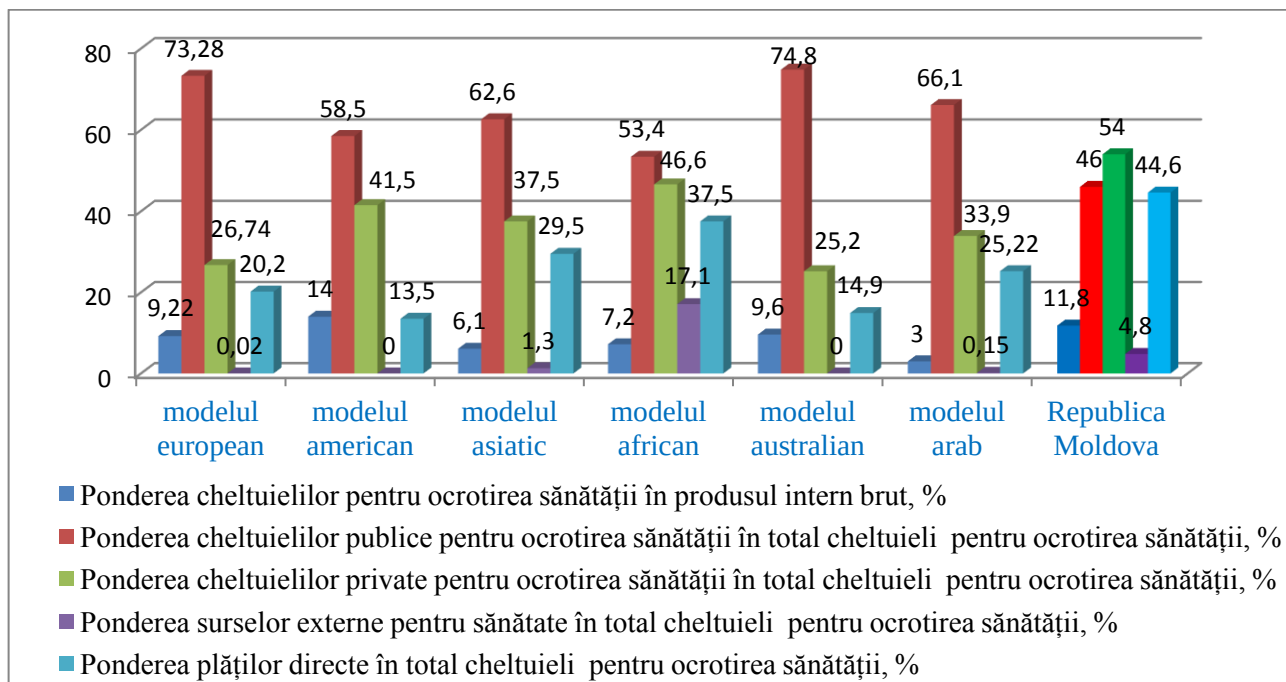


Fig. 2.15. Prezentarea indicatorilor ce caracterizează finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății la nivel mondial comparativ cu Republica Moldova pentru anul 2013
Sursa: elaborat de autor în baza studiului efectuat

Prin compararea indicatorilor calculați pentru Republica Moldova cu cele medii pe diferite modele de finanțare putem aprecia locul modelului național de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății la nivel mondial.

Reieșind din datele prezentate în figura 2.15, constatăm că Republica Moldova are trăsături comune cu mai multe modele de finanțare. Ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB are un nivel înalt caracteristic și pentru modelele european, american și australian. Dar nivelul ridicat al acestui indicator se datorează nu atât volumului mare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, cât volumului redus al Produsului Intern Brut.

Analizând ponderile cheltuielilor publice și celor private în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății Republica Moldova se apropie de modelul african, dar cu prevalarea cheltuielilor private, ce caracterizează finanțarea sistemului național de ocrotire a sănătății ca unul ineficient.

Acest lucru se confirmă și prin alt indicator – ponderea surselor externe în finanțarea ocrotirii sănătății (4,8%), care este mai mic în comparație cu modelul african (17,1%), dar mai mare comparativ cu alte modele, unde nivelul maxim a fost înregistrat la modelul arab de 0,15%.

Ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății este cea mai înaltă dintre mărimile medii a acestui indicator pe modelele prezentate, fapt ce confirmă existența problemelor serioase în acest domeniu și neîncrederea populației în modelul actual de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova.

O nouă abordare conceptuală privind clasificarea sistemelor de ocrotire a sănătății prezentată anterior de către autor este o încercare de a analiza sisteme de finanțare moderne, care s-au format pe plan mondial, reformându-se permanent și preluând reciproc idei, complicând, astfel, procesul de clasificare.

La nivelul tuturor sistemelor de sănătate se discută despre direcția de dezvoltare într-un mod profitabil a serviciilor medicale, în sensul unei dezvoltări sociale durabile.

2.4. Concluzii la capitolul 2

Concluziile ce rezultă din parcurgerea capitolului al doilea al lucrării se referă la evidențierea următoarelor aspecte:

1) Ca urmare a rezultatelor cercetării efectuate, autorul a identificat circuitul resurselor financiare prin prezentarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova evidențiind particularitățile finanțării publice și finanțării private. Modelul de finanțare existent reprezintă particularități specifice, deoarece finanțarea se efectuează prin mai multe canale de către consumatorii serviciilor medicale, angajatori și administrațiile publice.

2) Sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova este un sistem bazat pe asigurări medicale obligatorii, după capacitatea de plată a asiguratului, în care există, însă și alte posibilități de plată a serviciilor medicale, în afara decontărilor dintre prestatorii de servicii medicale și asigurătorul public, cum ar fi: asigurări private, plăți directe.

3) În rezultatul evaluării nivelului de finanțare autorul a relevat că în Republica Moldova finanțarea publică se efectuează preponderent din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală în proporție de 41,9% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, iar finanțarea privată se efectuează preponderent din plățile directe, care constituie 39,6% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății.

4) În Republica Moldova instrumentul financiar de acumulare și distribuire al resurselor de asigurare a riscului de boală, gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină sunt fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În baza analizei fondurilor asigurărilor

obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova pentru anii 2012-2013, autorul a constatat obținerea deficitelor de resurse financiare astfel finanțarea s-a dovedit a fi insuficientă. În acest context autorul a evidențiat necesitatea aplicării instrumentelor de acumulare a resurselor financiare suplimentare în sectorul ocrotirii sănătății. Această acțiune este oportună deoarece se evidențiază pronunțat procesul de îmbătrânire a populației pentru anii care urmează, iar baza veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală va fi în scădere, pe când nevoile de cheltuieli pentru ocrotirea sănătății vor fi în creștere.

5) În majoritatea țărilor există la etapa actuală o provocare privind îmbunătățirea finanțării sistemelor de ocrotire a sănătății în timp ce se observă presiunea de creștere a cheltuielilor în realizarea obiectivelor în domeniul ocrotirii sănătății. Reieșind din analiza indicatorilor finanțării publice și private, autorul relevă că, Republica Moldova are trăsături comune cu mai multe modele de finanțare. Ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în PIB are un nivel înalt caracteristic și pentru modelele european, american și australian. Dar nivelul ridicat al acestui indicator se datorează nu atât volumului mare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, cât volumului redus al PIB-lui.

6) Analizând nivelul de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prin prisma formării unei noi clasificări a modelelor de finanțare autorul a evidențiat rolul și importanța indicatorilor ce caracterizează aspectul finanțării publice și private a sistemului de ocrotire a sănătății, iar prin utilizarea acestora la raportarea activității instituțiilor medico-sanitare în Republica Moldova se va realiza transparența financiară a domeniului de ocrotire a sănătății.

3. OPORTUNITĂȚI PRIVIND PERFEȚIONAREA FINANȚĂRII SISTEMULUI DE OCROTIRE A SĂNĂTĂȚII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

3.1. Dezvoltarea mecanismului financiar al sistemului național de ocrotire a sănătății

Mecanismul financiar este parte componentă a mecanismului economic al unei țări și reprezintă totalitatea formelor și metodelor cu ajutorul cărora se asigură realizarea unui sistem de relații de repartizare, formare a veniturilor, creare a și realizare a fondurilor financiare publice și private [87].

Argumentarea științifică a mecanismului financiar constă în faptul că finanțele reprezintă un mecanism de redistribuire neechivalentă a veniturilor societății în folosul unui subiect în detrimentul altui cu scopul asigurării îndeplinirii funcțiilor sale de care societatea are nevoie. Acest mecanism de redistribuire trebuie să funcționeze pentru asigurarea nivelului necesar îndeplinirii funcțiilor de către stat. Conform acestei opinii mecanismul întrunește procesul redistribuirii referindu-se la îndeplinirea funcției statului ocrotirea sănătății populației.

Mecanismul financiar este o componentă de structură funcțională a mecanismului economic și exprimă modul de organizare și circulație a fluxurilor financiare prin care se realizează mobilizarea, repartizarea și utilizarea fondurilor financiare constituite în cadrul economiei naționale [6, 87].

În opinia autorului, *mechanismul financiar al sistemului de ocrotire a sănătății* poate fi prezentat sub forma unui sistem de gestiune a finanțelor fiind destinat organizării interacțiunii relațiilor financiare, precum și fluxurile mijloacelor bănești în corespundere cu cerințele legilor economice prin utilizarea instrumentelor financiare în conformitate cu actele normative și legislative.

Toate tipurile de relații financiare în structura mecanismului financiar se află într-o strânsă conexiune. Realizarea acestei conexiuni se efectuează prin intermediul plăților de impozit în buget și a finanțării bugetare, a menținerii stabilității situației financiare a subiectului economiei, a orientării necomerciale de funcționare a instituțiilor individuale din sfera socială prin raporturile de asigurare [6, 87].

Analiza mecanismului financiar oferă posibilitatea divizării lui în subsisteme. În numărul subsistemelor se includ: informația financiară, planificarea și prognozarea financiară, dreptul financiar, controlul financiar, gestiunea (reglementarea) operativă financiară. Reprezentarea sistematică a mecanismului financiar presupune o ordine anumită, bazată pe așezarea planificată

a părților. Și trebuie de menționat că părțile componente ale acestuia sunt interdependente. La fel menționăm că, fiecare subsistem se caracterizează printr-o integritate relativă.

La organizarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății trebuie de luat în considerare următoarele aspecte:

- forța motrice a dezvoltării domeniului ocrotirii sănătății, este capabil să fie mecanismul financiar organizat eficient, care corespunde nivelului actual al țărilor dezvoltate;
- mecanismul financiar al instituțiilor medicale se modifică în mod semnificativ, ca urmare a participării lor la relațiile de piață;
- fiecare element al mecanismului financiar își îndeplinește funcția sa, cu toate acestea, acțiunile lor ar trebui să fie legate, coordonate și să funcționeze în realizarea sarcinei principale - acumularea și gestiunea resurselor financiare a ocrotirii sănătății, precum și controlul costurilor.

Mecanismul financiar influențează asupra sistemului socio-economic al societății. Acest proces se realizează prin desfășurarea unei politici financiare. Îndeplinirea obiectivelor, elaborate și adoptate în cadrul politicii financiare, se efectuează de către stat, unități administrativ teritoriale, subiecții economiei, inclusiv întreprinderi, organizații și instituții.

Influența mecanismului financiar asupra domeniului material și social al vieții publice posedă o caracteristică bilaterală. Acțiunea directă se petrece în timpul procesului de aprovizionare financiară a activității tuturor subiecților economici în limitele resurselor financiare admisibile. Caracterul rezultativ al influenței directe se estimează în măsura satisfacerii fiecărui membru al societății (colectiv, persoană). Influența indirectă se efectuează prin formularea și realizarea unui ansamblu determinat de obiective și atingerea nivelului indicatorului special măsurat în expresie valorică. Fiecare element structural al mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății în baza particularităților sale și într-o perioadă determinată de timp exercită o acțiune de diferite proporții asupra reproducției publice în întregime sau asupra sferelor sale separat, servește drept catalizator sau încetinește relevarea unor fenomene economice determinate, oferă ajutor în atingerea obiectivelor indicate.

Prin intermediul mecanismului financiar se efectuează realizarea reală a garanțiilor sociale. Notoriu este, că executarea părții importante a garanțiilor sociale se efectuează cu susținerea statului prin utilizarea principiilor bugetare și de asigurare, în special, cele fixate în legea fundamentală a statului, printre care se numără și dreptul la ocrotire a sănătății cetățenilor.

Cadrul legislativ, în care se reflectă principiile legilor economice obiective, se consideră destul de rațional. Constituirea sistemului de ocrotire a sănătății și funcționarea mecanismului

financiar luând în considerație indicațiile unei astfel de baze normativ-legale contribuie la dezvoltarea și perfecționarea permanentă a sănătății publice a statului.

În lista legilor economice fundamentale de către știința economică se include și tendința spre o satisfacere mai completă a necesităților societății. Sfera sănătății publice ce oferă servicii medicale membrilor societății totalmente corespunde acestei direcții. Așadar și mecanismul financiar se formează ținând cont de posibilitatea satisfacerii necesității sociale indicate.

La fiecare etapă de dezvoltare a societății umane se simțea o necesitate acută de majorare a volumului și de perfecționare a calității serviciilor medicale. Toate acestea pot fi realizate la nivelul instituțiilor medico-sanitare doar în cazul funcționării unui mecanism complex.

Un impact evident asupra acestui proces îl are limitarea resurselor. În sfera de ocrotire a sănătății se constată o discrepanță între semnificația primordială a necesității de primire a serviciilor medicale și volumul resurselor financiare cu scopul satisfacerii acesteia.

Selectarea corelației modelelor financiare după pondere trebuie să se efectueze ținând cont de nivelul dezvoltării sistemului economic al societății și de posibilitatea satisfacerii necesităților unor membri concreți ai societății în domeniul de ocrotire al sănătății. Oferirea bunurilor gratuit este cea mai nereușită formă de repartizare a bunurilor. Vom fi de acord cu această opinie, întrucât necesitatea bunurilor gratuite practic este nemărginită/nelimitată. Experiența națională a țării noastre servește drept confirmare. Admisibil este să constatăm, că oferirea asistenței medicale gratuit a contribuit la diminuarea calității, la limitarea efectivă a ajutorului medical calificat pentru mulți dintre cetățeni.

Un rol esențial îl joacă calitatea obiectivității economice legislative. Ea include și părerea teoretică despre importanța reglementării de stat, îndeosebi în sfera socială, care simte într-o măsură completă impactul gestiunii în condiții de piață. Anume în așa situație este domeniul de ocrotire a sănătății, al cărui mecanism financiar de asemenea se află sub influența dispozițiilor reglementării de stat.

Serviciile de ocrotire a sănătății ai membrilor societății sunt incluse în componența unui sistem larg de bunuri personale. Fiecare bun personal posedă calitatea exclusivității, apare necesitatea obținerii acestui bun de fiecare membru al societății la formarea unei necesități concrete. Consumul public comun al acestui tip de bun duce la scăderea acestuia. Astfel misiunea statului în fața societății este asigurarea accesului serviciilor medicale pentru fiecare cetățean. Împreună cu aceasta de către stat trebuie să fie format un mecanism de organizare, funcționare și finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății populației. Consecutiv de către stat se efectuează o prescripție publică cu privire la individualizarea consumului bunului de pe poziția intereselor comune ale societății.

Statul organizează și efectuează reglementarea volumului de resurse financiare, repartizate în sfera de ocrotire a sănătății. Prin intermediul mijloacelor bănești se asigură conținutul curent și acoperirea direcțiilor prioritare ale sistemului de ocrotire a sănătății. Concomitent de către stat se înaintează cerința creșterii calității serviciilor medicale ca un element de socializare a societății. În cadrul acestor direcții se efectuează reformarea mecanismului economic și financiar, se transformă principiile de finanțare a organizațiilor, se implementează indicatorii eficienței de funcționare a întregii sfere de ocrotire a sănătății. Perfecționarea procedurii de primire a bunurilor personale de ocrotire a sănătății trebuie să se efectueze ținând cont de acumularea unui volum corespunzător de resurse financiare și realizarea unei situații de echilibru a intereselor fiecărui membru precum și a statului.

Relațiile financiare, grupate de mecanismul financiar, de asemenea se exprimă printr-un ansamblu de relații monetare, apărute în procesul formării și utilizării fondurilor de mijloace bănești, fiind destinate concret – pentru ocrotirea sănătății. Multitudinea tipurilor de relații financiare, mediate în mecanismul financiar al sistemului de ocrotire a sănătății, este condiționată de mulțimea subiectelor de gestiune sub forma unor instituții medico-sanitare și companii de asigurări medicale (diferite forme de proprietate și forme juridico-organizaționale), de participarea instituțiilor financiare specifice (fonduri extrabugetare, sistemul de trezorerie, organizațiile de asigurări), de complicarea relațiilor economice dintre ele, de o participare activă a statului prin intermediul organelor sale de reglementare a proceselor economice și sociale, ce se petrec în sfera ocrotirii sănătății populației.

Resursele financiare, care se transformă în mecanismul financiar, se produc în urma redistribuirii PIB-ului. Într-o interpretare teoretică mai vastă resursele financiare se prezintă sub forma unei caracteristici calitative a rezultatului financiar a procesului de reproducție pentru o perioadă determinată de timp. Caracteristica de reproducție definește resursele financiare ca o parte a resurselor monetare, aflate la dispoziția statului, a organelor locale și a subiecților economici și utilizate de aceștia în scopuri de reproducție, de satisfacere a necesităților social-culturale ale populației și pentru executarea de către stat a funcțiilor sale. Într-adevăr, aici e importantă demonstrarea conexiunii între resursele financiare și posibilitatea satisfacerii unei necesități sociale importante a cetățeanului precum este ocrotirea sănătății.

În opinia autorului, resursele financiare sunt mijloacele bănești concentrate de toți subiecții economiei – participanți în sfera de ocrotire a sănătății omului, mijloacele bănești, utilizate în calitate de sursă de dezvoltare a sănătății publice și menținerea nivelului actual de acordare a ajutorului medical populației. Menirea principală a resurselor financiare în cazul dat

constă în aprovizionarea nivelului de funcționare în curs de dezvoltare al acestui sector important din sfera socială cu scopul satisfacerii unei necesități importante a omului.

În mecanismul financiar resursele financiare nu sunt echivalente conform conținutului și importanței economice. Evaluarea lor poate fi efectuată în dependență de subiectul – participant din sfera de ocrotire a sănătății cetățenilor. O parte din resursele financiare se redistribuie la nivelul statului. O importanță din ce în ce mai mare o capătă resursele financiare la nivelul instituțiilor.

Asupra mecanismului financiar a sistemului de ocrotire a sănătății influențează o serie de factori. Printre aceștia numărul subiecților, care participă la organizarea, acordarea și satisfacerea necesităților de servicii medicale. În componența lor sunt incluse autoritatea publică, elementele organizaționale ale sistemului sănătății publice, instituțiile medicale cu diferite domenii de activitate și forme de proprietate, companiile de asigurare, care efectuează finanțarea, cetățenii care necesită serviciul medical și altele.

Generatorul factorial al sistemului de ocrotire a sănătății cetățenilor și a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății se prezintă ca un ansamblu de circumstanțe esențiale, ce contribuie la perfecționarea, dezvoltarea și funcționarea efectivă a sănătății publice, elaborat în baza Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 [49].

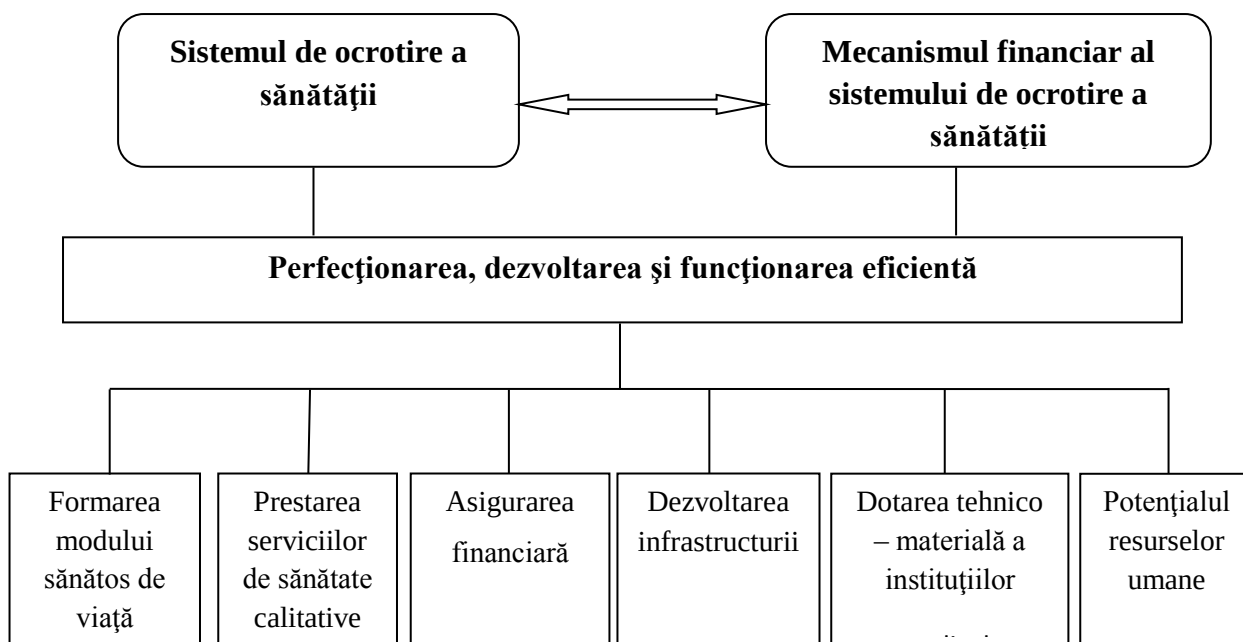


Fig. 3.1. Corelația sistemului de ocrotire a sănătății și mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [49]

Perfecționarea componentei organizaționale asigură formarea unui mod de viață sănătos al cetățenilor și acordarea ajutorului medical calitativ și gratuit sub formă de garanții de stat. În asigurarea de resurse sunt grupate direcțiile financiară, material-tehnică și tehnologică. Dezvoltarea infrastructurii și asigurării de resurse se efectuează în baza pozițiilor inovatoare și de standardizare. Potențialul profesionist semnifică nu doar suficiența cantitativă a cadrelor medicale calificate, dar și aptitudinea lor de a participa activ în toate direcțiile de dezvoltare a sistemului național de ocrotire a sănătății cetățenilor. Fiecare factor, fiind un element de interacțiune, se prezintă în interdependența și în determinarea reciprocă a dezvoltării ulterioare a ocrotirii sănătății a țării. La general, factorialul generator al sistemului se determină prin rolul și importanța ocrotirii sănătății în sistemul social și procesele sociale.

Proiectarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății permite de a-l reprezenta prin evidențierea a 4 elemente prezentate în figura 3.2.

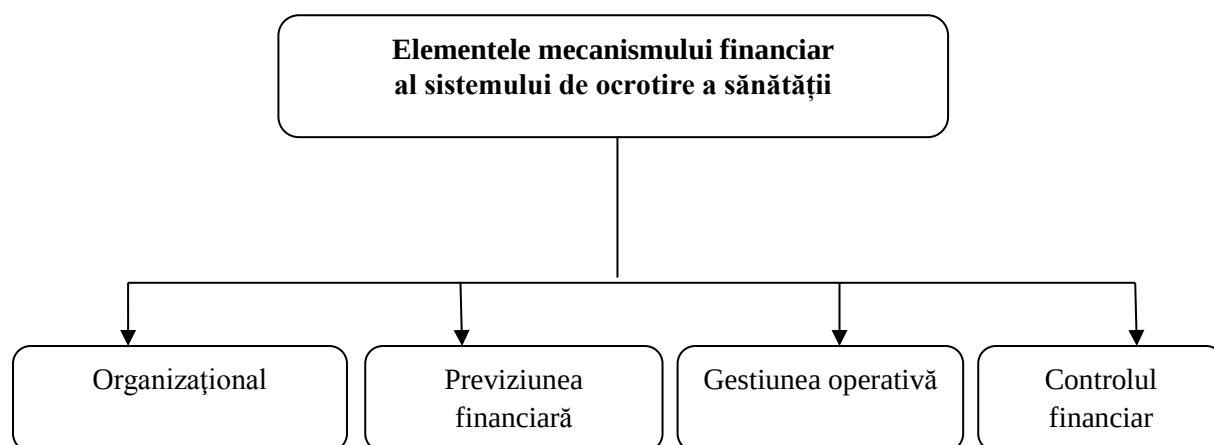


Fig. 3.2. Componentele mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății
Sursa: elaborat de către autor

O poziție inițială o deține elementul organizațional, care grupează sistemul de ocrotire a sănătății după categorii de clasificare, precum și structura organizațională a instituției. Un rol important îl execută elementul previziunii financiare, deoarece în baza acestuia se pot efectua corelări cu factorii de influență și în final determinarea necesarului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății. O influență semnificativă asupra mecanismului financiar o exercită și elementul gestiunea operativă, care concentrează ansamblul deciziilor financiare în funcționarea sistemului de ocrotire a sănătății la nivelul instituțiilor care își desfășoară activitatea în sfera de ocrotire a sănătății. Ca element final se prezintă controlul financiar, prin intermediul căruia se asigură evaluarea raționalității rezultatelor de funcționare a instituțiilor medicale, precum și

transparența utilizării fondurilor financiare din domeniul ocrotirii sănătății. Fiecare modul al acestui mecanism financiar prezentându-se ca parte integrantă a unui complex unit.

Acțiunea funcțional-instrumentală a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății se determină prin volumul resurselor financiare, acordate de diferite surse pentru ocrotirea sănătății. Un rol esențial îl joacă atât sursele, cât și metodele de acumulare a resurselor financiare. Resursele financiare formate în modulul planificării și prognozării se preconizează pentru scopuri concrete din sfera ocrotirii sănătății. O importanță considerabilă o dețin și formele de acordare a resurselor financiare, convertirea lor într-o formă bănească și circuitul prin canalele asigurării financiare. Substanțială este și argumentarea utilizării mijloacelor bănești. Ca un moment final – utilizarea instrumentelor controlului financiar. Totalitatea acțiunilor funcțional-instrumentale se grupează și se coordonează în cadrul mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății.

În opinia autorului, este necesar de efectuat o abordare mai complexă a conținutului mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății care ar permite dezvoltarea acestuia prin intermediul formării și utilizării resurselor financiare publice și private.

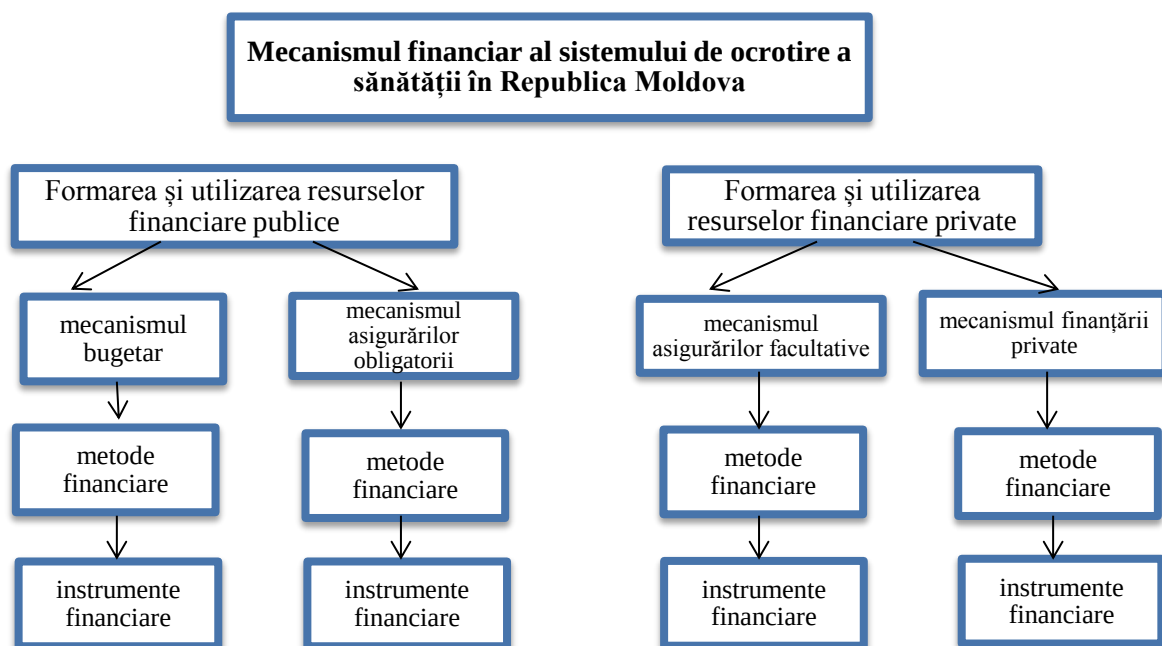


Fig. 3.3. Structura funcționării mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova
Sursa: elaborat de autor

Deoarece în capitolul 2 s-a identificat și s-a analizat finanțarea publică și finanțarea privată a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova, autorul susține iedeia ajustării mecanismului financiar clasic al sistemului de ocrotire a sănătății prin dezvoltarea acestuia și formarea unei structuri noi, prezentată în figura 3.3.

Autorul determină mecanismul financiar al ocrotirii sănătății din perspectiva abordării finanțării publice și private ca totalitatea tipurilor și formelor de organizare a relațiilor financiare, metodelor și instrumentelor formării și utilizării resurselor financiare.

La baza mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății se evidențiază următoarele componente de bază:

- metodele financiare;
- instrumentele financiare;
- cadrul legislativ;
- cadrul normativ;
- suportul informațional.

Metodele financiare, instrumentele financiare reprezintă aparatul științific-practic al mecanismului și au o semnificație aplicativă. La rândul său, cadrul legislativ și normativ, suportul informațional oferă posibilitatea utilizării metodelor financiare și instrumentelor financiare în vederea gestiunii resurselor financiare al sistemului de ocrotire a sănătății. Acțiunea elementelor mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății este destinată organizării interacțiunii fondurilor financiare și relațiilor financiare desfășurate dintre subiecții domeniului ocrotirii sănătății.

Funcționarea mecanismului financiar se datorează volumului resurselor financiare alocate în scopuri bine determinate, modalităților de formare a resurselor financiare, precum și prin ce forme are loc circulația bănească și în ce condiții sunt alocate și utilizate mijloacele bănești. Astfel funcționarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova se referă la formarea și utilizarea resurselor financiare publice și formarea și utilizarea resurselor financiare private.

Formarea și utilizarea resurselor financiare publice se referă la funcționarea mecanismului bugetar și mecanismului asigurărilor medicale obligatorii. Funcționarea mecanismului bugetar include utilizarea metodelor financiare și instrumentelor financiare.

Formarea și utilizarea resurselor financiare private se referă la funcționarea mecanismului asigurărilor medicale facultative și mecanismul finanțării private. Funcționarea mecanismului asigurărilor medicale facultative și mecanismul finanțării private se realizează în conformitate cu metodele și instrumentele financiare.

În calitate de metodă de influență asupra procesului organizațional-economic al activității subiecților din sfera de ocrotire a sănătății populației, asupra relațiilor financiare din interiorul mecanismului financiar se aplică metodele financiare. Cu ajutorul metodelor financiare se desfășoară procesul formării și utilizării fondurilor de mijloace bănești cu caracter bugetar, de asigurare și comercial. Utilizarea metodelor financiare are un sens dublu. Primul sens stipulează circulația resurselor financiare și procedura gestionării lor în acest sector important al sferei sociale. Al doilea – se distribuie în dependență de principiile financiare (bugetară, de asigurare și comercială). Aici are loc compararea cheltuielilor efectuate cu rezultatele sociale, economice și financiare primite.

Metodele financiare utilizate în cadrul mecanismului bugetar se referă la impozitare, finanțare din bugetul de stat și bugetele unităților administrativ teritoriale, planificare și control. Metodele financiare utilizate în cadrul mecanismului asigurărilor medicale obligatorii include asigurarea obligatorie, finanțarea cheltuielilor, plăți bănești, ajutor social. Metodele financiare utilizate în cadrul mecanismelor cu caracter privat se referă la asigurarea medicală facultativă efectuată de către angajatori, asigurarea medicală facultativă individuală, finanțarea individuală, stimularea fiscală a angajatorilor.

În stare de analiză de către mecanism sunt pe larg utilizate instrumentele financiare reprezentând totalitatea produselor financiare prin intermediul cărora se acumulează și se redistribuie resursele financiare în sfera de ocrotire a sănătății. Astfel încât utilizarea instrumentelor financiare se realizează în timpul activității atât a organelor de stat, a subiecților gestionării ce funcționează în domeniul ocrotirii sănătății, cât și a unor instituții financiare.

Într-o interpretare științifică vastă instrumentele financiare se utilizează în calitate de componente ale mecanismului financiar de către stat și subiecții gestionării pentru a influența asupra economiei și sferei sociale cu scopul atingerii unor rezultate pozitive. O acțiune reală asupra acestor sfere ale vieții sociale este posibilă prin utilizarea instrumentelor concrete și nu a noțiunilor abstracte. Majoritatea dintre care se definesc printr-o modalitate legislativ-normativă.

Renovarea instrumentelor financiare se efectuează în timpul reformării economice, ce ține cont de cerințele economiei de piață și ale dezvoltării sferei sociale a comunității. Aplicarea instrumentelor financiare concrete nu trebuie să frâneze dezvoltarea socială și economică a comunității. Totalitatea instrumentelor financiare trebuie să fie ca un catalizator al reformelor moderne.

Instrumentele financiare utilizate în cadrul mecanismului bugetar se referă la impozite și taxe, normative, subvenții. Instrumentele financiare utilizate în cadrul mecanismului asigurărilor medicale se referă la contribuțiile la asigurări medicale obligatorii, cheltuieli, normative, polița

de asigurare medicală obligatorie. Instrumentele financiare utilizate în cadrul mecanismelor cu caracter privat se referă la tarife, preț, polița de asigurare medicală facultativă, bonus.

Funcționarea mecanismului financiar al ocrotirii sănătății depinde nu doar de utilizarea metodelor financiare și instrumentelor financiare, dar și de cadrul legislativ, normativ și suportul informațional. Constituirea și funcționarea mecanismului financiar se bazează pe legislația financiară și politica de stat în sfera ocrotirii sănătății omului. Cadrul legislativ, pe care se bazează funcționarea mecanismului financiar, grupează legislația națională legi, hotărâri ale Guvernului, ordine, dispoziții ale Ministerului Sănătății, ale ministerelor, regulamente, documente juridice ale altor departamente și organe de administrare, dar totodată sunt importante și regulamentele Comisiei Europene. În întregime utilizarea normelor juridice ale dreptului financiar permite de a stabili standarde unice de circulație a mijloacelor bănești între subiecții din domeniul ocrotirii sănătății. Cadrul normativ are în vedere instrucțiuni, normative, norme, instrucțiuni metodologice, ș.a.

Câmpul informațional de funcționare a mecanismului financiar grupează informația de diferite dimensiuni cu destinație socială, economică și medicală. La fel este foarte important de creat o transparență financiară a sistemului de ocrotire a sănătății prin centralizarea și publicarea informației luând în considerație standarde europene și Organizației Mondiale a Sănătății.

Recunoașterea polivalenței conținutului interior și structura mecanismului financiar permite de a alcătui o caracteristică de influență a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății asupra domeniului ocrotirii sănătății. Figura 3.4.

În fond mecanismul financiar al sistemului de ocrotire a sănătății, creând relații financiare, conduce la circulația dinamică a resurselor financiare. În ordine formalizată se efectuează asigurarea financiară. Încât circulația mijloacelor bănești are loc în cadrul reglementării financiare. Importanța sa este condiționată de nivelul dezvoltării economice a societății și de politica de stat cu privire la sectorul ocrotirii sănătății. Destinația specială permite de a concentra mijloacele bănești în sfera ocrotirii sănătății populației. Cu ajutorul mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății se realizează asigurarea financiară cu fonduri financiare necesare sectorului de sănătate prin influențarea relațiilor financiare și mai întâi de toate asupra activității de gestiune a fluxurilor financiare.

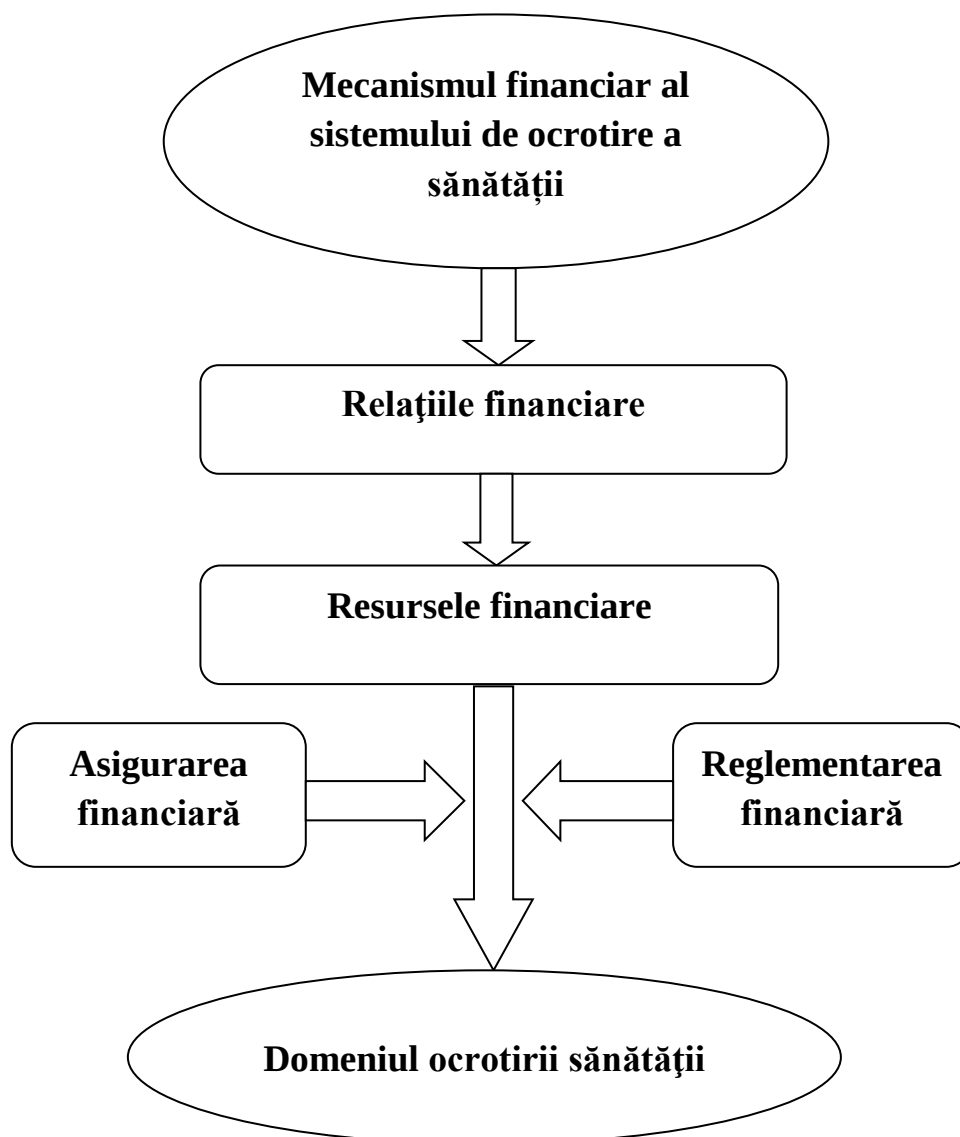


Fig. 3.4. Influența mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății asupra domeniului ocrotirii sănătății
Sursa: elaborat de autor

Autorul consideră că, mecanismul financiar al sistemului de ocrotire a sănătății trebuie să îndeplinească următoarele funcții:

- formarea fondurilor financiare al sistemului de ocrotire a sănătății în baza funcționării modelului de finanțare;
- utilizarea fondurilor financiare orientate spre producere, obținerea rezultatelor și eficiență;
- creșterea transparenței utilizării fondurilor financiare;
- adaptarea la condițiile modificării mediului extern.

În domeniul ocrotirii a sănătății se constată o discrepanță între semnificația primordială a necesității de primire a serviciilor medicale și volumul resurselor financiare, alocate de societate,

cu scopul satisfacerii acesteia. La fiecare etapă de dezvoltare a societății umane mereu se simțea o necesitate acută de majorare a volumului și de perfecționare a calității serviciilor medicale. Toate acestea pot fi realizate la nivelul sistemului de ocrotire a sănătății doar în cazul funcționării unui mecanism financiar adecvat.

3.2. Prognozarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova prin aplicarea modelării econometrice

Ponderea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în produsul intern brut crește în majoritatea țărilor dezvoltate. Cu toate că majorarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății reprezintă o preocupare publică majoră, se cunosc foarte puține aspecte legate de factorii care influențează creșterea rapidă a acestor cheltuieli.

Cercetătorii Hoffmeyer U. și McCarthy Th. afirmă că există doar un singur factor statistic clar și bine determinat care influențează cheltuielile pentru ocrotirea sănătății și anume corelarea acestora cu produsul intern brut. Astfel autorii concluzionează că, variațiile venitului național pe cap de locuitor sunt strâns corelate cu variațiile cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor [105].

Cercetările de dată recentă al căror trend a fost inițial stabilit de către Murthy N., King A. s-au axat în ultimii ani pe analiza seriilor de timp a variabilelor respective aplicate cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății și produsului intern brut [106, 110].

Cercetările efectuate asupra factorilor determinanți ai cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății s-au concentrat pe evaluarea legăturii existente între volumul cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății și produsul intern brut. Încercările de determinare a altor variabile exogene potrivite, nici chiar aparent evidentă pondere a populației în etate de 65 de ani și peste în populația totală nu s-a dovedit a contribui la explicarea cheltuielilor publice cu sănătatea, excepție fiind studiul lui Matteo Di [108].

Văidean V. a efectuat modelarea econometrică determinând dependența cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății la modificarea PIB-ului constatând faptul că la creșterea PIB-ului are loc creșterea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății [92].

Revizuirea literaturii scrise în acest domeniu, concluzionăm că, chiar cu eforturi de cercetare intensă, nu se cunoaște exact gradul de integrare a variabilelor de cheltuieli pentru ocrotirea sănătății. Nu există o teorie formală care să explice și să prezică cheltuielile pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor.

Totodată, în cadrul legăturilor multiple, variabilele factoriale au influențe diferite asupra variabilei rezultative, respectiv unele exercită o acțiune semnificativă asupra fenomenului efect și

trebuie să fie luate în considerație la calculul de regresie și corelație, iar altele au o acțiune mai puțin importantă și pot fi neglijate. Metodele de corelație au ca efect simplificarea calculelor și concluziilor, deoarece este foarte dificil să se cuantifice mulțimea tuturor factorilor cauzali care acționează asupra unui fenomen sau proces economico-social.

Metodele și tehnicile statistice de cuantificare, de analiză factorială, de estimare și testare sunt reprezentate de o mulțime extinsă și variată de metode și instrumente statistico-matematice. Cele mai semnificative dintre aceste metode și instrumente sunt aplicate, sub o formă sau alta, asupra datelor de intrare disponibile, cu scopul explicitării factoriale și, în consecință, obținerii informațiilor necesare fundamentării deciziilor de acțiune [71, 75].

Pentru a realiza modelarea cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății la nivelul Republicii Moldova, s-a luat în vedere indicatorul utilizat cel mai frecvent în studiile descriptive și empirice, și anume produsul intern brut. Folosind analiza seriilor de timp s-a încercat să se verifice ipoteza existenței sau nu a unei dependențe între produsul intern brut și cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății populației Republicii Moldova. (Tabelul A 8.1)

În baza informației statistice anuale pentru indicatorii produsul intern brut și cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății s-a estimat un model econometric liniar simplu, unde cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății reprezintă variabila endogenă, iar produsul intern brut este variabila exogenă:

$$y_t = a + bx_t + \xi_t \quad (3.1)$$

Unde:

y_t - cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății;

x_t - produsul intern brut;

ξ_t - variabila reziduală.

La testarea legăturii dintre y_t și x_t s-a respins ipoteza nulă și s-a acceptat contrar, deci s-a stabilit că există legătură dintre y_t și x_t la nivel de populație.

Determinarea estimatorilor parametrilor modelului s-a făcut cu Metoda Celor Mai Mici Pătrate (MCMMP) pentru perioada 2001-2013 și s-a obținut următoarea regresie:

$$CTOS = -795,584 + 0,121 * PIB \quad (3.2)$$

CTOS – cheltuieli totale pentru ocrotirea sănătății

Interpretarea regresiei este următoarea: la o creștere a produsului intern brut cu 1 mln. lei, cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății vor crește în medie cu 0,121 mln. lei. (Tabelul A 11.1)

La testarea autocorelației erorilor prin testul Durbin-Watson s-a obținut valoarea $DW=1,550586$, ceea ce semnifică că este posibilă prezența autocorelației erorilor. Însă un alt test Breush-Godfrey respinge această ipoteză. Astfel putem considera că în acest model nu este autocorelarea erorilor.

La testarea homoscedasticității modelului s-a obținut că intensitatea influenței variabilei exogene (produsul intern brut) asupra variabilei endogene (cheltuieli totale pentru ocrotirea sănătății) nu diferă semnificativ în timp, deci modelul este homoscedastic, la testarea validității (semnificației) parametrilor modelului, s-a respins ipoteza nulă și s-a acceptat contrara, deci parametrul **b** este semnificativ diferit de zero la nivel de populație, ceea ce înseamnă că produsul intern brut este un factor semnificativ pentru cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății.

S-a obținut un coeficient de corelație de 0,967, care confirmă legătura puternică între variabila exogenă și cea endogenă. Evident cu cât R^2 ia valori mai aproape de 1, cu atât modelul de regresie ajustează mai bine datele din eșantion.

S-a încercat determinarea și a altor forme de regresii, ca de exemplu: includerea în ecuația de mai sus a variabilei dependente cu log, a variabilei PIB^2 , dar testarea econometrică a respins aceste specificații.

Forma logaritmică a regresiei ar permite să se determine coeficientul de elasticitate:

$$\text{Log}(y_t) = a + (b) \log(x_t) + \varepsilon_t \quad (3.3)$$

$$\text{Log}(\text{ch_os}) = -5,36 + 1,284 \log(\text{PIB})$$

$$\text{ch_os} = e^{-5,36} \cdot \text{PIB}^{1,284}$$

$$\text{ch_os} = 0,0047 \cdot \text{PIB}^{1,284}$$

Astfel la creșterea produsului intern brut cu 1% cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății vor crește cu 1,284%. (Tabelul A 11.2)

Deoarece ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova constituie 50% în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, considerăm că este important de cercetat dependența dintre PIB și cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății.

Folosind analiza seriilor de timp s-a încercat să se verifice ipoteza existenței sau nu a unei dependențe între produsul intern brut și cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății populației Republicii Moldova.

În baza informației statistice anuale pentru indicatorii produsul intern brut și cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății s-a estimat un model econometric liniar simplu, unde cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății reprezintă variabila endogenă, iar produsul intern brut este variabila exogenă:

$$y_t = a + bx_t + \xi_t \quad (3.4)$$

y_t - cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății;

x_t - produsul intern brut;

ξ_t - variabila reziduală.

La testarea legăturii dintre y_t și x_t s-a respins ipoteza nulă și s-a acceptat contrar, deci s-a stabilit că există legătură dintre y_t și x_t la nivel de populație. (Tabelul A 12.1)

Determinarea estimatorilor parametrilor modelului s-a făcut cu Metoda Celor Mai Mici Pătrate (MCMMP) pentru perioada 2001-2013 și s-a obținut următoarea regresie:

$$CPOS = -475,430 + 0,0596 \cdot PIB \quad (3.5)$$

CPOS – cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății.

Interpretarea regresiei este următoarea: la o creștere a produsului intern brut cu 1 mln. lei, cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății vor crește în medie cu 0,0596 mln. lei.

La testarea autocorelației erorilor prin testul Durbin-Watson s-a obținut valoarea $DW=1,30049$, ceea ce semnifică că este posibilă prezența autocorelației erorilor. Însă un alt test Breush-Godfrey respinge această ipoteză. Astfel putem considera că în acest model nu este autocorelarea erorilor.

La testarea homoscedasticității modelului s-a obținut că intensitatea influenței variabilei exogene (produsul intern brut) asupra variabilei endogene (cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății) nu diferă semnificativ în timp, deci modelul este homoscedastic, la testarea validității (semnificației) parametrilor modelului, s-a respins ipoteza nulă și s-a acceptat contrara, deci parametrul **b** este semnificativ diferit de zero la nivel de populație, ceea ce înseamnă că produsul intern brut este un factor semnificativ pentru cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății.

S-a obținut un coeficient de corelație de 0,98, care confirmă legătura puternică între variabila exogenă și cea endogenă. Evident cu cât R^2 ia valori mai aproape de 1, cu atât modelul de regresie ajustează mai bine datele din eșantion.

S-a încercat determinarea și a altor forme de regresii, ca de exemplu: includerea în ecuația de mai sus a variabilei dependente cu log, a variabilei PIB^2 , dar testarea econometrică a respins aceste specificații.

Forma logaritmică a regresiei ar permite să se determine coeficientul de elasticitate:

$$\text{Log}(y_t) = a + (b) \log(x_t) + \varepsilon_t \quad (3.6)$$

$$\text{Log}(\text{ch_pub}) = -6,27 + 1,29 \log(\text{PIB})$$

$$\text{ch_pub} = e^{-6,27} * \text{PIB}^{1,29}$$

$$\text{ch_pub} = 0,0019 * \text{PIB}^{1,29}$$

Astfel la creșterea produsului intern brut cu 1% cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății vor crește cu 1,29%. (Tabelul A 12.2)

În Republica Moldova ponderea persoanelor vârstnice în structura populației a sporit de la 14,4% în anul 2000 la 16,3% în anul 2013, ceea ce semnifică creșterea cu 1,9 p.p. [73]. (Figura A 13.1). În acest context s-a încercat să observăm influența persoanelor vârstnice asupra cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor. Au fost incluse datele perioadei 2001-2013 privind cheltuielile publice pe cap de locuitor și ponderea persoanelor vârstnice în total populația țării. (Tabelul A 9.1)

Corelația dintre cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor și variabila exogenă ponderea persoanelor vârstnice în total populația Republicii Moldova poate fi verificată prin utilizarea modelului logaritmic. (Tabelul A 14.1)

$$\log(y_t) = \alpha + \beta \log(x_t) + t + t^2 + \varepsilon_t \quad (3.7)$$

$$\text{Log}(\text{ch_pub_cap locuitor}) = -19,0 + 4,86 \log(\text{Ponderea PV}) + 0,34t - 0,018t^2$$

$$\text{ch_pub_cap locuitor} = e^{-19,0} * e^{0,34t} * e^{-0,018t^2} * \text{Ponderea PV}^{4,86}$$

$$\text{ch_pub_cap locuitor} = 5,60 * \text{Ponderea PV}^{4,86} * e^{0,34t} * e^{-0,018t^2}$$

Interpretarea regresiei ne comunică că, la creșterea raportului persoane vârstnice/total populație cu 1% cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor vor crește cu 4,86%. Astfel s-a confirmat influența ponderii persoanelor vârstnice în total populație asupra modificării cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății.

În baza regresiei simple a corelației cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății cu produsul intern brut s-a efectuat prognoza cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății perioada 2016-2020 în Republica Moldova.

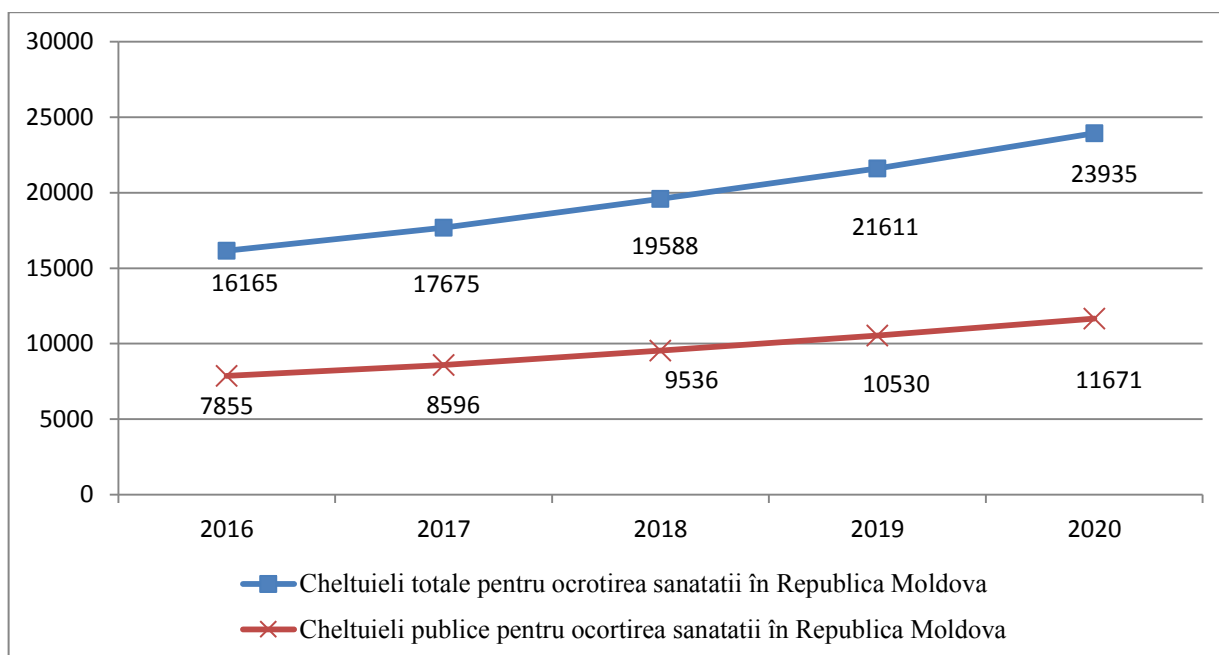


Fig. 3.5. Previziunea cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în baza corelației cu PIB în Republica Moldova, anii 2016-2020, mln. lei

Sursa: elaborat de autor în baza modelării econometrice

Analizând prognoza cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății se observă atingerea nivelului de 23935 mln. lei, iar cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății se vor ridica la nivelul de 11671 mln. lei în anul 2020. (Figura 3.5.)

În condițiile unei creșteri continue a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, menținerea unui nivel ridicat de sănătate a populației echivalează cu necesitatea obținerii unor venituri mai mari la fondurile care asigură acordarea serviciilor medicale populației și totodată să acopere deficitele create la nivelul acestora.

În acest context aplicând ecuația lui Evans [102], potrivit căreia sistemul de sănătate trebuie să asigure echilibrul dintre *resursele financiare* provenite din taxe și impozite, asigurări sociale de sănătate, plăți directe, asigurări medicale facultative și *cheltuielile sistemului de ocrotire a sănătății* prezentându-se astfel:

$$(T + I) + AS + PD + AMF = CTOS \quad (3.8)$$

Sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății	=	Cheltuielile totale a sistemului de ocrotire a sănătății
--	----------	---

Prin determinarea nivelului cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății pentru perioada 2016-2020, afirmăm că pentru anul 2020 sistemul de ocrotire a sănătății va trebui să dispună de *necesarul de finanțare în valoare de 23935 mln. lei.*

Cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății sunt formate din cheltuieli publice și cheltuieli private pentru ocrotirea sănătății. În Republica Moldova cheltuielile private sunt finanțate în proporție de 96% din plăți directe.

Plățile directe efectuate de către populație au o contribuție importantă în totalul cheltuielilor pentru sănătate efectuate de sectorul privat. Deși inițial motivele principale ale promovării plăților directe în calitate de sursă de finanțare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății au fost:

- Reducerea riscului de utilizare în exces de către populație a serviciilor medicale care nu sunt neapărat necesare;
- Nevoia atragerii de resurse suplimentare în sistem.

Însă cu toate acestea s-au constatat și unele dezavantaje în utilizarea plăților directe:

- afectarea accesului la servicii medicale pentru persoanele cu venituri reduse;
- majorarea cheltuielilor populației pentru plata serviciilor medicale.

Deoarece cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății și plățile directe au ponderea cea mai mare în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății (90%) în Republica Moldova, s-a încercat corelarea cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății cu cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății și plățile directe cu scopul de a determina dacă într-adevăr creșterea acestora influențează creșterea cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății. În acest context au fost utilizate date pentru perioada 2001-2013 privind ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății. (Tabelul A 10.1)

Corelația dintre cheltuielile pentru ocrotirea sănătății și variabilele exogene poate fi verificată prin utilizarea modelului multifactorial liniar. Astfel, modelul econometric liniar multiplu considerat are următoarea formă:

$$y_t = a + bx_{1t} + cx_{2t} + \xi_t \quad (3.9)$$

unde, y_t - cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății;

x_{1t} – ponderea cheltuielilor publice în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății;

x_{2t} – ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății.

La testarea legăturii dintre y_t și x_{1t} , x_{2t} s-a respins ipoteza nulă și s-a acceptat contrar, deci s-a stabilit că există legătură dintre y_t și x_t la nivel de populație. (Tabelul A.15.1)

Determinarea estimatorilor parametrilor modelului s-a făcut cu Metoda Celor Mai Mici Pătrate (MCMMP) pentru perioada 2001-2013 și s-a obținut următoarea regresie:

$$CH_OS = -24167,26 + 219,31 \cdot x_1 + 340,05 \cdot x_2 + 939,8 \cdot @trend - 1171,3 \cdot D \quad (3.10)$$

Interpretarea regresiei este următoarea:

- la o creștere a ponderii cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății cu 1%, cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății vor crește cu 219,31 mln. lei;
- la o creștere a ponderii plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății cu 1%, cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății vor crește în medie cu 340,05 mln. lei.

Variabila Dummy sau se mai spune variabila binară este definită astfel:

$$D_{2005} = \begin{cases} 0, & \text{pentru anii } 2001 - 2004 \\ 1, & \text{pentru ceilalți ani} \end{cases}$$

Această variabilă comunică despre anumite modificări în evoluția indicatorilor incluși în regresie, care a avut loc în anul 2005. În situația dată semnalizează despre implementarea sistemului de asigurări medicale obligatorii în Republica Moldova. Modul în care este inclusă variabila Dummy în regresie, ne demonstrează că începând cu anul 2005, influența factorilor nu se modifică, dar se modifică mărimea constantei. Aceasta este important, în deosebi pentru prognoză.

Variabila @trend ia valorile 1, pentru anul 2001, 2 pentru anul 2002 ș.a.m.d. Aceasta variabilă ne arată evoluția în timp a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, independent de evoluția factorilor exogeni. Aceasta poate fi explicat prin mărirea volumului cheltuielilor cu scop de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, cu mărirea gamei de servicii acordate ș.a.

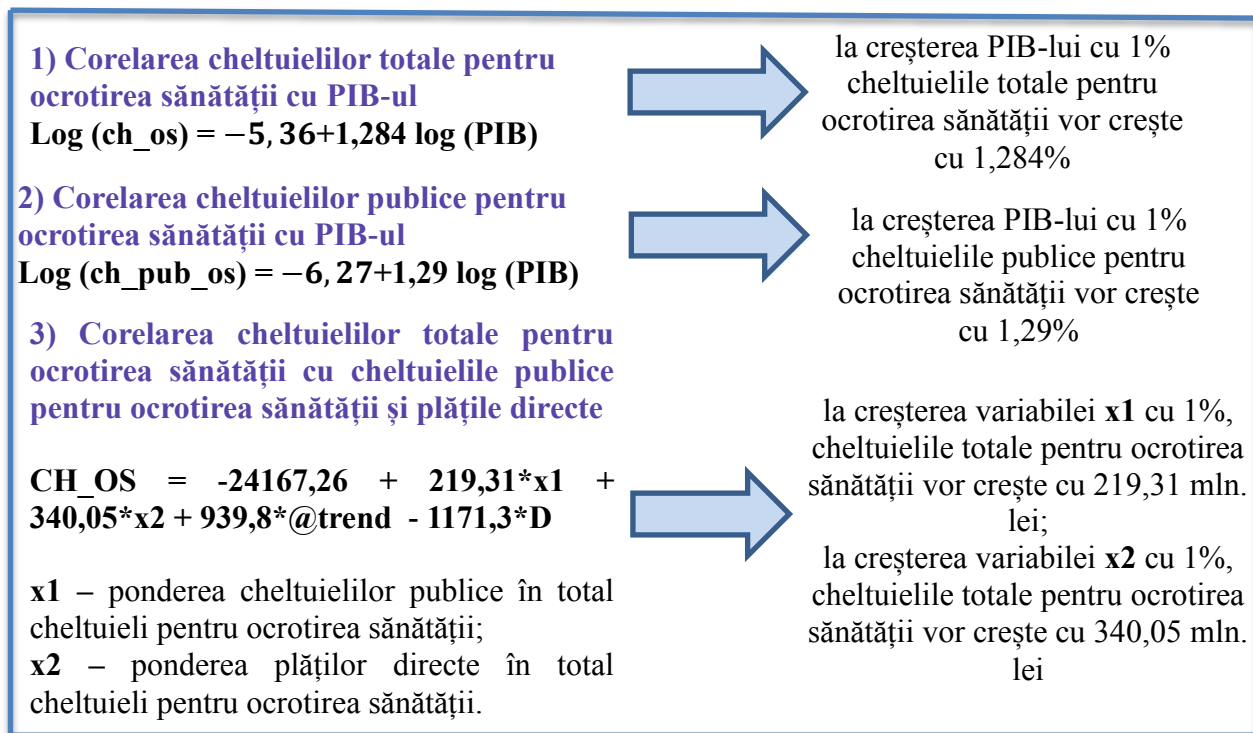


Fig.3.6. Rezultatele aplicării modelelor econometrice prin corelarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu factorii de influență

Sursa: elaborat de autor în baza modelării econometrice

În rezultatul modelării multifactoriale constatăm că, creșterea ponderii plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății conduce la o creștere a cheltuielilor totale mai mare decât ponderea cheltuielilor publice pentru ocrotirea sănătății în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății. Astfel creșterea plăților directe influențează într-o măsură mai mare modificarea cheltuielilor totale pentru sănătate în Republica Moldova, comparativ cu cheltuielile publice pentru sănătate.

În aceste condiții este necesar de dezvoltat implementarea fondurilor de sănătate prin conturi personale de acumulare și asigurărilor medicale facultative drept modalități de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății cu scopul diversificării structurii surselor de finanțare prin micșorarea ponderii plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății.

3.3. Aplicarea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare în cadrul sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova

Acțiunea funcțional-instrumentală a mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății se determină prin deținerea unui volum suficient de resurse financiare acumulate din diverse surse care are menirea să acopere cheltuielile pentru sectorul ocrotirii sănătății.

În cazul insuficienței resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății în Republica Moldova rolul esențial îi revine instrumentelor financiare care prin funcționalitatea acestora vor conduce la creșterea resurselor financiare.

În acest context prin studierea bunelor practici internaționale, autorul propune determinarea și aplicarea unor instrumente financiare de acumulare a resurselor financiare pentru sectorul ocrotirii sănătății.

În baza raportului prezentat de către Organizația Mondială a Sănătății privind analiza reformelor în finanțarea sănătății în Republica Moldova se propune necesitatea studierii implementării următoarelor măsuri cu scopul îmbunătățirii finanțării sistemului autohton de ocrotire a sănătății:

- 1) Crearea unui fond de sănătate care va gestiona veniturile încasate din impozitul pe vicii și le va repartiza pentru intervenții în sănătate publică;
- 2) Consolidarea parteneriatelor publice-private în domeniul ocrotirii sănătății [112].

Colectarea de noi fonduri publice pentru sănătate în baza impozitului pe vicii se va realiza prin crearea unui fond de sănătate care va acumula resursele financiare generate din accizele majorate pentru produsele de tutun și băuturi alcoolice și care va fi folosit pentru finanțarea măsurilor de sănătate publică, inclusiv a serviciilor de sănătate care contribuie la renunțarea la fumat și abuzul de alcool.

Impozitele pe vicii, în special prin intermediul majorării accizelor pentru produsele de tutun și băuturile alcoolice, devin tot mai răspândite și au un scop dublu. În primul rând, ele pot fi o măsură efectivă de sănătate publică care influențează nivelul de consum al acestor produse. În al doilea rând, ele reprezintă un impozit și în această calitate servesc drept sursă de venituri noi în fondurile din domeniul sănătății. Utilizarea acestui fond se va efectua prin repartizarea resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății și în special pentru serviciile legate de renunțarea la fumat și abuzul de alcool.

O nouă contribuție pentru sănătate destinată pentru finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova o reprezintă taxa pe viciu.

Taxa pe viciu se datorează de către persoanele juridice care produc sau importă produse din tutun, persoanele juridice care produc sau importă băuturi alcoolice, altele decât bere, vinuri, băuturi fermentate, produse intermediare. Propunem includerea acestei taxe în accize cu scopul simplificării procedurii legate de colectare și percepere a acesteia.

În acest context s-a încercat determinarea valorică privind aplicarea unei taxe pe viciu fiind stabilită în modul următor:

- 1) 10 lei pentru un litru de alcool absolut;
- 2) 20 lei pe mia de țigarete.

Prin aplicarea taxei pe viciu în domeniul ocrotirii sănătății se vor acumula anual venituri la FAOM în sumă de 86,70 mln. lei. (Anexa 6)

Modalitatea de utilizare a acestui fond se va efectua prin repartizarea resurselor financiare în sectorul ocrotirii sănătății și în special pentru serviciile legate de renunțarea la fumat și abuzul de alcool [30].

Problema insuficienței resurselor financiare readuce necesitatea cercetării privind organizarea sistemului de ocrotire a sănătății în scopul menținerii sustenabilității financiare. Soluția care ar diversifica modalitatea de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății se va propune prin introducerea sistemelor alternative asigurărilor medicale obligatorii și care se bazează pe fonduri de sănătate.

La etapa actuală caracteristic pentru Republica Moldova este sistemul asigurărilor medicale obligatorii bazat pe principiile clasice de finanțare în baza asigurărilor sociale de sănătate bazat pe un singur pilon (Pilonul I). Resursele financiare acumulate nu acoperă integral cheltuielile pentru ocrotirea sănătății, prin urmare în anii 2013-2014 s-a constatat deficit la fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Analizând bunele practici privind organizarea și finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății este clar că în cazul insuficienței surselor financiare apare necesitatea atragerii resurselor financiare suplimentare din mijloacele bănești ale populației.

Dezvoltarea durabilă a sistemului de ocrotire a sănătății sugerează adoptarea unor reforme revoluționare, care presupun implementarea unui sistem de ocrotire a sănătății multi-pilon prin introducerea asigurărilor medicale obligatorii private (Pilonul II). Principalele efecte scontate ale acestor măsuri vizează diminuarea presiunilor financiare asupra sistemului de asigurări medicale obligatorii și asigurarea sustenabilității financiare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

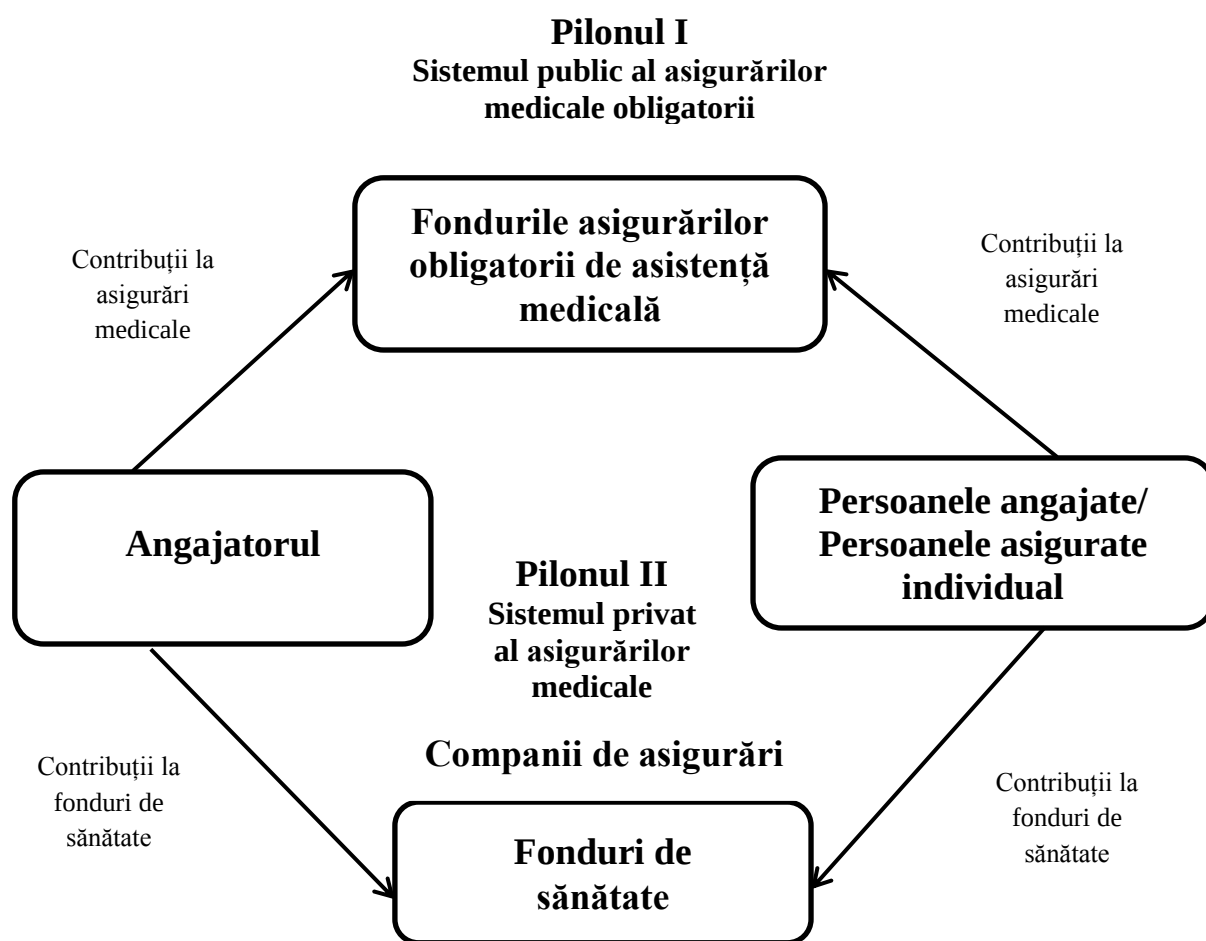


Fig. 3.7. Structura sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății propusă de autor
Sursa: elaborat de autor

În acest context prin implementarea sistemului asigurărilor medicale obligatorii administrate privat (pilonul II) , care se formează din contribuția individuală a angajatului și

angajatorului în proporție egală, defalcările fiind acumulate într-un cont individual deschis la administratorul fondului de sănătate.

Adițional este posibil de creat și sistemul facultativ de asigurări medicale, care ar fi format în baza contribuțiilor voluntare ale angajaților și/sau angajatorilor cu scopul acoperirii unor servicii medicale suplimentare decât cele din pilonul I și pilonul II.

Pilonul II constituie un instrument financiar distinct prin crearea unor economii a resurselor financiare a populației și totodată reprezentând o modalitate de finanțare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății.

Autorul menționează că, propunerea privind participarea populației la finanțarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății nu s-a efectuat cu scopul creșterii veniturilor pe seama mijloacelor bănești personale. Dimpotrivă, s-a ridicat problema substituirii plăților neformale cu cele formale, precum și micșorarea poverii financiare a plăților personale.

Experții internaționali analizând finanțarea sistemului autohton de ocrotire a sănătății propun creșterea contribuțiilor la asigurările medicale obligatorii, precum și soluționarea problemei finanțării sectorului de sănătate prin găsirea unor modalități de acumulare suplimentară a resurselor financiare.

Fondurile de sănătate vor fi administrate de către companiile de asigurări și vor fi formate prin crearea conturilor de economii personale, astfel fiind format sistemul de urmărire a banilor după pacient.

Tabelul 3.1. Contribuțiile la fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală și la fondurile de sănătate (cazul Republica Moldova)

Nr.		Fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală	Fondurile de sănătate
1.	Contribuțiile angajatorului, %	4,5	2,0
2.	Contribuțiile angajatului, %	4,5	2,0
3.	Primele de asigurare în sumă fixă, lei	4056	2160

Sursa: elaborat de autor

În cazul creșterii contribuțiilor la asigurările medicale obligatorii la nivelul de 13%, angajatorul și angajatul vor contribui în mod egal cu 6,5%, dintre care, 4,5% se vor transfera la fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, iar 2% se vor transfera la fondurile de sănătate. Pentru persoanele care se asigură individual prima de asigurare în formă fixă constituie 4056 lei anual, iar la fondul de sănătate vor avea posibilitatea să contribuie cu 2160 lei.

Autorul propune modalitatea de calcul a primei la fondurile de sănătate în formă fixă:

$$P = \frac{S * CTFS * 12}{100} \quad (3.11)$$

P – prima la fondurile de sănătate în formă fixă;

S – salariul mediu lunar pe economie;

CTFS – contribuțiile la fondurile de sănătate.

Pentru determinarea primei la fondurile de sănătate s-a luat în calcul salariul mediu lunar pe economia națională de 4500 lei, contribuția la fondurile de sănătate 4% și am obținut valoarea de 2160 lei anual.

Beneficiari ai contului de economii în sănătate vor fi doare persoanele care contribuie la asigurarea medicală obligatorie. Pentru persoanele angajate contractul cu compania de asigurare va fi încheiat de către angajator. Persoanele care se asigură individual vor încheia contracte cu compania de asigurare.

La companiile de asigurări vor fi formate fonduri de sănătate la baza cărora vor fi create conturi de economii personale, beneficiarii acestor conturi individual vor decide acoperirea cheltuielilor pentru servicii medicale, iar destinația utilizării mijloacelor bănești va fi doar pentru asistență medicală. Soldul la sfârșitul anului la conturile de economii în sănătate, cu profiturile obținute din investirea acestor fonduri nu vor fi supuse impozitării.

Tendențele privind utilizarea mijloacelor bănești pentru acoperirea serviciilor medicale din conturile de economii trebuie să fie clar definite și să nu se suprapună cu serviciile medicale menționate în Programul Unic.

Proprietarul contului de economii în sănătate trebuie să poată accesa informația privind mijloacele bănești din contul personal prin cardul de sănătate. Fondurile în acest cont sunt acumulate pe parcursul vieții pentru acoperirea cheltuielilor medicale la bătrânețe, iar în final fiind și obiectul moștenirii.

Modalitatea de implementare se va efectua în baza cadrului legal prin menționarea următoarelor aspecte în legislație:

- Crearea obligatorie a fondurilor de sănătate prin formarea conturilor de economii personale;
- Responsabili de acumularea fondurilor de sănătate sunt companiile de asigurări;
- Contribuția minimală la fondurile de sănătate va fi de 2,0% achitate de angajator și 2,0 % de angajat, pentru persoanele care se asigură în mod individual anual se va determina

anual prima sub formă fixă luând în calcul salariul mediu lunar pe economie națională în baza formulei 3.11;

- Mijloacele bănești din conturile de economii personale pentru sănătate aparțin persoanelor fizice fiind utilizate numai cu acordul acestora și doar pentru achitarea serviciilor medicale care nu sunt incluse în Programul Unic.

Funcționarea sistemului de ocrotire a sănătății multi-pilon va conduce la obținerea de avantaje atât pentru participanți, cât și pentru economia națională.

Avantajele pentru economia națională și sistemul de ocrotire a sănătății se referă la:

- Reducerea cointeresării angajaților în salarii neoficiale;
- Creșterea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății;
- Diversificarea surselor de finanțare a serviciilor medicale;
- Aflux de capital în economia națională prin investițiile companiilor de asigurări;
- Îmbunătățirea stării de sănătate a populației și în consecință creșterea venitului național al țării.

Avantajele companiilor de asigurări constau în:

- Apariția concurenței pentru companiile de asigurări;
- Utilizarea mijloacelor bănești din conturile de economii de sănătate pentru investiții cu permisiunea clienților, prin acordarea unui procent de participare la formarea profiturilor companiei de asigurări.

Printre **avantajele** angajatorului se evidențiază:

- Motivarea angajatului prin participarea la fondurile de sănătate;
- Deținerea unui potențial uman sănătos;
- Obținerea unor reduceri din partea companiilor de asigurare la asigurările medicale facultative.

Avantajele pentru posesorii conturilor personale de economii pentru sănătate constau în:

- Formarea unor economii personale de lungă durată pentru achitarea serviciilor medicale;
- Gestiunea individuală a mijloacelor bănești din conturile de economii pentru sănătate.

În cadrul organizării sistemului de ocrotire a sănătății poate apărea riscul insolvabilității companiilor de asigurări, această situație ar fi posibil de soluționat prin garantarea de către stat a unui minim analogic sistemului bancar.

Deoarece în structura surselor private de finanțare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății se vor include fondurile de sănătate este important de determinat impactul financiar privind formarea acestora, ponderea în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și ponderea în cheltuieli private pentru ocrotirea sănătății.

În contextul celor relatate, propunem metodologia determinării resurselor financiare care constituie fondurile de sănătate, calculate prin relația:

$$\mathbf{RFFS = FR * CFSP + NPI * CFSF} \quad (3.12)$$

RFFS – resursele financiare a fondurilor de sănătate anual;

FR – fondul anual de remunerare a muncii;

NPI – numărul de persoane fizice care se asigură individual;

CFSP – contribuția la fondurile de sănătate în cotă procentuală;

CFSF - contribuția la fondurile de sănătate în sumă fixă.

În baza datelor prezentate de către CNAM fondul anual de remunerare a muncii este de 29,0 mlrd. lei la care aplicăm contribuția la fondurile de sănătate în cotă procentuală a angajatorului (2%) și angajatului (2%) care în total formează 4%. Numărul de persoane fizice care se asigură individual este 48925, iar contribuția la fondurile de sănătate în sumă fixă constituie 2160 lei anual fiind determinată anterior în baza formulei 3.11.

În baza formulei 3.13 s-a determinat că fondurile de sănătate vor acumula anual resurse financiare în volum de 1265,7 mln. lei.

$$\mathbf{RFFS = 29000 \text{ mln. lei} * 0,04 + 48925 * 2160 \text{ lei} = 1265,7 \text{ mln. lei}} \quad (3.13)$$

Finanțarea prin fonduri de sănătate fiind o sursă nouă de finanțare va modifica structura de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății astfel reprezentând 7% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și 14% din cheltuieli private pentru ocrotirea sănătății.

Tabelul 3.2 Finanțarea prin fonduri de sănătate

	mln. lei	Ponderea în cheltuieli totale pentru sănătate, %	Ponderea în cheltuieli private pentru sănătate, %
Fondurile de sănătate	1265,7	7	14

Sursa: elaborat de autor

Principalele obiective privind implementarea finanțării prin fonduri de sănătate și crearea conturilor personale de economii pentru sănătate sunt:

- Atragerea de resurse financiare suplimentare în sistemul de ocrotire a sănătății datorită includerii persoanelor care anterior nu au contribuit la sistemul de asigurări medicale obligatorii;

- Stabilirea unor contribuții obligatorii la fondurile de sănătate și acumularea durabilă a mijloacelor bănești pe conturi de economii de sănătate personale;
- Consolidarea mecanismelor de piață prin apariția concurenței pentru consumatori;
- Limitarea cheltuielilor în exces de către consumatori, deoarece va crește responsabilitatea pacienților pentru păstrarea sănătății și prevenirea bolilor.

Participarea activă a pacientului în tratament și, mai important, la activitățile de prevenire și menținere a unui stil de viață sănătos, se consideră semnificativ mai eficient decât îmbunătățirea în continuare a serviciilor medicale de specialitate axate pe tratamentul bolii avansate, care de fapt sunt și mai costisitoare.

Transformarea pacientului într-un participant independent al sistemului de sănătate este, de asemenea, reflectat în schimbarea formei de plată pentru asistență medicală - acum pacientul nu este atașat rigid la o anumită instituție medicală, dar resursele financiare sunt alocate pentru pacient.

Autorul consideră că, crearea fondurilor de sănătate în baza conturilor de economii pentru sănătate trebuie să se bazeze pe următoarele principii:

- Creșterea cointeresării și participării populației în calitate de consumator al serviciilor medicale în asigurarea personală;
- Transparența formării prețurilor la serviciile medicale și garantarea standardului calității serviciilor medicale;
- Implementarea responsabilității economice și juridice a angajatorilor, salariaților și membrilor familiei, companiilor de asigurare în vederea ocrotirii sănătății populației;
- Implementarea principiului capitalului social, pentru care există posibilitatea de gestiune și valorificare;
- Transferarea controlului asupra cheltuielilor pentru sănătate asiguratului;
- Creșterea capacității de plată a serviciilor medicale.

Prin urmare, este necesar să se continue efectuarea schimbărilor în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății pentru dezvoltarea și îmbunătățirea spectrului și calității serviciilor medicale.

Inițial finanțarea sectorului de ocrotire a sănătății se efectua prin mecanismul ”banii spre pacient”. O dată cu implementarea asigurărilor medicale s-a încercat trecerea la mecanismul ”banii după pacient” și schimbarea rolului populației în procesul primirii asistenței medicale.

La baza, propunerii autorului, de a forma conturile de economii în sănătate se află mecanismul ”banii cu pacientul”, deoarece resursele financiare sunt acumulate pe conturi personale și sunt utilizate individual pentru acoperirea costurilor serviciilor medicale.

Avantajele privind atragerea resurselor financiare personale ale populației în calitate de sursă de finanțare suplimentară a sistemului de ocrotire a sănătății se prezintă în tabelul 3.3.

Tabelul 3.3 Avantajele privind atragerea resurselor financiare personale ale populației în calitate de sursă de finanțare suplimentară a sistemului de ocrotire a sănătății

Avantajele sistemului de ocrotire a sănătății	Avantajele pentru participanți
Posibilitatea atragerii resurselor financiare suplimentare	Extinderea posibilităților financiare pentru obținerea serviciilor medicale
Formarea și dezvoltarea pieței competitive a serviciilor medicale	Posibilitatea alegerii instituției medicale și personalului medical
Crearea condițiilor pentru creșterea calității serviciilor medicale	Participarea la formarea resurselor financiare în contul personal de economii în sănătate va contribui la crearea atitudinii privind păstrarea sănătății
Reducerea plăților neformale către personalul medical	Lipsa necesității efectuării plăților neformale
Diversificarea surselor de finanțare al sistemului de ocrotire a sănătății prin contribuția finanțării private	Posibilitatea de a lua decizii privind utilizarea capitalului din contul personal de economii în sănătate

Sursa: elaborat de către autor

Odată cu implementarea sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății o continuitate în organizarea acestuia va fi determinată de apariția necesității analizei propunerilor de reformă prin care asigurările medicale facultative trebuie să dobândească un rol semnificativ în finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova. La etapa actuală asigurările medicale facultative în Republica Moldova reprezintă o parte foarte mică, iar o majoritate imensă de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății constă în plăți directe, care constituie 96% din cheltuielile private de sănătate.

Participarea sectorului privat la piața asigurărilor medicale este necesară luând în considerație următoarele aspecte:

- Acumularea de venituri suplimentare în sistemul de ocrotire a sănătății, pentru acoperirea unor servicii medicale în afara pachetului de bază;
- Determinarea furnizorilor publici și privați să respecte standardele de calitate;
- Scăderea prețurilor la serviciile medicale.

Un stimulente important pentru asigurările medicale facultative ar fi posibilitatea deducerii primelor de asigurare plătite din venitul impozabil al asiguraților.

Dezvoltarea pieței asigurărilor medicale obligatorii către companiile private de asigurări este o reformă profundă a sistemului, cu implicații majore asupra finanțării, organizării, contractării și furnizării serviciilor medicale, identificarea relației finanțator – furnizor - pacient. Reglementarea sistemului de ocrotire a sănătății este mult mai complexă în cazul asigurărilor private deoarece este necesar de supravegheat dinamica unei piețe cu mulți actori aflați în competiție.

Din experiența internațională s-a constatat că în țările unde există acoperire mare prin intermediul asigurărilor medicale obligatorii, asigurările voluntare sunt utilizate pentru acoperirea asigurărilor de sănătate în călătoriile în afara țării, de către nerezidenții care lucrează în țara respectivă dar nu sunt acoperiți prin asigurarea medicală obligatorie și de persoanele care doresc o protecție sporită. În țările unde asigurarea medicală obligatorie nu oferă o gamă mare de acoperire rolul asigurărilor private de sănătate este mai mare și se utilizează pentru tratamentul stomatologic sau oftalmologic, intervenții chirurgicale.

Transparența financiară a sistemului de ocrotire a sănătății

În Republica Moldova la etapa actuală informația privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății este prezentată prin contribuția sectorului public, dar ponderea surselor publice de finanțare constituie doar 53,3% din total surse de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în anul 2014. Respectiv deși ponderea surselor private de finanțare constituie 40,7% din total surse de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății informația este la un nivel de transparență redusă.

În acest sens autorul propune ca informațiile privind sursele de finanțare publice și private prin identificarea agenților de finanțare să fie centralizate la nivel național și publicate anual fiind necesare pentru o analiză amplă a finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Prin urmare, Republica Moldova se confruntă cu o lipsă acută de transparență la capitolul publicării indicatorilor de finanțare în domeniul sănătății. Instituțiile responsabile publică informație puțină sau datele nu sunt comparabile cu standardele statisticii în sănătate la nivel european.

Sistemul de ocrotire a sănătății din Republica Moldova are nevoie imperativă de creșterea transparenței publicării informațiilor statistice referitoare la veniturile și cheltuielile în sistemul de sănătate precum și indicatorii ce caracterizează nivelul de finanțare în dependență de sursa de finanțare.

În aceste condiții de opacitate deși există un sistem informatic performant, nu sunt publicate date privind aspectul finanțării sistemului de ocrotire a sănătății. Prin prezentarea informațiilor necesare cu privire la sursele de finanțare și cheltuielile sistemului se va contribui la raționalizarea cheltuielilor de sănătate și la ameliorarea calității serviciilor medicale.

În aceste condiții recomandăm stabilirea unor responsabilități și fluxuri clare de date prin propunerea includerii în Managementul Date în domeniul Sănătății a compartimentului *”statistica finanțării sistemului de ocrotire a sănătății”*, care cuprinde acumularea și studierea informației privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății prin aplicarea clasificării încrucișate a surselor de finanțare și cheltuielilor în dependență de prestatorii serviciilor medicale și tipurile serviciilor medicale acordate. Necesitatea implementării statisticii finanțării sistemului de ocrotire a sănătății derivă din racordarea Republicii Moldova la standardele europene în conformitate cu Regulamentul Uniunii Europene 2015/359 al Comisiei din 4 martie 2015 de punere în aplicare a Regulamentului CE nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului. În ceea ce privește statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății este identificată clasificarea încrucișată a cheltuielilor curente pentru sănătate în funcție de furnizorii serviciilor de sănătate și mecanismele de finanțare, funcțiile medicale și mecanismele de finanțare. Se propune modelul de prezentare a clasificării cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în conformitate cu Anexa 7 [78, 79].

În opinia autorului, la etapa actuală finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova necesită o revizuire din perspectiva atragerii de resurse financiare suplimentare în vederea soluționării problemelor existente privind insuficiența finanțării domeniului de ocrotire a sănătății.

Prin propunerea privind aplicarea instrumentului financiar taxa pe viciu la tutun și alcool se va mări finanțarea publică a sistemului de ocrotire a sănătății, iar prin organizarea sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății prin fondurile de sănătate se va majora finanțarea privată a sistemului de ocrotire a sănătății care în final vor contribui la îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

3.4 Concluzii la capitolul 3

Din cele expuse în capitolul 3 efectuăm următoarele concluzii principale:

1) În baza aplicării modelării econometrice prin corelarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu PIB-ul, autorul a realizat determinarea necesarului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății pe perioada 2016-2020 în Republica Moldova. În acest context s-au prognozat cheltuielile pentru ocrotirea sănătății care în anul 2020 vor atinge nivelul de 23935 mln. lei, iar cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății vor fi în sumă de 11671 mln. lei. La fel în baza aplicării regresiei multifactoriale s-a reușit corelarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu sursele de finanțare publice și plățile directe efectuate în sectorul ocrotirii sănătății, deoarece aceste surse finanțează 90% din cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății.

2) În condițiile unei creșteri continue a solicitărilor de acordare a serviciilor medicale, menținerea unui nivel ridicat de sănătate a populației echivalează cu necesitatea obținerii unor venituri mai mari la fondurile care asigură acordarea serviciilor medicale populației și totodată să acopere deficitele de resurse financiare create la nivelul acestora. Autorul propune creșterea veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală prin aplicarea instrumentului financiar taxa pe viciu la tutun și alcool căreia îi este specifică acumularea resurselor financiare la fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, fiind utilizate pentru anumite programe naționale. Metodologia propusă de către autor privind determinarea volumului resurselor financiare acumulate prin instituirea taxei pe viciu la tutun și alcool, va contribui la creșterea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova cu 86,7 mln. lei.

3) Autorul propune organizarea sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății prin crearea fondurilor de sănătate în baza conturilor de economii pentru sănătate, care va realiza îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății fiind efectuată diversificarea surselor de finanțare. Metodologia propusă de către autor privind determinarea resurselor financiare acumulate prin aplicarea instrumentului financiar conturi de economii în sănătate, va contribui la creșterea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova cu 1265,7 mln. lei.

4) Prin propunerea autorului privind aplicarea conturilor de economii pentru sănătate se creează avantaje atât pentru finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății cât și pentru populație și companii de asigurări, precum și crearea de stimulente privind scoaterea din umbră a salariilor neoficiale, reducerea plăților neoficiale efectuate de către pacienți, iar calitatea și disponibilitatea serviciilor medicale va deveni cât mai aproape posibil de așteptările pacienților.

5) Autorul consideră, că un aspect important în organizarea sistemului de ocrotire a sănătății este transparența financiară, care necesită racordare la standardele europene prin prezentarea și publicarea informațiilor privind statistica finanțării sistemului de ocrotire a sănătății, cu scopul

determinării surselor de finanțare și valorificării resurselor financiare existente în domeniul ocrotirii sănătății.

6) Deoarece funcționalitatea sistemului de ocrotire a sănătății depinde de aspectul financiar reieșind din rezultatele științifice obținute în teză susținem importanța acestora pentru îmbunătățirea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății fiind un domeniu esențial în dezvoltarea economico-socială a țării.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Efectuarea cercetărilor teoretice, metodologice și aplicative referitoare la tema abordată permite formularea următoarelor concluzii:

1. Conceptul privind sistemul de ocrotire a sănătății a evoluat considerabil de la aplicarea în domeniul asistenței sociale, până la dobândirea caracteristicii economice, deoarece este asociat cu astfel de procese economice, precum finanțarea, gestiunea și planificarea. În știință, s-a format o varietate de abordări pentru definirea conceptului - sistemul de ocrotire a sănătății. În sens larg, sistemul de ocrotire a sănătății este privit ca o parte integrantă a ocrotirii sănătății populației. În sens restrâns, reprezintă totalitatea acțiunilor de asistență medicală, efectuate cu scopul de a menține și de a îmbunătăți starea de sănătate a fiecărui individ și a populației în ansamblu [11, 16].

2. Autorul a cercetat conceptul sistemului de ocrotire a sănătății și a propus o nouă definiție a sistemului de ocrotire a sănătății, din care rezidă ca acesta reprezintă ansamblul funcțional al componentelor interdependente având în vedere producerea și dezvoltarea resurselor, organizarea resurselor, finanțarea, managementul serviciilor medicale și în final acordarea de servicii, care determină starea de sănătate a indivizilor și a populației țării în vederea valorificării capitalului sănătății [20].

3. În urma cercetării sistemelor clasice și moderne de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății, autorul a efectuat clasificarea modelelor de finanțare pe plan internațional conform criteriilor: fluxul financiar dintre actorii sistemului, rolul statului, sursele de finanțare, în vederea identificării avantajelor și dezavantajelor, precum și evidențierea unor instrumente financiare moderne utilizate în practica internațională [28].

4. Opțiunile de finanțare menționate în cercetare prin surse de la bugetul de stat, asigurări sociale și asigurări facultative – sunt cele mai răspândite modalități de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății. În baza analizei experienței internaționale privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății, autorul a menționat că multe din țările care folosesc cele trei opțiuni au utilizat forme inovative de finanțare în încercarea de a opri escaladarea costurilor sănătății, a lărgi accesul la servicii medicale pentru populație, a spori concurența între companiile de asigurări și între prestatorii de servicii medicale [28].

5. Particularitățile organizării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova se dezvoltă în două direcții orizontale - acoperirea populației și majorarea numărului de servicii medicale incluse în Programul unic al asigurărilor medicale obligatorii, iar direcția verticală a fost neglijată o perioadă îndelungată. În acest sens vectorul prioritar devine coparticiparea

populației la finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății prin crearea stimulentei în această direcție [18, 27].

6. Studiul evoluției cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova a scos în evidență o creștere esențială a finanțării de la 1328,5 mln. lei în anul 2001 până la 11159 mln. lei în anul 2014. Efectuând estimarea finanțării publice și private în Republica Moldova, autorul a relevat că la etapa actuală finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova se caracterizează prin finanțarea publică și se efectuează preponderent în baza sistemului asigurărilor medicale obligatorii constituind 41,9% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății, iar finanțarea privată este realizată în mărime de 96% din plățile directe ale consumatorilor serviciilor medicale constituind 39,6% din total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății [24, 27].

7. În rezultatul efectuării modelării econometrice asupra factorilor determinanți ai cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății ne-am axat pe evaluarea legăturii existente între volumul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății și PIB. Iar în baza modelării econometrice s-a efectuat prognozarea cheltuielilor totale pentru ocrotirea sănătății și în final determinarea necesarului de finanțare pentru anul 2020. La fel s-a efectuat testarea relației cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu sursele publice de finanțare și plățile directe, astfel autorul menționează necesitatea diversificării surselor de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova [88].

8. Autorul a propus aplicarea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare în sistemul de ocrotire a sănătății și anume taxa pe viciu și crearea fondurilor de sănătate. În acest context, autorul a propus metodologia calculării resurselor financiare acumulate prin aplicarea acestor instrumente și a determinat creșterea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății cu 1352,4 mln.lei [24, 25].

Soluționarea problemei științifice importante, care constă în dezvoltarea și adaptarea mecanismului financiar al sistemului de ocrotire a sănătății a permis evidențierea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare suplimentare în vederea perfecționării finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova și a condus la formularea următoarelor **recomandări**:

1. Realizarea prognozei cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății prin aplicarea modelului econometric în baza corelării cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu produsul intern brut, în vederea determinării necesarului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății autohton va permite obținerea informațiilor necesare fundamentării deciziilor în vederea asigurării sustenabilității financiare a sistemului de ocrotire a sănătății (Ministerul Finanțelor);

2. Realizarea obiectivului specific *Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate* din cadrul Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 – 2017 prin instituirea taxei pe viciu pentru alcool și tutun, care reprezintă o reacție la provocările actuale în materie de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prin determinarea volumului resurselor financiare acumulate ce va realiza creșterea veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. (Ministerul Sănătății, Ministerul Finanțelor, CNAM);

3. Instituirea taxei pe viciu pentru alcool și tutun poate fi realizată în baza revizuirii și modificării cotelor la mărfurile accizabile conform Codului Fiscal, Titlul IV precum și introducerii informației cu referire la subiecții impunerii, obiectele impunerii, baza impozabilă, modalitatea de calculare, termenii de achitare a taxei pe viciu (Ministerul Finanțelor, Inspectoratul Fiscal Principal de Stat);

4. Perfecționarea finanțării sistemului de ocrotire a sănătății prin diversificarea surselor de finanțare poate fi efectuată în baza organizării sistemului multi-pilon de ocrotire a sănătății prin crearea fondurilor de sănătate în baza conturilor de economii pentru sănătate, care în final vor contribui la acumularea resurselor financiare suplimentare în sistemul național de ocrotire a sănătății (Ministerul Sănătății);

5. Modificarea cadrului legislativ prin crearea fondurilor de sănătate în baza formării conturilor personale de economii pentru sănătate. Recomandarea implementării acestor conturi în Republica Moldova va facilita punerea în aplicare a trei sarcini-cheie:

- crearea de stimulente economice pentru schimbarea atitudinii cetățenilor prin utilizarea economiilor proprii de sănătate și transferarea controlului asupra cheltuielilor către pacient care este responsabil pentru păstrarea sănătății;
- acordarea posibilității pacientului să-și asigure individual capacitatea de plată a serviciilor medicale, precum și formarea acumulării capitalului sănătății;
- formarea unor mecanisme eficiente de acumulare pentru atragerea de fonduri suplimentare în sectorul ocrotirii sănătății (Ministerul Sănătății);

6. Stabilirea unor responsabilități și fluxuri clare de date prin includerea în Managementul Date în domeniul sănătății a compartimentului ”statistica finanțării sistemului de ocrotire a sănătății”, care cuprinde acumularea și studierea informației privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății prin aplicarea clasificării încrucișate a surselor de finanțare și a cheltuielilor în dependență de prestatorii serviciilor medicale și tipurile serviciilor medicale acordate în vederea racordării la standardele europene (Ministerul Sănătății, Biroul Național de Statistică).

BIBLIOGRAFIE

1. Barari A. Finanțarea sistemului ocrotirii sănătății în Republica Moldova. În: Analele științifice Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie, ediția IV, volumul I, Chișinău: 2003, p. 441-449
2. Belobrov A., Chicu N., Cebotari T. (Moroi T.) Impactul remitențelor asupra rezilienței sistemului financiar al Republicii Moldova. Chișinău: 2013, 300 p.
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 (vizualizat la 20.04.2015)
4. 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)
5. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. Câștigul salarial mediu lunar. http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/30%20Statistica%20sociala/30%20Statistica%20sociala_03%20FM_SAL010_serii%20anuale/SAL010100.px/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774 (vizualizat la 20.04.2015)
6. Botnari N., Baurciulu A. Finanțe. Chișinău: 2010, 424 p.
7. Buga M. Aspecte socio-economice și juridice ale implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală: tz. dr. în medicină. Chișinău: 2011
8. Cebotari T. (Moroi T.) Direcțiile de perfecționare a politicii naționale în domeniul ocrotirii sănătății. În: Știința, businessul, societatea: evoluții și intercorelări în condițiile integrării în spațiul economic european: Conferința internațională din 12-14 februarie 2004. Chișinău: ASEM, 2004, v.I, p. 96-98
9. Cebotari T. (Moroi T.) Experiența țărilor europene în organizarea activității de asigurare medicală obligatorie. În: Integrarea europeană și competitivitatea economică: Simpozionul internațional din 23-24 septembrie 2004. Chișinău: ASEM, 2004, v. I, p.245-247
10. Cebotari T. (Moroi T.) Evoluția reformării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova. În: Simpozionul internațional al tinerilor cercetători din 21-22 aprilie 2005. Chișinău: ASEM, 2005, ed. III, v.I, p.298-300
11. Cebotari T. (Moroi T.) Sectorul ocrotirii sănătății – factor important în dezvoltarea economică. În: Simpozionul internațional al tinerilor cercetători din 14-15 aprilie 2006. Chișinău: ASEM, ed. IV, v. I, p.271-272

12. Cebotari T. (Moroi T.) Analiza comparativă a mecanismelor de finanțare a serviciilor medicale. În: Dezvoltarea durabilă a României și Republicii Moldova în context european și mondial: Conferința științifică internațională din 22-23 septembrie 2006. Chișinău: ASEM, 2007, p.82-83
13. Cebotari T. (Moroi T.) Asigurări de asistență medicală obligatorie și probleme de gestionare a acesteia. În: Creșterea economică – prioritate națională în contextul integrării în Uniunea Europeană: Conferința Științifică Internațională din 29-30 octombrie 2008. Chișinău: CEP USM, 2008, p.40-42
14. Cebotari T. (Moroi T.) Sursele de colectare ale fondurilor destinate ocrotirii sănătății în Republica Moldova. În: Dezvoltarea economică în contextul aspirației de integrare europeană. Perspective și Realizări: Conferința Științifică Internațională din 23-24 octombrie 2009. Chișinău: USM, 2009, p. 414-416
15. Cebotari T. (Moroi T.) Indicatorii privind ocrotirea sănătății populației. În: Creșterea economică în condițiile internaționalizării, Conferința Internațională, IEFS, 21 – 22 octombrie 2010, Chișinău: IEFS, 2010, p. 95-97
16. Cebotari T. (Moroi T.) Sistemul sănătății publice – componentă a societății bunăstării sociale. În: Simpozion Științific Internațional, Economia sectorului agroalimentar – realizări și perspective, dedicat aniversării a 45 de ani de la fondarea facultății de Economie, UASM, 7-8 octombrie 2010, Chișinău: UASM, 2010, p.167-168
17. Cebotari T. (Moroi T.) Analiza fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. În: Revista științifică nr. 7(37) 2010, USM, Studia Universitatis, seria științe exacte și economice, pagina 121 – 126
18. Cebotari T. (Moroi T.) Evoluția cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova. În: Conferința științifică internațională ”Politici financiare de relansare a creșterii economice în condițiile crizei economice mondiale”, ASEM, 29-30 aprilie 2010, Chișinău: ASEM, 2010, p.71-74
19. Cebotari T. (Moroi T.) Politici în domeniul ocrotirii sănătății. În: Simpozionul internațional al tinerilor cercetători, 28-29 aprilie 2010. Chișinău: ASEM, 2010, p.164 – 166
20. Cebotari T. (Moroi T.) Interdependența componentelor sistemului de ocrotire a sănătății. În: Conferința Științifică Internațională: 60 de ani de învățământ economic superior în Republica Moldova: prin inovare și competitivitate spre progres economic, 27-28 septembrie 2013, Vol. II. Chișinău: ASEM, 2013, p. 115-117
21. Ciocanu M. Argumentarea științifică a strategiei de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova: tz. dr. hab. în medicină. Chișinău: 2008

22. Cioponea M.-Cr. Finanțe publice și teorie fiscală. București: 2007, 388 p.
23. Cobzari L., Moroi T. Sistematizarea experienței internaționale în domeniul finanțării sistemului de ocrotire a sănătății. În: Conferința Științifică Internațională „Dezvoltarea durabilă a economiei și societății în era cunoașterii și a globalizării”, 27-28 martie 2015. Chișinău: ULIM, 2015, p. 46-51
24. Cobzari L., Miron O., Moroi T. Fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală - sursa principală de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova. În: Conferința Științifică Internațională “Inovații, performanță și competitivitate în sectorul financiar”, 30-31 octombrie 2015. Chișinău: USM, 2015, p. 53-60
25. Cobzari L., Miron O., Moroi T. Asigurările medicale facultative – oportunitate de finanțare a sistemului național de sănătate. În: Conferința Științifică Internațională “Potențialul de finanțare al pieței financiare nebankare și perspectivele dezvoltării acesteia”, 27-28 noiembrie 2015. Chișinău: ASEM, 2015, p. 167-172
26. Cobzari L., Miron O., Moroi T. Modelul Beveridge de ocrotire a sănătății – pilon în procesul reformării sistemului de sănătate. În: Conferința Științifică Internațională „Danubian Scientific Readings: European Dimension and Regional Context”, 15-17 septembrie 2015. Ucraina, Ismail: 2015, p. 126-128
27. Cobzari L., Miron O., Moroi T. Sistematizarea surselor de finanțare a sistemului național de sănătate. În: Conferința Științifică Internațională „Competitivitatea și inovarea în economia cunoașterii”, 25-26 septembrie 2015,(culegere de articole selective), Chișinău: ASEM, 2015, Volumul II, p. 10-15
28. Cobzari L., Miron O., Moroi T. Modelele clasice și moderne de finanțare a sistemului de sănătate la nivel mondial. În: Conferința Științifică Internațională ”Rolul investițiilor în asigurarea dezvoltării economice durabile în contextul integrării europene”, ediția a II-a, 29-30 octombrie 2015. Chișinău: ASEM, 2016, p. 299-303
29. Cobzari L., Ulian G., Miron O., Moroi T. Investițiile în capitalul sănătății – element important al potențialului de dezvoltare economico-socială. În: Conferința Științifică Internațională ”25 de ani de reformă economică în Republica Moldova: prin inovare și competitivitate spre progres economic”, consacrată aniversării a XXV de la fondarea ASEM, 23-24 septembrie 2016. Chișinău: ASEM, 2016
30. Codul fiscal, titlul IV Accizele. [http://www.lex.md/fisc/codfiscaltxtro.htm#TITLUL IV](http://www.lex.md/fisc/codfiscaltxtro.htm#TITLUL_IV) (vizualizat la 24.03.2016)

31. Comisia Națională a Pieței Financiare. Încasări de prime de asigurare și plăți a despăgubirilor și sumelor asigurate, anii 2007 – 2014. <http://www.cnpf.md/md/segas/> (vizualizat la 20.04.2014)
32. Compania Națională de Asigurări în Medicină. Raport privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, anii 2007-2014. <http://www.cnam.md/?page=131&> (vizualizat la 20.04.2014)
33. Copăceanu C. Eficiența mecanismului de finanțare a sistemului ocrotirii sănătății în Republica Moldova: tz. dr. în economie. Chișinău: 2015
34. Copăceanu C. Asigurarea eficienței mecanismului de finanțare a sistemului ocrotirii sănătății în Republica Moldova. – monografie. Chișinău: USPEE, 2015, 224 p.
35. Copăceanu C. Aspecte problematice ale finanțării sistemului ocrotirii sănătății la etapa actuală. În: Conferința internațională științifico - practică din 22-23 noiembrie 2012. Проблемы и перспективы развития экономики в XXI веке. Chișinău: Universitatea Slavonă, 2013, p.158-161
36. Damașcan Gh. Finanțarea instituțiilor medicale spitalicești în condițiile implementării asigurărilor medicale obligatorii: tz. dr. în medicină. Chișinău: 2005
37. Damașcan Gh., Ețco C. Dezvoltarea strategiei de procurare a serviciilor medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. – monografie. Chișinău: 2015, 328 p.
38. Drăgoi M. Sistemul de sănătate din România în context european. București: ASE, 2010, 205 p.
39. Ețco C. Economia ocrotirii sănătății. Chișinău: 2000, 379 p.
40. Ețco C., Malanciuc Iu. Asigurările medicale. Chișinău: 2007, 456 p.
41. Ețco C., Buga M., Ciocanu M. Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective. – monografie. Chișinău: 2011, 432 p.
42. Fotescu S., Cobzari L. Unele abordări privind esența asigurării obligatorii de asistență medicală. Drept, Economie și Informatică, 2007, nr.2, p. 34-40
43. Ganea V., Miron O., Copăceanu C. Impedimente și oportunități în procesul de finanțare a sistemului ocrotirii sănătății. În: Akademos. Chișinău: 2012, nr.4, p.76-81
44. Ganea V., Copăceanu C. Eficiența finanțării sistemului ocrotirii sănătății: oportunități pentru Republica Moldova. În: Economie și sociologie. Chișinău: 2012, nr.3, p.68-73
45. Ganea V., Copăceanu C. Estimarea gradului de eficiență a mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate. În: Economica. Chișinău: 2014, nr.2 (88), p.72-78
46. Golovin B. Argumentarea științifică a direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate pe termen mediu: tz. dr. în medicină. Chișinău: 2010

47. Hîncu R. Cheltuielile pentru învățământ în condițiile deficitului bugetar în Republica Moldova. Chișinău: editura ASEM, 2004, 170 p.
48. Hîncu R. Către o dezvoltare economică durabilă prin dezvoltarea umană durabilă. În: Conferința științifică internațională. Rolul investițiilor în dezvoltarea durabilă a economiei naționale în contextul integrării europene. 29-30 octombrie. Chișinău: ASEM, 2010, p.16-24
49. Hotărârea Guvernului nr.1471 din 24.12.2007, cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, Monitorul Oficial nr. 8-10 din 15.01.2008
50. Hotărârea Guvernului nr.886 din 06.08.2007, cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate, Monitorul Oficial nr. 127-130 din 17.08.2007
51. Hotărârea Guvernului despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, nr. 594 din 14.05.2002, Monitorul Oficial nr. 66-68/691 din 23.05.2002
52. Hotărârea Guvernului despre aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2003, nr.1762 din 31.12.2002, Monitorul Oficial nr. 3-5/10 din 21.01.2002
53. Idricean V. Aspecte economice și manageriale ale asigurărilor facultative de sănătate în Republica Moldova: tz. dr. în medicină, Chișinău: 2006
54. Iliescu A. Finanțarea sistemului de sănătate în România prin venituri publice. Management în sănătate, XVI/4/2012, p. 3-5
55. Iordăchiță G. Human capital – a central concept for social development contextualized to the process of globalization. <http://www.upm.ro/jrls/JRLS-06/Rls%2006%2042.pdf> (vizualizat la 20.01.2015)
56. Lascu D. Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România: tz. dr. în economie, Chișinău: 2008
57. Legea ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995, Monitorul Oficial nr.34 din 22.06.1995 <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>
58. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585 – XIII din 27.02.1998, Monitorul Oficial nr. 38-39/280 din 30.04.1998
59. Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr. 1593-XV din 26.12.2002, Monitorul Oficial nr. 18-19/57 din 08.02.2003

60. Malanciuc Iu. Metodologia de creare și implementare a condițiilor și programelor de asigurări medicale: tz. dr. în medicină, Chișinău: 2006
61. Manole T. Finanțele publice locale: rolul lor în consolidarea autonomiei financiare la nivelul unităților administrativ-teritoriale. Chișinău: Epigraf, 2003, 240 p.
62. Mereuță I., Cojocaru V. Managementul financiar al sistemului sănătății. Chișinău: 2004, 173 p.
63. Ministerul Finanțelor al Republicii Moldova. Rapoarte privind executarea bugetului public național. <http://www.mf.gov.md/reports> (vizualizat 10.03.2014)
64. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Rapoarte de activitate. <http://www.ms.gov.md/?q=rapoarte-si-date-statistice> (vizualizat 10.03.2014)
65. Miron O. Aspectele financiare ale funcționării și corelării sistemelor de asigurări medicale obligatorii și facultative: tz. dr. în economie, Chișinău: 2012
66. Miron O. Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății prin asigurări medicale obligatorii și facultative în Republica Moldova: monografie. Cahul: Universitatea de Stat "Bogdan Petriceicu Hasdeu" din Cahul, 2015, 190 p.
67. Miron O. Îmbunătățirea eficienței gestionării fluxurilor financiare în domeniul asigurării medicale obligatorii. În: Revista Științifică a IEFS „Economie și Sociologie”, nr.3/2011. Chișinău: 2011, pag. 113-119
68. Moroi T. Streamling financing of the district healthcare institutions at the hospital level in the Republic of Moldova. În: Revista teoretico-științifică, fondată în anul 1953, Economie și Sociologie. Chișinău: INCE, 2015, Nr. 1, p. 120-126
69. Moroșanu M., Ețco C. Managementul serviciilor de sănătate. Chișinău: Medicina, 2012, 180 p.
70. Neagu O. Capitalul uman și dezvoltarea economică. Cluj-Napoca: Risoprint, 2010, 214 p.
71. Nicula C. Econometrie. <http://www.cnp.ro/user/repository/econometrie.nivel1.v3.2.pdf> (vizualizat la 02.03.2016)
72. Oprunenco A., Popa A. Investigarea transparenței și eficienței economice a utilizării fondurilor Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Chișinău: Expert-Grup, 2011, 50 p.
73. Paladi G., Gagauz O. Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: consecințe economice și sociale. Chișinău: 2010, 222 p.
74. Pârțachi I., Andrei T. Serii de date statistice folosite în caracterizarea sistemului public de sănătate. În: Drept, economie și informatică, Chișinău: 2007, nr.1(11), p. 47-49

75. Pârțachi I. L'Econométrie des séries macroéconomiques et financières de la République Moldova. În: Revista Română de Statistică. București: 2011, nr. 3 p. 78-85
76. Popescu C., Pohoacă I. Capital uman, capital social și creștere economică. Iași: Editura Universității "Alexandru Ioan Cuza", 2007, 133 p.
77. Raportul conturilor naționale de sănătate în Republica Moldova.
<http://www.cnms.md/sites/default/files/Raport.%20Conturi%20Nationale%20in%20Sanatate%20C%20anul%201015.pdf> (vizualizat la 02.05.2016)
78. Regulamentul (UE) 2015/359 al Comisiei Europene din 4 martie 2015. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/?uri=CELEX:32015R0359> (vizualizat la 12.04.2016)
79. Regulamentul (UE) 2008/1338 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 decembrie 2008 privind statisticile comunitare referitoare la sănătate publică, precum și la sănătatea și siguranța la locul de muncă. <file:///C:/Users/Alex/Downloads/9661a3f5-1ee7-45be-a5b0-8435191f0963.ro.pdf> (vizualizat la 12.04.2016)
80. Reinhardt V., Chicu V. Migration and development in the Moldavian Health System. Chișinău: 2012, 272 p.
81. Secrieru A. Finanțe publice, instrumente și mecanisme financiare de intervenție guvernamentală. Chișinău: Epigraf, 2004, 424 p.
82. Soltan V., Moșneaga A. Analiza de impact a reformelor în domeniul sănătății. septembrie 2009-ianuarie 2010, Centru pentru Politici și Analize în Sănătate, Chișinău: 2010, 17 p.
83. Stoican M. Dezvoltarea capitalului uman în condițiile formării economiei inovaționale. Brașov: Editura Universității "Transilvania", 2012, 115 p.
84. Stratulat O. Cheltuielile publice pentru acțiuni social-culturale. Chișinău: INEI, 2001, 70 p.
85. Tintiuc D. Sănătatea publică și management. Chișinău: USMF, Medicina 2007, 898 p.
86. Țurcanu Gh., Buga M., Domente S. Sisteme de sănătate în tranziție, Republica Moldova: revizuirea sistemului de sănătate. European Observatory on Health Systems and Policies. Volumul 14, nr. 7, 2012, 161 p.
87. Ulian G., Doga-Mîrzac M., Rotaru L. Finanțe publice. Chișinău: 2012, 295 p.
88. Ulian G., Moroi T. Prognozarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății în Republica Moldova prin utilizarea modelării econometrice. În: Revista științifică nr. 2(92) 2016, USM, Studia Universitatis, seria științe exacte și economice. Chișinău: USM, 2016, p. 250-255
89. Ursoniu S. Management sanitar. Timișoara: 2000, 168 p.
90. Vaculovschi D., Vremeș M. Raportul Național de Dezvoltare Umană 2010/2011: Republica Moldova de la excluziune socială la o dezvoltare umană incluzivă. Chișinău: 2011, 168 p.
91. Văcărel Iu. Finanțe publice. București: 2002, 757 p.

92. Văidean V. Sistemul românesc al asigurărilor de sănătate în context european. Cluj-Napoca: Editura Risoprint, 2010, 190 p.
93. Vlădescu C. Sănătate publică și management sanitar. București: Cartea Universitară, 2004, 469 p.
94. Voicu B. Capitalul uman: componente, niveluri, structuri. România în context european. www.revistacalitateavietii.ro/2004/CV-1-2-04/11.pdf (vizualizat la 15.01.2014)
95. Volovei V., Mocanu V., Ciocanu M. Sănătatea populației Republicii Moldova: aspecte medico-sociale. – monografie. Chișinău: 2008, 300 p.
96. Zanoschi G. Sănătate publică și management sanitar. Iași: 2003, 312 p.

Surse în limba engleză

97. Barton Ph. Understanding the U.S. health services system. Chicago: 2010, 73 p.
98. Becker G. Human capital: a theoretical and empirical analysis. www.nber.org/chapter/c3730 (vizualizat la 15.03.2014)
99. Das A., Martin F. An econometric analysis of the US health care expenditures. Global Journal of Health Science. www.ccsenet.org (vizualizat la 12.02.2016)
100. European Observatory, Medical savings accounts: can they improve health system performance in the Europe? The health policy bulletin, 2008, volume 10, number 4, 16 p.
101. Joumard I., Hoeller P. Health care system efficiency and policy settings. OECD Publishing 2010, 211 p.
102. Glied Sh. Health care financing, efficiency and equity. www.nber.org/papers/w13881 (vizualizat la 20.02.2016)
103. Grossman M. The human capital model of the demand for health. www.nber.org/papers/w7078 (vizualizat la 20.02.2014)
104. Health financing policy: a guide for decision-makers. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2008/health-financing-policy-a-guide-for-decision-makers-2008> (vizitat la 08.10.2012)
105. Hoffmeyer U., McCarthy Th. Financing health care. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994, 580 p.
106. King A. Health care expenditure and GDP. Journal of Health Economics 17(3), 1998, p. 377-381
107. Laroshe M. On the concept and dimensions of human capital in a knowledge-based economy context. www.fin.gc.ca/pub/pdfs/wp98-01e.pdf (vizualizat la 20.02.2014)

108. Matteo Di. The macro determinants of health care expenditure in the USA and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. Health Policy 71, 2005, p.23-42
109. Mincer J. Investment in human capital and personal income distribution. www.jstor.org/stable/1827422 (vizualizat la 22.02.2014)
110. Murthy N. Aggregate health care expenditure in the USA: evidence form cointegration tests. Applied Economics 26 (8), 797-802, www.researchgate.net/publication/24073569 (vizualizat la 20.02.2016)
111. Roemer M. National Health Systems of the world. New York: 1991, 368 p.
112. Shishkin S., Jowett M. World Health Organization, Regional office for Europe, O analiză a reformelor în finanțarea sănătății în Republica Moldova, anul 2012
113. Shultz Th. Human capital: policy issues and research oppurtunities. www.nber.org/chapters/c4126 (vizualizat la 18.02.2014)
114. World Bank. World DataBank, Indicators of Health. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&Topic=8> (vizualizat la 20.01.2015)
115. World Health Organization. Medical savings accounts: What is at risk? Report 2010
116. World Health Organization. The determinants of health expenditure. 2011
117. World Health Statistics Reports. www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/ (vizualizat la 20.01.2015)

Surse în limba rusă

118. Водогреева Л. Роль и место здоровья в формировании человеческого капитала. www.ukros.ru (vizualizat la 25.02.2014)
119. Ганя В., Копэчану К., Русу П. Инновационный метод оптимизации расходов в медицинских учреждениях Республики Молдовы. În: Научно-производственный журнал Наука. Novosibirsk, 2015, N.1(53), p.176-183. Импакт-фактор, равный 0,005.
120. Добрынин А., Дятлов С. Человеческий капитал в транзитной экономике. Москва: Издательство «Наука», 1999
121. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, Научные исследования в целях достижения всеобщего охвата населения медицинскими услугами”, Всемирная организация здравоохранения, 2013

122. Европейская экономическая комиссия
<http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/2011/37.r.pdf> (vizualizat la 12.02.2014)
123. Игнатов В., Батурин Л. Экономика социальной сферы: Учебное пособие. Москва: изд. Март, 2005, 528 с.
124. Касаева Т. Ресурс здоровья в функционировании человеческого капитала: теория и практика. Пятигорск: Издательство ПГЛУ, 2010, 198 с.
125. Корицкий А. Влияние человеческого капитала на экономический рост. Новосибирск: 2013
126. Лимачко Е. Человеческий капитал в современной экономике – некоторые теоретические аспекты. www.econom.nsc.ru (vizualizat la 22.01.2014)
127. Лисицин Ю. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва: 2010, 512 с.
128. Мосиалос Э., Диксон А. Финансирование здравоохранения альтернативы для Европы. Весь Мир, 2002, 352 с.
129. Развитие человеческого капитала – новая социальная политика: сборник научных статей, Москва: Издательство «Дело» РАНХиГС, 2013, 544 с.
130. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. Москва: ГЭО-ТАР-Медицина
131. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. Москва: Русь, 2003, 125 с.
132. Шишкин С. Экономика социальной сферы: Учебное пособие. Москва: ГУ ВШЭ, 2003, 367 с.
133. Шмитсу М., Силва А. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского Союза. Европейская обсерватория по системам и политики здравоохранения. Москва: Из. Весь мир, 2006

ANEXE

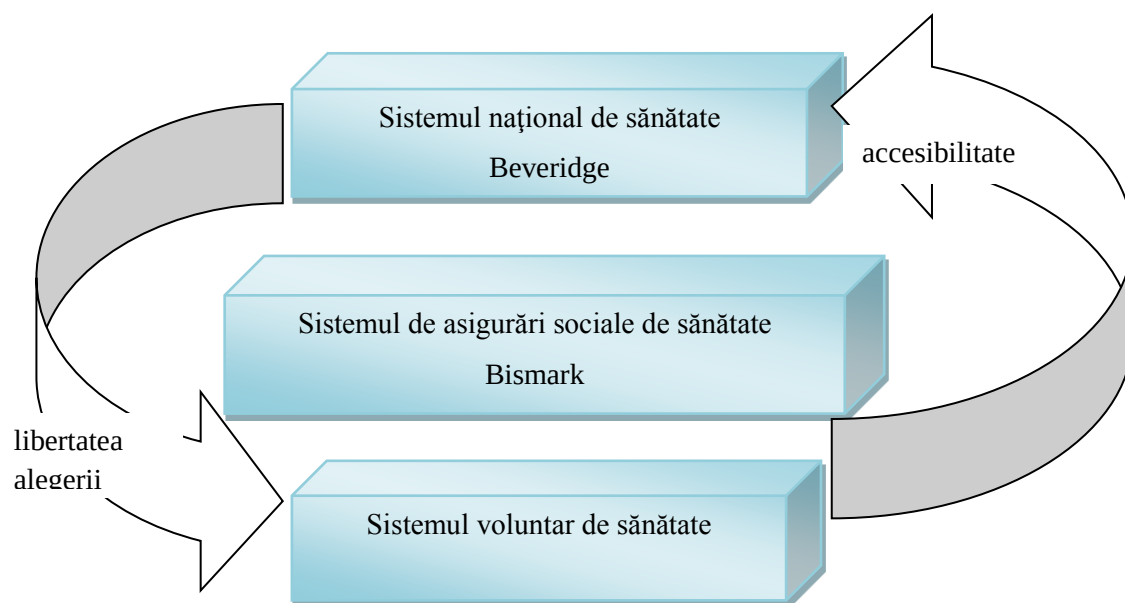


Fig. A.1.1 Caracteristicile sistemelor de sănătate
Sursa: elaborat de autor

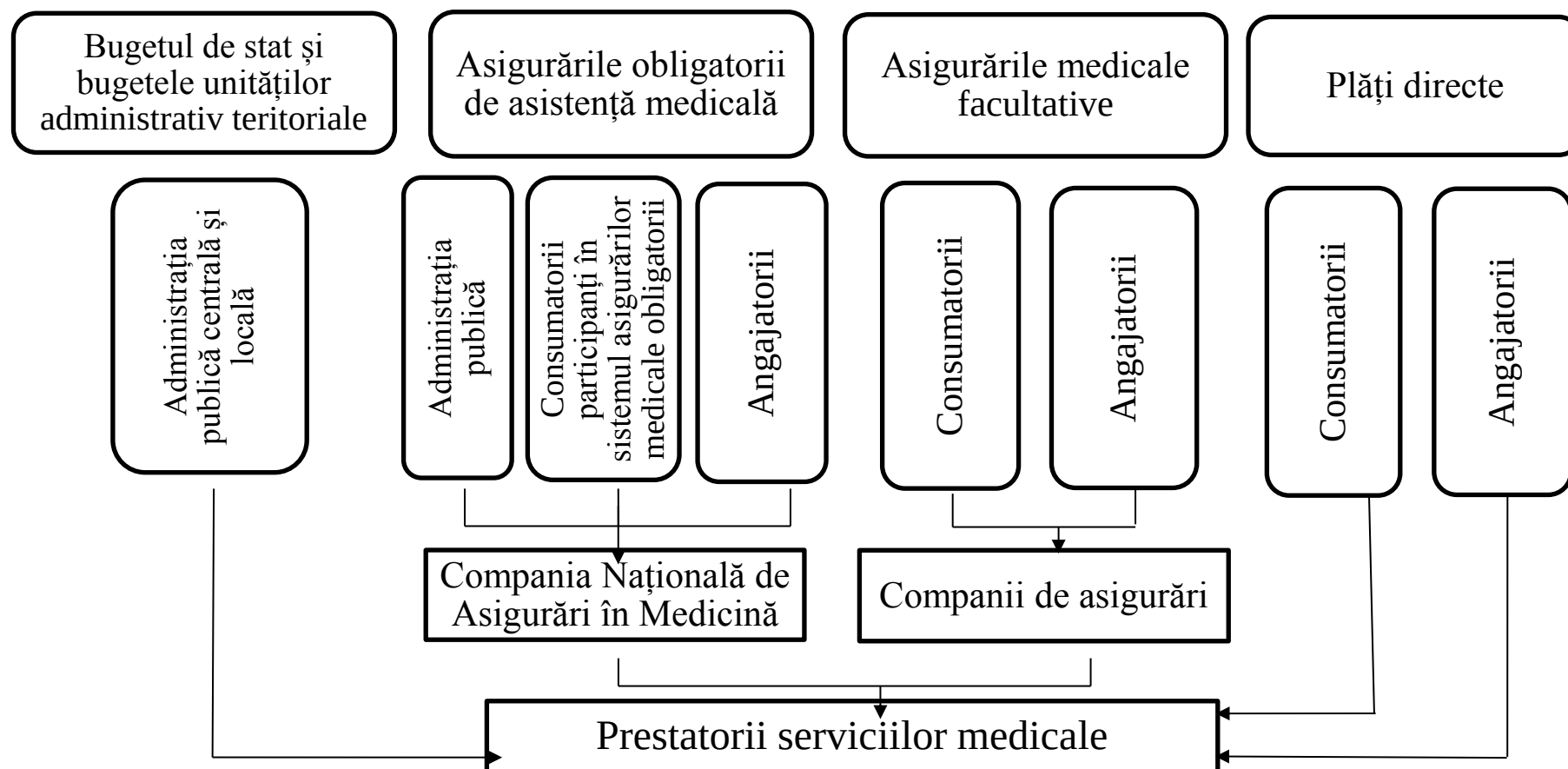


Fig. A.2.1 Sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova la etapa actuală
Sursa: elaborat de autor

Tabelul A.3.1 Indicele modificării cheltuielilor publice pentru sănătate și indicele modificării produsului intern brut în Republica Moldova, 2002-2013

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CPOS	911,4	1095,7	1339,7	1572,4	2111,8	2628,6	3391,4	3846,9	3996,6	4259,6	4749,8	5226,9
PIB	22556	27619	32031,8	37651,9	44754,4	53429,6	62922	60430	71885,5	82348,7	87847	99879
Icpos1/0	1,49	1,20	1,22	1,17	1,34	1,24	1,29	1,13	1,04	1,06	1,11	1,10
IPIB1/0	1,18	1,22	1,16	1,17	1,19	1,19	1,18	0,96	1,19	1,15	1,07	1,14
k	1,26	0,98	1,05	1,0	1,13	1,04	1,09	1,18	0,87	0,92	1,04	0,96

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [3, 4]

Tabelul A.4.1 Structura cheltuielilor FAOAM anii 2005-2008, mln. lei

Cheltuieli	2005	2006	2007	2008
1. Fondul de bază	1075,3	1434,6	1 825,5	2466,7
2. Fondul măsurilor de profilaxie	6,4	13,6	31,0	48,0
3. Fondul de rezervă	9,1	15,1	13,6	28,2
4. Fondul de administrare	17,2	22,1	24,5	29,1
Total	1108,0	1485,4	1894,6	2572,0

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

Tabelul A.4.2 Structura cheltuielilor FAOAM anii 2009-2013, mln. lei

Cheltuieli	2009	2010	2011	2012	2013
1. Fondul de bază	2965,3	3293,9	3479,3	3777,8	3956,0
2. Fondul măsurilor de profilaxie	36,0	6,3	15,8	17,7	29,9
3. Fondul de rezervă	40,0	18,7	46,2	2,1	52,8
4. Fondul de dezvoltare	-	14,0	35,0	111,2	138,1
5. Fondul de administrare	30,1	34,8	39,4	42,4	49,3
Total	3071,4	3367,7	3615,7	3951,2	4226,1

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

Tabelul A.5.1 Analiza fondului de bază FAOAM anii 2005-2013, mln. lei

Cheltuieli	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1. Asistența medicală urgentă la etapa prespitalicească	114,0	136,0	160,1	234,0	270,0	299,5	306,8	324,2	333,7
	10,6	9,5	8,8	9,5	9,1	9,1	9,0	8,6	8,4
2. Asistența medicală primară	280,1	412,7	547,7	747,8	924,5	1010,8	1044,8	1119,6	1161,4
	26,0	28,8	30,0	30,3	31,2	30,7	30,0	29,6	29,4
3. Asistența medicală specializată de ambulatoriu	60,0	92,7	126,7	177,3	226,4	235,6	257,0	276,8	289,9
	5,6	6,5	6,9	7,2	7,6	7,2	7,4	7,3	7,3
4. Asistența medicală spitalicească	613,1	775,6	952,8	1230,9	1478,4	1670,1	1779,9	1924,5	2007,2
	57,0	54,1	52,2	49,9	49,8	50,7	51,2	51,0	51,0
5. Investigații costisitoare(servicii medicale de înaltă performanță)	8,1	17,6	38,1	60,5	65,5	75,3	87,2	127,6	159,1
	0,7	1,2	2,1	2,4	2,2	2,3	2,5	3,4	4,0
6. Îngrijiri medicale la domiciliu	-	-	-	2,0	2,1	2,6	3,6	5,3	4,7
				0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
7. Cheltuielile de tratament al persoanelor neasigurate afectate de maladii social-condiționate	-	-	-	14,1	-	-	-	-	-
				0,6					
Total cheltuieli fondul de bază	1075,3	1434,6	1825,5	2466,7	2965,3	3293,9	3479,3	3777,8	3956,0
	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [32]

Tabelul A.6.1 Determinarea volumului resurselor financiare acumulate
prin instituirea taxei pe viciu

Nr.	Produse	anual	Venituri obținute prin instituirea taxei pe viciu
1.	Țigarete	3 793 320 000	$\frac{3793320000 * 20 \text{ lei}}{1000} = 75866400 \text{ lei}$
2.	Mii litri, 100% alcool	108 990	$\frac{108\,990\,000 * 10 \text{ lei}}{100} = 10\,899\,000 \text{ lei}$
Total			$75866400 \text{ lei} + 10899000 \text{ lei} = 86\,765\,400 \text{ lei}$

Sursa: elaborat de autor

Tabelul A.7.1 Model de clasificare a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății
prin prisma surselor de finanțare înaintat la Biroul Național de Statistica

Sursele de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății											
1. Surse publice	Administrația publică centrală	Administrația publică locală	Asigurări medicale obligatorii	2. Surse private	Asigurări medicale facultative	Plăți directe ale gospodăriilor casnice	Conturi de economii pentru sănătate	Întreprinderi	Instituții fără scop lucrativ	3. Surse externe	Total surse de finanțare

Sursa: elaborat de autor

Tabelul A 8.1 Date inițiale privind CTOS și PIB
pentru Republica Moldova, anii 2001 - 2013

	Perioada	Cheltuielile pentru Ocrotirea Sănătății, mln. lei	Produsul intern brut, mln. lei
1.	2001	1328,5	19051,5
2.	2002	1860,0	22556,0
3.	2003	2282,7	27619,0
4.	2004	2734,1	32031,8
5.	2005	3418,3	37651,9
6.	2006	4799,5	44754,4
7.	2007	5841,3	53429,6
8.	2008	7215,7	62922,0
9.	2009	7850,8	60430,0
10.	2010	8503,4	71885,5
11.	2011	8519,2	82348,7
12.	2012	10325,6	87847,0
13.	2013	10453,8	99879,0

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [3,4]

Tabelul A 9.1 Date inițiale privind CPOS, CPOS_loc și PIB
pentru Republica Moldova, anii 2001 - 2013

Perioada	Cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății, mln.lei	Cheltuieli publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor, lei	Produsul intern brut, mln. lei
2001	611,1	168,4	19051,5
2002	911,4	251,8	22556,0
2003	1095,7	303,5	27619,0
2004	1339,7	372,1	32031,8
2005	1572,4	436,8	37651,9
2006	2111,8	586,6	44754,4
2007	2628,6	734,2	53429,6
2008	3391,4	950,0	62922,0
2009	3846,9	1077,6	60430,0
2010	3996,6	1122,6	71885,5
2011	4259,6	1196,5	82348,7
2012	4749,8	1334,2	87847,0
2013	5226,9	1468,2	99879,0

Sursa: elaborat de autor în baza sursei [3, 4]

Tabelul A 10.1 Date inițiale privind PCPOS, PPDOS
pentru Republica Moldova, anii 2001 - 2013

	Perioada	Ponderea Cheltuielilor publice OS în total cheltuieli OS, %	Ponderea plăților directe în total cheltuieli OS, %
1.	2001	46	46
2.	2002	49	41
3.	2003	48	41
4.	2004	49	40
5.	2005	46	45
6.	2006	44	46
7.	2007	45	46
8.	2008	47	45
9.	2009	49	44
10.	2010	47	44
11.	2011	50	40
12.	2012	46	45
13.	2013	50	40

Sursa: elaborate de autor în baza sursei [111]

Tabelul A 11.1 Dependența dintre produsul intern brut și
cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății
determinată prin regresie liniară

Dependent Variable: CH_TOT

Method: Least Squares

Date: 05/02/16 Time: 07:07

Sample (adjusted): 2001 2013

Included observations: 13 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-795.5845	402.0465	-1.978837	0.0734
PIB	0.121515	0.006731	18.05325	0.0000
R-squared	0.967351	Mean dependent var		5779.454
Adjusted R-squared	0.964383	S.D. dependent var		3253.333
S.E. of regression	613.9821	Akaike info criterion		15.81845
Sum squared resid	4146714.	Schwarz criterion		15.90536
Log likelihood	-100.8199	Hannan-Quinn criter.		15.80058
F-statistic	325.9200	Durbin-Watson stat		1.550586
Prob(F-statistic)	0.000000			

Tabelul A 11.2 Dependența dintre produsul intern brut și
cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății
prin utilizarea formei logaritmice a regresiei

Dependent Variable: LOG(CH_TOT)

Method: Least Squares

Date: 05/02/16 Time: 07:19

Sample (adjusted): 2001 2013

Included observations: 13 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-5.366189	0.589635	-9.100871	0.0000
LOG(PIB)	1.284017	0.054659	23.49138	0.0000
R-squared	0.980456	Mean dependent var		8.469267
Adjusted R-squared	0.978680	S.D. dependent var		0.696910
S.E. of regression	0.101759	Akaike info criterion		-1.591781
Sum squared resid	0.113904	Schwarz criterion		-1.504865
Log likelihood	12.34657	Hannan-Quinn criter.		-1.609646
F-statistic	551.8449	Durbin-Watson stat		1.195022
Prob(F-statistic)	0.000000			

Tabelul A 12.1 Dependența dintre produsul intern brut și
cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății
determinată prin regresie liniară

Dependent Variable: CH_PUB
Method: Least Squares
Date: 02/19/16 Time: 06:55
Sample: 2001 2013
Included observations: 13

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-475.4303	169.2744	-2.808637	0.0170
PIB	0.059684	0.002840	21.01664	0.0000
R-squared	0.975701	Mean dependent var		2749.377
Adjusted R-squared	0.973492	S.D. dependent var		1583.022
S.E. of regression	257.7346	Akaike info criterion		14.08238
Sum squared resid	730698.2	Schwarz criterion		14.16929
Log likelihood	-89.53544	Hannan-Quinn criter.		14.06451
F-statistic	441.6991	Durbin-Watson stat		1.300497
Prob(F-statistic)	0.000000			

Tabelul A 12.2 Dependența dintre produsul intern brut și
cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății
prin utilizarea formei logaritmice a regresiei

Dependent Variable: LOG(CH_PUB)
Method: Least Squares
Date: 02/19/16 Time: 06:59
Sample: 2001 2013
Included observations: 13

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-6.273123	0.547861	-11.45020	0.0000
LOG(PIB)	1.298898	0.050791	25.57351	0.0000
R-squared	0.983459	Mean dependent var		7.721618
Adjusted R-squared	0.981955	S.D. dependent var		0.702425
S.E. of regression	0.094358	Akaike info criterion		-1.742804
Sum squared resid	0.097938	Schwarz criterion		-1.655889
Log likelihood	13.32823	Hannan-Quinn criter.		-1.760669
F-statistic	654.0042	Durbin-Watson stat		1.363500
Prob(F-statistic)	0.000000			

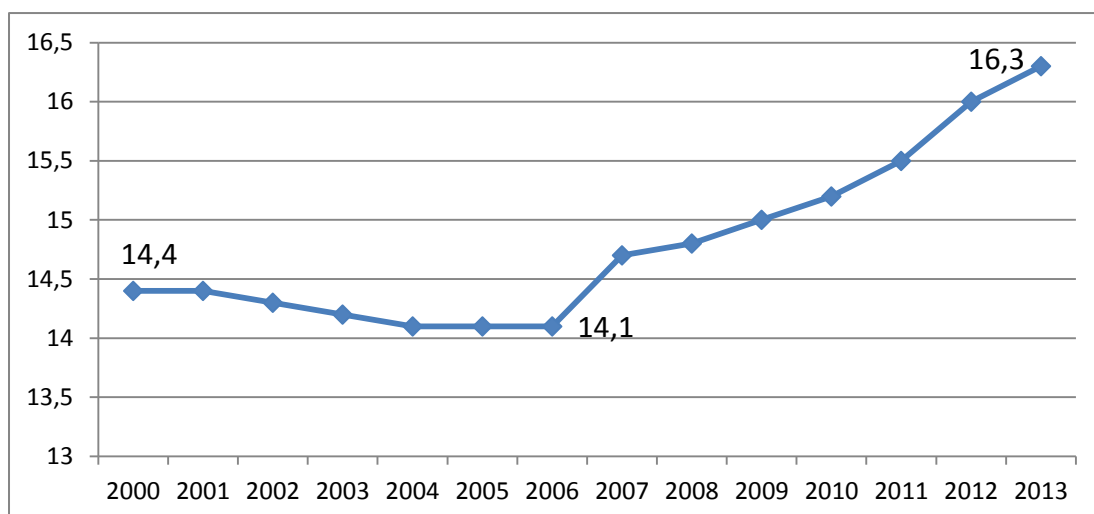


Fig. A 13.1. Ponderea persoanelor vârstnice în total populația Republicii Moldova
anii 2000-2013, %
Sursa: elaborat de autor

Tabelul A 14.1 Dependența dintre ponderea persoanelor vârstnice în total populație și
 cheltuielile publice pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor
 determinată prin utilizarea formei logaritmice a regresiei

Dependent Variable: LOG(CH_PUB_CAPITA)

Method: Least Squares

Date: 04/13/16 Time: 23:24

Sample: 2001 2013

Included observations: 13

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-19.00154	7.608568	-2.497388	0.0340
LOG(PENSIONARI/POP)	4.863236	1.532341	3.173729	0.0113
@TREND	0.340023	0.017454	19.48142	0.0000
@TREND^2	-0.018017	0.002605	-6.915334	0.0001
R-squared	0.996665	Mean dependent var		6.444578
Adjusted R-squared	0.995553	S.D. dependent var		0.709224
S.E. of regression	0.047294	Akaike info criterion		-3.017197
Sum squared resid	0.020131	Schwarz criterion		-2.843366
Log likelihood	23.61178	Hannan-Quinn criter.		-3.052927
F-statistic	896.5183	Durbin-Watson stat		2.694064
Prob(F-statistic)	0.000000			

Tabelul A 15.1 Rezultatele corelației dintre
ponderea cheltuielilor publice în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății,
ponderea plăților directe în total cheltuieli pentru ocrotirea sănătății și
cheltuielile totale pentru ocrotirea sănătății
prin utilizarea modelului econometric liniar multiplu

Dependent Variable: CH_TOT
Method: Least Squares
Date: 05/15/16 Time: 06:51
Sample (adjusted): 2001 2013
Included observations: 13 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	-24167.90	7526.942	-3.210852	0.0124
X2	219.3169	96.12674	2.281539	0.0519
X3	340.0532	79.28645	4.288919	0.0027
@TREND	939.8544	49.62706	18.93835	0.0000
D2005	-1171.353	422.4735	-2.772606	0.0242
R-squared	0.994967	Mean dependent var		5779.454
Adjusted R-squared	0.992450	S.D. dependent var		3253.333
S.E. of regression	282.6826	Akaike info criterion		14.41025
Sum squared resid	639275.8	Schwarz criterion		14.62754
Log likelihood	-88.66662	Hannan-Quinn criter.		14.36559
F-statistic	395.3561	Durbin-Watson stat		2.028612
Prob(F-statistic)	0.000000			


MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

str. Vasile Alecsandri 2, MD-2009, mun. Chișinău
Tel. +373 22 729 907; +373 22 268 818; Fax. +373 22 738 781; e-mail: office@ms.gov.md
www.ms.gov.md

CERTIFICAT

**de implementare a rezultatelor cercetărilor științifice efectuate de către
Doamna MOROI Tatiana în teza de doctor în științe economice cu tema
"Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova",
specialitatea 522.01 – Finanțe**

Ca urmare a examinării tezei de doctor la specialitatea 522.01 – Finanțe, cu tema: "Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova", autor Moroi Tatiana, considerăm că lucrarea nominalizată constituie rezultatul unei cercetări științifice complexe cu un caracter sporit de originalitate și inovație.

Relevanța cercetării este condiționată de necesitatea abordării științifice a finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în vederea aplicării unor modalități de finanțare determinând funcționarea durabilă a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova. Valoarea practică a tezei rezultă din concluziile pe care le conține, implementarea cărora urmează să sporească finanțarea domeniului vizat.

Contribuția esențială a tezei date constă în:

- 1) aplicarea modelului econometric prin corelarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății cu produsul intern brut în Republica Moldova cu scopul obținerii informațiilor necesare fundamentării deciziilor în vederea asigurării sustenabilității financiare a sistemului național de ocrotire a sănătății;
- 2) propunerea modalității de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prin dezvoltarea asigurărilor medicale facultative cu scopul îmbunătățirii finanțării sistemului de ocrotire a sănătății. În conformitate cu Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 – 2017, finanțarea reprezintă unul dintre factorii principali care determină funcționarea durabilă a sistemului de sănătate și creează condiții favorabile de satisfacere a necesităților și a cererii populației în servicii medicale de calitate.
- 3) propunerea includerii în Managementul Date în domeniul Sănătății a compartimentului "statistica finanțării sistemului de ocrotire a sănătății", care cuprinde acumularea și studierea informației privind finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății prin aplicarea clasificării încrucișate a surselor de finanțare și cheltuielilor în dependență de prestatorii serviciilor medicale și tipurile serviciilor medicale acordate. Necesitatea implementării statisticii finanțării sistemului de ocrotire a sănătății derivă din racordarea Republicii Moldova la standardele europene în conformitate cu Regulamentul Uniunii Europene 2015/359 al Comisiei din 4 martie 2015 de punere în aplicare a Regulamentului CE nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului în ceea ce privește statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății este identificată clasificarea încrucișată a cheltuielilor curente pentru sănătate în funcție de furnizorii serviciilor de sănătate și mecanismele de finanțare, funcțiile medicale și mecanismele de finanțare.

De asemenea, apreciem cu o valoare aplicativă înaltă propunerile și recomandările formulate în vederea îmbunătățirii finanțării sistemului de ocrotire a sănătății.

Reieșind din cele expuse, apreciem pozitiv teza de doctor în științe economice la specialitatea 522.01 – Finanțe, cu tema "Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova" și considerăm rezultatele cercetării de o importanță științifică și practică semnificativă.

În contextul dat, susținem conferirea titlului de doctor în economie autorului
MOROI Tatiana la specialitatea 522.01 – Finanțe.

Oleg Creciun
CANCELARIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
1006601000000

CRECIUN Oleg
Viceministru al Sănătății

MINISTERUL FINANTELOR
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

2005, mun. Chișinău, str. Cosmonauților 7

tel.: (22) 26-25-24

fax: (22) 26-25-24, web: www.mf.gov.md

20.06.2016

nr.

01/4-02/8

la nr. _____

CONFIRMARE

**de implementare a rezultatelor cercetărilor științifice efectuate în cadrul tezei de doctor
la specialitatea 522.01 – Finanțe, cu tema:
„Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova”
elaborată de către Tatiana MOROI**

Prin prezenta, se confirmă că următoarele rezultate științifice obținute de doamna Tatiana MOROI în teza de doctor cu tema „Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova”, la specialitatea 522.01 – Finanțe, au fost propuse spre aplicare în activitatea Ministerului Finanțelor:

- modelul econometric de evaluare a legăturii dintre cheltuielile pentru ocrotirea sănătății și produsul intern brut;
- aplicarea instrumentelor financiare de acumulare a resurselor financiare în scopul asigurării sustenabilității financiare a sistemului național de ocrotire a sănătății.

Secretar de Stat



Veronica URSU

MINISTERUL EDUCAȚIEI
AL REPUBLICII MOLDOVA



MINISTRY OF EDUCATION OF
THE REPUBLIC OF MOLDOVA

ACADEMIA DE STUDII ECONOMICE
A MOLDOVEI



ACADEMY OF ECONOMIC
STUDIES OF MOLDOVA

Str. Mitropolit G. Bănulescu-Bodoni, 61
MD – 2005, Chișinău
Tel. 22-41-28, fax 22-19-68

del. 06.16 Nr. *02/880*

La Nr. _____ din _____



61, Mitropolit G. Banulescu-Bodoni Str
Chișinău, MD – 2005,
Tel. 22-41-28, fax 22-19-68

CERTIFICAT

de implementare a rezultatelor cercetărilor științifice efectuate de către
Doamna MOROI Tatiana în teza de doctor în științe economice cu tema
"Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova",
specialitatea 522.01 - Finanțe

Rezultatele cercetărilor științifice efectuate în procesul elaborării tezei de doctor în științe economice cu tema "Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova", elaborate de către dna MOROI Tatiana, în cadrul catedrei "Finanțe și Asigurări", ASEM, prezentând un interes semnificativ atât teoretic, cât și aplicativ, pot fi utilizate în procesul de instruire a studenților la:

- ciclul I, licență, facultatea "Finanțe" în cadrul disciplinei "Finanțe publice";
- ciclul II, masterat, programele de masterat "Finanțe Publice și Fiscalitate", "Finanțe corporative și Asigurări", "Administrare financiar-bancară" în cadrul disciplinelor "Strategii macroeconomice fiscale și bugetare", "Managementul finanțelor publice".

Rezultatele cercetărilor științifice obținute de către dna MOROI Tatiana, constituind un material informativ inedit și actual prin genericul său, pot fi preluate pentru fundamentarea necesităților de aprobare în planurile de studii a noilor discipline de instruire, conforme noilor realități economice, la:

- ciclul I, licență, specialitatea "Finanțe și Bănci";
- ciclul II, masterat, pentru programele de masterat gestionate de catedrele din cadrul facultății "Finanțe".

Prim-prorector cu activitate
didactică, ASEM



COTELNIC Ala
Prof. univ., dr. hab.

MINISTERUL EDUCAȚIEI
AL REPUBLICII MOLDOVA



MINISTRY OF EDUCATION OF
THE REPUBLIC OF MOLDOVA

ACADEMIA DE STUDII ECONOMICE
A MOLDOVEI



ACADEMY OF ECONOMIC
STUDIES OF MOLDOVA

Str. Mitropolit G. Bănulescu-Bodoni, 61
MD – 2005, Chișinău
Tel. 22-41-28, fax 22-19-68

61, Mitropolit G. Banulescu-Bodoni Str
Chișinău, MD – 2005,
Tel. 22-41-28, fax 22-19-68

27.06.16 Nr. 02/878
La Nr. _____ din _____



CERTIFICAT

de implementare a rezultatelor cercetărilor științifice efectuate de către
Doamna MOROI Tatiana în teza de doctor în științe economice cu tema
"Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova",
specialitatea 522.01 - Finanțe

Contribuția esențială a doctorandei Moroi Tatiana se manifestă prin participarea la realizarea sarcinilor și obținerea rezultatelor științifice ale cercetărilor efectuate în cadrul proiectului 15.858.06.03A "Perfecționarea mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate din Republica Moldova în vederea racordării la standardele europene".

Ca urmare a examinării tezei de doctor la specialitatea 522.01 – Finanțe, cu tema: "Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova", autor Moroi Tatiana, s-a constatat că, rezultatele cercetării științifice care s-au realizat în cadrul proiectului au fost elucidate în conținutul tezei de doctor cu referire la următoarele aspecte:

- efectuarea analizei modelelor social-economice și amplasării geografice au fost evidențiate trăsături specifice care au contribuit la elaborarea unei clasificări noi a modelelor de finanțare a sistemelor de sănătate la nivel internațional;
- efectuarea analizei finanțării sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova prin evidențierea principalelor aspecte cu referire la acumularea și distribuirea resurselor financiare a fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- efectuarea analizei indicatorilor ce caracterizează nivelul de finanțare a sistemului național de ocrotire a sănătății cu scopul argumentării necesității atragerii unor resurse financiare suplimentare (prin propunerea instituirii taxei pe viciu) în vederea asigurării financiare a sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova.

Reieșind din cele expuse, apreciem pozitiv teza de doctor în științe economice la specialitatea 522.01 – Finanțe, cu tema "Finanțarea sistemului de ocrotire a sănătății în Republica Moldova" și considerăm rezultatele cercetării de o importanță științifică și practică semnificativă, fiind propusă spre realizare în cadrul proiectului "Perfecționarea mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate din Republica Moldova în vederea racordării la standardele europene".

În contextul dat, susținem conferirea titlului de doctor în economie autorului MOROI Tatiana la specialitatea 522.01 – Finanțe.

Prim-prorector cu activitate
didactică, ASEM

Directorul proiectului



COTELNIC Ala
Prof. univ., dr. hab.

COBZARI Ludmila
Prof. univ., dr. hab.

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Moroi Tatiana, declar pe propria-mi răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele legislației în vigoare.

Moroi Tatiana

CURRICULUM VITAE

1. **Numele și prenumele:** MOROI Tatiana
2. **Data și locul nașterii:** 03.01.1980, Republica Moldova, or. Chișinău
3. **Cetățenia:** Republica Moldova
4. **Starea civilă:** căsătorită
5. **Studii:**

<i>Instituția</i>	<i>Perioada</i>	<i>Calificarea</i>
Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	2004-prezent	Studii doctorale
Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	2002-2003	Magistru în economie
Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	1997-2002	Licențiat în economie

6. Stagii:

<i>Perioada</i>	<i>Instituția</i>
Martie 2016	S.R.L. "TrendExpert"
Martie 2010	Academia de Studii Economice din București

7. Activitate profesională:

<i>Perioada</i>	<i>Instituția</i>	<i>Poziția</i>
mai 2016 - prezent	Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	Lector universitar
noiembrie 2010 – mai 2016	Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	Lector superior universitar
ianuarie 2009 – noiembrie 2010	Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	Lector universitar
august 2003 – ianuarie 2009	Academia de Studii Economice din Moldova, facultatea "Finanțe", catedra "Finanțe și Asigurări"	Asistent universitar
Ianuarie 2002 - Februarie 2002	Î. S. "Rezervcom"	Contabil

8. Participări în proiecte științifice:

<i>Perioada</i>	<i>Instituția</i>	<i>Poziția</i>
Mai 2015 - prezent	”Perfecționarea mecanismului de finanțare a sistemului de sănătate din Republica Moldova în vederea racordării la standardele europene” Cifrul 15.858.06.03A	executant
2011-2012	„Fundamentarea politicii financiare privind asimilarea remitențelor în Republica Moldova” Cifrul 11.819.08.05 A/30	executant

9. Lucrări științifice publicate:

25 publicații științifice, inclusiv coautor la o monografie.

10. Aptitudini lingvistice:

Limba română – limba maternă

<i>Limbi străine</i>	<i>Nivelul</i>
Engleza	mediu
Franceza	mediu
Rusa	mediu

11. Date de contact:

telefon: (+373) 69266430

e-mail: tania.ceb@gmail.com