

CReDO: Analiza Bugetară a Instituțiilor Administrative și a Politicilor Sectoriale în
Domeniul Sănătate.



PROIECT

Analiza Bugetară a Instituțiilor Administrative și a Politicilor Sectoriale în Domeniul Sănătate

Resource Center for Human Rights
Centrul de Resurse pentru Drepturile Omului (CReDO)
Al. Hajdeu 95 "A", CHISINAU, MD 2005, Moldova
(373 22) 212 816, fax (373 22) 225 257
CReDO@CReDO.md, www.CReDO.md

Despre CReDO

CReDO este organizația de consultanță în domeniul politicilor publice, reformelor democratice și drepturilor omului. Oferim consultanța în elaborarea politicilor, opțiunilor de politici, formularea instrumentelor de implementare a politicilor și dezvoltarea capacităților de implementare ale acestora.

CReDO va pune la dispoziție metodele calitative și cantitative moderne de evaluare a politicilor, identificarea bunelor practici și programelor de succes care pot fi preluate și implementate în Moldova având drept exemplu țările cu experiență.

Consultanții CReDO dețin capacitățile și cunoștințele în domeniul utilizării:

- analizei cost beneficiu,
- analiza politicilor (obiectivele, instrumentele, mecanismele),
- analiza proceselor de politici publice,
- analiza bugetară,
- analiza instituțională,
- analiza legislativă, impactul regulator și legislativ
- analiza funcțională.

Vă punem la dispoziție expertiza și experiența de planificare strategică în domeniul public și privat.

Un aspect important în activitatea CReDO este dezvoltarea capacităților administrative de implementare a politicilor, în acest context vă oferim consultanța pentru a realiza creșterea și consolidarea capacităților manageriale și instituționale. Programele educaționale și de training ale CReDO combină excelența academică și experiența practică și pragmatică în realizarea obiectivelor.

CReDO a produs zeci de analize de politici, printre beneficiarii organizației se găsește Guvernul, instituțiile executive centrale, partidele politice, organizațiile internaționale sute de organizații neguvernamentale și multe organizații internaționale cu sediul în Moldova și peste hotare.

Sumarul executiv

Scopul raportului este a face o analiză bugetară a politicilor sociale. Rezultatul analizei va informa cititorul asupra eficienței utilizării cheltuielilor publice în cadrul instituțiilor publice administrative în limitele domeniilor sectorului social și înțelegerea exactă asupra priorităților politicilor bugetare sociale în raport cu principalele grupuri beneficiare.

Sectorul social include domeniul social, domeniul sănătate și domeniul de educație. Analiza bugetară presupune 2 aspecte: 1) analiza bugetelor administrative a instituțiilor publice centrale din sector, și 2) analiza politicilor bugetare cu referire la principalele mecanisme de finanțare și principalele grupuri beneficiare ale politicilor sociale.

Raportul este structurat în câteva capitole. În primul capitol se analizează structura integrală a bugetelor din fiecare domeniu. În al doilea capitol se analizează bugetele administrative a instituțiilor executive centrale din domeniile vizate. În al treilea capitol se analizează principalele mecanisme bugetare și principalele priorități de cheltuieli bugetare în domeniile vizate. Raportul conține comparații intersectorale.

Concluziile raportului sunt grupate în 3 categorii: concluziile privitor la eficiența folosirii bugetelor administrative, concluziile privitor la identificarea priorităților de alocare a fondurilor bugetare și concluziile privitor la eficacitatea folosirii fondurilor bugetare. Raportul recomandă eficientizarea utilizării cheltuielilor bugetare pentru necesitățile administrative prin ridicarea productivității în agențiile subordonate responsabile de administrarea politicilor, actualmente tehnologiile învechite folosite pentru administrarea politicilor sociale relevă un cost mare și menținerea artificială a numărului mare de angajați publici în instituțiile subordonate. O altă recomandare care reiese din analiza bugetelor administrative este folosirea obligatorie a procedurilor de procurări publice pentru serviciile și mărfurile, categoria aceasta constituie în jur de 30% din toate sumele folosite. Raportul conține constatări exacte privitor la prioritățile bugetare pentru diferite grupuri beneficiare. Sunt identificate sumele plătite în bani și în servicii.

Cuprins:

SUMARUL EXECUTIV	1
1. INTRODUCERE	1
2. POLITICILE BUGETARE ÎN SECTORUL SOCIAL	2
2.1 <i>Politicile bugetare sectoriale</i>	2
2.2 <i>Bugetul politicilor de sănătate</i>	3
4. PRIORITĂȚILE BUGETARE	7
4.1 <i>Prioritățile programelor naționale</i>	7
4.2 <i>Prioritățile bugetare din asigurare</i>	10
6. REFERINȚE	15

1. Introducere

Politicile bugetare sau politicile trezoriariale sunt importante pentru a înțelege cine și cât primește sau beneficiază din fondurile publice. Analiza bugetară este necesară pentru a asigura transparența și accesibilitatea cetățenilor pentru a cunoaște prioritățile guvernării.

Raportul utilizează datele financiare pertinente perioadei 2006-2007 și doar în unele cazuri folosește cheltuielile proiectate pentru anul 2008. Baza informațională a rapoartelor constituie rapoartele publice și instituționale, inclusiv datele financiare, plus datele statistice colectate pe parcursul discuțiilor și interviurilor cu persoanele responsabile din sectorul social.

Raportul nu examinează politicile sociale în totalitate, aceasta ar necesita includerea politicilor fiscale în raport cu principalele grupuri beneficiare. Totodată, raportul nu examinează eficiența și impactul politicilor bugetare asupra grupurilor beneficiare, aceasta necesită un exercițiu aparte. Analiza impactului politicilor bugetare necesită disponibilitatea datelor statistice dezagregate pe principalele grupuri beneficiare până la consumarea beneficiilor politicilor bugetare și efectul acestora după recepționarea ultimelor. Totuși, exercițiul de evaluare a impactului a politicilor sociale bugetare este dificil de separat de politicilor sociale în ansamblu.

Abrevieri:

MPSFC – Ministerul protecției sociale, familiei și copilului
CNAS – Casa națională de asigurări sociale
CREMV – Comisia republicană de expertizare medicală a vitalității
MS – Ministerul Sănătății
CMS – Centrul de Management sanitar
CNAM – Compania Națională de asigurări în medicină
CNEAS – Consiliul național de evaluare și acreditare în medicină
CȘPMP – Centrul Științifico-practic de medicina preventivă (CPM)
AM – Agenția Medicamentului
BS – Bugetul de stat
BAS – Bugetul de asigurări sociale
CTTM – Cadru de cheltuieli
SND – Strategia națională de dezvoltare
MET – Ministerul educației și tineretului
...

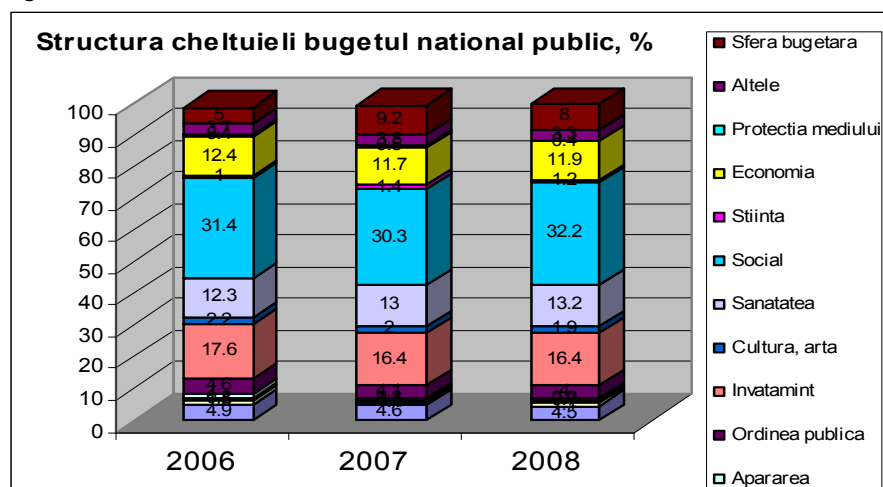
2. Politicile bugetare în sectorul social

În acest capitol vom analiza macro-structura bugetului sectorial social din perspectiva comparativă și în retrospectivă. În următoarele 3 secțiuni se vor analiza structura și prioritățile bugetare din fiecare domeniu.

2.1 Politicile bugetare sectoriale

Politicile sociale constituie o prioritate a cheltuielilor publice. Cheltuielile pentru necesitățile sociale au o pondere constantă de peste 30% din bugetul național public. Cheltuielile pentru sănătate constituie 13%, iar pentru educație 16% din bugetul național public. Valoarea totală a cheltuielilor sociale este peste 60% din bugetul național public. Această cifră își menține ponderea în ultimii 3 ani.

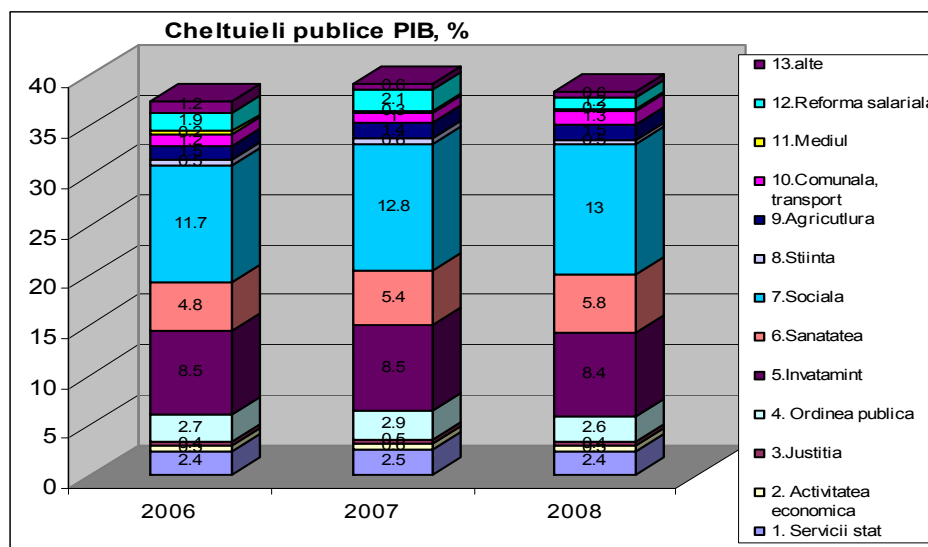
Figura 2.1



Sursa: CCTM 2008-10, 2009-11

Analiza structurii cheltuielilor sociale în expresia produsului intern brut (PIB) relevă o imagine similară. Cheltuielile pentru domeniul social constituie 13%, pentru sănătate aproape 6% și pentru educație puțin peste 8%. În total cheltuielile sociale constituie ceva mai puțin de 30% din PIB.

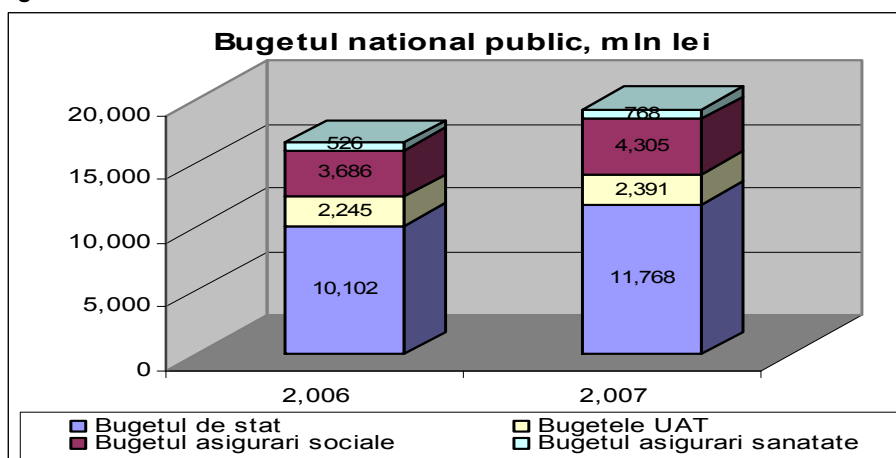
Figura 2.2



Sursa: CCTM 2008-10, 2009-11

Bugetul național public este compus din 4 bugete principale: bugetul de stat (veniturile din impozite și taxe), bugetul autorităților publice locale (UAT), bugetul de asigurări sociale și bugetul de asigurări în sănătate. Ponderea relativă a bugetelor este evidentă.

Figura 2.3



Sursa: CCTM 2008-10, 2009-11

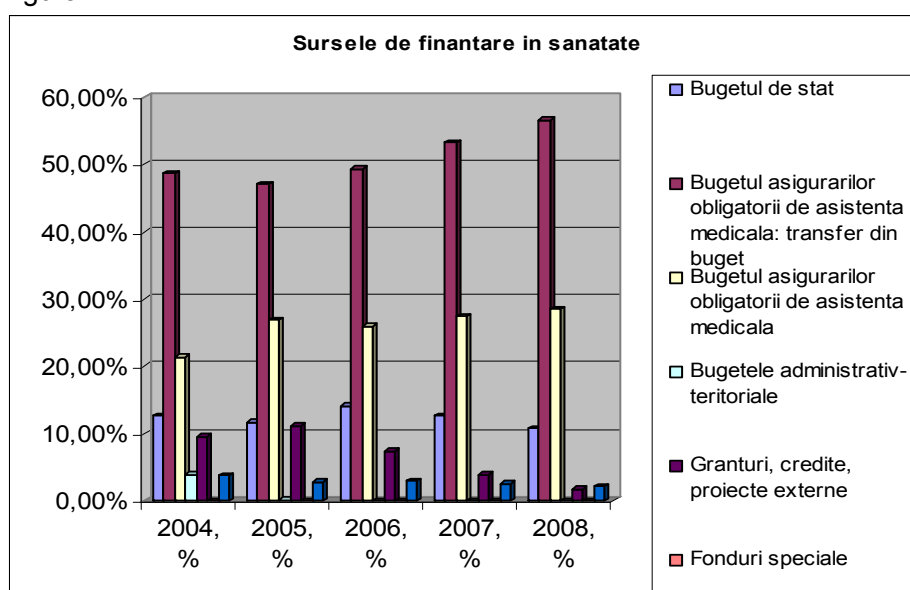
2.2 Bugetul politicilor de sănătate

În domeniul sănătății sunt prezente 3 surse principale: bugetul de stat (BS) și bugetul de asigurări în medicină (BAM) care formează cheltuielile pentru funcționarea serviciilor medicale, bugetul de stat prin programele de sănătate și bugetele autorităților publice locale. Ponderea bugetului de stat prin contribuții la BAM și prin programele de sănătate este peste 70%. Ponderea BAM este în continuă creștere.

Analiza cheltuielilor bugetare în domeniul sănătății se va face prin analiza programelor de sănătate publică, prin analiza cheltuielilor relative pentru verigele medicinei (medicina primară, de urgență, de ambulatoriu, investigație și medicina spitalicească) și pentru diferite categorii de beneficiari.

Figura de mai jos demonstrează că BAM (28%) și transferurile de la bugetul de stat pentru asigurare (55%) formează cel mai mare buget de cheltuieli în domeniul sănătății, peste 80%. Programele guvernamentale de sănătate publică din sursele bugetului de stat formează peste 10% din cheltuieli în sănătate, restul revine bugetelor autorităților locale și granturilor.

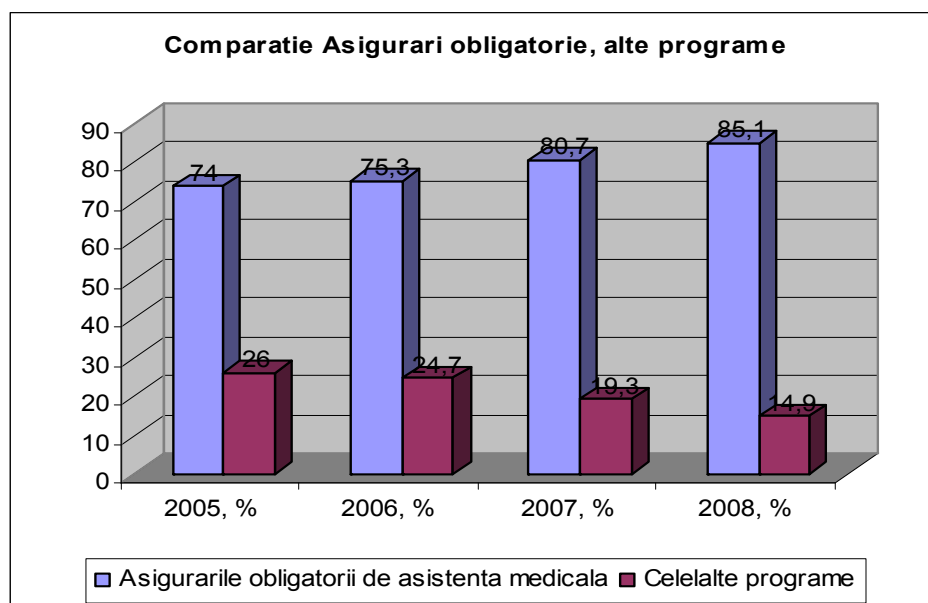
Figura 2.11



Sursa: Bugetul anual 2006, 07, CTTM 2008-10, raportul CNAM 2006, 07, calculele autorului

În figura de mai jos BAM este comparat cu celelalte cheltuieli în domeniul sănătății. Astfel, analiza detaliată a BAM este foarte necesară.

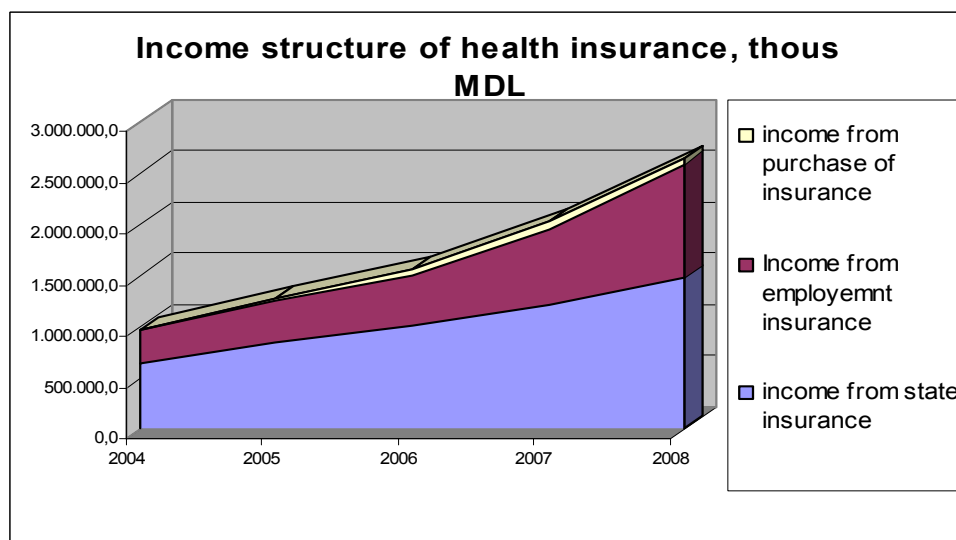
Figura 2.12



Sursa: Bugetul anual 2006, 07, CTTM 2008-10, raportul CNAM 2006, 07, calculele autorului

Analiza bugetului de asigurări în medicină (BAM) este prezentată în graficul de mai jos, observăm o creștere ușoară a ponderii contribuțiilor angajaților asigurați.

Figura 2.13

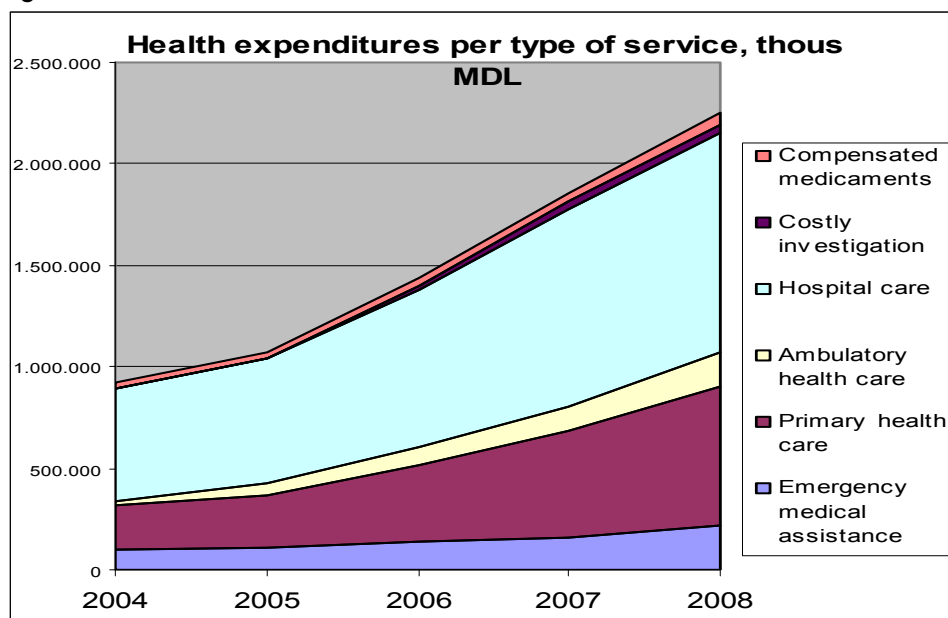


Sursa: CTTM 2008-10, raportul CNAM 2006, 07, calculele autorului

În figura de mai jos se demonstrează cum sunt cheltuite sursele din BAM pentru verigile sistemului de asigurare în sănătate. Observăm ca serviciile spitalicești reprezintă prioritatea principală cu peste 60% din cheltuieli. Medicina primară atestă o alocare în modestă creștere, însă se limitează la 35% din cheltuieli. Serviciile de urgență și

serviciile de ambulatoriu sunt în limitele de 5-6 %, investigațiile costisitoare și medicamentele compensate sunt sub 1-2 % din cheltuielile sistemului de asigurări în medicină.

Figura 2.14



Sursa: CTTM 2008-10, raportul CNAM 2006, 07, calculele autorului

Concluziile secțiunii analiza politicilor bugetare din domeniul sănătate:

- principalele grupuri beneficiare, în afară de persoanele asigurate prin angajare, sunt pensionarii, persoanele cu dizabilități și persoanele asigurate în mod individual,
- principalele programe naționale au ca obiectiv investiții în baza materială și tehnică sau completarea tratamentelor medicale la nivelul serviciilor spitalicești,
- programele de sănătate publică și de prevenire sunt incipiente.

4. Prioritățile bugetare

În acest capitol analizăm situația cu privire la prioritățile de politici în domeniile în cauză. Prioritățile bugetare sunt privite pe de o parte ca multitudinea programelor de cheltuieli bugetare pentru grupurile și categoriile de beneficiari și pe de altă parte prioritizarea cheltuielilor bugetare pentru anumite categorii de beneficiari. Această abordare este conformă analizei politicilor pe grupurile de beneficiari și reflectă esența analizei politicilor vizavi de obiectivele propuse. Totodată, analiza pe care o efectuăm în acest capitol se limitează doar la politicile bugetare, adică instrumentele trezoreriale ale politicilor¹.

Intenția acestui capitol este să determinăm cheltuielile bugetare pentru diferite categorii de beneficiari ai politicilor bugetare, realizăm o estimare sumară a valorii publice pentru fiecare tip de alocare bugetară. O concluzie fermă asupra eficienței politicilor bugetare nu poate fi realizată în baza scopului studiului și metodologiei folosite.

4.1 Prioritățile programelor naționale

În această secțiune vom analiza prioritățile bugetelor pe programele de sănătate și bugetele de facto cheltuite pentru diferite categorii de beneficiari. În sistemul de sănătate avem 2 instrumente de finanțare: programele naționale și sistemul de asigurare. Sistemul de asigurare creează servicii directe pentru grupurile beneficiare și sumele care revin acestor grupuri poate fi estimat. Programele naționale se clasifică după obiective, unele din programele naționale direct completează serviciile medicale.

Prioritățile bugetare pe programele naționale

Analiza programelor naționale pot fi clasificate după obiectivele propuse:

- programe de consolidare a sistemului,
- programe de tratament,
- programe de prevenire,
- programe diminuare a riscurilor de sănătate².

Analiza cheltuielilor bugetare a programelor relevă că programele de consolidare a sistemului sunt cele mai mare, constituind 54% din totalul cheltuielilor bugetare sau 110 ml lei anual. Urmează programele care fortifică și completează serviciile existente de tratament finanțate din sursele de asigurare, acestea constituie 23% sau 47 ml lei.

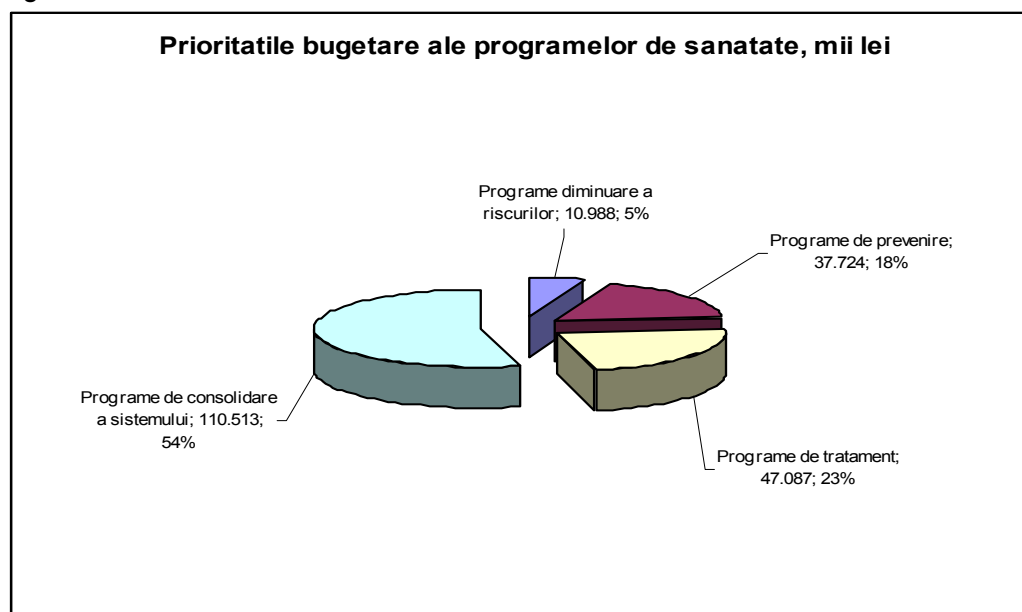
¹ În mod normal analiza bugetară trebuie completată cu analiza politicilor fiscale, politicile informaționale, funcționarea instituțiilor și fluxului informațional relevant, în final este necesar de măsurat impactul politicilor date asupra grupurilor beneficiare în vederea rezultatelor propuse.

² În această secțiune nu au fost analizate programele științifice gestionate prin Academia de Știință a Moldovei, implementarea cărora revine CMP, suma cheltuielilor bugetare este mai mică decât 15 ml lei anual

Programele de prevenire constituie doar 18% sau 38 ml lei și programele de diminuare a riscurilor constituie 5% sau 11 ml lei anual.

Mecanismul de programe naționale este gestionat prin intermediul MS, implementarea programelor revine instituțiilor publice active în domeniul sănătății.

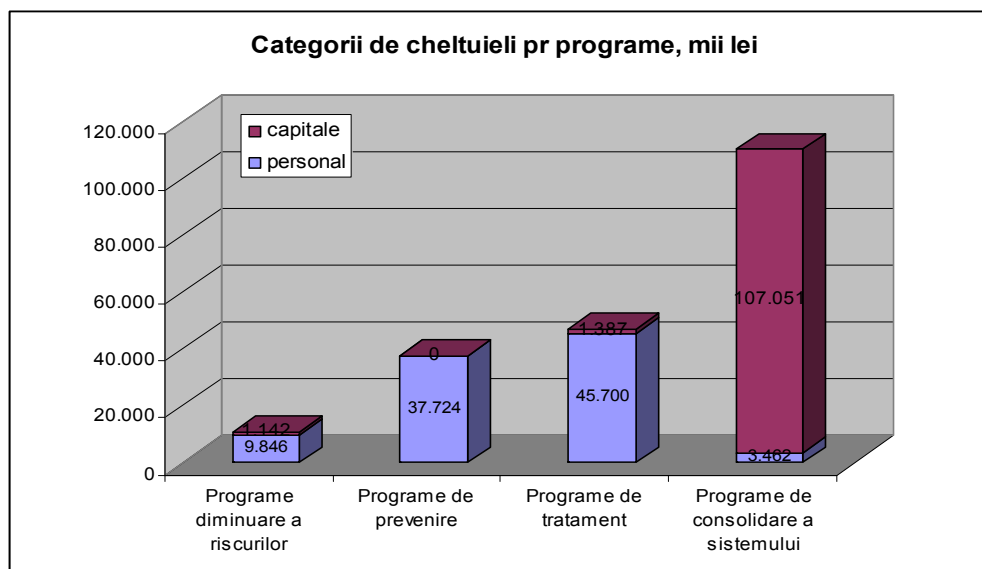
Figura 4.16



Sursa: CTTM 2008-10, rapoartele administrative ale instituțiilor examinate, calculele autorului

Analiza cheltuielilor economico-financiară a programelor, prezentată în figura de mai jos, ne oferă informația că cu excepția programului de consolidare a sistemului, 95% din cheltuielile programelor revine resurselor umane. În programul de consolidare a sistemului, situația este inversată, astfel 95% din cheltuieli revin investițiilor capitale.

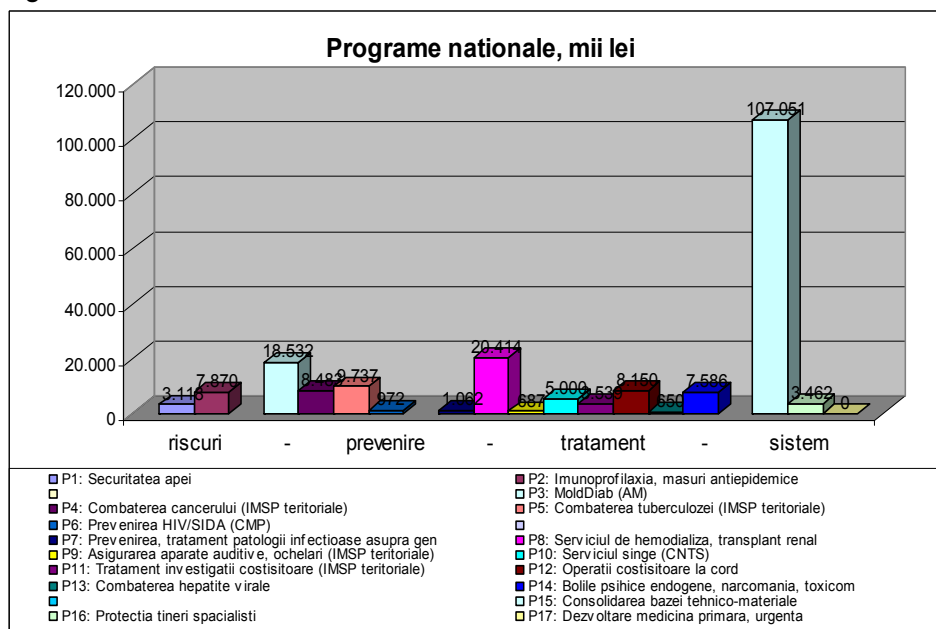
Figura 4.17



Sursa: CTTM 2008-10, rapoartele administrative ale instituțiilor examinate, calculele autorului

O privire mai detaliată și totodată comparativă asupra programelor este realizată în graficul de mai jos. Se evidențiază programul de consolidare a bazei tehnico-materiale cu peste 100 ml lei. Celelalte programe sunt în valoare de 3-5 ml lei sau pînă la 10 ml lei, cu excepția programului MoldDiab în valoare de 18 ml lei și a programului serviciul hemodializă, transplant renal în valoare de 20 ml lei.

Figura 4.18



Sursa: CTTM 2008-10, rapoartele administrative ale instituțiilor examinate, calculele autorului

Finanțarea programelor de sănătate în valoarea de peste 200 ml lei anual și gestionarea acestora necesită un sistem dezvoltat de gestionare a programelor și proiectelor. Ciclul de management al programei sau a proiectului necesită capacități profesionale în cadrul MS. Evaluarea rezultatelor implementării programului trebuie raportată la obiectivele de promovare a sănătății și corelate cu serviciile de sănătate oferite prin sistemul de asigurare. Un alt aspect al funcționării programelor naționale este rolul distins în prevenirea riscurilor de sănătate.

4.2 Prioritățile bugetare din asigurare

Prioritățile bugetare pe categorii de beneficiari

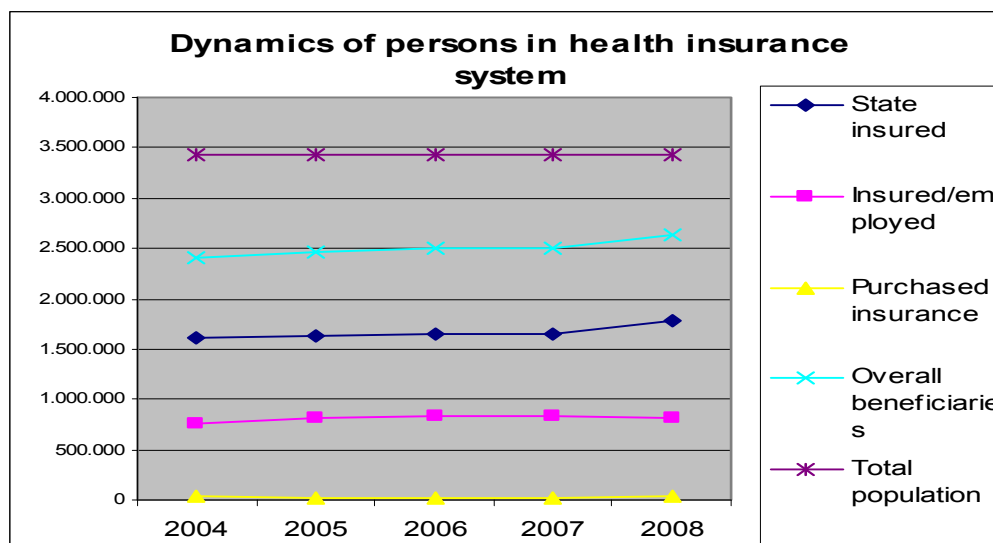
În această secțiune vom analiza cheltuielile bugetare de sănătate care revin grupurilor de beneficiari:

- pensionari,
- persoane cu dizabilități,
- copii de vîrsta preșcolară
- copii de vîrsta școlară și tinerii în procesul de instruire,
- femeile gravide,
- angajați și șomeri.

Aceste grupuri beneficiază de asigurarea de sănătate din sursele de bugetul de stat în sistemul de asigurare de sănătate. 30% (graficul de mai jos) din beneficiarii serviciilor medicale prin asigurare sunt persoanele asigurate prin angajare, profilul dezagregat al acestora nu a fost posibil de obținut din datele existente.

Numărul total de beneficiari ai sistemului de asigurare (inclusiv asigurați de stat) este ceva mai mult de 2,5 ml. Aproape 1 ml de persoane, în mare parte agricultorii și persoanele din mediul rural nu au asigurare medicală.

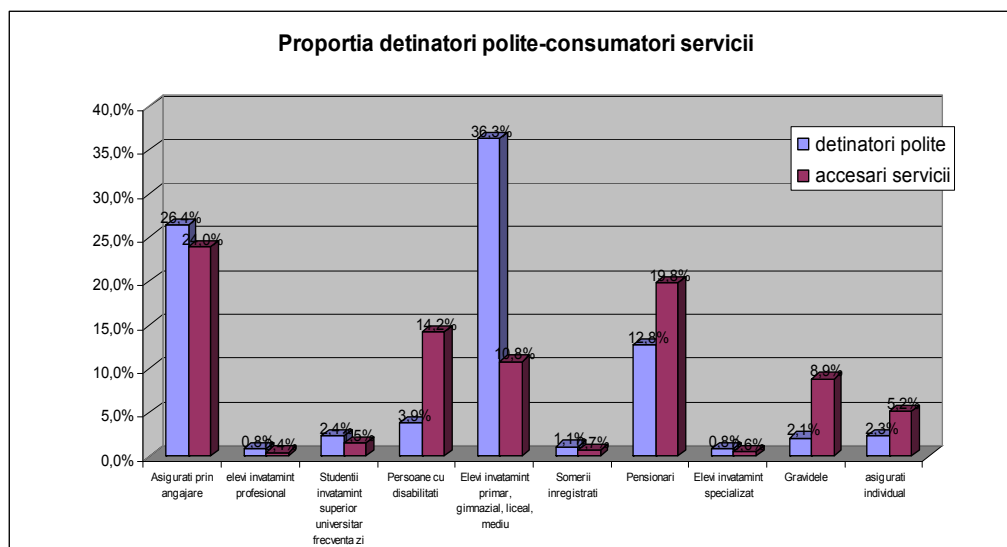
Figura 4.19



Analiza detaliată a deținătorilor de polițe de asigurare efectuată mai jos este importantă pentru a înțelege cine și în ce măsură beneficiază de resursele financiare din asigurare medicală. Totodată, deținerea poliței de asigurare ne vorbește doar de dreptul de acces la sistemul de asigurare medicală, accesarea de facto și consumul de facto a serviciilor medicale depinde de frecvența și consistența accesărilor a serviciilor medicale.

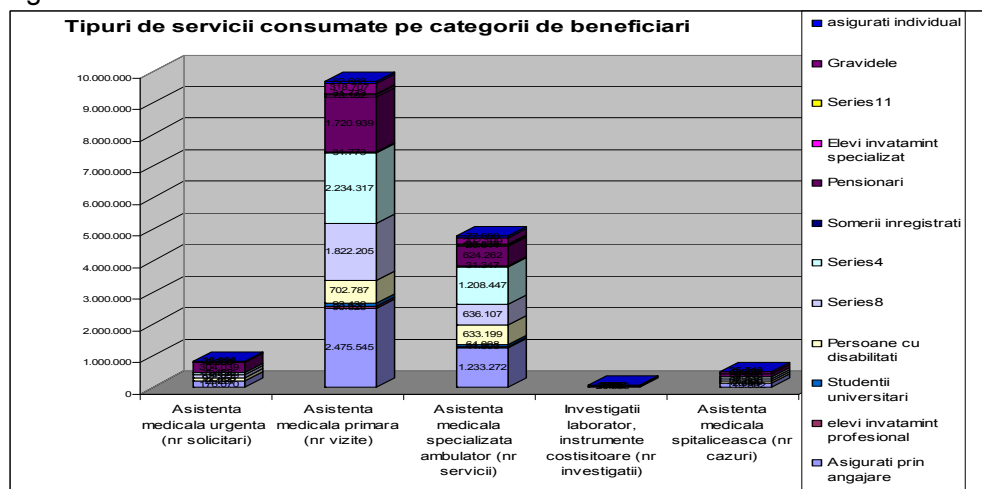
Figura care urmează ne oferă informații privitor la ponderea relativă a beneficiarilor sistemului de asigurare de sănătate și frecvența utilizării serviciilor medicale și prin urmare volumul de alocații financiare pentru fiecare grup beneficiar. Analiza informațiilor relevă câteva grupuri de persoane care folosesc mai activ și mai frecvent serviciile medicale și astfel consumă mai multe finanțe și grupurile care sub-utilizează serviciile medicale. Spre exemplu persoanele asigurate prin contractele de angajare constituie 26,4% din totalul angajaților dar consumă doar 24% din totalul serviciilor medicale, persoanele cu dizabilități constituie 3% din numărul total de persoane în sistem, însă consumă 14,2% din resursele financiare, pensionarii constituie 12,8% din numărul persoanelor în sistem, însă consumă 19,8 % din serviciile medicale, la fel gravidele constituie 2,1 % din numărul persoanelor din sistem dar consumă 8% din servicii medicale.

Figura 4.20



Copiii reprezintă 36% din numărul persoanelor din sistem, însă consumă doar 10% din serviciile medicale. În graficul care urmează este prezentată structura serviciilor medicale consumate pe categorii de persoane. Observăm că serviciile de asistență primară și serviciile de asistență de ambulatoriu sunt folosite cel mai des de către practic toate grupurile de beneficiari fără excepții. Serviciile spitalicești sunt utilizate mult mai puțin de toate grupurile de beneficiari.

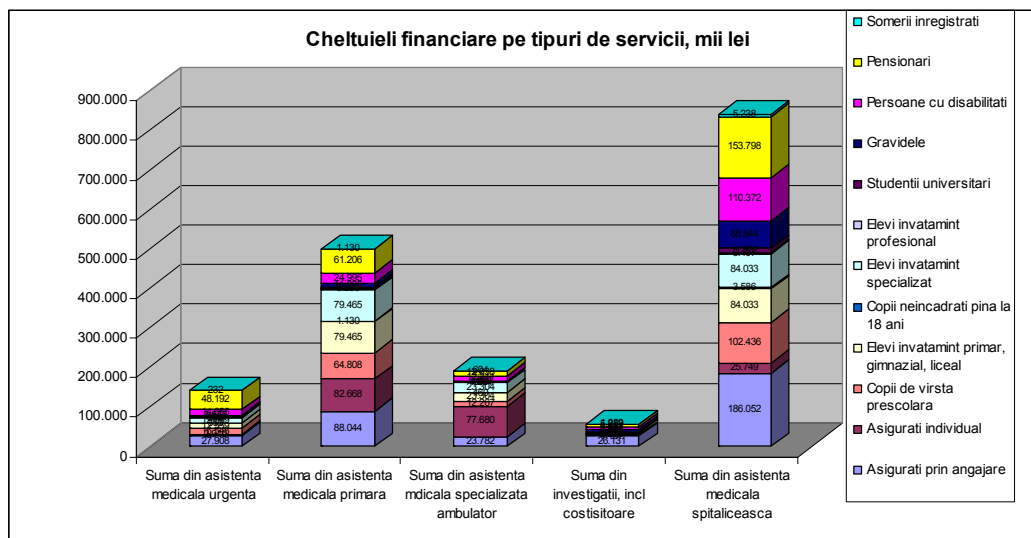
Figura 4.23



Frecvența accesărilor diferitor tipuri de servicii medicale este prezentată în expresie bănească în graficul de mai jos. Astfel, putem observa cât revine fiecărui grup de beneficiari în bani. Costul serviciilor spitalicești se apropie de 1 mlrd de lei deși numărul de servicii este de 0,6 ml. Cea mai mare sumă din consumul serviciilor spitalicești, după grupul de persoane asigurate prin angajare revine pensionarilor – 153 ml lei, persoanelor cu dizabilități – 110 ml lei.

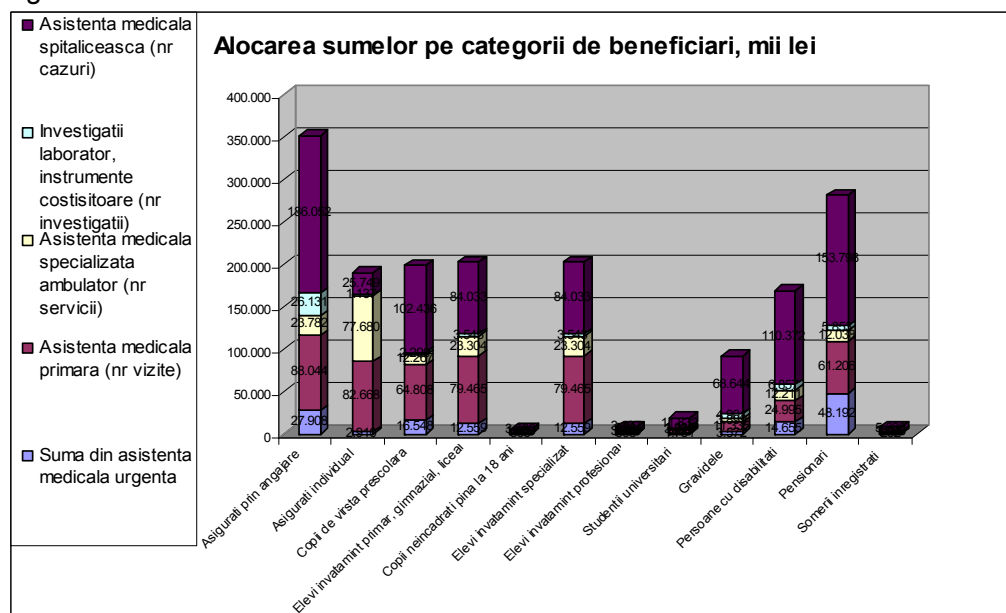
Figura 4.24

CReDO: Analiza Bugetară a Instituțiilor Administrative și a Politicilor Sectoriale în
Domeniul Sănătate.



În final în graficul de mai jos se demonstrează sumele care revin fiecărui grup beneficiar din sistemul de asigurare. După grupul cel mai mare de persoane asigurate prin angajare, pe locul doi sunt pensionarii, asigurați de stat cu peste 280 ml lei, cu structura consumului preponderent serviciile spitalicești – 153 ml lei, asistența primară – 61 ml lei și asistența medicală urgentă – 48 ml lei. Persoanele cu dizabilități consumă 170 ml lei, preponderent serviciile spitalicești – 110 ml lei, gravidele 92 ml lei, serviciile spitalicești constînd în 69 ml lei. Copiii și elevii în total consumă peste 200 ml lei, din care serviciile medicinei primare și serviciile spitalicești predomină.

Figura 4.25



Concluziile privind politicile de sănătate:

- analiza determină costurile și cheltuielile pentru grupurile beneficiare,

CReDO: Analiza Bugetară a Instituțiilor Administrative și a Politicilor Sectoriale în
Domeniul Sănătate.

- principalii utilizatori ai sistemului de sănătate, afară de persoanele asigurate prin angajare, sunt pensionarii și persoanele cu dizabilități preferând serviciile spitalicești,
- asigurații individuali consumă per beneficiar cea mai mare suma de finanțe,
- programele națională sunt în cea mai mare parte orientate spre consolidarea bazei materiale și indirect spre prestarea serviciilor spitalicești,
- programele de promovare a modului sănătos de viață, adresarea riscurilor sănătății sunt subfinanțate, alocațiile relative sunt mult mai mici decât investițiile materiale,

6. Referințe

1. Raportul de evaluare a capacităților instituționale a MPSFC, mai 2008, CICO-CReDO for UNICEF,
2. Raportul de evaluare a capacităților instituționale a MS, mai 2008, CICO-CReDO for UNICEF,
3. Raportul de evaluare a capacităților instituționale a MET, mai 2008, CICO-CReDO for UNICEF,
4. Bugetul anual 2005, 06, 07, 08, Guvernul Republicii Moldova,
5. Bugetul asigurărilor sociale, 2005, 06, 07, CNAS,
6. CCTM 2008-10, 09-11, Ministerul finanțelor,
7. Raportul anual social, 2006, 07,
8. Raportul anual de sănătate, 2006, 07,
9. Rapoartele instituționale și financiare: CNAS, MPSFC, 06, 07,
10. Rapoartele instituționale și financiare: MS, CȘPMP, CMS, AM, CNEAS, 06, 07,
11. Rapoartele instituționale și financiare: MET, 06, 07,