

RENTABILITATEA POLIȚEI DE ASIGURARE MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

THE PROFITABILITY OF THE HEALTH INSURANCE POLICY IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Cristian CUBREACOV,
Specialitatea Medicină Generală, gr. M 2309
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițeanu” din Republica Moldova,
Coordonator științific: **Iulia VICOL**, asist. univ.,
Centrul Universitar „Bogdan Petriceicu Hasdeu” din Cahul
al Universității Tehnice a Moldovei

Rezumat: *Polița medicală obligatorie reprezintă principalul mecanism de finanțare a sistemului public de sănătate din Republica Moldova. Aceasta asigură accesul populației la serviciile medicale esențiale, indiferent de nivelul veniturilor individuale, fiind un element central al protecției sociale.*

Analiza rentabilității poliței medicale nu trebuie înțeleasă în sensul unui profit direct, ci prin prisma raportului dintre contribuția anuală achitată și valoarea serviciilor medicale acoperite în caz de necesitate. În practică, această evaluare depinde de riscul individual de îmbolnăvire, de frecvența utilizării serviciilor medicale și de costurile potențiale ale intervențiilor medicale neprevăzute.

Sistemul de asigurări medicale obligatorii este administrat de CNAM (Compania Națională de Asigurări în Medicină) și funcționează pe baza principiului solidarității sociale, în care contribuțiile tuturor asiguraților sunt centralizate și redistribuite în funcție de necesitățile medicale ale populației.

Finanțarea sistemului este realizată prin intermediul FAOM (Fondul Asiguraților Obligatorii de Asistență Medicală), care reprezintă bugetul principal destinat acoperirii serviciilor medicale publice.

Cuvinte-cheie: *poliță medicală, asigurare obligatorie de asistență medicală, persoană asigurată*

Abstract: *The mandatory health insurance policy represents the main financing mechanism of the public healthcare system in the Republic of Moldova. It ensures the population's access to essential medical services, regardless of individual income levels, being a central element of social protection.*

The analysis of the health insurance policy's profitability should not be understood in the sense of a direct financial profit, but rather through the prism of the ratio between the paid annual contribution and the value of the medical services covered in case of need. In practice, this evaluation depends on the individual risk of illness, the frequency of using medical services, and the potential costs of unforeseen medical interventions.

The mandatory health insurance system is administered by CNAM (National Health Insurance Company) and operates on the basis of the principle of social solidarity, in which the contributions of all insured individuals are centralized and redistributed according to the medical needs of the population.

The financing of the system is carried out through FAOM (Mandatory Health Insurance Fund), which represents the main budget destined for covering public medical services.

Keywords: *health insurance policy, mandatory health insurance, insured person*

Costul integral al poliței de asigurare medicală obligatorie pentru anul 2026 a rămas la nivelul anului 2025, deci la valoarea de 12636 lei. Dar, pentru unele categorii de persoane, costul poliței achiziționate cu reducere, până la 31 martie inclusiv, va fi mai mare decât în anii precedenți. Totuși trebuie de menționat că potrivit autorităților, prețul integral al poliței medicale conform *formulei de calcul* ar fi trebuit să ajungă până la 18700 de lei. Președintele Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Ion Dodon, a declarat că Guvernul a propus Parlamentului păstrarea valorii actuale pentru a evita o presiune suplimentară asupra populației [3, 5].

Contribuția la asigurarea medicală, calculată procentual din salariu și din alte venituri, rămâne la nivelul de 9%. Astfel, 9% din salariul brut lunar al unui angajat sunt direcționați către asigurarea medicală obligatorie: 4,5% sunt reținuți din salariul angajatului, iar alți 4,5% sunt achitați de angajator [7].

Persoanele care se asigură în mod individual pot beneficia de reduceri dacă achită polița în primele trei luni ale anului și respectiv, reducerile în anul 2026 sunt mai mici față de cele aplicate în anii precedenți. De aceea, orice cetățean al Republicii Moldova care nu este angajat și nu este asigurat de stat va putea benevol cumpăra polița cu 2527 lei. Sumă respectivă va fi achitată și de proprietarii de terenuri agricole, fondatorii de întreprinderi individuale, persoanele fizice care dau în arendă bunuri sau desfășoară activități independente, precum și de străinii cu drept de ședere permanentă.

Din anul 2024 a fost introdusă o modificare importantă, care se referă la persoanele asigurate de stat și anume: pensionari, studenți, mame cu copii mici în întreținere și persoane cu dizabilități, nu mai sunt obligați să achite polița medicală dacă dețin teren agricol, așa cum a fost anterior.

Totuși, pentru unele categorii profesionale, chiar și polița achiziționată cu reducere va costa mai mult. Mediatorii, notarii, avocații, executorii judecătorești, experții judiciari, interpreții, traducătorii, administratorii autorizați și persoanele neangajate care exercită independent profesia de medic de familie vor achita 5686 lei. Suma este mai mare față de anul trecut cu 600 lei [5].

Astfel, sistemul de finanțare este construit pe baza a trei surse principale: contribuțiile salariale ale persoanelor angajate, plata individuală a poliței medicale de către persoanele neasigurate prin muncă și transferurile de la bugetul de stat pentru categoriile social protejate, precum copiii, studenții și pensionarii.

Mijloacele financiare acumulate se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor privind serviciile spitalicești și intervențiile chirurgicale, asistența medicală ambulatorie, medicamentele compensate și investigațiile medicale de laborator și imagistică. Aceasta permite funcționarea unui sistem centralizat, în care resursele sunt utilizate în funcție de necesitățile medicale ale populației și nu în funcție de contribuția individuală directă [1].

În acest context, rentabilitatea poliței medicale depinde de frecvența utilizării serviciilor medicale. Pentru persoanele sănătoase, care utilizează rar sistemul medical, polița poate părea mai puțin rentabilă pe termen scurt. Totuși, în cazul apariției unei singure

intervenții chirurgicale sau spitalizări, aceasta devine extrem de avantajoasă din punct de vedere financiar. Deci, sistemul funcționează pe principiul protecției personale, în care costurile mari sunt acoperite colectiv, reducând impactul financiar asupra individului. Mult contează vârsta, starea generală de sănătate, stilul de viață și nivelul de activitate fizică. Persoanele tinere și sănătoase au, în general, o utilizare mai redusă a serviciilor medicale, în timp ce persoanele cu afecțiuni cronice sau cu activități riscante au o utilizare mai frecventă.

În cazul persoanelor cu venituri reduse, polița medicală reprezintă principala și, de cele mai multe ori, singura modalitate de acces la serviciile medicale. Aceștia utilizează în mod predominant sistemul public pentru consultații, analize, tratamente și spitalizări. În multe cazuri, contribuția este acoperită de stat, iar cheltuielile suplimentare sunt minime, limitându-se la medicamente sau alte costuri indirecte, care pot ajunge la aproximativ 300-1500 lei anual [6, 7]. Pentru această categorie, polița este foarte rentabilă, deoarece oferă acces aproape complet la serviciile medicale fără costuri semnificative.

Persoanele cu venituri medii adoptă, de regulă, un model mixt de utilizare a serviciilor medicale. Deși contribuie anual cu aproximativ 12636 lei la sistemul public, aceștia aleg frecvent servicii private pentru consultații sau investigații, în special pentru a evita timpul de așteptare. Astfel, pe lângă contribuția obligatorie, aceștia mai cheltuie între 2000 și 8000 lei anual pentru servicii suplimentare. În total, cheltuielile anuale pot ajunge la 15000-20000 lei [6, 7]. În acest caz, rentabilitatea poliței este moderată, deoarece aceasta este utilizată mai ales pentru situații medicale mai serioase, în timp ce serviciile de rutină sunt achitate separat.

În cazul persoanelor cu venituri ridicate, utilizarea poliței medicale publice este mai redusă în practică, deoarece aceștea preferă în mare măsură serviciile private, care oferă acces rapid, confort și tehnologii moderne. Există fonduri de asigurare privată, care oferă rapiditate și asigurare la clinici private, însă nu acoperă nelimitat costurile, ci până la o anumită sumă anuală stabilită prin contract. De asemenea, pot exista excluderi, cum ar fi bolile preexistente sau anumite intervenții costisitoare. Deși contribuția anuală la sistemul public rămâne aceeași, cheltuielile suplimentare pot varia între 10000 și 30000 lei [6, 7] sau chiar mai mult, în funcție de frecvența utilizării serviciilor private și de complexitatea acestora. În aceste condiții, polița publică este percepută ca având o rentabilitate scăzută în utilizarea curentă, dar rămâne importantă ca mecanism de protecție în cazul unor situații medicale grave.

Indiferent de clasa socială, în cazul apariției unui eveniment medical major, cum ar fi o intervenție chirurgicală sau o spitalizare complexă, costurile pot depăși cu ușurință 15000-30000 lei [6, 7]. În astfel de situații, polița medicală devine extrem de rentabilă, deoarece acoperă cea mai mare parte a acestor cheltuieli în sistemul public.

Trebuie de înțeles că polița asigură doar cheltuielile necesare din punct de vedere medical, orice comoditate ca procedurile neobligatorii, de exemplu operațiile plastice sau controalele ce nu sunt necesare nu sunt asigurate. Dorința de a economisi timp tot nu e asigurată, de exemplu așteptarea la RMN asigurat și necesar poate fi de la două săptămâni, dar la dorință persoana poate face procedura într-o zi contra plată. Dacă procedura plastică este necesară, de exemplu după arsuri refacere plastică ea poate fi acoperită ca fiind necesară. Rinoplastica, schimbarea formei nasului din dorință estetică nu este acoperită de asigurare.

În concluzie, prezint prețul anumitor operații care sunt făcute gratis persoanelor asigurate [6,7]:

- Apendicită
 - cost real estimat: 10000 – 20000 lei (în funcție de caz și spitalizare)
 - în sistem public: cost decontat de stat
→ cu poliță: 0 lei (aproape complet acoperit)
- Hernie (inghinală/ombilicală)

- cost real:
 - o standard: 12000 – 18000 lei
 - o tehnici moderne (la paroscopic): poate ajunge până la 30000 lei→ cu poliță: 0 – 2000 lei (uneori plătești materialele)
- Spitalizare + intervenție generală
 - cost per caz tratat (2026):
 - o 6900 – 19700 lei, în funcție de spital și complexitate→ cu poliță: acoperit integral
- Operații ortopedice (ex. proteză șold)
 - cost real: 20000 – 25000 lei→ cu poliță: acoperit în mare parte, uneori plătești implantul.
- Chemarea unei ambulanțe tot este asigurată, dar în medie o chemare costă 1885 de lei [7].

Din păcate unele operații nu pot fi făcute în Moldova, iar prețurile în străinătate ajung la zeci de mii de euro. Tratatul ultramodern, practici experimentale tot nu sunt acoperite. Unele operații pot avea un timp de așteptare prea mare și persoana alege să o facă contra plată mai rapid. În cazul afecțiunilor grave și complexe, tratamentul poate implica mai multe intervenții, perioade îndelungate de spitalizare și recuperare, ceea ce duce la acumularea unor costuri indirecte asociate tratamentului foarte ridicate, de aceea PĂSTRAȚI SĂNĂTATEA.

Bibliografie:

1. Hotărârea Guvernului nr. 594 din 14.05.2002 despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. În Monitorul Oficial Nr. 66-68 art. 691 din 23.05.2002, cu modificările și completările ulterioare. Disponibil:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134196&lang=ro
2. Hotărârea Guvernului nr. 1246 din 19.12.2018 pentru aprobarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. În Monitorul Oficial Nr. 512 art. 1342 din 27.12.2018, cu modificările și completările ulterioare. Disponibil:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128808&lang=ro
3. Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2026, nr. 321 din 29.12.2025. În Monitorul Oficial nr. 659-661 art. 798 din 31.12.2025. Disponibil:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=152322&lang=ro
4. Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585 din 27.02.1998. În Monitorul Oficial nr. 38/39 art.280 din 30.04.1998, cu modificările și completările ulterioare. Disponibil:
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140329&lang=ro
5. Prețul integral al poliței medicale rămâne neschimbat în 2026, dar sumele cu reducere cresc. <https://emedicina.md/prețul-integral-al-politei-medicale-ramane-neschimbat-in-2026-dar-sumele-cu-reducere-cresc/>
6. Prețuri noi la spitalele din Moldova. <https://monitorul.fisc.md/en/editorial/prețuri-noi-la-spitalele-din-moldova.html>
7. <https://cnam.md>