UE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN

mun. Chișinău

24.12.25 1221

Cu privire la aprobarea Metodologiei de producere a Conturilor de Sănătate în Republica Moldova

În baza Legii nr. 112/2014 pentru ratificarea Acordului de asociere între Republica Moldova, pe de o parte, şi Uniunea Europeană şi Comunitatea Europeană a Energiei Atomice şi statele membre ale acestora (*Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2014, nr. 185-199, art. 442*) şi în temeiul pct. 2 din Hotărârea Guvernului nr. 306/2025 cu privire la aprobarea Programului național de aderare a Republicii Moldova la Uniunea Europeană pentru anii 2025-2029 (*Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2025, nr. 269-288, art. 319*),

Prezentul Ordin transpune Regulamentul (UE) 2021/1901 al Comisiei din 29 octombrie 2021 de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 1338/2008 al Parlamentului European şi al Consiliului în ceea ce priveşte statisticile referitoare la cheltuielile şi sursele de finanțare în domeniul sănătății (*CELEX: 32021R1901*), publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene L 387 din 3.11.2021,

ORDON:

1. Se aprobă Metodologia de producere a Conturilor de Sănătate în Republica Moldova, conform anexei.

2. Agenția Națională pentru Sănătate Publică va:

2.1. colecta, prelucra datele şi va produce statistici referitoare la cheltuielile şi sursele de finanțare în domeniul sănătății la nivelul de agregare specificate în anexele la metodologie (Conturile de Sănătate);

2.2. furniza anual datele şi metadatele de referință privind cheltuielile şi sursele de finanțare în domeniul sănătății Biroului Național de Statistică în vederea furnizării acestora Comisiei (Eurostat);

2.3. elabora Raportul anual privind Conturile de Sănătate în Republica Moldova;

2.4. publica pe pagina web a Agenției Naționale pentru Sănătate Publică Metodologia de producere a Conturilor de Sănătate în Republica Moldova şi rapoartele anuale privind Conturile de Sănătate în Republica Moldova.

3. Controlul îndeplinirii prezentului ordin mi-l asum.

Ministru E. Ceban **Emil Ceban**

Ministerul Sănătății din Republica Moldova

Aprobat prin Ordinul
Ministerului Sănătății
nr.1221 din 24.12.2025

Metodologia de producere a Conturilor de Sănătate în Republica Moldova

Chișinău - 2025

CUPRINS

ABREVIERI 3
I. Dispoziții generale 4
II. Obiectivele metodologiei 6
III. Noțiuni de bază/definiții 7
IV. Baza legală 10
V. Clasificatoare utilizate 10
VI. Populația de referință. Perioada/momentul de referință 14
VII. Surse de date. Instrumentarul cercetării. Colectarea 14
VIII. Procesarea datelor 15
IX. Asigurarea calității datelor 18
X. Politica de revizuire și comparabilitatea în timp, cu alte surse și la nivel internațional 20
XI. Proceduri de asigurare a confidențialității 21
XII. Diseminarea datelor 21
XIII. Softuri utilizate 22
XIV. Bibliografie 22
Anexe 22
Anexa 1. Clasificatorul surselor de venit ale schemelor de finanțare a sănătății 23
Anexa 2. Clasificarea internațională a serviciilor de sănătate 23
Anexa 3. Clasificarea internațională a prestatorilor de servicii medicale 25
Anexa 4. Clasificarea internațională a schemelor (surselor) de finanțare a sănătății 26

ABREVIERI

ANSP – Agenția Națională pentru Sănătate Publică
BNS – Biroul Național de Statistică
CNAM – Compania Națională de Asigurări în Medicină
MS – Ministerul Sănătății
MF – Ministerul Finanțelor
OMS – Organizația Mondială a Sănătății
OCDE - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică
CBGC – Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice
ICHA - Clasificare Internațională pentru Conturile de Sănătate
SHA-2011 - Sistemul Conturilor de Sănătate ediția anului 2011
COICOP 2018 – Clasificarea Consumului Individual pe Destinații
CC-GC REV.1 – Clasificatorul Cheltuielilor Gospodăriilor Casnice

I. Dispoziții generale

Sistemul Conturilor de Sănătate reprezintă un instrument statistic prin intermediul căruia sunt descrise fluxurile financiare legate de consumul de bunuri şi servicii de sănătate. Astfel, sistemul Conturilor de Sănătate descrie sistemul de sănătate din perspectiva cheltuielilor.

Acest sistem reprezintă un instrument de urmărire a utilizării mijloacelor financiare în domeniul ocrotirii sănătății, permițând identificarea legăturii (corelației, dependenței) dintre fluxurile financiare, consumul de bunuri și servicii de sănătate și furnizarea lor pe tipuri de servicii medicale. Respectiv, sistemul Conturilor de Sănătate permit vizualizarea domeniilor specifice de aplicare ale politicilor naționale în domeniul sănătății și urmărirea progresului către obiectivele preconizate ale sistemului de sănătate și reformele intenționate).

Sistemul Conturilor de Sănătate sunt utilizate în două moduri principale: la nivel internațional, cu scopul de a analiza date comparabile între țări; și la nivel național, cu scopul de a analiza mai detaliat cheltuielile pentru îngrijirea sănătății, cu un accent mai mare pe comparațiile anuale.

Necesitatea existenței sistemului Conturilor de Sănătate armonizat pe plan internaţional derivă atât din complexitatea şi diferenţele tot mai evidente între sistemele naționale de îngrijire a sănătăţii, cât şi din cerinţele tot mai mari ale utilizatorilor de servicii medicale şi ale elaboratorilor de politici publice, care sporesc şi mai mult nevoia de informaţii din acest domeniu.

În contextul statutului de țară candidată la aderare la Uniunea Europeană (UE), Republica Moldova urmează să transpună și să implementeze cerințele acquis-lui comunitar în domeniul statisticii sănătății[1], ce include Regulamentul (CE) nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului în ceea ce privește statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătăți[2], care stabilește atît un cadru comun pentru producerea sistematică de statistici europene referitoare la sănătatea publică și la sănătatea și siguranța la locul de muncă, cît și faptul că datele și metadatele privind statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății trebuie stabilite prin măsuri de punere în aplicare. Astfel, normele pentru elaborarea și producerea de statistici europene referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății sunt stabilite prin *Regulamentul (UE) 2021/1901 al Comisiei din 29 octombrie 2021 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*[3].

Actualmente, la nivel internațional și al Uniunii Europene, pentru producerea Conturilor de Sănătate se utilizează principii și abordări unice conform Manualului „Sistemul Conturilor de Sănătate 2011 (SHA 2011)”[4], care a fost elaborat în comun de către Comisie (Eurostat), Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Manualul în cauză definește conceptele, definițiile și metodele de prelucrare a datelor privind cheltuielile, sursele de finanțare în domeniul sănătății și clasificatoarele internaţionale a schemelor de finanțare (HF), a serviciilor de sănătate (HC), a prestatorilor de servicii de sănătate (HP) și stă la baza exercițiul anual comun de colectare a datelor efectuat de cele trei organisme.

---

[1] https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/w/ks-01-25-009
[2] https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:EN:PDF
[3] lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R1901
[4] OECD, Eurostat și OMS (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. (http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en,https://www.who.int/publications/i/item/9789240042551; https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-05-19-103)

În Republica Moldova, implementarea sistemului Conturilor de Sănătate 1.0, versiunea anului 2000, a fost realizată în anul 2009, în baza acordului de colaborare cu Biroul regional al Organizației Mondiale a Sănătății pentru Europa. Ca urmare, spre finele anului 2011 au fost colectate datele de la 226 instituții medicale publice pentru anii 2008-2011, bazate pe utilizarea sistemului Conturilor de Sănătate 1.0 și totalizate manual (în tabele de format Excel), cu elaborarea ulterioară a rapoartelor narative pentru anii corespunzători. Pentru simplificarea procesului de colectare a datelor referitor la cheltuielile de sănătate, în decembrie 2011, cu suportul financiar al Băncii Mondiale, a fost elaborat un soft specializat (SI ISHAM) și în anii următori folosit cu succes. Actualmente în cadrul Agenției Naționale de Sănătate Publică este creată Secţia Conturi în Sănătate, responsabilă de colectarea datelor și întocmirea rapoartelor anuale privind Conturile de Sănătate.

Ulterior, începând cu anul 2020 a fost inițiată, cu suportul experților internaționali cooptați de Organizația Mondială a Sănătății, producerea Conturilor Naționale în Sănătate prin raportarea cheltuielilor de sănătate în conformitate cu metodologia SHA 2011.

Metodologia sistemului Conturilor de Sănătate – SHA 2011 are la bază relația triaxială: scheme de finanţare, servicii de sănătate şi prestatori de servicii de sănătate. Sistemul Conturilor de Sănătate oferă o imagine completă a clasificării serviciilor de sănătate în domenii precum prevenția și îngrijirea pe termen lung, oferind totodată o imagine completă a prestatorilor de servicii medicale, în strânsă legătură cu clasificările din domeniu și o abordare mai exactă pentru monitorizarea finanțării din sectorul sănătății, folosind în acest scop clasificarea schemelor de finanțare.

Serviciile de prevenţie reprezintă o componentă a sistemului Conturilor de Sănătate care oferă informații esențiale pentru analiza eforturilor unei țări de a evita sau a reduce numărul sau gravitatea afecțiunilor sau bolilor, a consecințelor și complicațiilor acestora pentru cetățeni. Definirea serviciilor de prevenţie delimitează mai clar serviciile medicale curative de cele preventive. Programele de informare, consiliere, imunizare, de depistare precoce a bolilor sau de monitorizare a stării de sănătate şi de supraveghere epidemiologică reprezintă acţiuni de prevenţie primară şi secundară ce intră în sfera de cuprindere a noii clasificări a acestor servicii. Serviciile care au ca scop reducerea impactului negativ al unei boli deja diagnosticate, prin intervenţii pentru reducerea înrăutăţirii bolii sau evitarea complicaţiilor (ex. intervenţii chirurgicale de reconstrucţie în urma unor arsuri) sunt considerate a fi servicii de prevenţie terţiară şi, conform SHA 2011, sunt considerate a fi servicii curative sau de recuperare şi incluse în categoriile corespunzătoare.

În ceea ce priveşte finanţarea sistemului de sănătate, metodologia sistemului Conturilor de Sănătate face distincţia între schemele (sursele de finanţare) şi instituţiile care le administrează. Organizațiile sau instituțiile (agenții de finanțare) pot fi implicate în administrarea mai multor scheme de finanțare, prin care instituţiile medicale pot furniza populaţiei serviciile medicale de care aceasta are nevoie, fără a se face distincţie între finanţarea din surse publice sau din surse private. Astfel, aceste scheme de finanţare pot fi administrate, în funcție de specificul naţional, atât de instituţii publice, cât şi de instituții private.

Astfel, sistemul Conturilor de Sănătate realizat pe baza metodologiei SHA 2011 permite producerea unui set de indicatori consistent, coerent şi comparabil la nivel internaţional și al Uniunii Europene, care este capabil să ofere utilizatorilor posibilitatea evaluării sistemelor de sănătate din diverse țări şi să diminueze semnificativ problemele de comparabilitate.

Totodată, sistemul Conturilor de Sănătate împărtășește obiectivele sistemului Conturilor Naționale de a constitui un sistem integrat de conturi cuprinzătoare, coerente intern și

comparabile la nivel internațional, care ar trebui să fie, pe cât posibil, compatibil cu alte sisteme statistice economice și sociale agregate.

II. Obiectivele metodologiei

Sistemul Conturilor de Sănătate are ca *obiectiv general* constituirea unui set de indicatori armonizați privind cheltuielile din domeniul sănătăţii, utilizând o metodologie armonizată la nivel internaţional, pentru satisfacerea necesităţilor de statistici financiare în domeniul sănătății, în vederea elaborării unor politici eficiente bazate pe dovezi în domeniul sănătății.

Obiectivele specifice ale sistemului Conturilor de Sănătate constau în colectarea informațiilor privind veniturile și cheltuielile de sănătate și dezvoltarea statisticilor incluzând serviciile de sănătate, prestatorii de servicii medicale și schemele de finanțare.

Datele din sistemul Conturilor de Sănătate sunt colectate anual, corespunzător anului calendaristic, de la toate instituțiile care acordă servicii medicale populației/și alte surse de date care dețin date relevante privind finanțarea sistemului de sănătate.

La nivel național principalii utilizatori ai informațiilor statistice sunt autoritățile și agențiile statului implicate în luarea deciziilor, mediul academic, ale căror nevoi sunt utilizarea datelor pentru analiza și monitorizarea politicilor de sănătate, precum și la elaborarea și monitorizarea strategiilor sectoriale de cheltuieli în domeniul sănătății.

Deoarece sistemul Conturilor de Sănătate este un cadru comun care permite compararea internațională a datelor naționale privind finanțarea sistemului de sănătate, aceste date sunt utilizate de diverse organizații internaționale cum ar fi Eurostat, OMS, OCDE pentru a analiza și compara situațiile corespunzătoare din diferite țări.

Prezenta metodologie stabilește norme pentru elaborarea și producerea de statistici naționale și europene referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății, prin transpunerea Regulamentului (UE) nr. 2021/1901 al Comisiei din 29 octombrie 2021.

III. Noțiuni de bază/definiții

1. În sensul prezentului document, se aplică următoarele definițiile:

1.1. „Servicii de sănătate” reprezintă toate activitățile care au scopul principal de a îmbunătăți și menține starea de sănătate a persoanelor, de a preveni deteriorarea ei și de a limita consecințele îmbolnăvirilor prin aplicarea cunoștințelor calificate în domeniul sănătății.

1.2. „Cheltuieli curente a serviciilor de sănătate” reprezintă cheltuielile pentru consum final al instituțiilor prestatoare de servicii de sănătate, inclusiv de produse și servicii de sănătate furnizate direct unor persoane individuale, precum și de servicii de sănătate colective.

1.3. „Funcțiile de sănătate” reprezintă tipul de nevoi pe care produsele și serviciile de sănătate urmăresc să le satisfacă sau tipul de obiectiv de sănătate urmărit.

1.4. „Servicii curative și de reabilitare cu internare”: „Servicii medicale a pacienților internați” înseamnă tratamentul și/sau asistență medicală într-o instituție medicală a pacienților internați în mod oficial care necesită internare peste noapte; „Servicii curative” înseamnă servicii de sănătate în cadrul cărora intenția principală este de a atenua simptomele sau de a reduce gravitatea unei boli sau leziuni, sau de a preveni exacerbarea sau complicațiile lor care ar putea amenința viața sau funcționarea normală; „Servicii de recuperare/reabilitare” înseamnă servicii care au ca scop stabilizarea, îmbunătățirea sau restabilirea funcțiilor sau structurilor afectate ale organismului, compensarea absenței sau pierderii unor funcții și structuri, îmbunătățirea activităților și a participării și prevenirea dizabilităților, a complicațiilor medicale și a riscurilor.

1.5. „Servicii medicale cu internare de zi” reprezintă servicii medicale și paramedicale planificate furnizate într-o instituție medicală pacienților care au fost internați în mod oficial pentru diagnostic, tratament sau alte tipuri de servicii medicale și care sunt externați în aceeași zi.

1.6. „Servicii medicale specializate de ambulator” reprezintă servicii medicale furnizate într-o instituție medicală unui pacient care nu este internat în mod oficial și care nu este internat peste noapte.

1.7. „Servicii de îngrijire medicală la domiciliu” reprezintă servicii medicale și de îngrijire furnizate unor pacienți la domiciliul acestora și care implică prezența fizică a unui cadru medical.

1.8. „Servicii de îngrijire medicală de lungă durată cu internare” reprezintă o gamă de servicii medicale și de îngrijire personală prin care se acordă asistență în activitățile de zi cu zi și care au ca obiectiv principal atenuarea durerii și a suferinței și reducerea sau gestionarea deteriorării stării de sănătate a pacienților cu un anumit grad de dependență pe termen lung.

1.9. „Servicii auxiliare” (cu funcție nespecificată) reprezintă servicii conexe serviciilor de sănătate sau de îngrijire medicală de lungă durată, fără specificarea funcției sau a modului de furnizare, prestate direct unui pacient, în special în cadrul unui contact independent cu sistemul de sănătate și care nu sunt parte integrantă a unui pachet de servicii medicale, cum ar fi serviciile de laborator sau de imagistică sau transportul pacientului și serviciile de urgență.

1.10. „Produse farmaceutice și alte bunuri medicale non-durabile” (cu funcție nespecificată) reprezintă produse farmaceutice și produse medicale de scurtă folosință destinate utilizării pentru diagnosticare, cură, atenuarea sau tratarea bolilor, inclusiv medicamentele eliberate cu sau fără prescripție medicală, fără specificarea funcției sau a

modului de furnizare.

1.11. „Dispozitive terapeutice și alte bunuri medicale durabile” (cu funcție nespecificată) reprezintă produse medicale de folosință îndelungată, inclusiv orteze care susțin sau corectează deformări și/sau anomalii ale corpului uman, dispozitive ortopedice, proteze sau prelungiri artificiale care înlocuiesc o parte a corpului care este absentă și alte dispozitive protetice inclusiv implanturi care înlocuiesc sau completează o funcție a unei structuri biologice care este absentă și dispozitive tehnomedicale, fără specificarea funcției sau a modului de furnizare.

1.12. „Servicii de prevenție” reprezintă ă orice măsură care are scopul de a evita sau de a reduce numărul și gravitatea leziunilor și a bolilor, precum și a sechelelor și complicațiilor acestora. Reprezintă un ansamblu de măsuri și intervenții medicale, educaționale și sociale destinate prevenirii apariției, dezvoltării sau agravării bolilor. Aceste servicii au ca scop menținerea sănătății populației, reducerea incidenței și prevalenței afecțiunilor și îmbunătățirea calității vieții.

1.13. „Managementul si administrarea sistemului de sănătate şi a celui de finanţare a sănătății” reprezintă servicii axate pe sistemul de sănătate și nu pe servicii de asistență medicală nemijlocite și care administrează și susțin funcționarea sistemului de sănătate și sunt considerate a fi colective, deoarece de ele beneficiază toți utilizatorii sistemului medical și nu sunt prestate unor persoane individuale.

1.14. „Alte servicii de îngrijire medicală neclasificate în altă parte” include orice alte servicii de sănătate neclasificate în HC.1-HC.7.

1.15. „Scheme (surse) de finanțare a sănătății” reprezintă metodele de finanțare prin care populația beneficiază de servicii medicale, inclusiv plățile directe ale gospodăriilor casnice pentru servicii și produse și metodele de finanțare din partea terților.

1.16. „Schemele administraţiei publice” reprezintă sisteme de finanțare a sănătății ale căror caracteristici sunt stabilite prin lege sau de către Guvern și pentru care este stabilit un buget separat pentru program și o unitate a administrației publice care deține responsabilitatea generală pentru ele.

1.17. „Scheme de asigurări obligatorii de sănătate” reprezintă un regim de finanțare care asigură accesul la asistență medicală pentru anumite grupuri de populație printr-o contribuție obligatorie stabilită prin lege sau de către Guvern, iar eligibilitatea este bazată pe plata unor contribuții de asigurări de sănătate de către sau în numele persoanelor în cauză.

1.18. „Scheme de asigurări benevole (facultative) de sănătate” reprezintă sisteme bazate pe achiziționarea unei polițe de asigurare de sănătate, care nu sunt desemnate de către Guvern ca fiind obligatorii, iar primele de asigurare pot fi subvenționate în mod direct sau indirect de către Guvern.

1.19. „Scheme de finanțare ale organizațiilor necomerciale” reprezintă programe de finanțare neobligatorii și programe cu drept la prestații de tip necontributiv care se bazează pe donații din partea publicului larg, a guvernului sau a întreprinderilor.

1.20. „Scheme de finanțare ale unităților economice” reprezintă în general mecanisme prin care întreprinderile oferă sau finanțează direct servicii de sănătate pentru angajații lor fără intervenția unui sistem de tip asigurări.

1.21. „Plăți de buzunar ale gospodăriilor casnice” reprezintă plăți directe pentru produse și servicii de sănătate efectuate din veniturile primare sau din economiile gospodăriilor casnice, atunci când plata este efectuată de utilizator în momentul

achiziționării produselor sau al utilizării serviciilor.

1.22. „Scheme de finanțare din Restul lumii” reprezintă regimuri de finanțare care implică sau care sunt gestionate de unități instituționale cu reședința în străinătate, dar care colectează, comasează resurse și achiziționează produse și servicii de sănătate în numele rezidenților, fără a transfera fondurile lor printr-un sistem rezident.

1.23. „Prestatori de servicii medicale” reprezintă instituții care prestează produse și servicii de sănătate ca activitate principală, precum și cele/cei pentru care prestarea de servicii de sănătate este doar una dintr-o serie de activități.

1.24. „Spitale” reprezintă instituții autorizate a căror activitate principală constă în prestarea de servicii medicale, de diagnosticare și de tratament, care includ servicii furnizate de medici, îngrijire medicală și alte servicii de sănătate prestate pacienților internați, precum și servicii specializate de cazare necesare pentru pacienții internați, și care pot oferi, de asemenea, servicii de îngrijire de zi, servicii de sănătate în ambulatoriu.

1.25. „Instituții de îngrijire de lungă durată” reprezintă instituții a căror activitate principală constă în prestarea de îngrijire de lungă durată în condiții de internare, care combină îngrijirea medicală, supravegherea sau alte tipuri de îngrijire necesare pentru persoanele internate, pentru care o parte semnificativă a procesului de producție și a îngrijirilor acordate este o combinație de servicii sociale și de sănătate, serviciile de sănătate fiind în mare parte la nivelul îngrijirii medicale în combinație cu servicii de îngrijire personală.

1.26. „Prestatori de asistență medicală specializată de ambulator” reprezintă instituțiile a căror activitate principală constă în furnizarea de servicii medicale direct pacienților neinternați care nu necesită spitalizare, incluzând atât cabinete ale medicilor generaliști și specialiști, cât și unități specializate în tratamentul cazurilor de zi și în prestarea de servicii de îngrijire la domiciliu.

1.27. „Prestatori de servicii auxiliare” reprezintă instituții care furnizează servicii de tip auxiliar direct pacienților neinternați sub supravegherea cadrelor medicale și care nu sunt cuprinse în cadrul unui tratament prestat de prestatorii de servicii medicale spitalicești, servicii medicale de ambulator sau de alți prestatori.

1.28. „Vânzători cu amănuntul și alți furnizori de bunuri medicale” reprezintă unități a căror activitate principală este vânzarea cu amănuntul de bunuri medicale către publicul larg pentru utilizare sau consum individual sau în cadrul gospodăriei casnice, inclusiv instalări și reparații efectuate în combinație cu vânzarea.

1.29. „Prestatori de servicii de prevenție” reprezintă instituții care furnizează în principal programe de prevenție colective și campanii/programe de sănătate publică pentru grupuri specifice de persoane sau pentru populația generală, cum ar fi agenții de promovare și protecție a sănătății sau institute de sănătate publică, precum și unități specializate care furnizează servicii de prevenție primară ca principal obiect de activitate.

1.30. „Furnizori de servicii de administrare și finanțare a sistemului de sănătate” reprezintă instituții a căror activitate principală este reglementarea activităților instituțiilor care furnizează servicii de sănătate și administrarea generală a sectorului sănătății, inclusiv administrarea finanțării în domeniul sănătății.

1.31. „Restul economiei” reprezintă alți prestatori de servicii medicale rezidente care nu sunt clasificați în altă parte, inclusiv instituții prestatoare de servicii de îngrijiri la domiciliu membrilor de familie, în cazul în care acestea corespund cu prestațiile sociale acordate în acest scop, precum și toate celelalte sectoare economice care oferă asistență medicală ca

activitate secundară.

1.32. „Restul lumii” reprezintă toate instituțiile nerezidente care furnizează produse și servicii de sănătate, precum și persoanele implicate în activitățile legate de sănătate.

IV. Baza legală

2. La elaborarea metodologiei au fost utilizate normele europene:

Regulamentul (CE) nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 decembrie 2008 privind statisticile comunitare privind sănătatea publică și sănătatea și securitatea la locul de muncă.

Regulamentul Consiliului și Parlamentului European nr.2021/1901 al Comisiei din 29.10.2021 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.

Legislația națională conexă metodologiei, care constituie baza pentru producerea de statistici privind cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății:

Legea ocrotirii sănătății, nr.411/1995;

Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale, nr.181/2014;

Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585/1998;

Legea cu privire la statistica oficială, nr.93/2017;

Legea privind activitatea de asigurare sau de reasigurare, nr. 92/2022;

Legea privind supravegherea de stat a sănătăţii publice, nr. 10/2009;

Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, nr.874/2024;

Ordinul Ministerului Finanțelor privind Clasificația bugetară, nr.208/2015;

Ordinul Biroului Național de Statistică cu privire la aprobarea Clasificatorului cheltuielilor gospodăriilor casnice, nr. 8/2025.

V. Clasificatoare utilizate

3. Pentru colectarea datelor privind cheltuielile în sănătate se utilizează setul aferent de Clasificare Internațională pentru Conturile de Sănătate (ICHA)[5], care a fost elaborat în comun de către Comisie (Eurostat), Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) și Organizația Mondială a Sănătății (OMS) [6].

4. Sistemul Conturilor de Sănătate este organizat în jurul unui sistem triaxial, care reprezintă consumul de bunuri și servicii de îngrijire a sănătății pentru înregistrarea cheltuielilor de sănătate, prin intermediul Clasificării Internaționale a Conturilor de Sănătate (ICHA), care definește:

- serviciile de sănătate (ICHA- HC);
- prestatorii de servicii medicale (ICHA- HP);

[5]https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:International_classification_for_health_accounts_(ICHA)
[6]https://unstats.un.org/unsd/classifications/Family/Detail/1035

- schemele (sursele) de finanțare a sănătății (ICHA- HF).

Clasificările complementare pot fi legate de una dintre cele trei axe menționate mai sus. În acest context, se utilizează și clasificarea suplimentară legată de veniturile schemelor de finanțare a asistenței medicale (ICHA- FS) - Anexa 1.

5. Conform cerinţelor Regulamentului (UE) nr. 2021/1901, se produc anual trei seturi de indicatori detaliați privind cheltuielile curente de sănătate, astfel:

- cheltuielile curente de sănătate clasificate încrucișat pe categorii de servicii de sănătate (HC) și pe scheme de finanţare (HF);
- cheltuielile curente de sănătate clasificate încrucișat pe categorii de prestatori de servicii de sănătate (HP) și pe scheme de finanţare (HF);
- cheltuielile curente de sănătate clasificate încrucișat pe categorii de servicii medicale (HC) și pe categorii de prestatori de servicii de sănătate (HP).

Clasificarea internaţională a serviciilor de sănătate - ICHA-HC

6. Activităţile de îngrijire a sănătăţii cuprind, în cadrul fiecărui sistem naţional de sănătate, ansamblul de activităţi exercitate de instituţii specializate sau de specialişti care au cunoştinţe medicale, paramedicale şi de infirmerie. Serviciile de sănătate sunt furnizate persoanelor atât în mod individual, cât şi colectivităţilor.

Cel mai mare consum de servicii de sănătate este realizat în mod direct de către persoane şi sunt destinate satisfacerii nevoilor individuale ale populaţiei. În cadrul Clasificării Internaţionale a Conturilor de Sănătate, serviciile individuale de sănătate sunt grupate în categorii generice ca: servicii curative (HC.1), de reabilitare (HC.2) şi de îngrijire pe termen lung (HC.3), servicii preventive cum ar fi imunizarea (HC.6.2) sau screening-ul (HC.6.3), precum şi furnizarea de medicamente şi bunuri medicale (HC.5).

7. Serviciile colective sunt furnizate întregii populaţii sau doar unei părţi a acesteia şi au ca scop îmbunătăţirea standardelor generale de sănătate şi a eficacităţii sistemului de sănătate care serveşte simultan toţi consumatorii. În cadrul Clasificării Internaţionale a Conturilor de Sănătate (ICHA), serviciile colective se referă în principal la activităţile de prevenţie (HC.6) dar și la administrarea şi finanţarea sistemului de sănătate (HC.7). Cheltuielile destinate acestor servicii îndreptate către întreaga populaţie sau către anumite colectivităţi reprezintă indicatori ai standardelor de sănătate publică şi ai direcţiilor în care se îndreaptă politicile publice de sănătate publică. De asemenea, administrarea sistemului de sănătate cuprinde activităţi legate de planificarea, managementul şi legiferarea sectorului sanitar, cu scopul de a asigura eficienţa acestuia.

8. Clasificarea serviciilor de sănătate se referă la bunurile și serviciile medicale consumate de către gospodăriile populației (consumatori finali) în scopul îngrijirii sănătăţii. La primul nivel de agregare, categoriile de servicii de sănătate sunt determinate de scopul îngrijirii sau nevoia potenţială a consumatorului (îngrijire curativă, de recuperare, de lungă durată sau de prevenţie – HC.1-HC.3). Celelalte niveluri de dezagregare se referă la modul de furnizare al serviciilor (cu internare de lungă durată, cu internare de zi, ambulatorii şi la domiciliu) şi la furnizarea de bunuri medicale, de servicii auxiliare, preventive sau de administrare (HC.4 – HC.7) care vin să susţină îngrijirea curativă, de recuperare sau de lungă durată.

Clasificarea internaţională a serviciilor de sănătate (ICHA-HC) este prezentată în Anexa 2.

Clasificarea internaţională a prestatorilor de servicii de sănătate - ICHA-HP

9. Scopul Clasificării internaționale a prestatorilor de servicii de sănătate (ICHA-HP) este de a

oferi o imagine cuprinzătoare şi completă asupra tuturor unităților și instituțiilor naţionale implicate în furnizarea serviciilor de sănătate şi bunurilor medicale, prin includerea acestora în categorii comune, aplicabile la nivel internaţional.

Clasificarea prestatorilor serviciilor de sănătate include atât unitățile economice, instituţiile şi organizaţiile care furnizează servicii de sănătate și bunuri medicale ca activitate principală, cât şi pe cele în care activitatea de îngrijire a sănătăţii este una dintre activităţile secundare desfăşurate de unități economice.

Clasificarea ICHA-HP stabileşte cadrul pentru realizarea unei legături între cheltuielile din domeniul sănătăţii şi producţia realizată în acest sector al economiei naţionale, cuprinzând, pe lângă producătorii primari, şi producătorii secundari de servicii de sănătate și bunuri medicale.

10. Din punctul de vedere al clasificării prestatorilor de servicii de sănătate și bunuri medicale, sub denumirea generică ”Restul lumii” – HP.9. sunt grupați prestatorii de servicii de sănătate și bunuri medicale din străinătate care au acordat asistență medicală populației rezidente din țară.

Sfera de cuprindere a clasificării internaționale ICHA-HP include acei prestatori care oferă servicii de sănătate și bunuri medicale direct consumatorilor.

Clasificarea internaţională a schemelor de finanțare - ICHA-HF

11. Schemele (sursele) de finanţare sunt baza structurii funcţionale a unui sistem naţional de sănătate şi reprezintă principalele mecanisme financiare prin care serviciile de sănătate sunt plătite şi furnizate populaţiei. Aceste mecanisme sunt reprezentate atât de bugetele administraţiei publice (centrale – HF.1.1.1 sau locale – HF.1.1.2), cât şi de sistemele de asigurări obligatorii de sănătate (HF.1.2), de asigurări benevole (facultative) de sănătate (HF.2.1), de fondurile proprii ale organizațiilor necomerciale în serviciul gospodăriilor populației (HF.2.2) şi fondurile alocate de angajatori pentru servicii medicale contractate sau furnizate în unitățile economice propriilor angajaţi (HF.2.3), cheltuielile directe ale gospodăriilor (HF.3.1), precum şi co-plăţile populației la sistemele de asigurări de sănătate (HF.3.2) sau de fondurile externe care provin de la instituții rezidente în străinătate care colectează, achiziționează și distribuie bunuri și servicii de sănătate în numele rezidenților, fără să-și transfere fondurile printr-o schemă (sursă) de finanțare rezidentă (HF.4).

12. Mecanismele de punere în aplicare a finanţării îngrijirilor de sănătate se bazează pe două tipuri de entităţi: schemele (sursele) de finanţare (ex. bugetele administrației centrale sau locale, fondurile asigurării obligatorii de sănătate, fondurile asigurării benevole (facultative) de sănătate etc.) şi instituţiile sau agenţii de finanţare care administrează aceste scheme (ex. ministere şi instituţii guvernamentale, administrații locale, companii de asigurări de sănătate, companii private de asigurări etc.).

Clasificarea internaţională a schemelor de finanţare (ICHA-HF) este prezentată în Anexa 4.

Clasificatorul Cheltuielilor Gospodăriilor Casnice al Republicii Moldova (CC-GC REV.1)

13. La estimarea cheltuielilor de sănătate private se utilizează datele Cercetării Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC), realizată de BNS.

Cheltuielile de consum ale gospodăriilor casnice sunt clasificate conform Clasificatorului cheltuielilor gospodăriilor casnice al Republicii Moldova (CC-GC REV.1), aprobat prin Ordinul BNS nr. 8 din 27 ianuarie 2025.

Acesta a fost elaborat de către BNS în corespundere cu Clasificarea Consumului Individual pe

Destinații (eng. Classification of Individual Consumption According to Purpose) - COICOP 2018, aprobat la cea de-a 49-a sesiune a Comisiei de Statistică a Națiunilor Unite în martie 2018[7].

14. Conform Regulamentului (UE) 2022/2094, utilizarea COICOP 2018 asigură comparabilitatea internațională a statisticilor naționale privind cheltuielile de consum.

CC-GC rev.1 este armonizat cu COICOP 2018 la nivelul subclasei (5 cifre) în cadrul secțiunii A ”Cheltuielile de consum” (diviziunile 1-13), care include cheltuielile de consum ale gospodăriilor casnice. Pentru a oferi posibilități suplimentare de detaliere, clasificare și analiză a cheltuielilor gospodăriilor casnice, în CC-GC rev.1 a fost introdus un nivel suplimentar de clasificare - grupare cu coduri din șase cifre. În ansamblu, secțiunea A ”Cheltuielile de consum”, este constituită din 13 diviziuni, 52 grupe, 146 clase, 298 subclase și 502 coduri.

Clasificația bugetară a veniturilor și cheltuielilor

15. La colectarea datelor privind cheltuielile publice în sănătate se utilizează clasificația bugetară a veniturilor și cheltuielilor, aprobată prin Ordinul Ministerului Finanțelor nr.208 din 24-12-2015 privind Clasificația bugetară[8], care reprezintă un sistem unificat de coduri ce grupează și sistematizează indicatorii bugetari conform anumitor criterii.

Sistemul de clasificație bugetară aplicat în Republica Moldova, este în conformitate cu sistemele ONU și FMI, și include:

- Clasificația funcțională, pentru analiza istorică și formularea politicilor;
- Clasificația organizațională, pentru responsabilitate;
- Clasificația surselor, pentru sursa de finanțare;
- Clasificația economică, pentru controlul cheltuielilor elementelor-rând;
- Clasificația programelor, pentru formularea politicilor și responsabilitatea performanțelor.

[7] https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop
[8] https://mf.gov.md/ro/content/ordin-privind-clasifica%C8%9Bia-bugetar%C4%83-nr-208

VI. Populația de referință. Perioada/momentul de referință

16. În consumul de servicii și bunuri medicale al populației sunt incluse serviciile și bunurile medicale furnizate populației aflate pe teritoriul țării, indiferent de locul unde are loc consumul și indiferent de sursa de finanțare. Sistemul Conturilor de Sănătate se referă la *cheltuielile curente pentru consumul final al populației cu reședință obișnuită în Republica Moldova pentru achiziționarea de bunuri şi servicii de sănătate*, însă din cauza nivelului redus de dezagregare a datelor, unele servicii și bunuri furnizate persoanelor nerezidente pe teritoriul Republicii Moldova nu pot fi excluse din cheltuielile curente.

Sistemul Conturilor de Sănătate nu acoperă activitatea instituțiilor medico-sanitare și populația de pe teritoriul din partea stângă a r.Nistru și municipiul Bender, cu excepția datelor privind anumite servicii medicale acordate persoanelor care trăiesc în anumite localități din stânga Nistrului, aflate în jurisdicția autorităților de pe malul drept.

17. În sfera de cuprindere a CBGC intră toate gospodăriile/persoanele – cetăţeni ai Republicii Moldova, cu domiciliul permanent în centrele de cercetare selectate. Fac obiectul înregistrării toţi membrii gospodăriilor selectate, inclusiv persoanele absente pentru o perioadă îndelungată (de peste 1 an), dacă acestea păstrează legături familiale cu gospodăria din care fac parte. Nu sunt cuprinse în cercetare persoanele care locuiesc permanent în următoarele instituţii/unităţi de locuit în comun: închisori, instituții rezidențiale pentru persoane în etate, instituții rezidențiale pentru persoane cu dizabilități, case de copii, cămine studenţeşti.

18. Perioada de referinţa este anul calendaristic. Datele din sistemul Conturilor de Sănătate sunt colectate anual, corespunzător anului calendaristic de la toate instituțiile care acordă servicii medicale populației/și alte surse de date care dețin date relevante privind finanțarea sistemului de sănătate.

VII. Surse de date. Instrumentarul cercetării. Colectarea

19. Datele utilizate în vederea producerii Conturilor de Sănătate sunt obținute din mai multe surse, în principal din surse de date administrative dar și statistice. La colectarea datelor se respectă cu strictețe principiul: să se solicite și să se colecteze date în formatul în care se află la sursă, fără prelucrare suplimentară sau în formatul în care este convenabil să se emită.

Furnizorii de date privind cheltuielile legate de sănătate sunt responsabili pentru calitatea, corectitudinea și furnizarea în termen a datelor solicitate. În urma verificării relațiilor logice și aritmetice între variabilele colectate, ANSP depistează și corectează valorile anormale/neobișnuite, la etapa colectării de date, luând legătura cu furnizorul de date în vederea corectării datelor în cauză.

20. Principalii furnizori de date privind cheltuielile legate de sănătate sunt după cum urmează:

1. *Compania Națională de Asigurări în Medicină* prezintă date despre:
   - executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;
   - îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (BUSINESS-PLAN) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală ale instituțiilor medico - sanitare (formularul 1-16, aprobat prin Ordinul MS și CNAM, nr.1163/384-A din 12.12.2025);
   - cazurile tratate la nivel de asistență medicală spitalicească.

2. *Ministerul Sănătății* prezintă date referitor la:

- principalele tipuri de venituri înregistrate de instituțiile medico-sanitare publice (informația privind situația economico-financiară, model aprobat prin Ordinul MS nr.476 din 30.05.2025);
- principalele categorii de cheltuieli înregistrate de instituțiile medico-sanitare publice (informația privind situația economico-financiară, model aprobat prin Ordinul MS nr.476 din 30.05.2025).

3. *Ministerul Finanțelor* prezintă date privind:

- finanțarea instituțiilor medicale publice de la bugetul de stat în contextul clasificărilor organizatorice și economice (formularul FA-006);
- finanțarea instituțiilor medicale publice din bugetele nivelului local în contextul clasificărilor organizatorice și economice (formularul FA-006).

4. *Biroul Național de Statistică* prezintă date despre cheltuielile populației din gospodării casnice pentru principalele tipuri de servicii medicale pe regiuni statistice (Nord, Centru, mun. Chișinău și Sud, inclusiv UTA Găgăuzia). Metadatele de referință ale cercetării, precum și Chestionarele utilizate la colectarea datelor sunt diseminate pe pagina oficială a BNS[9].

Datele statistice privind cheltuielile populaţiei sunt obţinute în baza cercetării statistice continue în gospodării: Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice (CBGC). Obiectivul principal al CBGC este determinarea multiaspectuală a nivelului de trai al populaţiei prin prisma veniturilor, cheltuielilor, consumului, condiţiilor de trai şi a altor indicatori. CBGC se realizează pe un eşantion de locuinţe şi, respectiv, gospodării, din mediul urban şi rural, ales în mod aleator de pe întreg teritoriul ţarii, cu excepţia localităţilor situate în partea stângă a Nistrului şi mun. Bender. Fac obiectul cercetării toate persoanele din cadrul gospodăriilor selectate, inclusiv persoanele temporar absente sau plecate pentru o perioadă mai îndelungată, dacă acestea păstrează legături familiale cu gospodăria şi participă integral sau parţial la bugetul gospodăriei din care fac parte.

5. *Agenția Națională pentru Sănătate Publică* prezintă date despre:

- numărul de vizite la medicul de familie pe regiuni;
- numărul maladiilor în tratamentul ambulatoriu.

6. *Banca Națională a Moldovei* prezintă informația privind suma despăgubirilor plătite persoanelor asigurate de către companiile de asigurări pentru asigurările facultative de sănătate.

7. *Casa Națională de Asigurări Sociale* prezintă informația privind valoarea biletelor de tratament pentru unele categorii de persoane.

VIII. Procesarea datelor

21. Etapele de formare a Conturilor de Sănătate:

1. Standardizarea: datele recepționate în format electronic sunt standardizate. Pentru aceasta, sunt folosite instrumente special create care folosesc capacitățile MS Excel Power Query (M Language). Instrumentul extrage conținutul dorit și modifică structura datelor pentru prelucrare ulterioară. Pentru a standardiza datele, se indică în instrumentul corespunzător locația fișierului (sau mapei) cu sursa de date originală. Se accesează

[9] https://statistica.gov.md/ro/cercetarile-in-gospodarii-190.html

„Actualizare date” din meniul principal al MS Excel, ca urmare conținutul instrumentului este actualizat. Fișierele actualizate sunt salvate într-o singură mapă pentru procesare ulterioară - mapare;

2. Cartografierea (maparea): datele standardizate sunt prelucrate cu ajutorul celui de-al doilea instrument - HAprePT, creat pe baza MS Access. Se specifică mapa în care sunt salvate toate fișierele actualizate și standardizate și după actualizarea directoarelor interne, instrumentul mapează toate tranzacțiile conform logicii de mapare prestabilite.

Datele colectate sunt procesate și mapate (se atribuie coduri de clasificare SHA-2011) folosind instrumente special concepute (instrumentul HAprePT).

În programul HAprePT datele se introduc în mare parte automat. Introducerea datelor se efectuează în două moduri:

- prin conectarea dinamică la surse de date externe în fișiere precum Excel;
- prin importul datelor (și stocarea lor intern).

Rezultatul prelucrării și mapării se exportă sub formă de tabele din Access, pentru import în HAPT. HAPT (Health Accounts Production Tool) – un program conceput special pentru întocmirea Conturilor de Sănătate. Programul a fost dezvoltat de Abt Associates în colaborare cu OMS și USAID și este utilizat în multe țări pentru cartografierea datelor și Conturilor de Sănătate. Programul funcționează on-line cu masive de date importate în format MS Excel și permite generarea tabelelor standardizate pentru raportarea automată către OMS și Eurostat.

Prezentarea grafică a etapelor de producere a Conturilor de Sănătate

Înainte de diseminarea și publicarea datelor, se efectuează verificări consistente pentru validarea datelor agregate obținute. Procesul de validare se bazează pe analiza evoluției seriilor temporale și cunoașterea reformelor legislației în domeniul ocrotirii sănătății. Pe cât posibil, este asigurată coerența între cele două părți ale sistemului: datele cantitative și informația calitativă. Informațiile calitative permit identificarea exactă în ce categorie ar trebui să fie clasificate.

22. Datele colectate/furnizate de instituțiile care administrează schemele de finanțare a sănătății sunt supuse unor tipuri de controale:

Coerența internă a datelor între tabele: Această etapă verifică dacă totalurile raportate în fiecare tabel al JHAQ sunt consistente între toate tabelele. De exemplu, pentru fiecare serviciu de sănătate (HC), totalul tuturor schemelor de finanțare (HF) din tabelul HCxHF trebuie să fie egal cu totalul tuturor furnizorilor (HP) din tabelul HCxHP, adică valorile din coloana „Toate HF” din tabelul HCxHF trebuie să fie egale cu valorile din coloana „Toate HP” din tabelul HCxHP.

Coerența internă a datelor din tabele: Această etapă verifică dacă consecvența internă din tabel este asigurată folosind verificări aritmetice pentru a verifica dacă totalul este egal cu suma subcomponentelor sale.

Testul de consistență: Este verificată relația logică dintre itemi/variabile. În general, valorile indicate trebuie să fie pozitive.

Prezența valorilor atipice: Testul de consistență oferă informații dacă tabelele de date conțin valori în celule care sunt atipice pentru domeniul de finanțare a ocrotirii sănătății. În tabelele de date, orice celulă care conține o intrare atipică este evidențiată pentru furnizorii de date și se evaluează dacă regulile contabile ale SHA au fost aplicate corect. Dacă tranzacțiile nu sunt înregistrate corect, acestea sunt ajustate în tabelele corespunzătoare. În cazul în care tranzacțiile înregistrate într-o celulă nu aparțin limitelor SHA (de exemplu, se referă la consum intermediar), valoarea celulei respective este ștearsă (și toate celulele afectate de această modificare sunt ajustate în mod corespunzător). În cazul în care tranzacțiile sunt raportate eronat și o altă categorie a clasificării ICHA este mai potrivită, valoarea celulei este transferată în celula corectă a tabelului.

Testul de plauzibilitate: Ratele de creștere sunt verificate în raport cu anul precedent la nivel agregat, dacă cheltuielile pentru un anumit serviciu au crescut semnificativ față de anul precedent, atunci se iau măsuri suplimentare de verificare.

Testul de disponibilitate: Disponibilitatea/caracterul complet al datelor cantitative este verificat, dacă lipsesc anumite date pentru o anumită celulă a șablonului de colectare a datelor cantitative. Dacă datele pentru un anumit serviciu nu sunt raportate, se solicită furnizorului de date motivul principal.

Alte teste: În același timp, datele din sistemul Conturilor de Sănătate sunt comparate cu datele din sistemul Conturilor Naționale. Dacă apar diferențe semnificative, acestea sunt clarificate cu instituția furnizoare de date.

După validarea datelor din sistemul Conturilor de Sănătate la nivel național, datele sunt prezentate și organismelor internaționale, care sunt validate la nivel internațional de către Grupul tehnic responsabil de statistica cheltuielilor din domeniul sănătății (afiliați OMS și Eurostat).

3. Estimarea indicatorilor statistici și relațiile de calcul

23. Relaţiile matematice care se stabilesc între indicatorii furnizați, pentru totalul cheltuielilor curente din domeniul sănătăţii, sunt următoarele:

$$\boldsymbol{HCxHF} = \sum_{i=1}^{n}\sum_{j=1}^{p} \boldsymbol{HC_i \ x \ HF_j} \quad \boldsymbol{HPxHF} = \sum_{k=1}^{m}\sum_{j=1}^{p} \boldsymbol{HP_k \ x \ HF_j} \quad \boldsymbol{HCxHP} = \sum_{i=1}^{n}\sum_{k=1}^{m} \boldsymbol{HC_i \ x \ HP_k}$$

unde:

HC_i – reprezintă categoria I de servicii de sănătate, corespunzătoare serviciilor naționale de sănătate grupate conform Clasificării Internaţionale a Conturilor de Sănătate (ICHA-HC) – Anexa 2;

HP_k – reprezintă categoria K de prestatori de servicii de sănătate, corespunzătoare prestatorilor naționali de servicii de sănătate grupați conform Clasificării Internaţionale a Conturilor de Sănătate (ICHA-HP) – Anexa 3;

HF_j – reprezintă categoria J a schemelor de finanțare a servicii de sănătate, conform schemelor naționale de finanțare grupate corespunzător Clasificării Internaţionale a Conturilor de Sănătate (ICHA-HF) – Anexa 4.

Cheltuielile curente pentru sănătate sunt prezentate în tabele bidimensionale de tipul HCxHF = HCxHP = HPxHF.

În baza datelor Conturilor de Sănătate sunt calculați următorii indicatori:

i. Cheltuielile de sănătate raportate la PIB, în procente:

Cheltuielile de sănătate raportate la PIB = $\frac{Cheltuieli\ de\ sănătate}{Produsul\ intern\ brut}\ x\ 100$

ii. Cheltuielile publice de sănătate raportate la PIB, în procente:

Cheltuielile publice de sănătate raportate la PIB = $\frac{Cheltuieli\ publice\ de\ sănătate}{Produsul\ intern\ brut}\ x\ 100$

iii. Cheltuielile private de sănătate raportate la PIB, în procente:

Cheltuielile private de sănătate raportate la PIB = $\frac{Cheltuieli\ private\ de\ sănătate}{Produsul\ intern\ brut}\ x\ 100$

iv. Cheltuielile externe de sănătate raportate la PIB, în procente:

Cheltuielile externe de sănătate raportate la PIB = $\frac{Cheltuieli\ externe\ de\ sănătate}{Produsul\ intern\ brut}\ x\ 100$

v. Cheltuielile de sănătate per/capita, în valută națională și străină:

Cheltuielile de sănătate per/capita = $\frac{Cheltuieli\ de\ sănătate}{Numărul\ populației\ cu\ reședință\ obișnuită}$

vi. Ponderea cheltuielilor publice de sănătate în total cheltuieli curente de sănătate, în procente:

Ponderea cheltuielilor publice de sănătate = $\frac{Cheltuieli\ publice\ de\ sănătate}{Total\ cheltuieli\ curente\ de\ sănătate}\ x\ 100$

vii. Ponderea cheltuielilor private de sănătate în total cheltuieli curente de sănătate, în procente:

Ponderea cheltuielilor private de sănătate = $\frac{Cheltuieli\ private\ de\ sănătate}{Total\ cheltuieli\ curente\ de\ sănătate}\ x\ 100$

viii. Ponderea cheltuielilor externe de sănătate în total cheltuieli curente de sănătate, în procente:

Ponderea cheltuielilor externe de sănătate = $\frac{Cheltuieli\ externe\ de\ sănătate}{Total\ cheltuieli\ curente\ de\ sănătate}\ x\ 100.$

IX. Asigurarea calității datelor

24. Calitatea datelor statistice este asigurată prin respectarea principiilor fundamentale ale statisticilor oficiale adoptate de Adunarea Generală a ONU la 29 ianuarie 2014, precum și a celor stabilite în Legea cu privire la statistica oficială nr. 93/2017.

ANSP în calitate de autoritate responsabilă de colectarea datelor asigură ca la compilarea Conturilor de Sănătate sunt respectate bunele practici în domeniu și că sunt în conformitate cu cerințele metodologiei SHA-2011. Astfel, la etapa obținerii datelor de la furnizorii de date se verifică complectitudinea datelor primite, corespunderea formatului datelor recepționate și coerența datelor cu perioadele anterioare ceea ce permite evaluarea calității din perspectiva preciziei și coerenței datelor (*a se vedea secțiunea VIII. Procesarea datelor*).

25. Calitatea rezultatului se măsoară în termenii a şase componente ale calităţii: relevanţa, acurateţe, oportunitatea, accesibilitatea, claritatea şi coerenţa.

Relevanţa statisticelor cheltuielilor de sănătate și surselor de finanțare este foarte înaltă atît la nivel național, deoarece reprezintă un suport fundamental pentru luarea deciziilor, cît și la nivel internațional pentru analize comparative.

Acurateţea statisticelor cheltuielilor de sănătate și surselor de finanțare este înaltă, deoarece se bazează cu preponderență pe surse de date administrative. Acuratețea statisticilor privind cheltuielile pentru sănătate este afectată în principal de problemele de acoperire și anume acoperirea geografică a întregii țări. Limitări sunt înregistrate la capitolul acoperirii instituțiilor medico-sanitare private.

Oportunitatea rezultatului statistic este durata de timp dintre momentul producerii evenimentului şi momentul în care acesta este disponibil. Informaţia privind cheltuielile de sănătate și sursele de finanțare este disponibilă pentru utilizatori în timp util pentru scopul său principal și este considerată oportună.

Accesibilitatea rezultatului statistic este uşurinţa cu care utilizatorii pot obţine datele. Statisticele privind cheltuielile de sănătate și sursele de finanțare sunt puse la dispoziția utilizatorilor la prima solicitare sau pot fi accesate pe pagina web a ANSP. Rezultatele statistice sunt furnizate într-o formă accesibilă şi prietenoasă utilizatorului.

Claritatea rezultatului statistic este măsura în care utilizatorii înţeleg cu uşurinţă datele. Statisticele privind cheltuielile de sănătate și sursele de finanțare sunt însoţite de metadatele adecvate, descriind conceptele, sursele, metodele, prezentarea având ilustraţii precum grafice, etc.

Coerenţa statisticelor cheltuielilor de sănătate și surselor de finanțare este asigurată prin utilizarea aceloraşi surse de date.

Deoarece datele compilate în sistemul Conturilor de Sănătate sunt preluate, în principal, din surse de date administrative, calitatea colectării și prelucrării datelor este în responsabilitatea furnizorilor de date. Acest lucru este completat și de ANSP, prin verificarea integrității și coerenței datelor, astfel încât standardul de calitate al datelor produse să fie atins.

26. Pentru sursele de date utilizate la producerea statisticilor privind Conturile de Sănătate sunt elaborate metadate care includ informații referitoare la: (a) sursele datelor și sfera de cuprindere a datelor; (b) metodele de compilare utilizate; (c) informațiile privind caracteristicile cheltuielilor și surselor de finanțare naționale în domeniul sănătății specifice Republicii Moldova și devierile de la definițiile prevăzute în anexa I la Regulamentul (CE) nr. 2021/1901; (d) trimiterile la legislația națională în cazul în care aceasta constituie baza pentru cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății; (e) informații cu privire la orice modificări ale conceptelor statistice. În baza metadatelor, sunt elaborate rapoarte de calitate care sunt prezentate la Eurostat, la fiecare cinci ani, privind calitatea datelor transmise.

X. Politica de revizuire și comparabilitatea în timp, cu alte surse și la nivel internațional

27. Datele sunt supuse următoarelor tipuri de revizuiri:

Revizuiri planificate: sunt realizate în cazul în care datele pe anii precedenți au fost subestimate sau anumite cheltuieli trebuie reclasificate in alta categorie.

Revizuiri majore: schimbări majore de concepte, trecerea la alte standarde, metodologie nouă, modificarea sursei de date.

Revizuiri neplanificate: în cazul în care sunt înregistrate anumite erori tehnice sau schimbări operate de către sursa de date administrative în datele deja diseminate, acestea sunt corectate și sunt diseminate la următoarea diseminare anuală a datelor.

Comparabilitate în timp: datele sunt comparabile în timp începând cu anul 2022 conform metodologiei SHA-2011. Datele pentru perioada 2009-2021 sunt comparabile fiind compilate în conformitate cu metodologia sistemului Conturilor de Sănătate din anul 2000, versiunea 1.0.

28. Metodologia de elaborare a Conturilor de Sănătate nu este în totalitate în concordanţă cu Metodologia sistemului Conturilor de Sănătate, versiunea anului 2011 (SHA-2011), și în conformitate cu prevederile Regulamentului (UE) 2021/1901 al Comisiei din 29.10.2021 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. Acest fapt se datorează lipsei de date colectate, la moment, pe anumite coduri:

FS.1.3	Subvenții
FS.1.4	Alte transferuri din veniturile publice interne
FS.3.2	Contribuțiile la asigurările sociale ale angajatorilor
FS.3.4	Alte contribuții la asigurările sociale
FS.4.1	Plați anticipate obligatorii de la cetățeni/gospodării
FS.4.2	Plați anticipate obligatorii de la angajatori
FS.4.3	Alte venituri din plați anticipate obligatorii
FS.5.2	Plați anticipate voluntare de la angajatori
FS.5.3	Alte venituri din plați anticipate voluntare
FS.7.2	Asistență externă directă în natură
FS.7.3	Alte transferuri externe directe (neincluse în alte categorii)

HC.2.2	Servicii de reabilitare cu internare de zi
HC.2.3	Servicii de reabilitare în ambulator
HC.2.4	Servicii de reabilitare la domiciliu
HC.3.2	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată cu internare de zi
HC.3.3	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată în ambulator
HC.3.4	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată la domiciliu
HC.6.1	Programe de informare, educație și consiliere
HC.6.5	Programe de supraveghere epidemiologică și de evaluare a riscurilor și de control al bolilor
HC.6.6	Programe de pregătire pentru dezastre și de răspuns la situații de urgență

HP.3.1.2	Cabinete de medici specialişti psihiatri
HP.3.1.3	Cabinete de specialişti de profil îngust (cu excepția specialiștilor din serviciul medical psihiatric)
HP.3.3	Alte tipuri de cabinete medicale
HP.7.3	Instituţii private de administrare a asigurărilor private de sănătate
HP.7.9	Alte instituţii de administrare a sistemului de sănătate
HP.8.1	Gospodăriile casnice ca prestatori de servicii medicale la domiciliu
HP.8.2	Alte sectoare ca prestatori secundari de servicii medicale
HP.8.3	Asistent sanitar raional (sau asistent sanitar sătesc, comitet comunitar de sănătate etc.)
HP.8.9	Alte sectoare neincluse în alte categorii

HF.1.2.2	Scheme de asigurări private obligatorii de sănătate
HF.3.2	Co-plăţile, cu terţi plătitori
HF.4	Scheme de finanțare din Restul lumii (nerezidente)
HF.4.1	Schemele obligatorii (nerezidente)
HF.4.2	Schemele voluntare (nerezidente)

În același timp, datele cu privire la Conturile de Sănătate prezintă devieri de la Metodologia SHA-2011, în partea ce ține de reflectarea cheltuielilor pentru serviciile curative cu internare de zi, care nu sunt incluse la codul HC.1.2 așa cum prevede Metodologia, dar la codul *HC.1.1 Servicii curative cu internare,* datorită lipsei de evidență separată a cheltuielilor pe tipul respectiv de servicii.

29. Datorită faptului că, până în anul 2022 a fost utilizată metodologia de producere a Conturilor de Sănătate versiunea anului 2000 (versiunea 1.0), se preconizează revizuirea de date pentru anii 2022 și 2023 concomitent cu producerea și diseminarea datelor pentru anul 2024. Prin urmare, datele vor fi comparabile în timp începând cu anul 2022.

XI. Proceduri de asigurare a confidențialității

30. În cazul sistemului Conturilor de Sănătate, instituțiile transmit datele privind cheltuielile de sănătate la nivel de schemă și program/subprogram, activitate. Astfel, în procesul de procesare și compilare a datelor nu se operează cu date individuale și confidențiale.

XII. Diseminarea datelor

31. *La nivel național* datele sunt diseminate în: Raportul narativ privind Conturile de Sănătate, care este publicat anual pe pagina oficială a ANSP (https://cloud.mail.ru/public/6pSf/KouhHRama). Raportul este elaborat până la finele anului curent de gestiune pentru anul anterior de gestiune.

Lista indicatorilor principali diseminați prin sistemul Conturilor de Sănătate:

Cheltuielile de sănătate raportate la PIB;

Cheltuielile publice de sănătate raportate la PIB;

Cheltuielile private de sănătate raportate la PIB;

Cheltuielile externe de sănătate raportate la PIB;

Cheltuielile de sănătate per/capita, în valută națională și străină;

Ponderea cheltuielilor publice de sănătate;

Ponderea cheltuielilor private de sănătate raportate la PIB;

Ponderea cheltuielilor externe de sănătate.

32. *Date prezentate în adresa organizațiilor internaționale:*

Chestionarul internațional (OMS, OECD, Eurostat): Datele privind cheltuielile de sănătate și sursele de finanțare sunt publicate anual pe pagina oficială a EUROSTAT (https://ec.europa.eu/eurostat/data/database) și în baza globală de date GHED (https://apps.who.int/nha/database).

XIII. Softuri utilizate

33. În procesul de prelucrare a datelor se utilizează programele HaprePT, bazat pe Access și HAPT (Health Accounts Production Tool) – un program conceput special pentru întocmirea Conturilor de Sănătate. Programul a fost dezvoltat de Abt Associates în colaborare cu OMS și USAID și este utilizat în multe țări pentru cartografierea datelor și Conturilor de Sănătate. Programul funcționează on-line cu masive de date importate în format MS Excel și permite generarea tabelelor standardizate.

XIV. Bibliografie

OECD, EUROSTAT, OMS, Manualul „Sistemul Conturilor de Sănătate 2011 (SHA 2011)”[10].

[10] OECD, Eurostat și OMS (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. (http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en,https://www.who.int/publications/i/item/9789240042551; https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-05-19-103)

Anexe

Anexa 1. Clasificarea internațională a surselor de venit ale schemelor de finanțare a sănătății

FS.1	Transferuri din veniturile publice interne (alocate asistenței medicale)
FS.1.1	Transferuri interne și granturi
FS.1.2	Transferuri de stat pentru anumite grupuri de populație
FS.1.3	Subvenții
FS.1.4	Alte transferuri din veniturile publice interne
FS.2	**Transferuri alocate de stat din venituri de origine străină**
FS.3	**Contribuții la asigurările sociale**
FS.3.1	Contribuțiile la asigurările sociale ale salariaților
FS.3.2	Contribuțiile la asigurările sociale ale angajatorilor
FS.3.3	Contribuții la asigurările sociale ale lucrătorilor independenți
FS.3.4	Alte contribuții la asigurările sociale
FS.4	**Plăți anticipate obligatorii (cu excepția FS.3)**
FS.4.1	Plăți anticipate obligatorii de la cetățeni/gospodării
FS.4.2	Plăți anticipate obligatorii de la angajatori
FS.4.3	Alte venituri din plăți anticipate obligatorii
FS.5	**Plăți anticipate voluntare**
FS.5.1	Plăți anticipate voluntare de la cetățeni/gospodării
FS.5.2	Plăți anticipate voluntare de la angajatori
FS.5.3	Alte venituri din plăți anticipate voluntare
FS.6	**Alte venituri interne neincluse în alte categorii**
FS.6.1	Alte venituri interne de la gospodării neincluse în alte categorii
FS.6.2	Alte venituri interne de la corporații neincluse în alte categorii
FS.6.3	Alte venituri interne de la organizații necomerciale neincluse în alte categorii
FS.6.nec	Alte venituri interne neincluse în alte categorii
FS.7	**Transferuri externe directe**
FS.7.1	Transferuri financiare externe directe
FS.7.2	Asistență externă directă în natură
FS.7.3	Alte transferuri externe directe (neincluse în alte categorii)
FS.nec	Alte venituri (neincluse în alte categorii)

Anexa 2. Clasificarea internațională a serviciilor de sănătate

Cod-HC	Servicii de sănătate
HC.1	**Servicii curative**
HC.1.1	Servicii curative cu internare
HC.1.1.1	Servicii curative generale cu internare
HC.1.1.2	Servicii curative specializate cu internare
HC.1.1.nec	Alte servicii curative cu internare (neincluse în alte categorii)
HC.1.2	Servicii curative cu internare de zi
HC.1.2.1	Servicii curative generale cu internare de zi
HC.1.2.2	Servicii curative specializate cu internare de zi
HC.1.2.nec	Alte servicii curative cu internare de zi (neincluse în alte categorii)

Cod-HC	Servicii de sănătate
HC.1.3	Servicii curative în ambulator
HC.1.3.1	Servicii curative de medicină de familie
HC.1.3.2	Servicii curative stomatologice în ambulator
HC.1.3.3	Servicii curative specializate în ambulator
HC.1.3.nec	Alte servicii curative în ambulator (neincluse în alte categorii)
HC.1.4	Servicii de îngrijire medicală la domiciliu
HC.1.nec	Alte servicii curative (neincluse în alte categorii)
HC.2	**Servicii de reabilitare**
HC.2.1	Servicii de reabilitare cu internare
HC.2.2	Servicii de reabilitare cu internare de zi
HC.2.3	Servicii de reabilitare în ambulator
HC.2.4	Servicii de reabilitare la domiciliu
HC.2.nec	Alte servicii de reabilitare (neincluse în alte categorii)
HC.3	**Servicii de îngrijire medicală de lungă durată**
HC.3.1	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată cu internare
HC.3.2	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată cu internare de zi
HC.3.3	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată în ambulator
HC.3.4	Servicii de îngrijire medicală de lungă durată la domiciliu
HC.3.nec	Alte servicii de îngrijire medicală de lungă durată (neincluse în alte categorii)
HC.4	**Servicii auxiliare (fără specificare pe servicii)**
HC.4.1	Servicii de laborator
HC.4.2	Servicii de imagistică (radiografie, fluorografie etc.)
HC.4.3	Transportul pacienților
HC.4.nec	Alte servicii auxiliare (neincluse în alte categorii)
HC.5	**Bunuri medicale (neetichetate după serviciu)**
HC.5.1	Produse farmaceutice și alte bunuri medicale non-durabile
HC.5.1.1	Medicamente eliberate cu prescripție medicală
HC.5.1.2	Medicamente eliberate fără prescripție medicală
HC.5.1.3	Alte bunuri medicale non-durabile
HC.5.2	Dispozitive terapeutice și alte bunuri medicale durabile
HC.5.2.1	Ochelari și alte produse pentru vedere
HC.5.2.2	Aparate auditive
HC.5.2.3	Alte dispozitive ortopedice și proteze (cu excepția ochelarilor și a aparatelor auditive)
HC.5.2.9	Alte bunuri medicale de folosință îndelungată, inclusiv dispozitivele tehnice medicale
HC.5.nec	Alte bunuri medicale (neincluse în alte categorii)
HC.6	**Servicii de prevenţie**
HC.6.1	Programe de informare, educație și consiliere
HC.6.2	Programe de imunizare
HC.6.3	Programe de depistare precoce a bolilor
HC.6.4	Programe de monitorizare a stării de sănătate
HC.6.5	Programe de supraveghere epidemiologică și de evaluare a riscurilor și de control al bolilor
HC.6.6	Programe de pregătire pentru dezastre și de răspuns la situații de urgență
HC.6.nec	Alte servicii de prevenţie (neincluse în alte categorii)
HC.7	**Managementul și administrarea sistemului de sănătate şi a celui de finanţare a sănătăţii**
HC.7.1	Managementul și administrarea sistemului de sănătate

Cod-HC	Servicii de sănătate
HC.7.2	Administrația sistemului de finanţare a sănătății
HC.7.nec	Altă administrare a sistemului de sănătate și a celui de finanţare a sănătății (neincluse în alte categorii)
HC.9	**Alte servicii de îngrijire medicală neclasificate în altă parte**
HCR	**Elemente contabile legate de sănătate**
HCR.1	**Asistență de lungă durată (socială)**
HCR.1.1	Asistență socială de lungă durată în natură
HCR.1.2	Asistență socială de lungă durată - prestații în numerar
HCR.1.nec	Altă asistență de lungă durată (socială) (neincluse în alte categorii)
HCR.2	**Promovarea sănătății cu o abordare multisectorială**
HCR.2.1	Programe legate de gen
HCR.2.2	Programe la locul de muncă
HCR.2.3	Mobilizarea comunității
HCR.2.nec	Alte activități asociate bolii
HCR.3	**Programul de reducere a stigmatizării și a discriminării**
HCR.4	**Transportul nemedical recomandat al pacientului**

Anexa 3. Clasificarea internațională a prestatorilor de servicii medicale

Cod-HP	Prestatori de servicii medicale
HP.1	**Spitale**
HP.1.1	Spitale de profil general
HP.1.2	Spitale de psihiatrie
HP.1.3	Spitale specializate (cu excepția spitalelor de psihiatrie)
HP.1.nec	Alte spitale
HP.2	**Instituții de îngrijire de lungă durată**
HP.2.1	Instituții de îngrijire medicală de lungă durată
HP.2.2	Instituții de îngrijire pentru sănătate mentală şi tratarea abuzului de substanţe
HP.2.9	Alte instituții de îngrijire de lungă durată
HP.3	**Prestatori de asistență medicală specializată de ambulator**
HP.3.1	Cabinete medicale
HP.3.1.1	Cabinetele de medicină generală şi de familie
HP.3.1.2	Cabinete de medici specialiști psihiatri
HP.3.1.3	Cabinete de specialiști de profil îngust (cu excepția specialiștilor din serviciul medical psihiatric)
HP.3.1.nec	Alte cabinete medicale (neincluse în alte categorii)
HP.3.2	Cabinete stomatologice
HP.3.3	Alte tipuri de cabinete medicale
HP.3.4	Centre medicale pentru îngrijiri ambulatorii
HP.3.4.1	Centre de planificare familială
HP.3.4.2	Centre de îngrijire pentru sănătate mentală şi tratarea abuzului de substanţe
HP.3.4.3	Centre independente de chirurgie ambulatorie
HP.3.4.4	Centre de dializă
HP.3.4.5	Centre medicale de ambulatoriu nespecializate
HP.3.4.9	Alte centre medicale pentru îngrijiri ambulatorii
HP.3.5	Prestatori de îngrijiri medicale la domiciliu
HP.3.nec	Alți prestatori de asistență medicală specializată de ambulator (neincluse în alte categorii)

HP.4	**Prestatori de servicii auxiliare**
HP.4.1	Prestatori de servicii de transport și ajutor de urgență a pacienților
HP.4.2	Laboratoare medicale și de diagnostic
HP.4.9	Alți prestatori de servicii auxiliare
HP.5	**Vânzători cu amănuntul și alți furnizori de bunuri medicale**
HP.5.1	Farmacii
HP.5.2	Vânzători cu amănuntul şi alţi furnizori de bunuri medicale de folosinţă îndelungată şi dispozitive medicale
HP.5.9	Alți vînzători și alți furnizori de produse farmaceutice și bunuri medicale
HP.6	**Prestatori de servicii medicale de prevenție**
HP.7	**Furnizori de servicii de administrare și finanțare a sistemului de sănătate**
HP.7.1	Instituţii publice de administrare a sistemului de sănătate
HP.7.2	Instituţii de asigurări sociale de sănătate
HP.7.3	Instituţii private de administrare a asigurărilor private de sănătate
HP.7.9	Alte instituţii de administrare a sistemului de sănătate
HP.8	**Restul economiei**
HP.8.1	Gospodăriile casnice ca prestatori de servicii medicale la domiciliu
HP.8.2	Alte sectoare ca prestatori secundari de servicii medicale
HP.8.3	Asistent sanitar raional (sau asistent sanitar sătesc, comitet comunitar de sănătate etc.)
HP.8.9	Alte sectoare neincluse în alte categorii
HP.9	**Restul lumii**
HP.nec	Alți prestatori de servicii medicale (neincluse în alte categorii)

Anexa 4. Clasificarea internațională a schemelor (surselor) de finanțare a sănătății

Cod-HF	Scheme (surse) de finanțare
HF.1	**Schemele administraţiei publice și schemele asigurării obligatorii de sănătate bazate pe contribuții**
HF.1.1	Schemele administraţiei publice
HF.1.1.1	Schemele administrației publice centrale
HF.1.1.2	Schemele administrației publice locale
HF.1.1.nec	Alte scheme ale administraţiei publice (neincluse în alte categorii)
HF.1.2	Scheme de asigurări obligatorii de sănătate bazate pe contribuții
HF.1.2.1	Scheme de asigurări obligatorii de sănătate
HF.1.2.2	Scheme de asigurări private obligatorii de sănătate
HF.1.2.nec	Alte scheme de asigurări obligatorii de sănătate bazate pe contribuții (neincluse în alte categorii)
HF.1.3	Conturi de economii pentru sănătate obligatorii
HF.1.nec	Alte scheme ale administraţiei publice și scheme de asigurări obligatorii de sănătate bazate pe contribuții (neincluse în alte categorii)
HF.2	**Schemele de plați facultative la sistemul de sănătate**
HF.2.1	Schemele de asigurări benevole (facultative) de sănătate
HF.2.1.1	Schemele primare sau de substituţie de asigurări de sănătate
HF.2.1.1.1	Asigurările la angajator (cu excepția schemelor pentru întreprinderi)
HF.2.1.1.2	Asigurările publice benevole (facultative)
HF.2.1.1.3	Alte sisteme primare de cuprindere
HF.2.1.2	Schemele complementare/suplimentare de asigurări de sănătate
HF.2.1.2.1	Asigurările comunitare

Cod-HF	Scheme (surse) de finanțare
HF.2.1.2.2	Alte asigurări complementare sau suplimentare
HF.2.1.nec	Alte scheme de asigurări facultative de sănătate (neincluse în alte categorii)
HF.2.2	Schemele de finanțare ale organizațiilor necomerciale
HF.2.2.1	Schemele de finanțare ale organizațiilor necomerciale (cu excepţia HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Schemele agenţiilor de dezvoltare pentru rezidenţi ai guvernelor străine
HF.2.2.nec	Alte scheme de finanțare ale organizațiilor necomerciale (neincluse în alte categorii)
HF.2.3	Schemele de finanțare ale unităților economice
HF.2.nec	Alte scheme de plați facultative la sistemul de sănătate (neincluse în alte categorii)
HF.3	**Plățile de buzunar ale gospodăriilor casnice**
HF.3.1	Plățile de buzunar, exclusiv co-plațile
HF.3.2	Co-plăţile, cu terţi plătitori
HF.3.nec	Alte tipuri de plăți de buzunar (neincluse în alte categorii)
HF.4	**Scheme de finanțare din Restul lumii (nerezidente)**
HF.4.1	Schemele obligatorii (nerezidente)
HF.4.2	Schemele voluntare (nerezidente)
HF.4.nec	Alte scheme de finanțare pentru restul lumii (neincluse în alte categorii)
HF.nec	Alte scheme de finanțare (neincluse în alte categorii)