

Proiectul PNUD Early Warning System ROM/99/006

Executat de

SOCIETATEA ACADEMICĂ DIN ROMÂNIA (SAR)

La inițiativa Ministerului Afacerilor Externe al României

NOTĂ

Punctele de vedere exprimate în această publicație reflectă exclusiv opiniile experților implicați în proiect și nu reprezintă neapărat vederile sau poziția oficială a Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare. Termenii folosiți și modul de prezentare a materialului nu implică în nici un fel expresia oricărei opinii din partea Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare sau a Secretariatului Națiunilor Unite.

RAPORT DE AVERTISMENT PRIVIND POTENȚIALUL DE CRIZĂ

ROMÂNIA

Numărul 3 / 2002

Programul Națiunilor Unite pentru Dezvoltare

Societatea Academică din România

București, Mai 2002

RAPORT DE AVERTISMENT PRIVIND POTENȚIALUL DE CRIZĂ
PNUD – SOCIETATEA ACADEMICĂ DIN ROMÂNIA (SAR)

SUMAR

REZUMAT EWR 3/2002

SOCIAL

**Gaura neagră a bugetelor spitalicești riscă să înghită întregul sistem
sanitar**

EVOLUȚIA PRINCIPALILOR INDICATORI

	Trimestrul I-2001	Trimestrul II-2001	Trimestrul III-2001	Trimestrul IV-2001	Ian-2002	Feb-2002	Mar-2002	Apr-2002	Tendință
Creșterea PIB (analizată trimestrial), %	4,8	5,1	5,1	5,4					–
Devalorizarea leului, medie lunară, %	2,1	1,9	1,5	1,2	1,9	1,3	0,9	1,7	↘
Inflația, medie lunară, %	2,7	2	1,8	2,4	2,3	1,2	0,4	2	↘
Rata dobânzii (BUBOR, o săptămână) %	3,4	3,2	2,6	2,6	2,7	2,5	2,5	2,4	↘
Producția industrială, % evoluție	6,8	-0,3	-0,6	-3,0	4,6	3,8	5,6		–
Deficitul comercial, medie lunară FOB/CIF (milioane USD)	274	408	205	504	257	239	263		↘
Rata șomajului, %	10,7	9,3	8,1	8,1	12,4	13,2	13		–
Salariul mediu net, USD	99,2	96,3	92,9	96,4	114,1	106,3	111		–
Pensionari/angajați	0,97	0,97	0,98	1			1,01*		↗
Încrederea în guvern, % (Actualul guvern este capabil să îmbunătățească situația)	57	46	48**	42	45		38		↘
Pesimism, % (Țara se îndreaptă într-o direcție greșită)	54	52	44**	48	51		57		↗
Bunăstarea subiectivă, % (Trăiesc mai bine decât anul trecut)	18	19	19**	22	11		12		–

* *previziune*; ** *exclusiv pentru populația urbană*

PE SCURT

După ce anul trecut guvernul s-a bucurat de o cotă de popularitate apreciabilă și constantă, începând din noiembrie a intrat pe o pantă descendentă. Secțiunea **Politic** a acestui raport analizează cauzele acestei scăderi. De altfel, această scădere era previzibilă, din moment ce toate guvernele românești tind să devină țapul ispășitor pentru nemulțumirea generală a populației față de clasa politică. Deocamdată, nu există o politică concentrată pentru această problemă, ceea ce lasă spațiu de manevră radicalilor din PRM. Schimbarea Constituției poate fi prilejul unei renașterii a sistemului politic, care să-l facă mai popular. Aceasta este perspectiva din care raportul analizează propunerile existente de modificare a actului fundamental. De asemenea, se atrage atenția asupra creării unor așteptări prea mari din partea acestor reforme. Constituția, oricât de ambițioasă, nu este decât un cadru de manifestare a vieții politice, iar o schimbare nu poate duce la rezolvarea tuturor deficiențelor de până acum.

În secțiunea **Economic**, fostul ministru de finanțe Daniel Dăianu analizează o problemă stringentă pentru oficialii români: politica fiscală. Reforma acestui domeniu ar trebui să vizeze crearea unui departament unic de administrare a taxelor, întărirea politicii privind TVA, care ar include renunțarea la un spectru larg de facilități, asigurarea unor activități bine orientate de control și audit. Scăderea taxelor salariale care acum depășesc 57% din fondul de salarii (cel mai înalt nivel din Europa Centrală și de Est) ar avea efecte benefice pe piața muncii. Toate acestea ar trebui dublate de un efort și o politică coerentă de îmbunătățire a gradului de colectare, principalul subiect al acestei analize.

În a doua parte a secțiunii **Economic** se apreciază că optimismul în legătură cu ultimii indicatori economici este exagerat. Creșterea economică dă semne de gripare, evoluția comerțului exterior nu mai este atât de spectaculoasă ca anul trecut. Raportul îndeamnă la analize mai reținute și aduce argumente pentru această abordare.

Starea financiară dezastruoasă în care se află spitalele românești este o temă care apare regulat în mass-media. Secțiunea **Social** a acestui raport analizează modul în care sunt cheltuiți banii în sectorul sanitar, ajungând la concluzia că, paradoxal, procentul oferit spitalelor este foarte mare în România, comparativ cu alte țări, dar de vină este risipa acestor fonduri. Reacția guvernului la această criză nu răspunde principalelor probleme, iar cele două proiecte de legi aflate în Parlament, deși aduc îmbunătățiri, ocolesc problema de mai sus.

SOCIAL

GAURA NEAGRĂ A BUGETELOR SPITALICEȘTI RISCĂ SĂ ÎNGHITĂ ÎNTREGUL SISTEM SANITAR

Bogdan Chirițoiu

Structura eronată de stimulente din sectorul spitalicesc pune în pericol viabilitatea sistemului sanitar. Guvernul nu găsește răspunsuri pentru aceste probleme, iar dezbaterile asupra noii legi a spitalelor va fi lipsită de relevanță față de adevăratele probleme ale sistemului sanitar.

Sistemul sanitar românesc trece prin una dintre cele mai acute crize de după 1989. Încă de la începutul anului, publicul a fost bombardat cu povești de groază despre starea sistemului sanitar. Medicii de familie, presupușii câștigători ai reformei sănătății, și singura categorie medicală care conform sondajelor susținea ferm procesul reformei, au intrat în grevă din cauza lipsei de fonduri. Presa și-a concentrat atenția asupra unei serii aparent interminabile de eșecuri medicale și administrative: de la Iași la Arad copiii mor din cauza echipamentului nefuncțional sau a infecțiilor intraspitalicești. Reflectând opinia publică, Kraft Jacobs Suchard, companie multinațională care a investit în România, a lansat la Pro TV o campanie pentru ajutorarea spitalelor de copii. Oricât de generoasă, această campanie a fost deprimantă, expunând imagini ale unei decăderi șocante. În fine, spitale din diferite părți ale țării au anunțat că se confruntă cu o gravă criză financiară. Un spital de psihiatrie a făcut public faptul că se confruntă cu o serie de evadări din cauză că nu își permite să plătească paza adecvată. Criza a atins apogeul când spitalul Fundeni,

unul dintre cele mai prestigioase instituții din domeniu, a anunțat că nu își poate achita factura la apă.

În timp ce multe dintre aceste cazuri pot fi atribuite unei administrări extrem de deficitare, e clar că totuși cauze sistemice sunt de vină pentru o creștere atât de alarmantă a problemelor de finanțare. Mai important încă, guvernul pare să nu reacționeze la problemele furnizorilor sanitari, politica lui nu reușește să atingă cauzele acestei crize și este mai degrabă irelevantă pentru problemele sistemului sanitar.

Logica reformei – întoarsă cu susul în jos

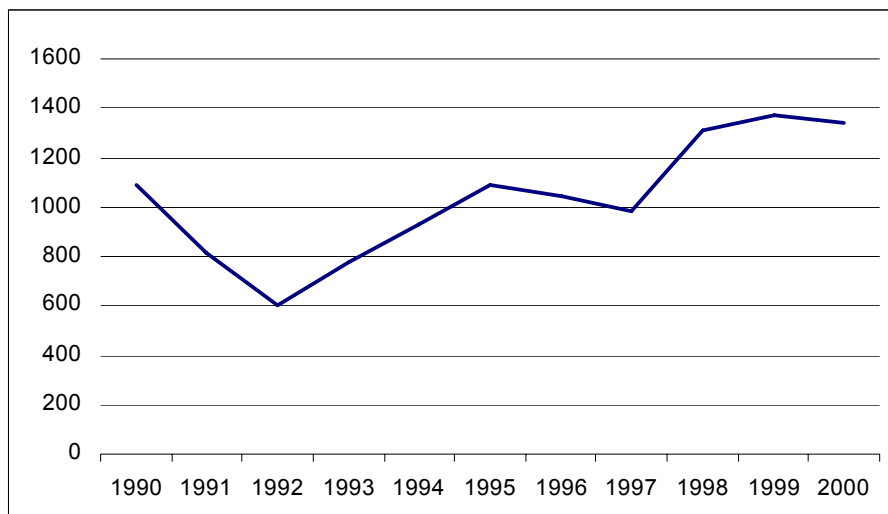
Reforma sistemului sanitar românesc ținea să crească cuantumul resurselor alocate sănătății și să deplaseze accentul de la îngrijirea spitalicească la asistența primară. La patru ani de la introducerea la scară națională a noului sistem de finanțare – asigurările sociale – resursele alocate sănătății au crescut substanțial. În ciuda unei rate de utilizare comparabile, spitalele încă mai consumă un quantum mai mare din aceste resurse. Acest lucru se datorează lipsei de stimulente eficiente de control al prețului într-un sistem necompetitiv, dominat de doctorii din spitale. Situația prezintă riscul reducerii excesive a cheltuielilor pentru asistența primară – element esențial pentru strategia reformei – și pentru medicamentele subvenționate – problemă socială de maximă importanță.

Procesul reformei a avansat în asistența primară, care a fost practic privatizată prin introducerea medicului de familie și transformarea sistemului de finanțare într-unul bazat în principal pe capitație. Un progres mult mai redus s-a înregistrat în sectorul spitalicesc. Problema proprietății e încă neclară, iar finanțarea e încă bazată pe bugete istorice. Fondurile de sănătate, care teoretic sunt cumpărătorii serviciilor de sănătate și trebuie să contracteze furnizorii, nu au reușit să acționeze selectiv și au avut un impact limitat asupra comportamentului furnizorilor.

Finanțarea sănătății

Chiar și în valori absolute, creșterea resurselor realizată prin asigurările sociale este substanțială. Figura 1 prezintă evoluția cheltuielilor de sănătate calculate în dolari. Nivelul absolut al cheltuielilor a scăzut odată cu începerea tranziției – proporția din PIB a rămas constantă, dar PIB s-a contractat. Introducerea asigurărilor sociale a dus la o creștere de aproximativ 25% față de 1990, și de peste 30% față de 1997 (ultimul an dinaintea introducerii finanțării prin asigurări sociale).

Fig. 1. Evoluția cheltuielilor de sănătate – valori absolute



În valori relative, valoarea totală a cheltuielilor de sănătate a crescut de la aproximativ 3% din PIB la începutul anilor 1990 la aproape 5% în prezent.

Sectorul spitalicesc

România a intrat în reformă cu un sector spitalicesc supra-dimensionat, problemă cu care se confruntau însă și majoritatea țărilor din această parte a Europei. Indicatorii principali folosiți pentru a evalua eficiența sectorului spitalicesc sunt:

- Numărul de paturi
- Rata de ocupare
- Numărul internărilor
- Durata șederii

Conform ultimelor statistici, cifrele românești tind către valorile superioare din intervalul prognozat în ceea ce privește toți acești indicatori. Rata internărilor (cam 20/100 de persoane), și durata șederii (aproximativ 10 zile) sunt între cele mai ridicate din întreaga Europa. Rata ocupării (aproximativ 75%) pică în jumătatea inferioară, în timp ce numărul de paturi (peste 7/1000 persoane) se află în cea superioară.

În evaluarea acestei dinamici trebuie să luăm în calcul faptul că toate țările în discuție au o situație dificilă în sectorul spitalicesc: toate încearcă să reducă numărul de paturi, internările și durata șederii, și să crească rata ocupării. O situație puțin mai dificilă decât media lor e destul de problematică.

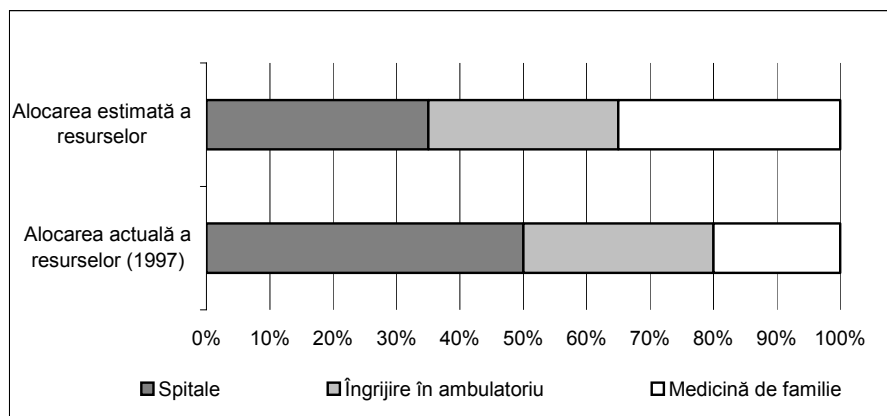
Totuși, este important că după 1990 acești indicatori au evoluat pozitiv. Numărul de paturi a scăzut sensibil, cu aproape 20%, în timp ce rata internărilor a rămas aproape aceeași. Acest lucru a crescut rata ocupării. Durata șederii a scăzut cu 15%.

Cea mai importantă concluzie din perspectiva finanțării este că indicatorii de utilizare nu au evoluat negativ. Acest lucru indică faptul că presiunile pentru creșterea cheltuielilor nu derivă din existența unui număr mai mare de cazuri.

Finanțarea spitalelor

În Figura 2 sunt listate așteptările artizanilor reformelor cu privire la alocarea resurselor în interiorul sectorului sanitar. Putem vedea clar transferul intenționat de resurse de la sectorul spitalicesc către asistența primară.

Fig. 2. Rezultatele așteptate: strategia reformei din 1997



Sursa: BASYS, 1997

Fig. 3 prezintă tocmai actuala criză a alocării resurselor în interiorul sectorului sanitar. În paralel cu cheltuielile reale sunt prezentate prevederile contractului cadru (CC, încheiat la începutul anului), și ale bugetului de vară – corecția bugetului de la mijlocul exercițiului bugetar (BC).

Fig. 3. Cheltuielile de sănătate: comparație între cheltuielile reale și cuantumul prevăzut de Contractul Cadru (CC), și bugetul revizuit de la mijlocul semestrului

Tip serviciu	1998 Real (%)	1999 CC (%)	1999 BC (%)	1999 Real (%)	2000 CC (%)	2000 BC (%)	2000 Real (%)	CC 2001 (%)
Asistență primară	9,01	15,5	9,48	9,05	14,5-15	9,78	9,51	14,5-15
Ambulatoriu	5,85	11,75	6,62	6,11	8,75	7,85	7,23	8,75
Spitale	67,25	40,00	61,24	64,18	59-61	63,99	65,48	50-53
Medicamente subvenționate	6,81	20,0	9,32	8,03	10-11	12,83	12,41	10
Stomatologie	2,66	4,25	2,76	2,36	2,5-3	1,58	1,43	3
Servicii de reabilitare	0,82	1,00	1,17	1,11	1	0,63	0,65	1-1,2
Proteze	3,23	3,00	0,62	0,28	1	0,33	0,28	1
Servicii de ambulanță	4,32	4,50	3,80	3,67	3-4	3,00	3,00	3
Programe de sănătate	0,06	0	4,99	5,20	0,1-1	0,00	0,00	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

În fiecare an, procentul alocat spitalelor a crescut în bugetul de vară și a fost depășit de cheltuielile reale. Inversul este valabil pentru asistența primară și cheltuielile pentru medicamente. Aceste date indică inabilitatea sectorului bugetar de a respecta constrângerile impuse de buget. Trebuie reținut că resursele care sunt de fapt cheltuite au fost dintotdeauna mai puține decât cele estimate: venitul real a fost mai mic în fiecare an comparat cu cuantumul din bugetul de vară. Acest lucru s-a transformat în cheltuieli mai mici decât cele prevăzute. În consecință, resurse mai mari decât cele prevăzute pentru cheltuielile spitalelor înseamnă resurse reale mai puține decât cele prevăzute pentru asistența medicală primară și medicamente. Din campioana reformei, asistența primară a devenit Cenușăreasa alocațiilor de la buget.

Fig. 4. Veniturile și cheltuielile Fondurilor de Sănătate 1998-2000

Miliarde lei	1998			1999			2000	
	Legea bugetului	Bugetul Corectat	Real	Legea bugetului	Bugetul Corectat	Real	Legea bugetului	Bugetul Corectat
Venit	10296	9541	8372	11967	20443	18386	26725	29002
Total cheltuieli	7626	7584	7403	11368	16997	15958	23907	25261
Fond de rezervă	-	-	-	598	962	806	1336	1450
Bilanț	2669	1957	969	0	2484	1622	2292	2292

Pentru a pune datele în context, în Fig. 5 este prezentată criza resurselor pe sectoare în asistența medicală pentru țările OCDE.

Fig. 5. Criza cheltuielilor publice de sănătate pe sectoare în țările OECD

Cheltuielile publice pe sectoare de sănătate din totalul cheltuielilor publice de sănătate (%)	Median	Mediu	Maxim	Minim
Spitale	52	54	78	30
Medicamente	12	13	27	6
Servicii ambulatorii	20	21	40	8

Grav este faptul că România cheltuie, în termeni relativi, mai mult pentru spitale și mai puțin pentru asistența primară și medicamente, decât majoritatea țărilor OCDE. În plus, trebuie reținut că această statistică se bazează pe cheltuielile fondurilor de sănătate. Dacă ar fi luate în considerare și restul de 20% din cheltuielile publice, resursele alocate spitalelor ar fi încă și mai mari.

Acest lucru e cu atât mai surprinzător dacă luăm în calcul faptul că la începutul anilor '90 România avea, alături de Cehia, cele mai mari cheltuieli pentru medicamente. Ar fi normal ca o țară precum România să cheltuie un procentaj mai mare pentru medicamente, pentru că prețul bunurilor comercializabile precum medicamentele variază mai puțin între țări decât prețul forței de muncă.

Prin urmare sectoarele care folosesc proporțional mai multă forță de muncă ar trebui să folosească o proporție mai mică din resurse în România, în comparație cu Europa Occidentală.

Lipsa stimulentei

Originea problemei rezidă în lipsa la nivelul spitalelor a stimulentei instituționale adecvate pentru limitarea costurilor. Sectorul spitalicesc este foarte puternic din punct de vedere politic, pentru că încorporează elita profesiei medicale. Problema e agravată de faptul că membri ai acestei elite formează cercurile de decizie la toate nivelele sistemului sanitar: administratori sanitari, Ministerul Sănătății, fonduri de sănătate, facultățile de medicină și majoritatea politicienilor care se ocupă de sănătate.

Lipsa competiției între fondurile de sănătate (care sunt monopoluri regionale și prin urmare nu trebuie să concureze pentru clienți) creează un mediu instituțional în care nu există stimulente pentru ca fondul de sănătate să impună constrângeri severe de buget asupra spitalelor. Strategia dominantă e o alianță a cumpărătorului cu furnizorul pentru a transfera costurile la buget.

În plus, autonomia directorilor de spitale e limitată, ceea ce împiedică chiar și măsurile de restructurare inițiate de administratori cu simțul datoriei. Mai mult, singurul instrument pentru motivarea administratorilor este amenințarea (destul de grosieră) cu concedierea, cât timp nu sunt disponibile planuri de stimulare.

Planurile de reformă ale guvernului

Conducerea Ministerului Sănătății și Familiei a identificat ca prioritate reforma sectorului spitalicesc. Este mai puțin clar totuși dacă factorii de decizie înțeleg mecanismul care a dus la criza actuală, și dacă da, modul în care politicile anunțate vor îmbunătăți situația actuală.

Inițiativele principale constau în schimbarea sistemului de finanțare prin introducerea grupurilor de diagnostic (DRG), și privatizare parțială. Teoretic, bazarea finanțării pe compoziția cazurilor mai degrabă decât pe costurile reale ar încuraja spitalele să fie mai eficiente. Problema este că DRG ar putea duce la intervenții mai eficiente, dar nu ar rezulta neapărat o scădere a costurilor per total. În plus, implementarea completă a DRG e un proces foarte complicat, care va dura ani întregi. Acest lucru e dovedit de experiența Ungariei, prima țară fostă comunistă care a folosit această metodă. Prin urmare, oricâte beneficii ar aduce, DRG nu va fi o soluție pe termen scurt.

Privatizarea e o problemă mai complicată. Dacă privatizarea înseamnă externalizarea unor servicii, sau chiar privatizarea serviciilor tip hotel, atunci va îmbunătăți eficiența. Privatizarea parțială a facilităților tip hotel, prezintă totuși riscul ca o parte a costurilor acestor servicii private, să fie transferate segmentului public al spitalului. O variantă mai bună ar fi chiar privatizarea spitalelor în totalitate (sau înființarea de spitale particulare).

În timp ce ambele politici au aspecte pozitive, ele nu reușesc să rezolve problema limitării costurilor spitalicești și crizele care se conturează în asistența primară și farmaceutică.

O nouă lege a spitalelor

Actuala lege a spitalelor se remarcă mai degrabă prin problemele pe care nu reușește să le rezolve decât printr-o reformă coerentă. Ca un semnal al gravității crizei sectorului spitalicesc, Parlamentul are acum în față două noi proiecte ale legii spitalelor. Unul vine de la Ministerul Sănătății și Familiei, iar celălalt este înaintat de Colegiul Medicilor (asociația profesională a medicilor). Cele două proiecte au multe similități. Principala inovație adusă de guvern este de a crește autonomia financiară

a spitalului, permiţându-i să împrumute până la 15% din venitul contractat, cu condiţia ca nivelul total al datoriilor să nu depăşească 20% din bugetul anual. Colegiul Medicilor merge mai departe, permiţând ca deprecierea să fie considerată ca şi cost.

Totuşi, ambele proiecte nu reuşesc să ofere soluţii unor probleme fundamentale:

1. Proprietatea asupra spitalului

Alternativele sunt de a le transfera administraţiei locale, sau, şi mai bine, să li se asigure statutul de organizaţii non-profit autonome.

2. Autonomia financiară

În ciuda permisiunii de a împrumuta, administraţia spitalului va continua să aibă opţiunile limitate şi mai ales să nu dispună de stimulente pentru o viziune atotcuprinzătoare din punct de vedere financiar. Ambele proiecte menţin situaţia în care managementul nu are interesul să fie econom în privinţa costurilor non-operaţionale (ex.: costurile de capital, investiţiile), care sunt asigurate de guvernul naţional sau de autorităţile locale (cumpărarea de echipament, şi dezvoltarea sunt finanţate de bugetul central, în timp ce reparaţiile şi cheltuielile de întreţinere sunt asigurate de administraţia locală). Acest lucru contrastează cu situaţia costurilor operaţionale care sunt acoperite de Casa Judeţeană de Asigurări de Sănătate, conform Contractului Cadru, şi care au o legătură cu indicatorii de performanţă (utilizare).

Efectele controlului mai sever previzionat asupra abilităţii conducerii de a acumula arierate nu vor avea o influenţă prea mare decât dacă se schimbă structura stimulentelelor.

Concluzii:

Cheltuielile spitaliceşti au scăpat de sub control şi acaparează resursele destinate pentru produse farmaceutice şi asistenţă primară. În ciuda finanţării îmbunătăţite pe ansamblu pentru sănătate şi a faptului că nu s-au înregistrat creşteri în ratele de utilizare, spitalele consumă o cantitate tot mai mare din resursele alocate sănătăţii. România, în ciuda salariilor mici, se găseşte în situaţia paradoxală de a aloca spitalelor o proporţie mai mare din resursele publice destinate sănătăţii decât ţările OCDE. Această situaţie prezintă riscuri sociale şi politice clare. În plus, se subminează rolul asistenţei primare de campioană a reformei.

Iniţiativele guvernului cu privire la sectorul spitalicesc nu reuşesc să rezolve problema limitării costurilor. În timp ce trecerea la finanţare pe baza compoziţiei cazurilor (DRG)

și privatizarea au aspecte pozitive, efectele lor nu vor fi vizibile decât peste câțiva ani. Privatizarea parțială (spre deosebire de privatizarea completă) ar putea chiar să agraveze situația.

Noile proiecte pentru legea spitalelor cresc flexibilitatea financiară a administrațiilor. Includerea costurilor de depreciere în evidența contabilă, propusă de Colegiul Medicilor, este în mod special de apreciat. Totuși, nu s-a mers suficient de departe:

3. Abilitatea de a finanța investiții e constrânsă de limitele asupra împrumuturilor.
4. Nu există factori motivați pentru administratori; în schimb, totul se bazează pe controale administrative.
5. Problema proprietății nu e rezolvată.

Recomandări:

Natura necompetitivă a fondurilor românești de asigurări de sănătate va crea întotdeauna probleme legate de stimulente. Acestea pot fi totuși parțial rezolvate prin:

- Clarificarea problemei proprietății asupra spitalelor, transferându-le administrației locale sau chiar conferindu-le statutul de organizații non-profit independente.
- Crearea de stimulente pentru ca administratorii să aloce eficient toate fondurile, prin finanțarea cheltuielilor de capital și a celor operaționale conform aceluiași mecanism (ex: de la Fondul de Asigurări de Sănătate)
- Crearea de planuri de motivare a administrației spitalului, planuri care să recompenseze performanța.