

**Un diagnostic comparat al sistemului medical românesc relevă
tare cronice, crede SAR**

RECONSTRUCȚIA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE



Este drept că sectorul sănătate este finanțat în România sub media europeană, dar nu totdeauna banii disponibili sunt cheltuiți cu folos. Este nevoie de reforme în două direcții: sporirea veniturilor în sector; raționalizarea cheltuielilor și a sistemului în general, pentru o mai bună eficiență și țintire a priorităților reale.

Peste tot în lume există două dimensiuni acceptate în dezbateră publică privind performanța unui sistem sanitar: eficiența folosirii resurselor (adică maximul de output care se poate obține la un input dat) și echitatea de acces (adică în ce măsură toată lumea care are nevoie de asistență medicală are posibilitatea de a beneficia, indiferent de resursele de care dispune). Cum cele două obiective nu se pot atinge simultan, peste tot în lume vedem o preferință pentru unul dintre ele: țările anglo-saxone sunt mai orientate spre eficiență economică (de aici, și înclinația pentru mecanisme mai curând de piață, cu sisteme bazate pe asigurări propriu-zise de sănătate), în timp ce țările din Europa continentală (de pildă, Franța) preferă modelul bazat pe solidaritate și asigurările „sociale” cu o puternică componentă redistributivă.

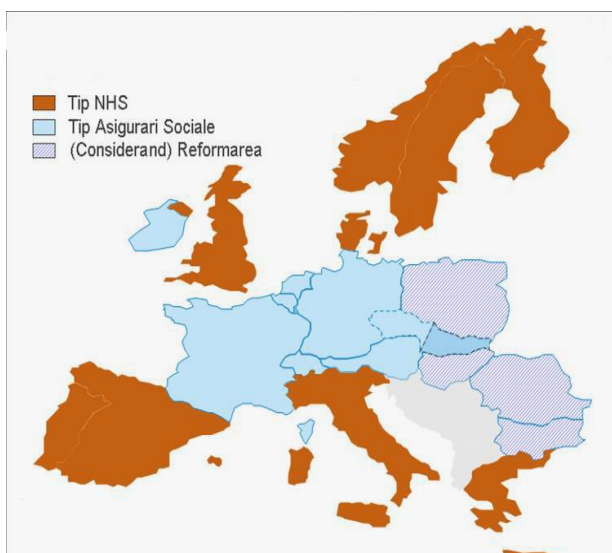


Fig. 1. Modele de reformă în Europa

Sursa: Cegedim

Unde ne aflăm noi, de fapt? Nemulțumirile publicului în legătură cu sistemul sanitar românesc sunt în realitate simptomul faptului că am eșuat în ambele obiective. Nu avem nici un sistem care să folosească optim banii pentru oferirea de servicii medicale (alocări mici dar chiar și acestea pe priorități greșite) și nici un sistem care să asigure echitatea de acces. Ce e mai rău, dacă am fi avut ocazia în criză să încercăm să reformăm sistemul măcar pentru clarificarea unor responsabilități și creșterea eficienței cheltuielilor, am preferat să înrăutățim situația: ne bazăm pe arierate și stimulăm iresponsabilitatea, după cum se arată în continuare.

Ce e de făcut? Până se termină criza, trebuie să încercăm să ne folosim de oportunitățile existente pentru a pune în cele din urmă sistemul sanitar pe baze mai sănătoase, pentru creșterea eficienței cheltuielilor și pentru clarificarea responsabilităților pe care le are statul față de public (pacienți), dar și față de sectorul privat (furnizori de servicii medicale, producători de medicamente). Cum sistemul românesc trebuie reformat în mod fundamental, acum ar fi și un moment bun să clarificăm dacă ne interesează mai curând modelul NHS sau de asigurări sociale, opțiunea fiind după cum spuneam mai curând una de sistem de valori pe care ne-o putem formula doar printr-o dezbatere publică, de amploarea celei pe care o vedem în SUA de mulți ani. În raportul care urmează vom vedea unde ne aflăm ca finanțare între statele membre UE, cum ne

comparăm cu acestea din punct de vedere al alocării resurselor limitate, dar și care este sursa inechităților grave din sistem și ce se poate face.

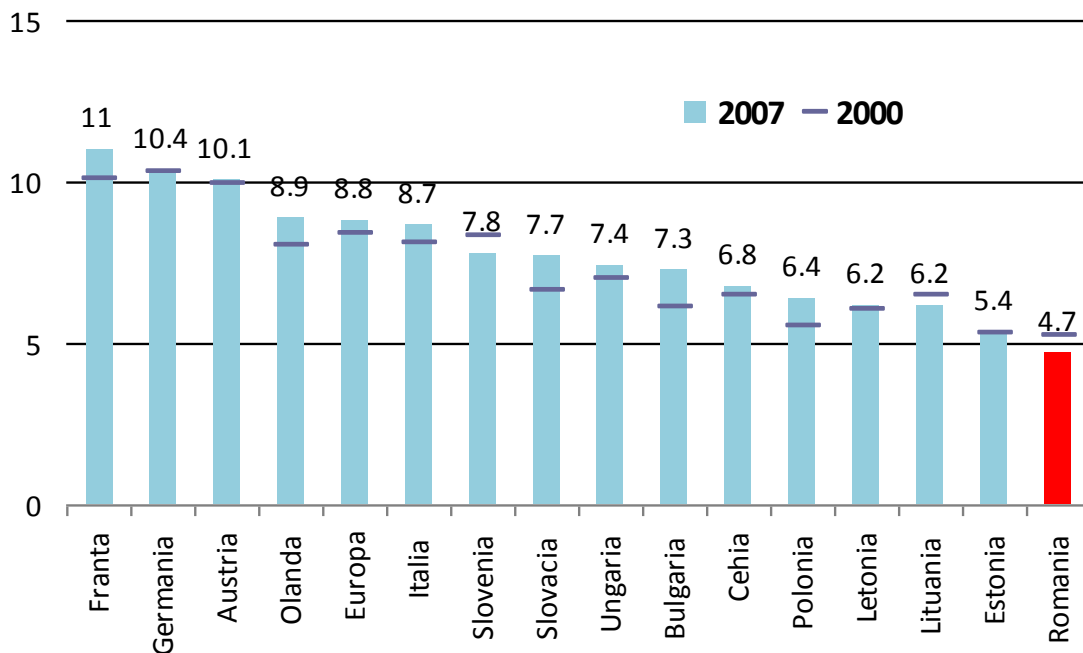
După bani, suntem la coada Europei

1. Cum sănătatea costă, nivelul cheltuielilor de sănătate dintr-o societate reprezintă o trăsătură determinantă pentru nivelul acesteia de dezvoltare.

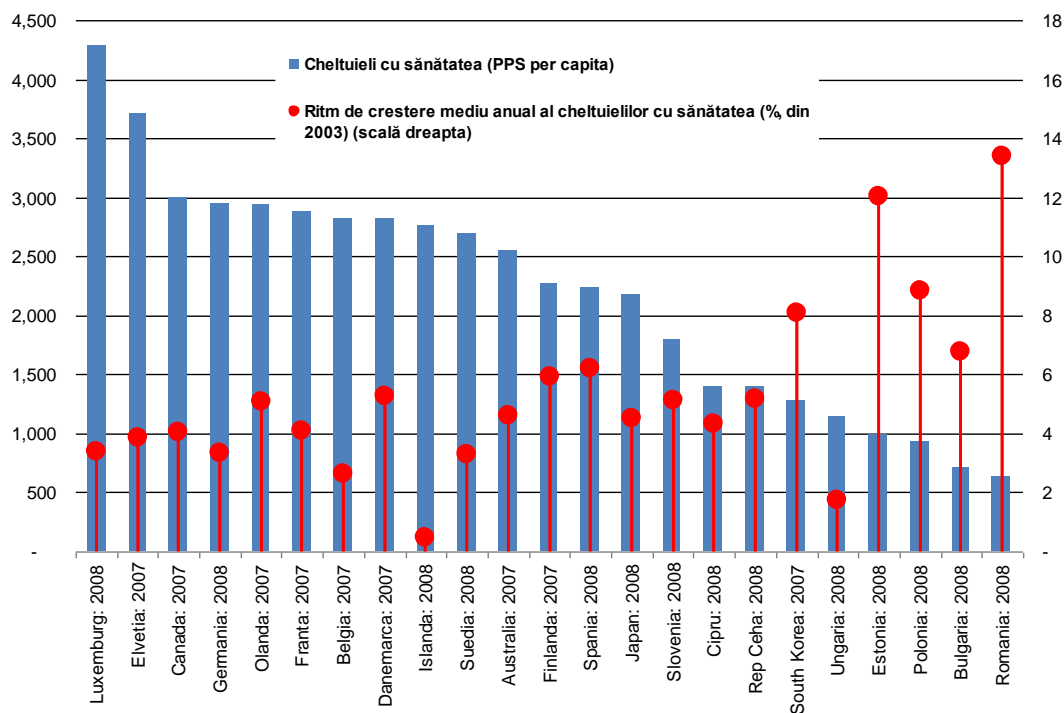
Țările cu economii avansate alocă resurse importante pentru finanțarea sectorului de sănătate, ca premiză pentru o dezvoltare economică sustenabilă pe termen lung. În schimb, în țările emergente din Europa în general, și în România în special, nivelul cheltuielilor cu sănătatea, ca procent din produsul intern brut (PIB) se situează la un nivel mult sub media Europeană (Fig. 2).

2. România se situează pe ultimul loc din Uniunea Europeană la capitolul cheltuielă cu sănătatea ca pondere în PIB; în plus, deși cheltuielile cu sănătatea au crescut în ultimii ani, avem slabe șanse de convergență pe planul calității sistemului sanitar cu statele dezvoltate în viitorul previzibil.

Dacă luăm în calcul toate cheltuielile asociate sănătății în sensul cel mai larg, în 2007 România a cheltuit cu sănătatea doar 4.7% din PIB. Datele comparative ne arată că, deși cheltuielile cu sănătatea în România în perioada 2003-2008 au crescut mai repede decât în alte țări din UE, ele nu au urmat dinamica explozivă a PIB în aceeași perioadă, adică avem mai multe șanse să convergem economic cu țările din Vest decât pe planul calității asistenței medicale și serviciilor sanitare. Așa se explică faptul că, în anii de boom economic, ponderea cheltuielilor cu sănătatea în PIB chiar a scăzut de la 5.2% în 2000 la 4.7% în 2007, în timp ce, în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană, ponderea cheltuielilor cu sănătatea în PIB a crescut în același interval (Fig. 3).

Fig. 2. Cheltuieli cu sănătatea (% din PIB)

Sursa: Banca Mondială, 2010, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. În cheltuielile cu sănătatea luate în calcul intră totalul cheltuielilor cu sănătatea în sensul cel mai larg, exceptând cheltuielile cu apa potabilă și salubritate (toate cheltuielile private și publice, inclusiv pentru prevenție de boli, planificare familială, nutriție etc.)

Fig. 3. Dinamica cheltuielilor cu sănătatea (Euro/cap, PPS)

Sursa: Eurostat, 2010

Fig. 4. Cheltuieli cu sănătatea (2008) – Surse de finanțare (PPS)

Sursa: Eurostat, 2010

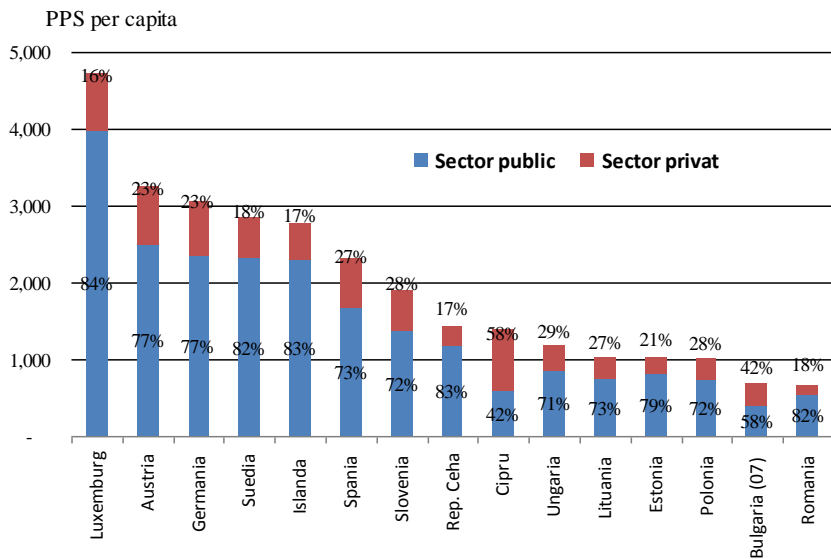


Fig. 5. Dinamica cheltuielilor cu sănătatea (Euro/cap, PPS)

Sursa: Eurostat, 2010

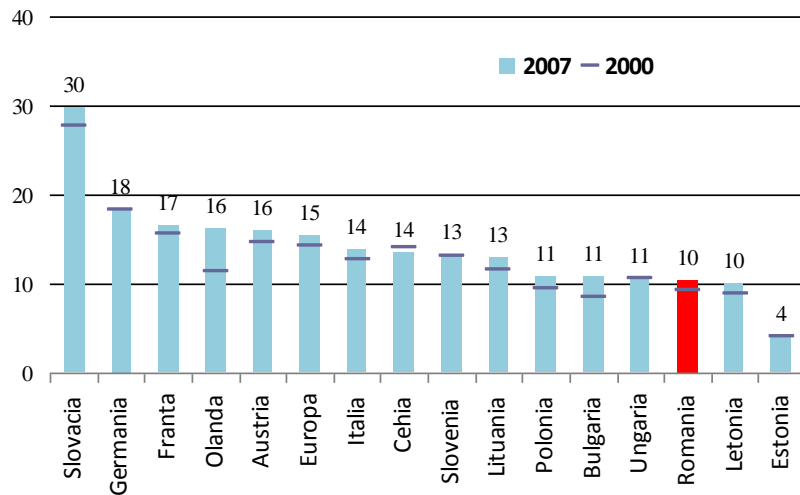
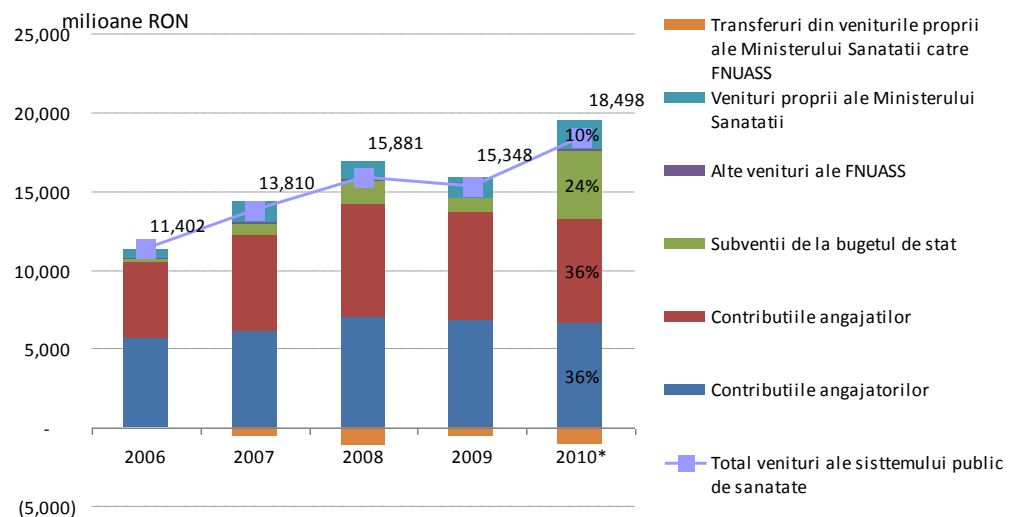


Fig. 6. Dinamica cheltuielilor cu sănătatea (Euro/cap, PPS)



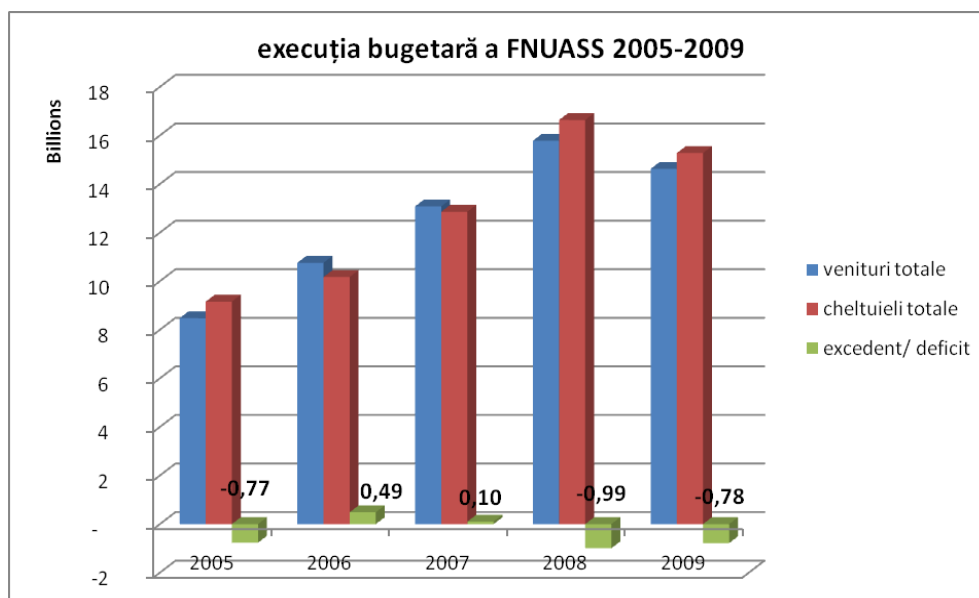
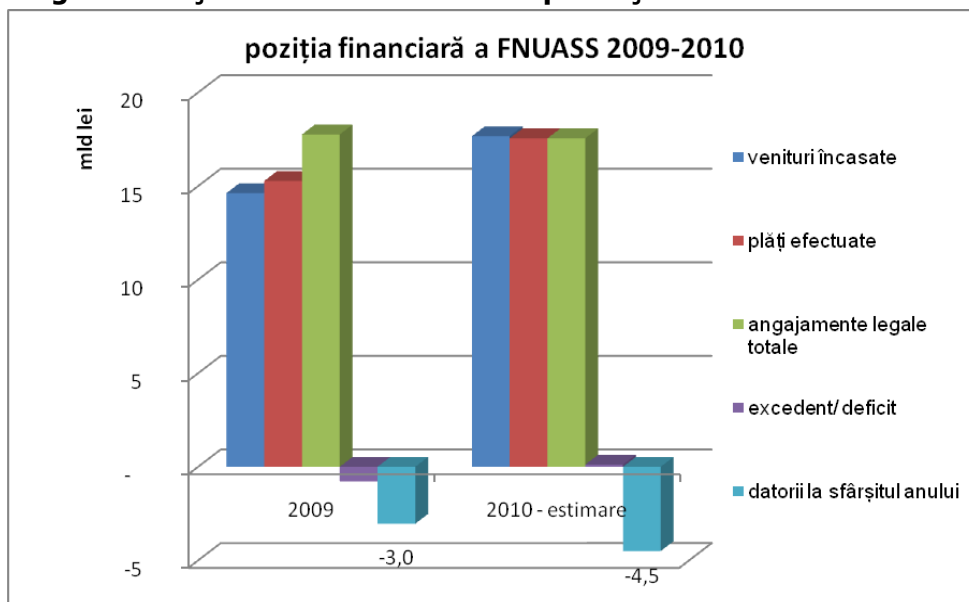
3. În România, finanțarea sănătății se face într-o măsură disproporționat de mare de la bugetul public, ceea ce limitează drastic posibilitatea creșterii finanțării în acest sector. La nivelul celorlalte țări din Uniunea Europeană, participarea sectorului privat la cofinanțarea cheltuielilor de sănătate se situează la un nivel mult mai ridicat decât în România (26% vs 18% în 2008; Fig. 4). Ca urmare, creșterea finanțării cheltuielilor de sănătate ar trebui să se bazeze într-o mai mare măsură pe creșterea contribuției sectorului privat, lucru care ar duce și la rezolvarea (parțială) a problemelor structurale existente în sectorul public de sănătate din România. Introducerea legii coplății va crește participarea populației la finanțarea cheltuielilor cu sănătatea și va contribui la o diminuare a decalajului existent între veniturile și cheltuielile sistemului public de sănătate. Însă, a doua sursă potențială de fonduri – sistemul privat de asigurări – este actualmente insuficient exploatat, iar în anumite privințe chiar descurajat să participe.

4. Dacă ne uităm la banii pe care îi primește de la stat, sănătatea n-a fost niciodată o prioritate de politică publică; pe de altă parte, statul nici nu poate alocă mai mulți bani câtă vreme România colectează mult mai puțin la buget decât oricare altă țară din UE. Nivelul veniturilor bugetare consolidate în România este mult mai redus comparativ cu media Uniunii Europene, lucru care înseamnă o constrângere majoră în capacitatea guvernului de a finanța în mod corespunzător serviciile publice. Nivelul veniturilor bugetare consolidate a fost în medie de 32,6% din PIB în România între 2000-2009 în timp ce media UE-27 a fost de 44,5% din PIB în aceeași perioadă. Acest lucru explică însă doar parțial de ce alocările resurselor publice în România pentru finanțarea sectorului public de sănătate se situează la un nivel foarte scăzut în comparație cu celelalte țări din Uniunea Europeană. Dacă ne uităm cum se alocă banul public pe diferite priorități în țările din UE, observăm că pentru sănătate în România se cheltuiau doar 10% din total cheltuieli publice (2007), lucru care ne plasează pe ultimele locuri într-un clasament al țărilor din

Uniunea Europeană, înaintea doar a Letoniei și Estoniei (Fig. 5).

5. Ca resurse materiale și umane, stăm prost: deși numărul de medici a crescut ușor în ultimii ani, raportat la populație, rămâne mult în urma țărilor dezvoltate; iar dotarea cu echipamente continuă să fie primitivă. Resursele umane în sistemul sanitar românesc au avut o evoluție ușor pozitivă, în linie cu tendințele europene. Numărul de medici a crescut uniform de la 43.237 în anul 2000 la 47.617 în anul 2008. Raportat la necesarul de personal medical specializat, România înregistrează în continuare un deficit important. Numărul de medici la 100.000 locuitori a înregistrat o medie de 222 medici în anul 2008, situându-se cu aproape 40% sub media europeană. Același nivel redus în termeni comparativi se înregistrează și în situația privind numărul farmaciștilor sau a medicilor dentiști raportat la 100.000 locuitori. La fel, dotarea cu echipamente de înaltă tehnologie în România, care asigură calitatea diagnosticului și a intervențiilor medicale, se situează de asemenea la un nivel modest, în urma tuturor statelor din Uniunea Europeană. Spre exemplu, în anul 2008 în România existau 0.4 echipamente de înaltă tehnologie la 100.000 de locuitori comparativ cu 3 echipamente în Austria sau 1.1 în Polonia. Dinamica achizițiilor de echipamente în România este totuși accelerată, numărul mediu de echipamente dublându-se la fiecare 4 ani în perioada 2000-2008. Avansul tehnologic în serviciile de sănătate creează potențialul pentru noi metode de tratament și diagnostic însă în același timp modifică prețurile relative în sectorul de sănătate cu impact asupra creșterii costurilor.

6. Debutul crizei economice și financiare a determinat în anul 2009 o diminuare a veniturilor publice din sănătate cu 3,4%, în condițiile în care necesarul de finanțare al sectorului de sănătate a fost în creștere, odată cu suplimentarea listelor și eliminarea plafoanelor la medicamentele compensate. Inversarea a venit după ce în perioada 2005-2008 veniturile din sectorul public de sănătate crescuseră cu un ritm nominal mediu anual de 23%, înregistrând o

Fig. 7. Situația financiară a FNUASS: deficit în an de creștere**Fig. 8. Situația financiară a FNUASS: proiecție**

dinamică ușor mai alertă comparativ cu cea veniturilor publice totale de 21%. Această situație a generat o creștere a termenelor de plată a datoriilor CNAS către furnizorii de medicamente compensate și acumularea de plăți restante. În plus, decontarea plăților restante către sectorul privat a determinat în mod excepțional alocarea directă în anul 2010 a unor sume semnificative de la bugetul de stat către FNUASS (Fig. 6).

7. Alocarea responsabilităților de finanțare din surse publice a sănătății

nu este foarte clară, existând adesea mai multe surse de finanțare pentru aceeași acțiune sau program de sănătate. Asemenea suprapuneri sunt rezultatul experienței finanțării istorice insuficiente și a planificării bugetare imprecise, astfel că orice sursă potențială de fonduri este menționată în speranța că nevoile de cheltuieli vor fi acoperite până la urmă. Din punct de vedere al eficienței în alocare, această practică este păguboasă deoarece permite oricărui actor responsabil să se eschiveze invocând răspunderea altora.

Situația financiară a FNUASS: deficite structurale

8. După doi ani de excedente (2006-2007) poziția financiară a Fondului a început să se deterioreze din nou în 2008.

În acel an, contribuțiile de asigurări de sănătate au scăzut nechibzuit de la 12,5% la 11%, iar pachetul serviciilor medicale și lista medicamentelor compensate au fost suplimentate. În plus, plafoanele farmaciilor pentru acordarea de medicamente compensate au fost eliminate în a doua parte a anului, înaintea alegerilor parlamentare. Rezultatul a fost incapacitatea fondului de a acoperi valoarea serviciilor medicale din veniturile curente și din subvenții de la bugetul de stat (Fig. 7-8). Deficitul final de aproape 1 mld. lei a fost acoperit din disponibilitățile fondului de rezervă și a celui de rulment.

Situația s-a perpetuat și în anul 2009, când programele de sănătate au fost suplimentate, iar nivelul contribuțiilor a scăzut la 10,7%. La acestea s-a adăugat recesiunea economică, din cauza căreia veniturile din contribuții s-au diminuat cu 3,6%. Mai mult, gradul de colectare al veniturilor față de programul aprobat inițial a fost de 92%. În aceste condiții, fondul a înregistrat un nou deficit, de aproape 800 mil. lei.

9. La mijlocul anului 2010, fondul acumulasе datorii de 4,6 mld. lei, din care plăți restante 1,1 mld. lei. Structura datoriilor era dominată de cele către furnizorii de medicamente, cu sau fără contribuție personală, iar structura plăților restante de arieratele din sistemul spitalicesc și programele de sănătate. Prin rectificarea bugetului de stat din luna august 2010, subvențiile de la bugetul de stat au fost suplimentate cu 2,96 mld. lei, din care 1 mld. pentru compensarea nerealizării veniturilor din contribuții și 1,9 mld. pentru achitarea plăților restante ale spitalelor și către furnizorii de medicamente compensate.

Sistemul a re-intrat pe deficit în cel mai prost moment posibil: 2008, exact la începutul crizei. Măsurile de creștere a cheltuielilor și reducere a contribuțiilor au fost complet pro-ciclice și au generat imediat arierate de plăți

Cu toate acestea, după achitarea celor 1,9 mld. lei în luna septembrie, stocul plăților restante a scăzut față de august cu numai 600 mil. lei, iar cel al datoriilor cu numai 740 mil. lei. Explicația este pe cât de simplă, pe atât de dificil de rezolvat de către CNAS cu cadrul legislativ și instrumentele actuale: furnizorii de servicii și mai ales de medicamente, respectiv spitale și farmacii, prestaseră/vânduseră servicii și produse ale căror facturi nu fuseseră înregistrate contabil de casele județene de asigurări deoarece ar fi depășit plafonul aprobat al angajamentelor legale. Prin urmare, aceste facturi din anul 2009 și începutul anului 2010 au rămas la sertar și au fost scoase odată ce stocul de datorii înregistrate s-a diminuat și s-a creat spațiu pentru alte angajamente legale de plată. Ținând cont de situația existentă, este foarte posibil ca FNUASS să încheie anul 2010 cu datorii de circa 4,5 mld. lei și plăți restante de circa 1,5 mld. Acestea vor trebui achitate din veniturile anului următor.

10. În ultimii 4 ani, România a redus contribuțiile de sănătate de la 13,5% la 10,7%, respectiv cu o cincime.

Criza economică a determinat scăderea nominală a veniturilor cu aproape 10% față de anul 2008; acestea erau oricum supraestimate. În paralel, plafoanele la eliberarea medicamentelor compensate pe bază de rețetă au fost eliminate, lista medicamentelor compensate a fost suplimentată, programele de sănătate de asemenea, iar pachetul de servicii medicale de bază a rămas la fel de generos. Suplimentările ad-hoc ale angajamentelor legale sau ale subvențiilor de la bugetul de stat au creat un hazard moral în rândul furnizorilor de medicamente și servicii, precum și al caselor de asigurări de sănătate; aceștia au impresia că pot depăși cu impunitate plafoanele alocărilor deoarece la un moment dat vor fi salvați de Guvern pentru că "sănătatea este indispensabilă și o prioritate națională". În acest fel, România a ajuns la stadiul în care consumă mai mult decât poate finanța.

Fig. 9. Alocări cheltuieli sănătate, ultimul an disponibil (2006-2008)

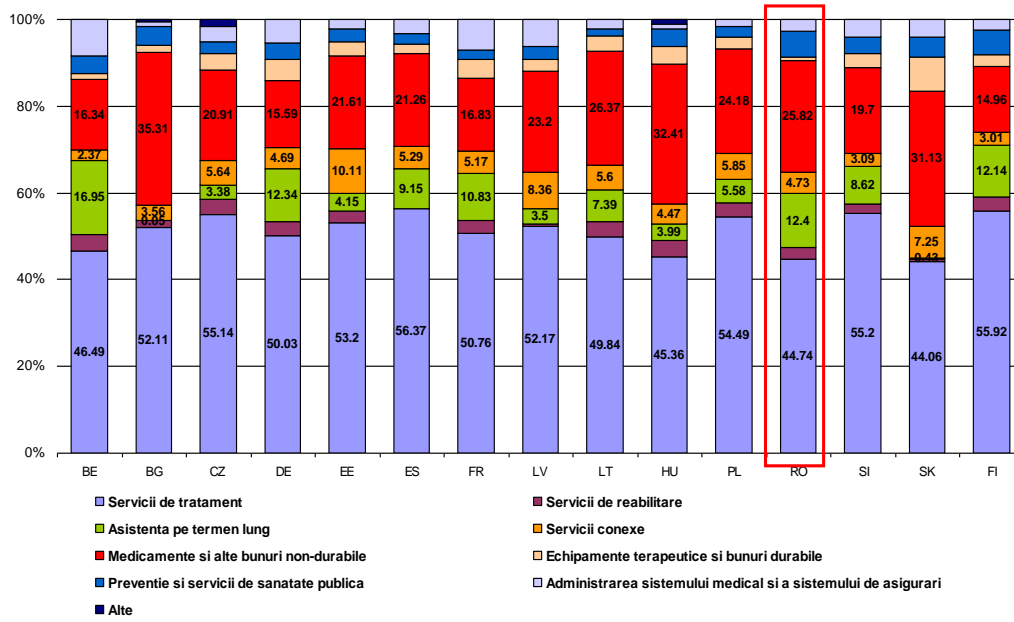


Fig. 10. Numărul de paturi în spitale la 100.000 locuitori (2008)

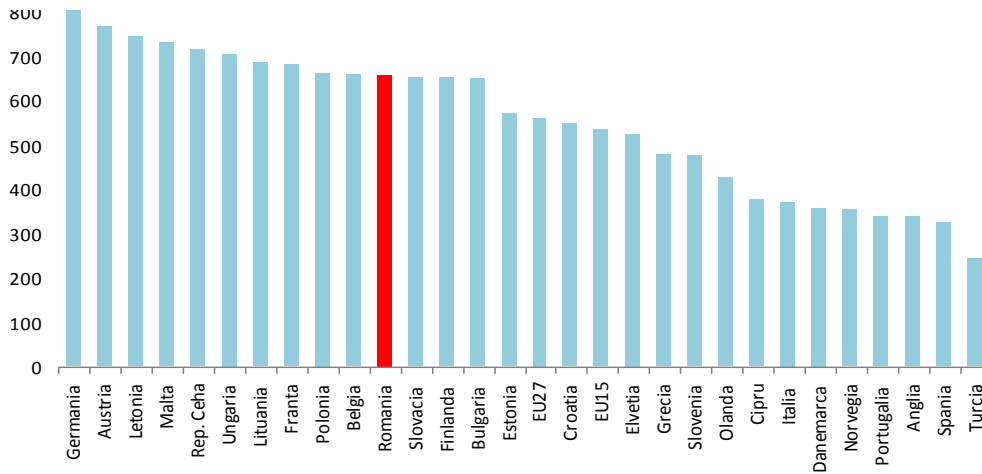
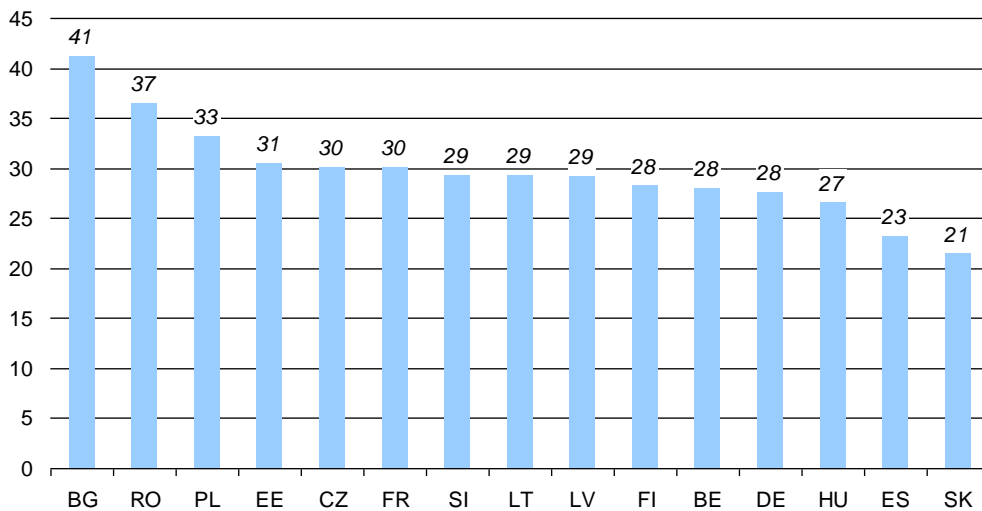


Fig. 11. Servicii de tratament cu internare, % total alocări sănătate



Pe lângă faptul că banii pentru sănătate sunt puțini, alocarea pe priorități este proastă

11. O analiză comparativă a modului de alocare a cheltuielilor de sănătate arată o pondere mică a serviciilor de tratament și reabilitare, dar și o pondere prea mare a serviciilor medicale de tratament cu internare, în defavoarea tratamentului în ambulatoriu și medicinei primare.

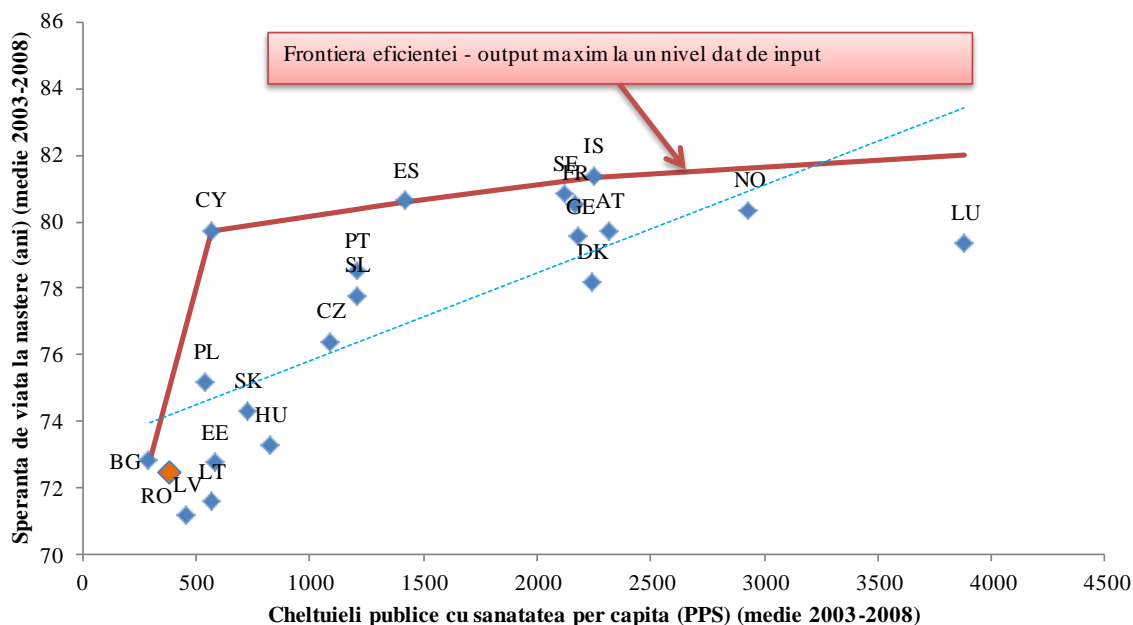
Sistemul actual favorizează tratamentul în spital: numărul de internări la 100 cazuri tratate este de 24 în România, prin comparație cu doar 17 în EU-15 și 20,7 în statele aderente în 2004 (date din 2007, Banca Mondială 2009). Drept urmare, cca. 46% din cheltuielile FNUASS (în 2007) au fost alocate pentru tratament spitalicesc, față de doar 40% în țările OCDE, în timp ce cheltuiala cu medicina primară a rămas scăzută, de doar 5,8% în 2007.

În acest context, dezvoltarea și reformarea sectorului de sănătate în România va însemna și o restructurare a cheltuielilor de sănătate, astfel încât resursele să fie mai mult orientate spre asistență medicală ambulatorie și îngrijire medicală sau programe de prevenție și canalizate într-o proporție mai redusă către cheltuieli cu medicamente sau spitale.

Una dintre explicațiile standard și pentru inechitatea de acces o reprezintă finanțarea necorespunzătoare a medicinei primare, lucru care face ca pacientul din mediul rural să ajungă târziu la medic, necesitând tratament mai scump, iar calitatea slabă a dotării medicului de familie la țară face ca pacientul din rural să fie trimis la spital și să necesite spitalizare inclusiv ca serviciu hotelier (o analiză simplă durând 3 zile, internare, analiză, așteptat rezultate).

Întărirea asistenței primare și construcția de stimulente adecvate pentru tratamentul efectiv la nivelul medicului de familie (de pildă, plata într-o măsură mai mare după tratament decât după număr de persoane înscrise) ar contribui la o mai mare echitate și eficiență a sistemelor de sănătate. Că acest lucru nu se întâmplă, se observă și din faptul că numărul de paturi în spitale la 100000 locuitori rămâne disproporționat de mare comparativ cu media UE (iar tratamentele cu internare sunt mai scumpe decât cele în ambulatoriu). Mai mult decât atât, în 2006, 9 din cele 20 cele mai frecvente DRG (15% din cazurile tratate în spital) ar fi putut fi tratate în ambulatoriu. De asemenea, pentru că medicina primară rămâne subdezvoltată, pacienții preferă să apeleze la asistența medicală de urgență. Doar un sfert din pacienții tratați la urgențe sunt realmente urgențe (Health in Transition, 2008).

Fig. 12. Eficiența cheltuielilor cu sănătatea – analiză DEA



12. Ineficiențele de alocare a banilor fac ca rezultatele la nivel macro să fie mai slabe decât ar fi cazul, chiar proporțional cu nivelul de finanțare dat; observăm că după acest criteriu stăm mai prost decât Bulgaria. O măsură a eficienței cheltuielilor cu sănătatea într-o țară o reprezintă variabile de output precum speranța medie de viață la naștere, sau indicatori privind starea de sănătate a populației. Deși speranța medie de viață la naștere depinde și de mulți alți factori, există o legătură între resursele financiare alocate de o țară pentru sănătate și speranța medie de viață.

Ca să măsurăm eficiența folosirii unei anumite sume de bani, considerăm o țară eficientă dacă pentru un anumit nivel de resurse utilizate (input), nu există altă țară care să obțină un rezultat (output) mai bun. În cazul nostru, input-ul este dat de cheltuielile publice cu sănătatea la PPS (Fig. 12) în perioada 2003-2008. Output-ul este cuantificat prin speranța medie de viață. Frontiera eficienței este o curbă convexă care reunește toate combinațiile optime (în sensul descris mai sus) între intrări și ieșiri. Observăm că România nu se plasează pe curba de eficiență. Bulgaria obține la un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice cu sănătatea un rezultat superior (speranță de viață mai mare).

Sistemul românesc este, în plus, și inechitabil

13. Echitatea în sistemul sanitar privește accesul la servicii medicale indiferent de venit sau de starea socială; din acest punct de vedere, sistemul românesc eșuează în a oferi servicii medicale de calitate categoriilor celor mai defavorizate. Asta, în condițiile în care sistemele bazate pe solidaritate și echitate (cum se pretinde și al nostru) au ca obiectiv tocmai accesul tuturor la pachetul de servicii medicale. Din datele din anchetele bugetelor de familie, accesul la servicii medicale în România s-a ameliorat în ultimii ani, însă rămâne neuniform. Astfel, dacă în 1996 cca. 40% din populație nu a solicitat asistență medicală la nevoie (boală / accidente / dizabilități), proporția a scăzut la sub 30% în 2008. Cu toate acestea, accesul

nu s-a îmbunătățit uniform pentru toate quintilele de venit: doar jumătate din populația din quintila cea mai săracă are acces la servicii medicale, cam tot atât cât în 1996, în timp ce accesul categoriei celei mai bogate a crescut de la 65% la peste 80% (Fig. 13). Aceleași disparități se constată și între mediul urban și cel rural, iar accesul la servicii medicale este mult mai prost decât media UE (Banca Mondială, 2009).

Fig. 13. Proporția persoanelor care nu au solicitat asistență medicală la nevoie (pe quintile)

	1996	2000	2004	2008
Q1	48.1	42.6	48.2	47.9
Q2	43.7	39.7	38.7	36.6
Q3	41.1	35	31.7	27.9
Q4	33.3	34	28.6	25.9
Q5	34.5	28.5	25.8	19.5
Total	39.1	35	33.1	29.5

Sursa: Banca Mondială, *Public Expenditure Review Health (2009 update)*

Fig. 14. Cunoșc pe cineva care poate ajuta la rezolvarea unei probleme de sănătate (pe quintile)

Q1	34.9
Q2	51.5
Q3	53.2
Q4	61.2
Q5	75

Romania Poverty Assessment, 2003

14. Motivele pentru care accesul categoriilor celor mai defavorizate la servicii medicale este mai scăzut sunt diverse, și nu au legătură cu ce prevede de fapt legislația. Aici intră de pildă gradul de informare; de exemplu, raportul Romania Poverty Assessment din 2003 al Băncii Mondiale indică faptul că cei bogați și din mediul urban au șanse mult mai mari decât ceilalți să cunoască pe

cineva care să le rezolve problemele de sănătate (tabelul arată distribuția pe quintile, Q1 cea mai săracă, Q5 cea mai bogată). În același timp, inegalitatea de acces este determinată și de distribuția inegală a resurselor și serviciilor medicale: excluzând județele în care există centre naționale, numărul de paturi de spital la 100.000 de locuitori variază (între județe de dimensiuni comparabile) de la 300 (Ialomița) la 900 (Covasna). Numărul de paturi este mult mai mare în București (1041) și Cluj (1039). Aceeași inegalitate se observă și în ceea ce privește distribuția personalului medical: de la 100 (Vaslui) la 200 (Arad) și 560 în București. Există o corelație pozitivă între resursele medicale (paturi, medici) și venitul mediu al populației: cu cât județul e mai bogat, cu atât accesul la servicii medicale este mai bun (Banca Mondială, 2009).

15. O sursă de inegalitate, caracteristică sistemelor bazate pe eficiență economică dar nu celor bazate pe solidaritate, provine din nevoia de a plăti din buzunar pentru servicii medicale, lucru care este accesibil doar într-o mică măsură categoriilor defavorizate. Din ancheta bugetelor de familie rezultă că 63% din gospodăriile din quintila cea mai săracă plătesc din buzunar comparativ cu 88% din cea mai bogată, sumele medii fiind 15USD și 83USD (Banca Mondială 2009). În sine, acest lucru este normal și perfect acceptabil în sistemele care au ca obiectiv asumat eficiența economică și nu solidaritatea.

Problema o reprezintă nu faptul că persoanele mai înstărite plătesc mai mult pentru servicii medicale, ci pretenția sistemului sanitar românesc că accesul la servicii medicale este un „drept constituțional”, ceea ce ar însemna, complet nerealist și ipocrit, că sănătatea ar trebui să fie „gratuită” pentru toată lumea. Diferența dintre vorbă și faptă se vede însă în modul în care se fac aceste plăți din buzunar: de pildă, dintre persoanele spitalizate aproape 60% declară că au făcut plăți fără chitanță (informale). Acest lucru indică cel mai clar ipocrizia sistemului sanitar românesc: pretins gratuit, el devine accesibil doar celor care își pot permite să plătească neoficial (pe scurt, șpagă).

Fig. 15. Procent persoane care au plătit pentru spitalizare dintre cei spitalizați în luna de referință

	2001	2004	2008
Nimic	57.8	53	29.8
Doar cu chitanță	10.6	6.9	9.4
Doar fără chitanță	30.5	36.3	57.4
Cu și fără chitanță	1.1	3.7	3.5
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Sursa: Banca Mondială 2009, pe baza datelor din ancheta bugetelor de familie 2008

16. Sursa majoră a inechității din sistem o reprezintă excesul de cerere (un pachet de servicii prea generos raportat la capacitatea sistemului de finanțare), iar sistemul sanitar românesc eșuează în a oferi acest pachet de servicii supradimensionat tuturor. Serviciile medicale din pachetul asigurat sunt detaliate într-un contract cadru încheiat de CNAS și furnizori și avizat de Minister. Pachetul este întotdeauna definit în termeni generali și nu există priorități. Cum niciodată banii nu sunt suficienți, contractul specifică faptul că aceste servicii vor fi oferite în măsura în care există bani. Acest lucru înseamnă lipsa unor priorități, alocări discreționare și lipsă de responsabilitate pentru furnizarea unui serviciu medical. Cum pachetul depășește resursele, acest lucru duce la un exces de cerere, adică pacienții intră în competiție pentru a obține serviciul respectiv. Cum spunem, rezolvarea acestei probleme se face printr-o combinație de relații personale, plăți informale, improvizații, adică, un sistem paralel de stimulente în funcționarea sistemului sanitar.

17. Pe de altă parte, nu se poate vorbi de echitate într-un sistem în care avem 5,8 milioane de contributory și 21 de milioane de beneficiari, diferența nefiind, în mod clar, reprezentată de categorii defavorizate care necesită sprijin. O categorie interesantă o reprezintă persoanele care câștigă alt tip de venituri decât din salarii. De pildă, Legea 95/2006 specifică faptul că

toate persoanele care obțin venit (salarii, investiții de capital, agricultură, drepturi de autor, proprietate etc.) sunt obligați să plătească asigurare pentru a beneficia de pachetul de servicii asigurate. Cu toate acestea, legea poate fi pusă în aplicare integral doar acolo unde se obțin venituri asimilate salariilor sau pentru persoanele aflate oficial în șomaj, și unde contribuția este reținută de altcineva (angajator, fondul de șomaj).

Pentru toți ceilalți, și pentru cei care au venituri nedeclarate, poți deveni asigurat plătind retroactiv contribuția. Dacă până în 2007 trebuia să plătești din urmă cu 5 ani (la salariul mediu brut dacă nu aveai venituri declarate), acum trebuie plătit doar pe 6 luni, ceea ce face ca persoana respectivă să între în sistem doar dacă se îmbolnăvește. Deși cea mai mare parte a scutiilor a fost eliminată în 2006, există anumite categorii pentru care scutirea oferită în lege nu se justifică (de ex., soțul / soția unei persoane asigurate beneficiază automat de asigurare). La fel, este cumva neclar dacă trebuie plătit în cazul în care ai mai multe surse de venit, iar legislația în continuă schimbare are ambiguități („dacă plătesc o dată din salariu, de ce să mai plătesc și pentru celelalte venituri?“).

Descentralizarea este o oportunitate, dar lipsesc mecanisme de coordonare locală

18. Așadar, sistemul sanitar românesc eșuează atât pe partea de eficiență a cheltuielilor, cât și în încercarea de a oferi un acces echitabil la serviciile medicale tuturor categoriilor de beneficiari cărora li se promite acest lucru. Iar aceste probleme vor fi greu de rezolvat atâta timp cât va rămâne **dificilă coordonarea serviciilor de sănătate într-o anume arie geografică**, cu asigurarea urmăririi pacientului și continuității actului medical. Nu este bine instituționalizată cooperarea continuă a asistenței primare cu cea spitalicească, și a ambelor cu serviciile de îngrijire de lungă durată, de îngrijire la domiciliu, cu medicina paleativă, cu programele de prevenție sau cu serviciile de asistență socială ale autorităților locale. Sistemul de finanțare actual nu încurajează asemenea abordare integrată sau echipele multi-disciplinare.

Reformarea acestei structuri este dificilă atâta vreme cât regulile actuale de finanțare leagă atât sumele alocate, cât și numărul de personal de caracteristicile fizice ale spitalului și de o anume repartizare moștenită a capacității clinice pe specialități. Se ajunge astfel la perpetuarea – sub aparența unor sisteme moderne și obiective de finanțare – a bugetelor istorice ale spitalelor, față de care se fac anual mici corecții impuse de constrângerile resursei disponibile la nivelul Casei și Ministerului.

Prin *Ordonanța de Urgență nr. 48/2010* autoritățile locale au primit un rol sporit în administrarea rețelei spitalicești. În paralel, s-au făcut eforturi pentru acoperirea datoriei restante și restructurarea parțială a spitalelor, prin reducerea a aproximativ 9200 de paturi la nivel național în 2010.

Mișcarea se bazează pe autoritățile locale ca pe un factor potențial de raționalizare a mecanismelor și cheltuielilor – unul obișnuit să gândească „orizontal”, prioritizând între sectoare și având interesul clienților (pacienții) pe primul plan.

Însă descentralizarea managementului spitalelor nu a însemnat și transferul resurselor umane și financiare ale direcțiilor de sănătate publică județene spre autoritățile locale. În plus, consiliile județene și primăriile cu cel puțin 3 spitale în subordine sunt obligate să-și înființeze structuri distincte de management, în condițiile în care ocuparea posturilor vacante este, în prezent, suspendată.

Este posibil ca o parte din efectele pozitive așteptate să se materializeze. Însă va fi greu de coordonat o rețea spitalicească cu subordonări multiple (județeană, orășenească), și toată această rețea cu medicina de familie, care nu are nici un fel de relație cu autoritățile locale. În continuare, autoritățile județene nu vor avea pârghii pentru a stăvilă afluxul de pacienți ce aglomerează Spitalul Județean și serviciile de Urgență, atâta vreme cât aceștia nu sunt mai bine filtrați de medicii de familie și unitățile de categorii inferioară.

CE URMEAZĂ: PLANURI ȘI RECOMANDĂRI

Proiectul contractului-cadru pe anul 2011 nu propune măsuri ample de reformă în sistem, fiind o formă evoluată a versiunii 2010. Astfel, aspecte importante care funcționau defectuos sau sub potențial sunt îmbunătățite. Pe de altă parte, unele probleme importante rămân neabordate sau sunt chiar agravate. Printre măsurile propuse pentru raționalizarea cheltuielilor se numără:

- Introducerea de bugete orientative pentru prescrierea de medicamente la nivelul furnizorilor de servicii medicale (medici de familie, medici specialiști din ambulatoriu și spitale);
- Impunerea unei valori de contract orientative pentru contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală;
- Reorientarea asistenței medicale primare către servicii și nu cohorte de asigurați. Astfel, valoarea punctului pe persoană va fi fixă pentru întreg anul, iar cea a punctului pe serviciu minim garantată, cu regularizări trimestriale. Ponderea tarifului pe servicii în total decontări va crește la 40%.

În privința **proiectului de hotărâre a Guvernului privind programele naționale de sănătate**, este de menționat faptul că acestea devin multianuale, pentru perioada 2011-2012. În plus, MS nu mai transferă sume către FNUASS pentru tratamentul bolnavilor de cancer și cu afecțiuni cardiovasculare, probabil în scopul realizării de licitații

H.G. este de 90 de zile, nu 180, ca în proiectul contractului-cadru. În ansamblu, proiectul referitor la programele de sănătate pe anii 2011 și 2012 este unul evolutiv și nu va duce la o raționalizare a cheltuielilor decât în cazul implementării unor achiziții la nivel național. Pachetul de programe nu a fost modificat semnificativ.

Strategia fiscal bugetară 2011-2013

(SFB 2011-2013) include cheltuielile FNUASS și subvențiile de la bugetul de stat către acesta. De asemenea, menționează și cheltuielile bugetului Ministerului Sănătății, cu excepția celor finanțate din venituri proprii. Pentru anul 2011 este prognozată o scădere a cheltuielilor FNUASS de 2,6 mld. lei, iar a celor totale publice cu sănătatea de aproape 3 mld. lei. În cheltuielile programate pentru fond trebuie luate în considerare și cele aproximativ 1,5 mld. de lei plăți restante la finalul acestui an. De abia în 2013 va reveni fondul la niveluri comparabile cu anul 2008. Subvențiile de la bugetul de stat sunt motivul acestor scăderi; spre deosebire de 2010, ele vor fi de 10 ori mai mici, respectiv 300 mil. lei.

Prin urmare, ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea în PIB și BGC se va diminua la circa 3% și, respectiv, 8,6% - 8,8%, semnificativ sub media ultimilor 5 ani.

Nivelul cheltuielilor propus de SFB 2011-2013 nu este suficient pentru a achita serviciile medicale și medicamentele pe care statul român le oferă propriilor cetățeni. În condițiile în care nu se întrevăd măsuri rapide și profunde de reformă a cheltuielilor este posibil să asistăm la acumularea unor datorii și arierate mai mari decât în 2010.

Strategia Fiscal Bugetară 2001-13 (mil RON)	2010 rectificat	2011	2012	2013
PIB	511.582	544.426	599.060	659.429
BGC	200.062	200.311	214.221	229.353
cheltuieli publice sănătate	20.513	17.679	18.329	19.189
cheltuieli FNUASS	17.553	14.951	15.547	16.347
cheltuieli MS	2.481	2.129	2.083	2.142
cheltuieli locale (estim)	480	600	700	700

Recunoscând problemele structurale ale sistemului de asigurări de sănătate și subfinanțarea prevăzută de Strategia fiscal-bugetară, proiectul legii bugetului de stat pentru anul 2011 prevede fonduri suplimentare de aproape 2,5 mld. lei pentru FNUASS și MS față de plafoanele din Strategie. Astfel, veniturile din contribuții din asigurări de sănătate ale FNUASS sunt prognozate să crească cu 1,6 mld. lei, respectiv cu 12%, față de 2010. De asemenea, Ministerul Sănătății va cheltui cu circa 900 mil. lei mai mult decât prevederile SFB 2011-2013, atât din venituri proprii, cât și din bugetul de stat.

Veniturile suplimentare programate pentru FNUASS provin din lărgirea bazei de impozitare la pensionari și revoluționari. Toți cei care realizează venituri mai mari de 740 de lei vor plăti contribuția de sănătate (5,5%) raportată la totalitatea veniturilor (fără scăderea veniturilor nete sub 740 de lei).

În privința cheltuielilor FNUASS, față de execuția anului 2010 sunt preconizate scăderi importante la medicamente cu și fără contribuție personală (-0,8 mld. lei, respectiv 20%) la asistența spitalicească (-0,6 mld. lei, respectiv 7,4%) și la programe de sănătate (-0,15 mld. lei, respectiv 7%). Singurul domeniu care primește fonduri suplimentare este asistența medicală secundară, cu +6%.

Adoptarea proiectului bugetului de stat pe anul 2011 în forma propusă ar menține cheltuielile publice cu sănătatea la circa 10% din bugetul general consolidat (sau 3,7% din PIB). Suplimentarea promite sistemului de asigurări de sănătate fonduri absolut necesare continuării furnizării serviciilor în anul 2011. Totuși, ele nu sunt suficiente pentru a rezolva situația financiară FNUASS și problemele structurale ale sistemului de asigurări de sănătate.

O abordare mai pragmatică a guvernului ar fi să pună deschis în discuție dezechilibrele actuale ale sistemului, să evalueze costurile suplimentare ale acestora și măsurile necesare prevenirii lor în viitor. Ulterior, ar putea pune la dispoziție fondurile pentru corectarea lor cu condiția promovării măsurilor de reformă.

Desigur, aceasta presupune cheltuieli suplimentare celor programate de SFB 2011-

2013, adică repunerea în discuție a țintelor de deficit bugetar (4,4% în 2011 și 3% în 2012).

Propuneri de sporire a veniturilor

România consumă mai multe servicii medicale decât îi permit veniturile din contribuții. Din cauza eliminării unor plafoane de cheltuieli și a suplimentării pachetului de servicii, în ultimii doi ani consumul a fost în creștere. În paralel, nivelul contribuțiilor de asigurări de sănătate a scăzut de la 13,5% la 10,7%. Situația financiară a FNUASS este dezechilibrată și nu există perspective de îndreptare pe termen scurt și mediu în lipsa unor reforme profunde. În acest context, Guvernul și-a propus să aloce sănătății de la bugetul de stat, sub formă de transferuri, în perioada 2011-2013, de zece ori mai puțin decât în 2010.

Sistemul de asigurări de sănătate are nevoie de reforme atât în privința veniturilor, cât și a cheltuielilor, iar în plus față de acestea trebuie finalizate reformele instituționale deja începute. Este important ca ministerul și CNAS să se concentreze pe un set limitat cu rezultate rapide și cuantificabile, care ar putea avea efect de multiplicare în sistem. Deja pași în direcțiile menționate au fost schițați în ultima perioadă, în special prin anunțarea unor măsuri vizibile de extindere a bazei de venituri (co-plata, perceperea de contribuții de la categorii anterior exceptate, taxa de *clawback*). Însă unii pași trebuie confirmați – prin aprobarea măsurilor de către legislativ – și puși în practică.

Reducerea deficitului structural de resurse din sistemul de sănătate presupune, pe de-o parte, o **creștere a încasărilor în sistem**, care se poate realiza prin:

- A. Introducerea coplății pentru serviciile medicale la utilizator** (care este simultan și un instrument de raționalizare a volumului de servicii prestate);
- B. Îmbunătățirea gradului de colectare și reducerea muncii nedeclarate**; eforturi s-au făcut în această direcție, însă destul de neordonat și fără o strategie explicată pe larg populației, pentru a mări acceptabilitatea unor eforturi de colectare fatalmente impopulare;
- C. Creșterea cotelor de taxare sau o extindere a bazei de impozitare**, către categorii actualmente exceptate.

Lărgirea bazei de impozitare prin promovarea unor măsuri de taxare mai cuprinzătoare pentru anumite categorii sociale care beneficiază într-o măsură mai ridicată de serviciile sistemului public de sănătate poate reprezenta o soluție sustenabilă de majorare a veniturilor FNUASS.

În acest context au fost evaluate **trei scenarii de lărgire a bazei de impozitare** în cazul veniturilor din pensii (Fig. 17):

- *Scenariu extins*: diminuarea deducerii la plata impozitului pe venit și a contribuțiilor la asigurările de sociale pentru veniturile din pensii de la 1000 la 740 lei și aplicarea procentului de contribuție la asigurările de sănătate asupra întregului venit;
- *Scenariu progresiv*: introducerea unor deduceri diferențiate în funcție de nivelul veniturilor obținute din pensii.
- *Scenariu extrem*: eliminarea deducerii la plata impozitului pe venit și a

contribuțiilor la asigurările sociale pentru veniturile din pensii;

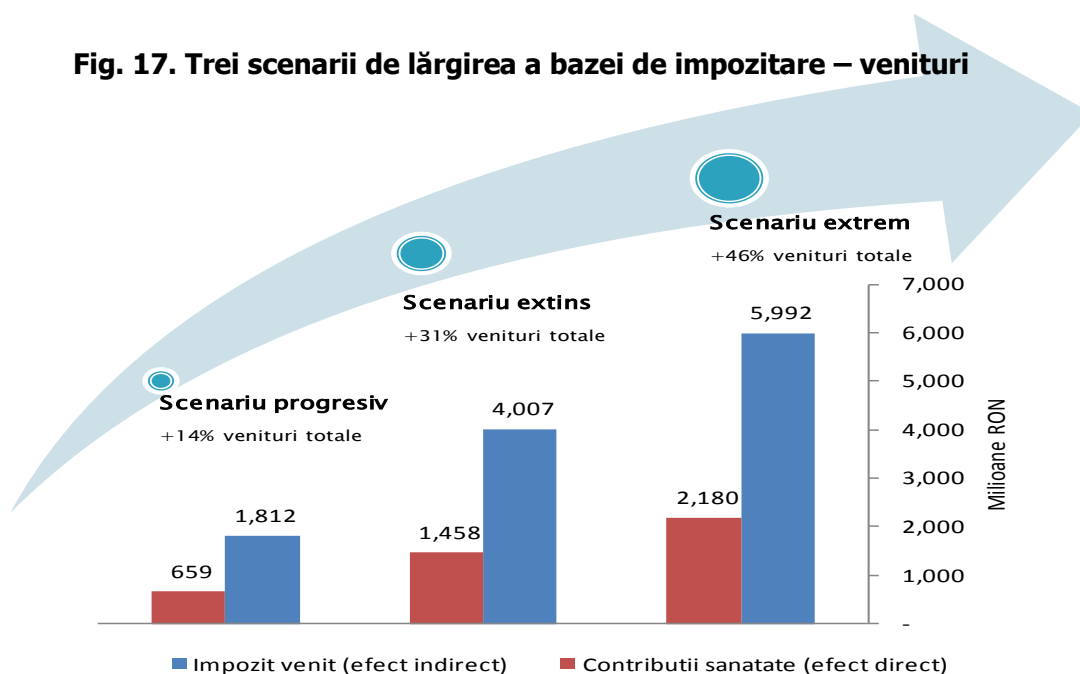
Politic vorbind, creșterea contribuțiilor la sănătate aplicate veniturilor din pensii va fi dificil de realizat, după cum se vom vedea probabil în perioada următoare. Este încurajator faptul că guvernul pare să fi optat pentru o variantă apropiată scenariului extins, astfel încât impactul economic asupra pensionarilor să fie cât mai redus, în condițiile maximizării veniturilor din sistemul public de sănătate. Însă rămâne cale lungă de parcurs de la anunțarea intenției până la punerea măsurii în practică.

În plus, veniturile suplimentare generate din contribuții prin aplicarea scenariilor moderat și progresiv nu sunt de natură să acopere necesarul de finanțare al FNUASS pe termen scurt și mediu. Totuși, lărgirea bazei de impozitare ar face sistemul mai echitabil și ar aduce venituri suplimentare și din impozitul pe venit, pe care Guvernul le-ar putea transfera Fondului în completarea celor din contribuții.

Fig. 16. Impactul financiar al celor trei scenarii de reformă a contribuțiilor

	(mil RON)	2011	2012	2013
Deficit de finanțare a FNUASS în comparație cu SFB 2011-2013, ajustată cu noua bază de impozitare - scenariul 1		-2.854	-247	1.735
Deficit de finanțare a FNUASS în comparație cu SFB 2011-2013, ajustată cu noua bază de impozitare - scenariul 2		-505	-2.447	1.735
Deficit de finanțare a FNUASS în comparație cu SFB 2011-2013, ajustată cu noua bază de impozitare - scenariul 3		-1.680	-1.347	1.735

Fig. 17. Trei scenarii de lărgirea a bazei de impozitare – venituri



Propuneri de raționalizare a cheltuielilor și reformă instituțională

Cea mai mare parte a acestor măsuri au fost prezentate pe scurt în secțiunile anterioare și sunt discutate pe larg în raportul integral atașat acestui material. Între pașii prioritari se numără:

- A. Introducerea de plafoane orientative de prescriere** a medicamentelor pentru medicii de familie și specialiști;
- B. Finalizarea urgentă a Sistemului Informatic Unic Integrat (SIUI)** și a cardului de asigurat;
- C. Revizuirea pachetului de servicii medicale de bază** pentru a le elimina pe cele neesențiale;
- D. Corelarea valorilor contractate** cu furnizorii de servicii medicale cu calitatea serviciilor furnizate de aceștia în anii anteriori;
- E. Aprobarea ghidurilor terapeutice** și a protocoalelor de transfer și internare a persoanelor care se prezintă la spital;
- F. Revizuirea tarifelor în sistem DRG** în pentru corelarea cu costurile reale ale serviciilor și descurajarea internărilor nejustificate, precum și pentru mai buna adaptare la cazuistica românească;
- G. Raționalizarea structurii de cheltuieli a spitalelor** și închiderea spitalelor neviabile din punct de vedere financiar și neesențiale din punct de vedere medical;
- H. Sporirea finanțării pentru serviciile de asistență medicală în ambulatoriu;**
- I. Reducerea perioadelor de decontare a contravalorii medicamentelor compensate** eliberate, inclusiv în cadrul programelor naționale de sănătate;
- J. Revizuirea modalității de aplicare a taxei pe cifra de afaceri a producătorilor de medicamente** din comercializarea medicamentelor compensate (așa numita *clawback*), prin aplicarea sa la o bază reală – anume la valoarea produselor efectiv decontate de FNUASS;
- K. Stabilirea unui plan de achitare a plăților restante** ale FNUASS de la sfârșitul anului 2010,

cu alocații bugetare separate față de achitarea datoriilor curente;

- L. Înființarea unui registru național al facturilor** emise de furnizorii de servicii și medicamente și acceptate de casele de asigurări.

Desigur nu toate recomandările pot fi implementate imediat. Prin comparație cu prevederile SFB 2011-2013, dacă cele fezabile ar fi legiferate și puse în practică, impactul financiar ar fi negativ în 2011 și 2012, dar pozitiv în anii următori. Recomandările sunt de natură să ofere FNUASS un echilibru stabil pe termen mediu. Impactul celor trei scenarii de reformă asupra cheltuielilor FNUASS, în comparație cu prevederile Strategiei Fiscal Bugetare 2011-2013 este cel indicat în Fig. 16.

Toate cele trei scenarii implică suplimentarea cheltuielilor FNUASS în anii 2011-2012 cu circa 3 mld. lei față de nivelurile estimate de strategia fiscal-bugetară, ajustate cu măsurile de lărgire a bazei de impozitare (scenariu extins anunțat și de Guvern). Rămâne de văzut cum va fi eșalonată această povară. Pe lângă reducerea ponderii cheltuielilor cu serviciile medicale spitalicești și cu medicamentele compensate, Guvernul și CNAS trebuie rezolve problema dezechilibrelor actuale, adică plățile restante și perioadele foarte lungi de decontare. Aceasta nu se poate face fără fonduri suplimentare, dar nici nu trebuie realizată fără reforme structurale ale sistemului asigurărilor de sănătate.

Implementarea recomandărilor din acest studiu, în oricare dintre scenarii, presupune menținerea cheltuielilor FNUASS la nivelul anilor 2007-2010, adică 8,6% din bugetul general consolidat. Aceasta este ținta pe care ar trebui să o urmărească toți actorii implicați în sistemul de asigurări sociale din România.



Romanian Academic Society (SAR)
61 Eminescu, Bucharest 2
tel/fax (4021) 211 1477
office@sar.org.ro, www.sar.org.ro