



CRIZĂ ȘI REFORMĂ ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE. O radiografie la zi

Decembrie 2010

1. CRIZA ECONOMICĂ ȘI REFORMA: ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN.....	4
2. CADRUL LEGISLATIV ȘI INSTITUȚIONAL ÎN DOMENIUL SĂNĂȚĂȚII	7
LEGISLAȚIA	7
MINISTERUL SĂNĂȚĂȚII	7
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂȚATE	8
AUTORITĂȚILE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE LOCALE	9
3. RESURSELE SISTEMULUI PUBLIC DE SĂNĂȚATE.....	13
STRUCTURA ȘI DINAMICA VENITURILOR 2006-2010	13
PROPUNERI DE CREȘTERE A RESURSELOR SISTEMULUI PUBLIC DE SĂNĂȚATE.....	18
3. CHELTUIELILE PUBLICE CU SĂNĂȚATEA	20
REGULILE GENERALE ȘI ALOCAREA RESPONSABILITĂȚILOR DE CHELTUIRE	20
CHELTUIELI DE SĂNĂȚATE DIN SURSE PUBLICE 2006-2010	22
FONDUL NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂȚATE 2006-2010.....	24
<i>Evoluția și structura cheltuielilor 2006-2010.....</i>	24
<i>Situația financiară a FNUASS în anul 2010.....</i>	25
<i>Asistența medicală primară.....</i>	28
<i>Asistența medicală secundară (în ambulatoriu de specialitate)</i>	29
<i>Asistența medicală terțiară (spitalicească)</i>	31
<i>Medicamentele cu și fără contribuție personală</i>	37
<i>Programele naționale de sănătate.....</i>	39
ACȚIUNILE DE SĂNĂȚATE ALE MINISTERULUI SĂNĂȚĂȚII 2006-2010.....	41
CHELTUIELILE CU SĂNĂȚATEA ALE BUGETELOR LOCALE 2006-2009.....	43
PERSPECTIVE FINANCIARE ȘI PROPUNERI DE RAȚIONALIZARE	44
<i>Proiectele contractului-cadru și al programelor de sănătate pentru 2011.....</i>	44
<i>Strategia fiscal bugetară 2011-2013.....</i>	45
<i>Propuneri de raționalizare a cheltuielilor sistemului de asigurări de sănătate.....</i>	46
<i>Scenariul 1 - implementarea tuturor măsurilor de reformă fezabile în anul 2011.....</i>	49
<i>Scenariul 2 - implementarea tuturor măsurilor de reformă fezabile în anul 2011.....</i>	49
<i>Scenariul 3 - implementarea tuturor măsurilor de reformă fezabile în anul 2011.....</i>	50
ANEXA 1. DETALIEREA RECOMANDĂRIILOR PENTRU RAȚIONALIZAREA CHELTUIELILOR DE ASIGURĂRI DE SĂNĂȚATE	52

Lista abrevierilor:

FNUASS - Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

MS - Ministerul Sănătății

CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

U.a.t. - unitate administrativ-teritorială (comună, oraș, municipiu, județ)

UPU - unitate de primire a urgențelor

CPU - compartiment de primire a urgențelor

SMURD - serviciul mobil de urgență, reanimare și descarcerare

UE - Uniunea Europeană

DCI - denumire comuni internațională

DSP - Direcția de Sănătate Publică (a județului sau a municipiului București)

Legea 95 - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare

BGC - bugetul general consolidat

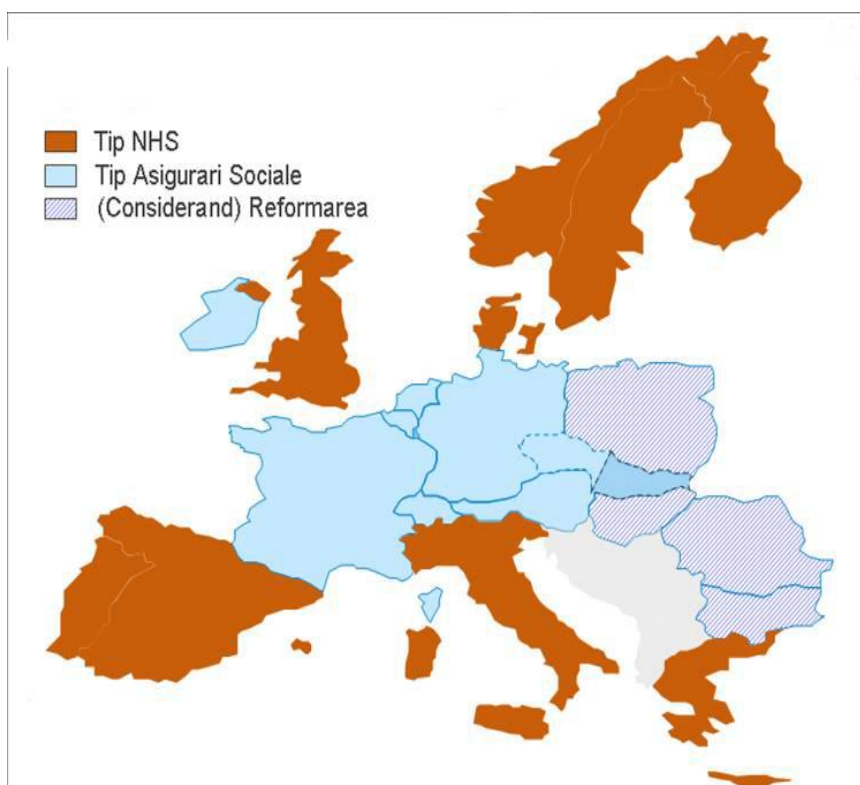
SIUI - Sistemul Informatic Unic Integrat

SFB 2011-2013 - Strategia fiscal-bugetară 2011-2013

1. CRIZA ECONOMICĂ ȘI NEVOIA DE REFORMĂ: ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN

Confruntate cu o dublă criză – cea economică pe termen scurt și cea demografică pe termen lung – majoritatea statelor europene cochetează cu ideea ajustării la realitate a diverselor componente ale statului bunăstării. Între acestea, sistemul de asistență medicală se află, alături de cel de pensii, pe primul plan.

Modele de reformă în Europa: Organizarea poate fi diferită, dar provocările realității sunt aceleași

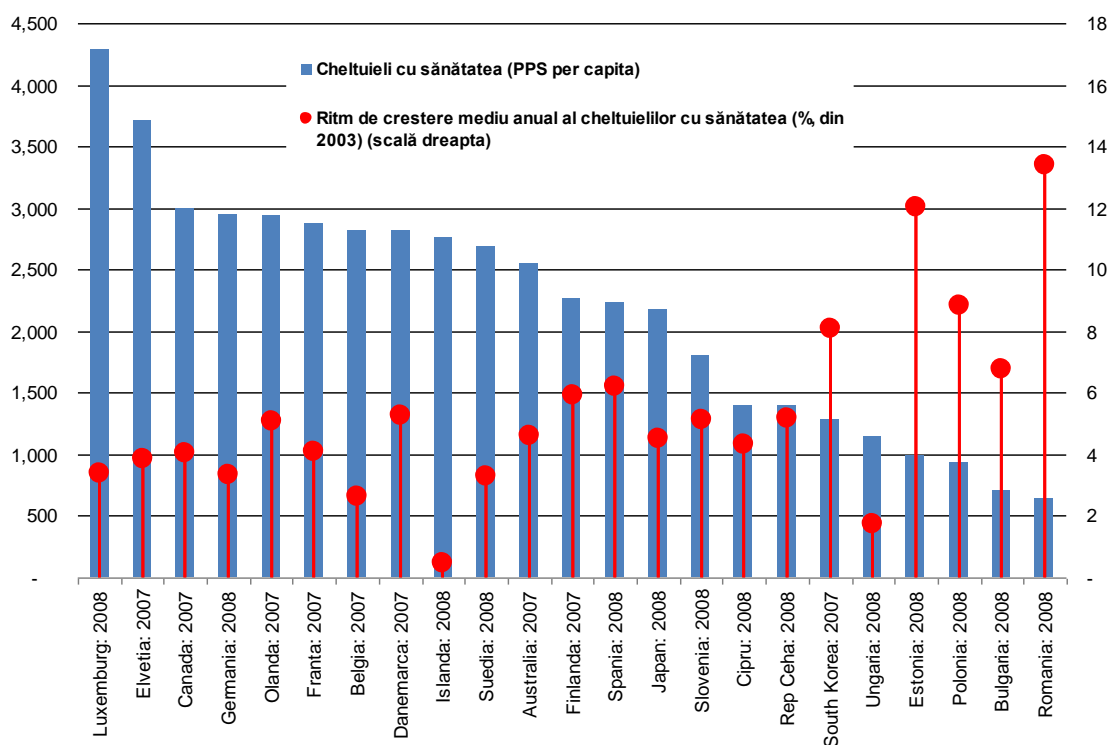


Sursa: Cegedim

În România, problema imediat vizibilă a sistemului o constituie sub-finanțarea. Nivelul cheltuielilor cu sănătatea se situa pe ultimul loc într-un clasament al țărilor din Uniunea Europeană în anul 2008, deși ritmul de creștere înregistrat în perioada 2003-2008 a fost cel mai rapid, după cum o arată graficul următor.

Raportul de față se concentrează cu precădere pe explicarea detaliilor de funcționare și finanțare ale sectorului sănătate. El este însoțit de un material mai scurt și mai *policy-oriented*, care construiește argumentarea în favoarea reformei pe baza unor comparații relevante cu alte state europene și oferă o listă de recomandări. Pe scurt, însă, principalele probleme identificate țin de: (i) nivelul finanțării în sector, care este slab finanțat în valori absolute; (ii) alocarea defectuoasă pe priorități chiar a acestor resurse disponibile; (iii) reforma sistemului spitalicesc din 2010 (prin descentralizare) insuficient pregătită, care încă nu oferă autorităților locale pârghii de raționalizare pe întreaga rețea de prestare în teritoriu; (iv) deficitele structurale ale FNUASS și slaba cointeresare a actorilor implicați pentru eliminarea acestora.

Dinamica cheltuielilor cu sănătatea (PPS per capita)



Finanțarea cheltuielilor cu sănătatea este realizată la noi într-o proporție covârșitoare de către sectorul public (82% în 2008). La nivelul celorlalte țări din Uniunea Europeană, participarea sectorului privat la co-finanțarea cheltuielilor de sănătate se situează la un nivel mult mai ridicat decât în România (26% vs. 18%). În acest context, creșterea finanțării cheltuielilor de sănătate din resurse ale sectorului privat (de exemplu, prin introducerea co-plății, dar nu numai) apare ca firească – o soluție viabilă pentru rezolvarea (parțială) problemelor structurale existente în sectorul public de sănătate.

Nivelul veniturilor bugetare consolidate în România este mult mai redus comparativ cu media Uniunii Europene, reprezentând o constrângere majoră în capacitatea guvernului de a finanța în mod corespunzător serviciile publice. Nivelul veniturilor bugetare consolidate a înregistrat o 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 analizată.

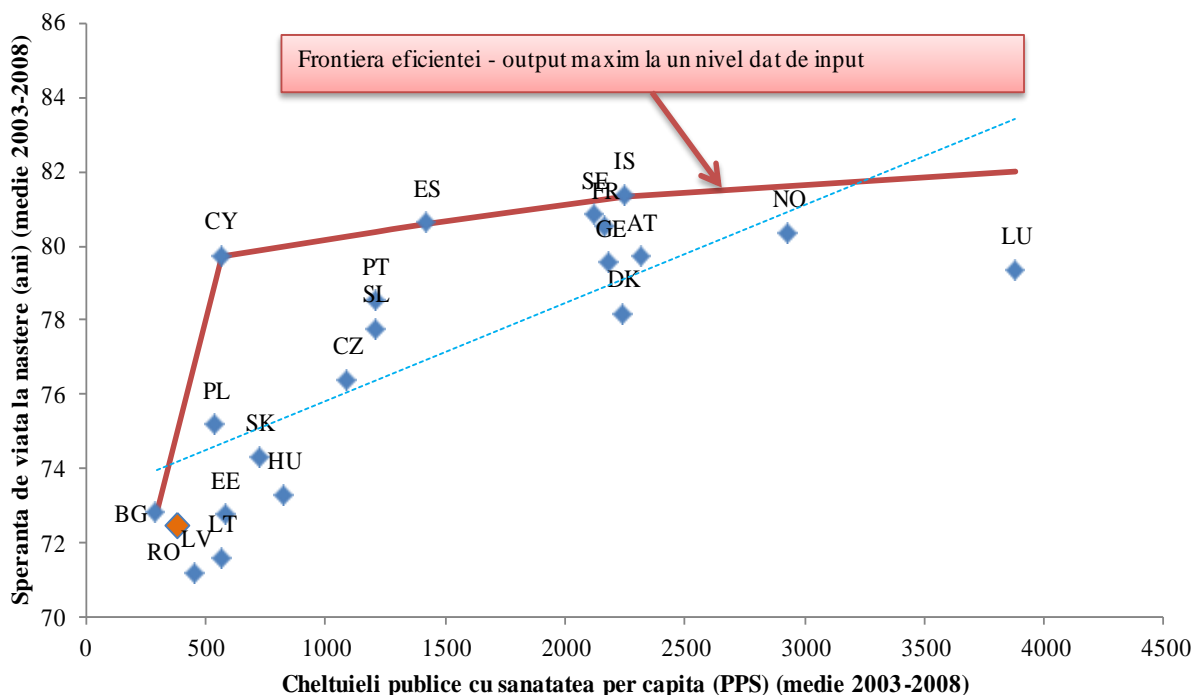
Prin urmare, alocările resurselor publice în România pentru finanțarea sectorului public de sănătate se situează la un nivel foarte scăzut în comparație cu celelalte țări din Uniunea Europeană. Cheltuielile publice cu sănătatea în România reprezentau 10% din total cheltuieli publice (2007), plasându-ne pe ultimele locuri într-un clasament al țărilor din Uniunea Europeană, înaintea doar a Letoniei și Estoniei.

Structura cheltuielilor cu sănătatea în funcție de furnizorul de bunuri și servicii medicale indică, în cazul României comparativ cu alte țări, o orientare mai mare spre tratamente intra-hospitalicești de lungă durată. Dezvoltarea și reformarea sectorului de sănătate în România trebuie să aibă ca scop și o restructurare cheltuielilor de sănătate, astfel încât resursele să fie mai mult orientate spre asistență medicală în ambulatoriu, îngrijire medicală sau programe de prevenție, lucru în echipe inter-disciplinare și accent pe filtrajul realizat la nivelul rețelei de medici de familie.

Atât nivelul, cât și evoluția indicatorilor ce caracterizează accesul la personal medical, paturi disponibile în spitale sau tehnologie sugerează ineficiența politicilor în sectorul de sănătate privind reducerea inechității și îmbunătățirea acoperirii serviciilor medicale. O evaluare eficienței utilizării resurselor publice alocate în sistemul de sănătate la nivelul unui grup de țări

europene în perioada 2003-2008, care reprezintă o însumare a indicatorilor prezentați pe larg în materialul de policy anexat acestui raport, plasează România sub curba optimă de eficiență, după cum o arată graficul următor. Această curbă este o linie de-a lungul căreia se situează toate combinațiile optime între intrări și ieșiri.

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 paritatea puterii de cumpărare) în perioada 2003-2008, iar 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).



2. CADRUL LEGISLATIV ȘI INSTITUȚIONAL ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Legislația

Principalul act normativ care reglementează asistența medicală în România este Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare (Legea 95). Legea impune reguli pentru activitățile în domeniu finanțate din fonduri publice, dar și private. În primul rând, stabilește responsabilitățile principalilor actori în domeniu, respectiv Ministerul Sănătății (MS) și serviciile sale deconcentrate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și casele județene. În al doilea rând, legea stabilește nivelurile și furnizorii serviciilor medicale în România, de la asistența primară, prin medicii de familie, la cea terțiară prin spitale publice și private. Totodată, impune regulile generale de prestare și finanțare a serviciilor medicale la fiecare nivel. În plus, legea conține prevederi referitoare la regimul medicamentelor, de la punerea pe piață până la distribuție și control. Statutul profesiei de medic este, de asemenea, inclus în Legea 95.

O parte deosebit importantă a Legii 95 este cea referitoare la contribuțiile de asigurări sociale de sănătate. Sistemul public de asigurări de sănătate este finanțat în principal din contribuțiile angajatorilor și angajaților. Ele se varsă în Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), care este administrat de CNAS. În mod normal, veniturile din contribuții ar trebui să fie suficiente pentru a finanța achiziția de servicii de sănătate în numele asiguraților. Însă, din motive pe care le vom detalia pe parcursul raportului, ele nu sunt de ajuns. Prin urmare, deficitele FNUASS pot fi acoperite de la bugetul de stat, prin transferuri din bugetul MS.

Legea 95 stabilește și alte surse importante pentru finanțarea sănătății în România, respectiv taxa de viciu și taxa pe cifra de afaceri a producătorilor de medicamente. Taxa de viciu este exprimată, ca și accizele, în sumă fixă în raport cu cantitatea produselor fabricate sau importate (vezi Anexa). Produsele taxate sunt țigările, tutunul, băuturile alcoolice (mai puțin berea și vinul). De asemenea, este taxată publicitatea la tutun și băuturi alcoolice. Taxa pe cifra de afaceri (sau clawback tax) este plătită de producătorii de medicamente (sau deținătorii autorizației de punere pe piață) și se aplică la valoarea vânzărilor de medicamente compensate, cu sau fără contribuției personale (vezi Anexa pentru nivelurile taxei).

Veniturile din cele două taxe sunt gestionate de Ministerul Sănătății ca venituri proprii. Acesta transferă o parte din ele FNUASS pentru co-finanțarea unor cheltuieli de sănătate efectuate de CNAS. Legea 95 este pusă în aplicare printr-o varietate de norme metodologice care detaliază aspecte particulare precum programele naționale de sănătate, contractele cu furnizorii de servicii și produse medicale, organizarea spitalelor etc.

În ansamblu, cadrul legislativ în sănătate este foarte divers și complex, în concordanță cu domeniul în sine. Totuși, trebuie să remarcăm faptul că legislația nu reușește să repartizeze în mod clar responsabilitățile către fiecare dintre actorii implicați. Problema este serioasă mai ales în privința finanțării diferitelor servicii medicale. Suprapunerea responsabilităților de finanțare între Casă, MS și autoritățile locale pare să fie regula și nu excepția. Aceasta permite oricărui actor să se disculpe dând vina pe celălalt în cazul vreunei disfuncționalități.

O ultimă remarcă pe acest subiect privește volatilitatea legislației în sănătate. Legea 95 a fost amendată și completată de nu mai puțin de 23 de ori de la adoptare (de 4 ori chiar în anul adoptării, iar în 2008 de 8 ori). La aceasta se adaugă anualitatea unor reglementări esențiale ale sistemului precum contractele-cadru pentru acordarea asistenței medicale și programele naționale de sănătate. Astfel, sistemul legislativ în sănătate este în continuă schimbare, ceea ce evident creează probleme de implementare și confuzii de interpretare la toate nivelurile; asemenea deficiențe se reflectă, în cele din urmă, în calitatea serviciilor medicale.

Ministerul Sănătății

În sistemul de sănătate din România Ministerul Sănătății este autoritatea de strategie, reglementare, monitorizare și control. Ministerul elaborează principalele documente strategice,

precum recenta "Strategie națională de raționalizare a spitalelor". De asemenea, ministerul are dreptul de inițiativă în privința legislației primare în domeniu (de exemplu Legea 95), elaborează proiectele unei mari părți ale legislației secundare (referitoare, de exemplu, la programele naționale de sănătate, la lista și prețurile medicamentelor care se eliberează cu prescripție medicală sau la personalul medical) sau avizează proiectele elaborate de alte instituții (CNAS sau ministerele cu rețea sanitară proprie). Ministerul monitorizează starea de sănătate a populației și intervine în situații speciale prin utilizarea rezervei proprii de medicamente, seruri, vaccinuri, dezinfectante, insecticide și alte materiale specifice. Totodată, MS exercită rolul de control în întregul sistem sanitar, fie direct, fie prin direcțiile de sănătate publică sau instituții subordonate.

Nu în ultimul rând, ministerul este și unul dintre implementatorii politicilor naționale în domeniu. El implementează în mod direct o parte din programele naționale de sănătate (vezi Anexa), le co-fințează pe celelalte, achiziționează aparatură medicală, lucrări de reparații, realizează sau finanțează investiții în spitale și unități sanitare rurale. În plus, ministerul asigură salariile medicilor rezidenți și cheltuielile de funcționare ale cabinetelor medicale școlare, ale celor de medicină sportivă, planificare familială, HIV/SIDA (ambulatoriu), TBC (ambulatoriu), precum și cercetarea medicală etc. De asemenea, MS finanțează asistența medicală de urgență din unitățile de primiri urgențe (UPU) și funcționarea și dotarea SMURD.

Ministerul Sănătății are în subordine 42 de servicii publice deconcentrate (direcții de sănătate publică), serviciile județene de ambulanță și 8 alte instituții cu rol de strategie, reglementare și control în sistem. Printre acestea amintim numai Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale și Institutul Național de Sănătate Publică. În plus, MS coordonează trei instituții de cercetare-dezvoltare; dintre acestea, Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București elaborează sistemul de tarife pentru serviciile spitalicești, inclusiv cele în sistem DRG. Ministerul are în subordine și cele 6 institute de medicină legală.

Mai mult, un număr de peste 60 de unități sanitare sunt în subordinea Ministerului Sănătății (vezi Anexa). Majoritatea acestora sunt spitale, unele printre cele mai mari din țară (de exemplu, Spitalul Central Universitar, Spitalul Clinic de Urgență Floreasca, Spitalul Clinic Județean de Urgență Mureș etc).

În total numărul personalului din minister și din entitățile subordonate sau coordonate, inclusiv din spitale, depășește 80.000 de persoane.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

CNAS este gestionarul Fondului Național pentru Asigurări Sociale de Sănătate. În această calitate, CNAS are în subordine 42 de case de asigurări de sănătate județene și colaborează cu CASAOPSNAJ și Casa de Asigurări de Sănătate a Ministerului Transporturilor.

CNAS elaborează în fiecare an proiectul contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Contractul-cadru și normele sale de implementare stabilesc serviciile medicale decontate din FNUASS furnizate asiguraților și neasiguraților, precum și relațiile contractuale dintre casă și furnizorii de servicii de la toate nivelurile.

CNAS implementează cea mai mare parte a programelor naționale de sănătate, pe care le și co-fințează alături de Ministerul Sănătății.

Un rol foarte important al CNAS este administrarea Sistemului informatic unic integrat (SIUI). Sistemul este încă în construcție, însă la finalizarea sa va interconecta casele de asigurări cu toți furnizorii de servicii și medicamente, de la cabinetele medicilor de familie până la spitale și farmacii. SIUI va fi și platforma de implementare a cardului electronic de asigurat.

Contrar aparențelor, relația CNAS cu MS este mai degrabă una de colaborare decât subordonare. Ministrul Sănătății transmite primului-ministru propunerea pentru președinte al CNAS și unul din cei 17 membri ai consiliului de administrație. În plus, ministerul avizează o

parte din reglementările propuse de CNAS sau este co-inițiator la acestea. De asemenea, avizează bugetul FNUASS, însă numai în privința transferurilor din bugetul MS. Totuși, CNAS se bucură de o anumită autonomie în relația cu MS, mai ales atunci când președintele său este susținut în mod direct de primul-ministru. În ultima vreme ministerul a recomandat în mod repetat subordonarea CNAS, pentru a implementa în mod unitar politicile în sănătate. Pe de altă parte, rapoartele elaborate de consultanții Instituțiilor Financiare Internaționale recomandă separarea rolului de reglementator (MS) de cel de achizitor al serviciilor medicale (CNAS/FNUASS) și reducerea la minimum a influenței politice în elaborarea contractului-cadru și contractarea serviciilor și materialelor medicale¹. Numai în acest fel va putea Fondul să achiziționeze servicii de calitate de la cei mai eficienți furnizori în privința costurilor.

Autoritățile administrației publice locale

Încă din 2002, imobilele a 48 de spitale și policlinici din București și altor peste 150 de spitale din restul țării au fost transferate în patrimoniul unităților administrativ-teritoriale și administrarea autorităților locale respective. Ca regulă, spitalele județene, cele clinice și cele de specialitate au revenit consiliilor județene, iar cele locale² primăriilor. În București, administrarea a fost atribuită sectoarelor. Transferul a permis finanțarea (opțională) din bugetele locale a reparațiilor, investițiilor și unor cheltuieli de funcționare, însă nu a fost însoțit și de atribuții în privința managementului unităților sanitare. Nici veniturile bugetelor locale nu au fost suplimentate în vreun fel. Astfel, prima tentativă de descentralizare în sănătate a fost mai degrabă o formă fără fond care nu avea cum să aducă rezultate pozitive la nivelul sistemului.

În anul 2008 managementul a 18 spitale din București și 4 din Oradea a fost transferat primăriilor celor două municipii. Acestea au primit dreptul de a aproba organigramele, statele de funcții și bugetele spitalelor respective.

În anul 2010, experimentul de la București și Oradea a fost generalizat la nivel național³. În total, au fost descentralizate 370 de spitale, sanatorii, centre de sănătate și preventorii. Din nou, spitalele județene, clinice și de specialitate au revenit consiliilor județene, iar cele locale primăriilor. Totuși, există excepții notabile, în care consiliile județene au preluat și spitale comunale sau orășenești pe care primăriile nu le puteau gestiona⁴. Pe de altă parte, sunt situații anacronice în care comune sau mici orașe au primit spitale de specialitate, care deservește pacienți dintr-o arie geografică mult mai mare⁵. Este foarte probabil și de dorit ca asemenea spitale să fie preluate, în viitorul apropiat, de consiliile județene și reorganizate în cadrul spitalelor județene din subordinea lor.

În prezent, ca urmare a descentralizării, autoritățile locale au responsabilități majore în managementul spitalelor:

¹ Banca Mondială, Romania: Public Expenditure and Institutional Review, Washington DC, 2006.

² Municipale, orășenești și comunale.

³ Prin O.U.G. nr. 48/2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării.

⁴ De exemplu, Spitalul Orășenesc "Regele Carol I" Costești, Spitalul "Dr. Ion Crăciun" Călinești, Spitalul Orășenesc "Așezămintele Brâncovenesti" Dăbuleni, Spitalul Comunal Periș.

⁵ De exemplu, Spitalul de Psihiatrie Cronici Siret, Spitalul de Pneumoftiziologie Bisericani, Spitalul de Psihiatrie Cavnic, Preventoriul TBC pentru Copii Deleni, Spitalul de Boli Cronice Câmpani etc.

-
1. **Concursul pentru ocuparea postului de manager se organizează de consiliul de administrație a spitalului, pe baza unei proceduri aprobate de primar/ președintele consiliului județean.**

 2. Numirea în funcție a managerului spitalului se face prin dispoziție a primarului/ președintelui consiliului județean. Managerul încheie un contract de management cu unitatea administrativ-teritorială, reprezentată de primar/ președintele consiliului județean.

 3. Consiliul de administrație este organismul decizional al spitalului. Majoritatea membrilor săi (3 din 5) sunt desemnați de consiliul local și de primar/ președintele consiliului județean.

 4. Proiectul de buget al spitalului este elaborat de manager și avizat de consiliul de administrație. Apoi este aprobat de primar/ președintele consiliului județean.

 5. Din bugetele locale pot fi transferate resurse pentru suplimentarea veniturilor spitalelor.

 6. Reorganizarea/redenumirea/restructurarea spitalelor se face prin dispoziție a primarului/ președintelui consiliului județean, cu avizul ministrului sănătății.

 7. Înființarea/desființarea spitalelor se realizează prin hotărâre a Guvernului, cu avizul ministrului sănătății, la propunerea autorităților locale, transmisă prin consiliul județean sau prefect.

 8. Primarul/ președintele consiliului județean poate dispune măsuri pentru remedierea unor disfuncționalități constatate în spital. Tot el poate numi o comisie de evaluare a funcționării spitalului și activității managerului.
-

Obiectivul nedeclarat al descentralizării spitalelor este de a da autorităților locale posibilitatea să genereze creșterea calității serviciilor pe care ministerul nu a fost capabil să o realizeze în ultimii 10 ani. Puterile autorităților locale de a influența managementul și organizarea spitalelor sunt, în prezent, considerabile și nu există motive care să împiedice evoluții în calitate și eficiență din această perspectivă. Fiind aleși de cei care beneficiază de serviciile spitalelor, primarii și președinții consiliilor județene vor fi mult mai atenți la modul în care aceștia sunt tratați și la economiile de scară pe care le pot obține din reorganizarea actualelor structuri.

Prin dreptul de a aproba proiectele bugetelor spitalelor, primarii și președinții consiliilor județene par să aibă și pârghiile necesare pentru a institui disciplina financiară. Aceasta în contextul în care bugetele spitalelor vor face parte din bugetele consolidate ale unităților administrativ-teritoriale. Începând cu anul 2011, la nivel local, fiecare buget în parte va trebui să respecte, la finalul anului, o nouă regulă a echilibrului bugetar, și anume: suma veniturilor încasate și a disponibilităților din excedentele anilor anteriori să fie mai mare decât suma plăților efectuate și a plăților restante. Cu alte cuvinte, spitalele nu vor mai putea acumula datorii peste termenul de scadență fără să aibă și resurse financiare pentru a le achita. În plus, tot din anul 2011, bugetele locale și de subordonare locală trebuie să prevadă distinct fonduri pentru achitarea plăților restante la sfârșitul anului anterior; ordonatorii de credite nu vor putea face angajamente noi până nu achită plățile restante respective. Noua regulă se aplică tuturor bugetelor locale și bugetelor instituțiilor de subordonare locală, inclusiv spitalelor, cu obiectivul de a reduce arieratele existente la acest nivel și de a preveni acumularea altora noi.

Cu toate acestea, primarii și președinții consiliilor județene se vor confrunta cu imposibilitatea de a influența structura veniturilor spitalelor, și anume tarifele la care sunt decontate serviciile medicale prestate. Tarifele respective sunt stabilite prin contractul-cadru anual la nivel național și normele sale de implementare, iar autoritățile locale nu iau parte la elaborarea proiectului acestuia. În plus, contractele de furnizare a serviciilor medicale se negociază și se încheie între managerul spitalului și casele județene de asigurări de sănătate/ direcțiile de sănătate publică

judetene. Primarii și președinții consiliilor județene nu au un rol instituționalizat nici în aceste negocieri.

Tot în acest context trebuie menționată o altă deficiență a legislației descentralizării în sănătate; responsabilitatea asigurării standardelor de calitate pentru serviciile medicale și funcționarea spitalelor revine în exclusivitate conducerii spitalului. Deși autoritățile locale au pârghii de intervenție asupra managementului, nu reiese din lege nici o responsabilitate directă a acestora pentru îndeplinirea de către spital a standardelor de calitate sus-menționate⁶. În aceste condiții, descentralizarea nu poate produce la nivel național condiții rezonabile de funcționare și deservire a pacienților; îmbunătățiri vizibile ale calității serviciilor medicale și de cazare vor fi realizate numai dacă autoritățile locale vor fi interesate în mod special.

O altă problemă rămasă nerezolvată se referă la capacitatea administrativă a administrației locale de a gestiona spitalele descentralizate. Este clar pentru oricine că spitalele funcționează într-un mediu legislativ extrem de vast și complex. Serviciile medicale sunt de o varietate și specializare care depășesc cu mult orice serviciu public local. În plus, sistemul de tarifare a serviciilor medicale este mai complicat decât în cazul oricăror altor sisteme similare existente la nivel local. În altă ordine de idei, furnizorii de servicii medicale dintr-un județ trebuie să fie integrați sau cel puțin coordonați atât pe orizontală, între unitățile medicale în funcție de specializare, cât și pe verticală, între niveluri de asistență medicală. De aceea, este foarte important ca cel puțin consiliile județene să dispună de resurse umane specializate, capabile să analizeze, evalueze și să pregătească decizii pentru gestiunea/ coordonarea spitalelor și a altor furnizor de servicii medicale din județe.

Totuși, descentralizarea managementului spitalelor nu a însemnat și transferul (parțial) al resurselor umane și financiare ale direcțiilor de sănătate publică județene spre autoritățile locale. Cu toate acestea, 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 porturilor vacante este, în prezent, suspendată.

Raportul din anul 2008 al comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România⁷ recomanda înființarea, în subordinea consiliilor județene, a unor autorități medicale județene, care să coordoneze funcțional și profesional toată asistența medicală din județe, inclusiv cea primară și cea comunitară. De asemenea, comisia propunea înființarea separată a unor structuri cu atribuții în coordonarea activității și resurselor tuturor spitalelor din fiecare județ, indiferent de subordonare. Cel puțin o parte din personalul de specialitate al celor două entități recomandate în raport ar fi provenit din actualele direcții de sănătate publică județene.

Cu toate acestea, O.U.G. nr. 48/2010 nu conține nici o referire la descentralizarea direcțiilor de sănătate publică. În consecință, costurile gestiunii spitalelor vor crește, deoarece autoritățile locale vor angaja personal suplimentar; în plus, expertiza necesară pentru coordonarea și raționalizarea activității medicale județene/ locale va lipsi, cel puțin în primă fază. În schimb, personalul DSP va rămâne în continuare în aceleași funcții.

Pe lângă managementul spitalelor, autoritățile locale mai au și alte responsabilități în domeniul sănătății. Consiliile județene și unele primării dețin unități medico-sociale, care au un rol important în îngrijirea pacienților cu afecțiuni cronice externați din spitalele de specialitate, dar

⁶ De exemplu, legea ar putea stabili indicatori de calitate pentru care responsabilitatea să fie nemijlocit a administrației locale, cum ar fi îndeplinirea condițiilor de autorizare sanitară. O altă abordare ar fi bazată pe un set de indicatori individuali măsurabili, precum asigurarea temperaturii constante, a funcționării instalațiilor sanitare, a paturilor, a calității și consistenței hranei, a curățeniei etc. Evaluarea îndeplinirii indicatorilor ar urma să fie făcută personalul spitalului și de pacienți și publicată pe portalul internet al spitalului și al u.a.t.

⁷ Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, "Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului", București 2008.

și în furnizarea unor servicii sociale. În plus, asistenții medicali comunitari sunt angajați ai primăriilor, chiar dacă salariile sunt plătite din subvenții de la bugetul de stat. De asemenea, cabinetele medicale școlare sunt în subordonare locală. Salariile personalului și cheltuielile cu medicamentele și materialele sanitare consumabile sunt acoperite din subvenții de la bugetul de stat, iar restul cheltuielilor de la bugetele locale.

O ultimă problemă a descentralizării în sănătate este legată de finanțarea de la bugetele locale. Deoarece ministerul a plecat de la ipoteza că sistemul actual de finanțare nu se modifică, legea nu obligă administrația locală să finanțeze spitalele, ci o menționează ca posibilitate. Prin urmare, transferurile de la bugetul de stat către bugetele locale în cauză nu au fost suplimentate (fie prin cote defalcate, fie prin sume defalcate, fie prin subvenții). Totuși, noua regulă a echilibrului bugetar prevăzută de Legea finanțelor publice locale (descrișă mai sus), precum și limitele impuse utilizării sumelor decontate spitalelor de CNAS și MS⁸, obligă implicit autoritățile locale să acopere orice deficit final al unităților medicale din subordine. Practic, prin asemenea măsuri Guvernul a transferat deficitul de finanțare a spitalelor din FNUASS și bugetul de stat către bugetele locale. Aceasta în condițiile în care veniturile proprii ale bugetelor locale sunt în scădere, iar sumele defalcate pentru echilibrare în 2011, conform Strategiei fiscal-bugetare 2011-2013, vor fi mai mici decât cele aprobate inițial pentru 2010. Este foarte probabil ca la sfârșitul anului 2011, un număr de autorități locale să nu poată acoperi deficitul final ale spitalelor, ceea ce va cauza noi arierate.

În esență, descentralizarea spitalelor nu este o decizie greșită, dimpotrivă. Este foarte probabil să aducă beneficii vizibile chiar și până la alegerile locale din 2012 deoarece autoritățile locale au interesul să îmbunătățească serviciile de care beneficiază pacienții, adică propriul electorat. Cu toate acestea, succesul procesului poate fi pus sub semnul întrebării de probleme precum cele enumerate în acest capitol. De aceea, e important ca ministerul să le inventarieze, să le analizeze, împreună cu toți actorii, inclusiv autoritățile locale și Ministerul Finanțelor Publice, și să găsească soluții de remediere.

⁸ Din sumele decontate de CNAS și cele asigurate de Ministerul Sănătății numai 70% pot fi utilizate pentru cheltuieli de personal. Astfel, dacă este necesară depășirea acestei limite, diferența trebuie acoperită din bugetele locale.

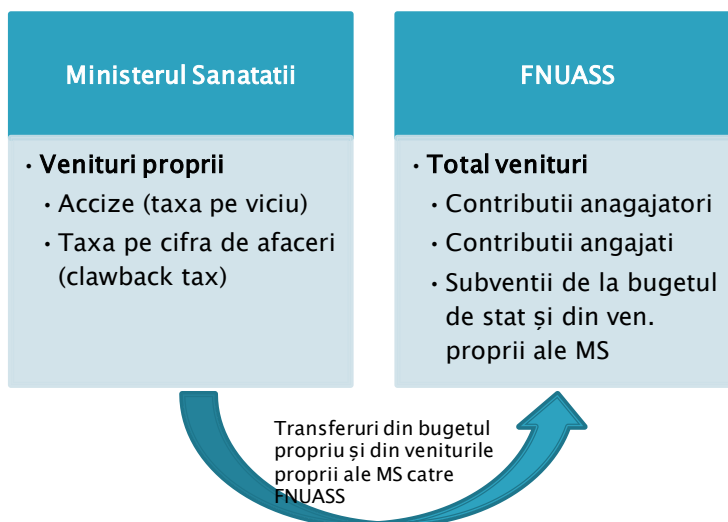
3. RESURSELE SISTEMULUI PUBLIC DE SĂNĂTATE

Structura și dinamica veniturilor 2006-2010

Așa cum s-a arătat și în secțiunea privind cadrul instituțional din domeniul sănătății, cheltuielile publice cu sănătatea în România sunt finanțate din următoarele categorii de venituri:

1. Fondul Național de Sănătate (FNUASS) – principala sursă de venituri o constituie contribuțiile angajatorilor și a angajaților.
2. Ministerul Sănătății (MS) – principalele categorii de venituri proprii sunt taxa pe viciu și taxa pe cifra de afaceri.
3. Bugetul de Stat – deficitele FNUASS sunt acoperite de alocări de la bugetul de stat, prin transferuri de la Ministerul Sănătății.

Structura veniturilor din sectorul public de sănătate



În perioada 2005-2008 veniturile din sectorul public de sănătate au crescut cu un ritm nominal mediu anual de 23%, înregistrând o dinamică ușor mai alertă comparativ cu cea veniturilor publice totale de 21%. În anul 2008, cea mai mare parte a veniturilor publice din sănătate erau generate de contribuțiile angajaților (45%) și respectiv ale angajatorilor (44%). Cota contribuțiilor pentru angajatori a scăzut mai repede în perioada 2006-2008 comparativ cea datorată de angajați, ceea ce a condus la o reducere a ponderii contribuțiilor angajaților în total venituri ale FNUASS.

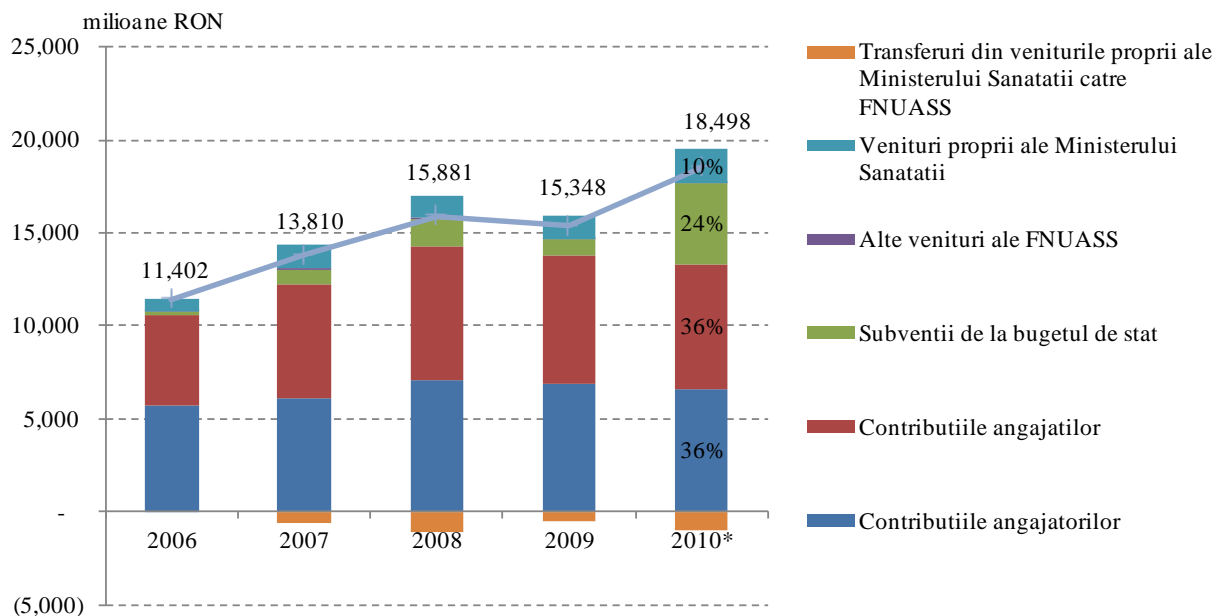
Evoluție cote contribuții FNUASS

Cote contribuții	2006	2007	2008	2009	2010
Angajatori	7.0%	6.0%	5.5%	5.2%	5.2%
Asigurați	6.5%	6.5%	5.5%	5.5%	5.5%
Total	13.5%	12.5%	11.0%	10.7%	10.7%

Debutul crizei economice și financiare a determinat în anul 2009 o diminuare a veniturilor publice din sănătate cu 3.4%, pe fondul contracției activității economice care a condus și la o scădere a contribuțiilor, în condițiile în care necesarul de finanțare al sectorului de sănătate a fost în creștere, o dată cu eliminarea plafoanelor la medicamentele compensate. Această situație a generat o creștere a termenelor de plată a datoriilor CNAS către furnizorii de medicamente compensate și acumularea de plăți restante.

Decontarea plăților restante și rezolvarea blocajului financiar creat în sectorul privat de sănătate în urma acumulării de arierate (în anul 2009) au determinat în mod excepțional alocarea directă în anul 2010 a unor sume importante de la bugetul de stat către FNUASS prin Ministerul Sănătății. Astfel, subvențiile de la bugetul de stat vor reprezenta 24% din totalul resurselor sectorului public de sănătate (2010).

Dinamica veniturilor din sistemul public de sănătate



Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății prevede introducerea unei taxe pe cifra de afaceri (clawback tax) a companiilor care dețin autorizații de punere pe piață a medicamentelor în România începând cu anul 2010, pentru medicamentele incluse în programele naționale de sănătate, pentru medicamentele de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, și pentru medicamentele de care beneficiază asigurații în tratamentul spitalicesc. Veniturile obținute din taxa de clawback constituie conform legii venituri proprii ale Ministerului Sănătății.

Conform prevederilor legale taxa de clawback se va aplica diferențiat în funcție de volumul vânzărilor asupra încasărilor trimestriale ale producătorilor de medicamente (care dețin autorizația de punere pe piață) sau ale companiilor care introduc pe piață medicamente și care au obținut dreptul de comercializare direct de la producător, în cazul în care producătorul nu desfășoară activități comerciale pe teritoriul României. Din punct de vedere economic însă, nu este justificată aplicarea acestei taxe asupra volumului total de vânzări de medicamente compensate, întrucât termenul de încasare al creanțelor asupra FNUASS se situează în prezent la un nivel foarte ridicat (peste 180 de zile, în multe cazuri depășind 200 de zile). Prin urmare, baza de impunere pentru taxa de clawback ar trebui să fie formată doar din valoarea decontărilor efectuate de CNAS ca urmare a comercializării medicamentelor compensate.

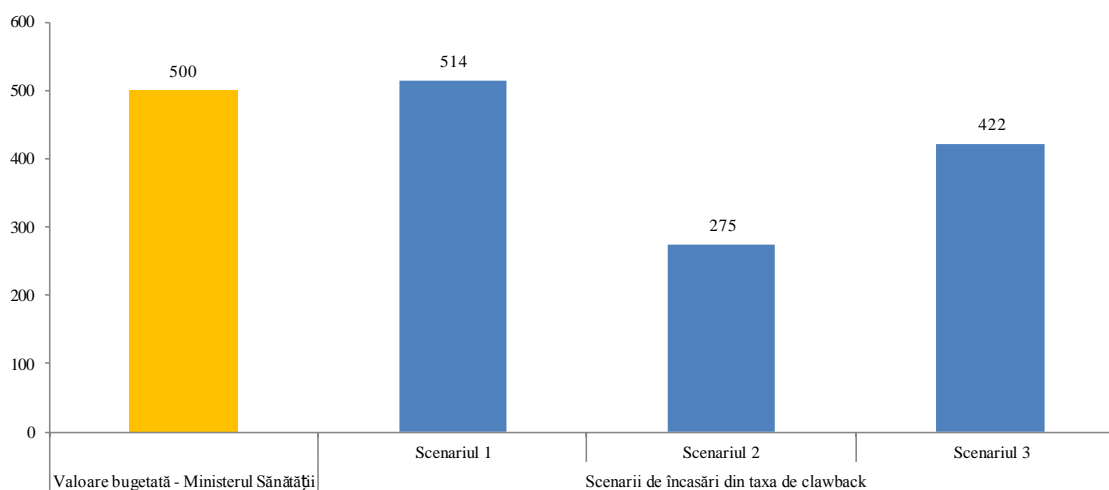
Pentru anul 2010 bugetul Ministerului Sănătății prevedea inițial încasări totale din taxa de clawback de 500 milioane lei. La rectificarea bugetară din August 2010, s-a păstrat suma bugetată inițial de 500 milioane lei, cu toate că până în prezent nu există norme clare de aplicare.

Tabelul de mai jos conține o evaluare a potențialului maxim de încasări al Ministerului Sănătății din taxa de clawback. Potențialul maxim de venit a fost estimat pentru trei scenarii istorice, care diferă în funcție de baza de impozitare aplicată, considerând un grad mediu de colectare de 80%. În primul scenariu baza de impozitare include cifra de afaceri a producătorilor de medicamente din comercializarea medicamentelor compensate în anul 2009. Celelalte două scenarii au ca bază de impozitare încasările (valoare decontărilor efectuate de FNUASS) din comercializarea medicamentelor compensate în anul 2009 și respectiv anul 2010.

Estimarea încasărilor din taxa de clawback

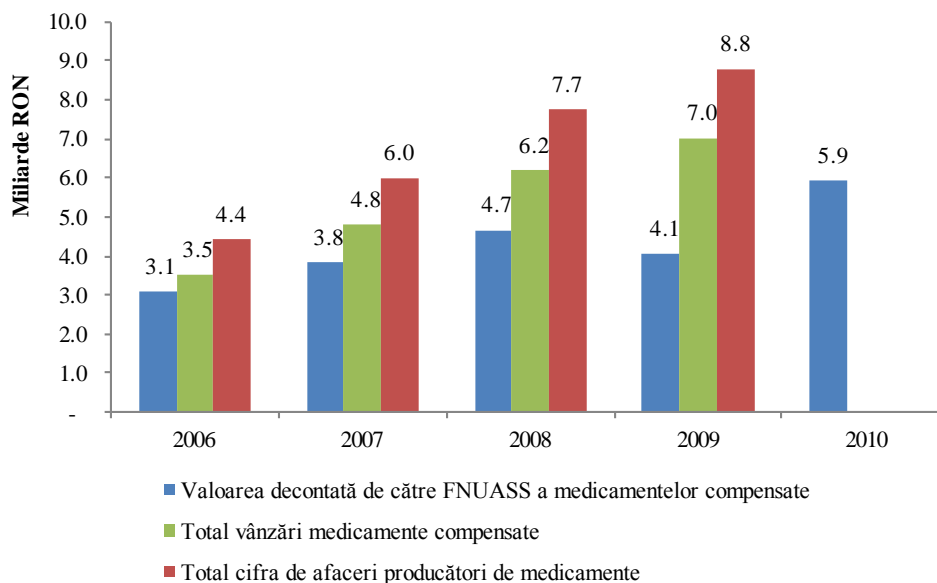
Grila impozitare - total venituri trimestriale (mii lei)	Contribuție taxă clawback (% din total bază de impozitare)	Structura vânzărilor de medicamente compensate pe piața din România (2009) (% din total vânzări medicamente compensate)	Încasări de la FNUASS din vânzarea de medicamente compensate ale producătorilor de medicamente pe piața din România (% din total încasări medicamente compensate de la FNUASS)		Scenarii de încasări din taxa de clawback (milioane RON)		
			Încasări în anul 2009	Încasări în anul 2010	Baza de impozitare - total cifră de afaceri din comercializarea de medicamente compensate 2009	Baza de impozitare - încasări de la FNUASS medicamente compensate 2009	Baza de impozitare - încasări de la FNUASS medicamente compensate 2010
>75000	11	39	-	25	244	-	131
50000-75000	10	10	36	16	56	117	75
25000-50000	9	11	25	20	55	74	87
12500-25000	8	19	7	16	85	19	60
6250-12500	7	10	16	11	38	36	35
1250-12500	6	9	12	10	31	23	27
<1250	5	2	4	3	6	6	7
Total - Valoare nominală anuală (milioane RON)		7,019	4,052	5,935	514	275	422

Venituri din taxa de clawback



Piața producătorilor de medicamente din România se ridică la aproximativ 8.7 miliarde lei în anul 2009, din care valoarea medicamentelor compensate care se eliberează pe bază de rețetă a reprezentat aproximativ 7 miliarde RON. Activitatea economică prezintă un grad ridicat de concentrare, primii zece jucători din piață cumulând aproximativ 50% din totalul vânzărilor.

Cifra de afaceri a producătorilor de medicamente rezultată din comercializarea de medicamente compensate este distribuită preponderent în intervalele de încasări care corespund celor mai mari rate de taxare. Ținând cont de ipotezele menționate mai sus, precum și de distribuția cifrei de afaceri a producătorilor pe intervale de taxare (vezi Tabel), încasările din taxa de clawback în primul scenariu istoric (2009) s-ar ridica la 514 milioane RON.

Dinamica vânzărilor de medicamente comercializate de producători

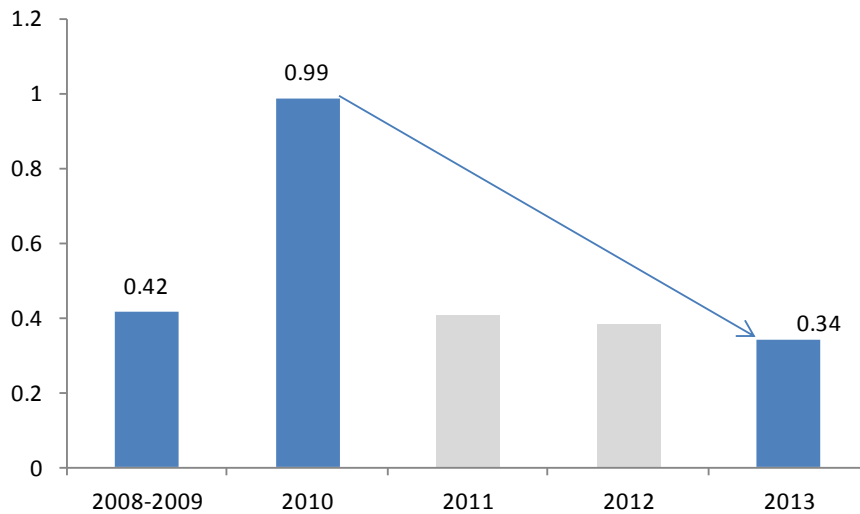
Aplicarea taxei de clawback asupra valorii decontate de către FNUASS a medicamentelor compensate ar avea mai mult sens din punct de vedere economic, întrucât ar fi mai strâns corelată cu fluxurile de încasări ale producătorilor de medicamente. Dacă ne uităm în graficul alăturat, valoarea decontată a medicamentelor compensate de către FNUASS a scăzut în anul 2009 cu toate că vânzările de medicamente compensate au crescut. Deteriorarea veniturilor din sectorul public de sănătate ca urmare a efectelor crizei economice precum și creșterea cheltuielilor pe alte capitole a condus la incapacitatea FNUASS de a onora datoriile către sectorul privat (aferele medicamentelor compensate comercializate) și acumularea de arierate. Într-o astfel de situație, aplicarea taxei de clawback asupra cifrei de afaceri a producătorilor de medicamente compensate ar pune și mai multă presiune asupra poziției lor financiare, în condițiile existenței deja a unor probleme de lichiditate în sistem, precum termenele lungi de încasare a creanțelor asupra FNUASS.

Scenariile doi și trei din tabelul anterior evaluează potențialul de încasare din taxa de clawback în condițiile aplicării ei asupra valorii medicamentelor compensate decontate de către FNUASS în anul 2009 și respectiv 2010. Suma colectată în aceste două scenarii s-ar ridica la 275 și respectiv 422 milioane RON.

Rezolvarea problemei arieratelor constă în reducerea/eliminarea decalajului structural dintre cheltuielile și veniturile sistemului public de sănătate, prin măsuri de control și eficientizare a cheltuielilor, îmbunătățirea gradului de colectare și lărgirea bazei de impozitare și NU se poate realiza în mod sustenabil prin subvenții de la bugetul de stat.

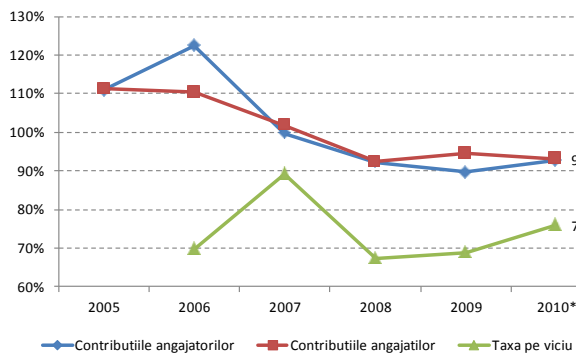
De altfel, strategia bugetar-fiscală pe termen mediu prevede o reducere a transferurilor de la bugetul de stat către Ministerul Sănătății de la un maxim de 0.99% din PIB în anul 2010 la 0.41% în 2011 și 0.34% în 2013, pe măsură ce reformele sistemului public de sănătate vor fi implementate.

Cheltuieli ale Ministerului Sănătății din bugetul de stat (% din PIB)

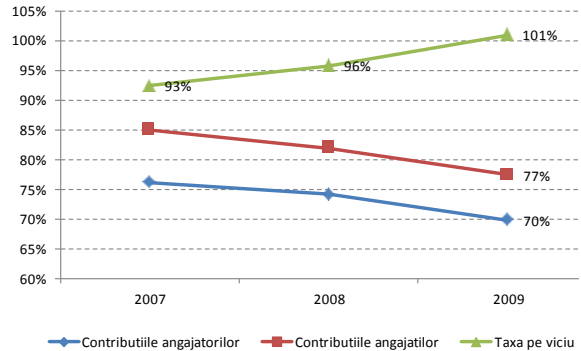


Gradul de colectare a veniturilor din contribuțiile la asigurările de sănătate s-a deteriorat constant în ultimii ani, în condițiile în care cotele de taxare s-au înscris pe un trend descendent și ar fi putut determina o creștere muncii remunerate fiscalizate. Această situație indică pe de o parte o capacitate redusă a autorităților de a evalua și prognoza evoluția bazei de impozitare iar pe de altă parte o deteriorare a situației financiare a contribuabililor și o creștere a muncii nedeclarate.

Grad teoretic de realizare a veniturilor



Grad efectiv de realizare a veniturilor

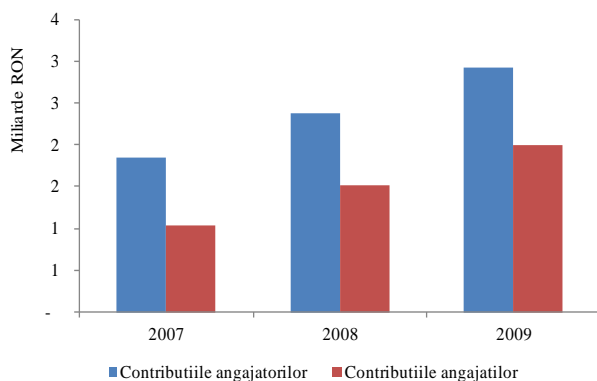


Notă: Grad teoretic de realizare= venituri realizate/ prevederi bugetare initiale; Grad efectiv de realizare= venituri realizate/ drepturi constatate

Gradul redus de colectare a veniturilor FNUASS din contribuțiile angajaților și respectiv ale angajatorilor a condus în timp la acumularea de creanțe restante semnificative. În anul 2009 FNUASS înregistra un sold al creanțelor restante de aproximativ 5 miliarde lei. Peste jumătate din aceste restante sunt concentrate în zece companii, majoritatea de stat, care au înregistrat în mod sistematic în ultimii ani pierderi din activitatea de exploatare.

Perspectivile de recuperare ale datoriilor restante sunt minime, ținând cont de faptul că în procesul de restructurare pe care aceste companii îl vor urma în perioada următoare este posibil ca o parte din datorii să fie șterse.

Creanțe restante ale FNUASS asupra contribuabililor



Top 10 companii cu cele mai mari restante către bugetul asigurărilor sociale (inclusiv fondul asigurărilor sociale de sănătate) (2009)

Nume companie	Restante (milioane RON)
COMPANIA NATIONALA A HUILEI SA	2,425
COMPANIA NATIONALA DE CAI FERATE "CFR" S.A.	521
C.N.M.P.N. "REMIN" S.A.	448
SOCIETATEA NATIONALA A CARBUNELUI SA	348
SC.FORTUS SA	175
SOCIETATEA NATIONALA DE TRANSPORT FERROVIAR DE MARFA	159
SOCIETATEA NATIONALA A CALOR FERATE ROMANE RA	150
SC MOLDOMIN SA	143
SC ELECTRIFICARE CFR SA	111
SC PSV COMPANY SOCIETATE IN INSOLVENTA	102

Propuneri de creștere a resurselor sistemului public de sănătate

Reducerea deficitului structural de resurse din sistemul de sănătate presupune printre altele și o creștere a încasărilor FNUASS, care se poate realiza prin (i) măsuri de îmbunătățire a gradului de colectare și reducerea muncii nedeclarate pe de-o parte, și (ii) printr-o creștere a cotelor de taxare sau o extindere a bazei de impozitare pe de altă parte.

I. Abordarea problemei muncii informale și identificarea și implementarea de măsuri de combatere a ei trebuie să se înscrie pe lista de priorități în materie de politici economice ale autorităților publice din România. Conform unui studiu al OECD⁹, munca informală în România reprezenta între 20 și 50% din total forță de muncă ocupată în anul 2008, în funcție de modul în care se definește fenomenul muncii la negru. Există două mari categorii de angajați care muncesc informal: (i) cei pentru care munca la negru reprezintă o strategie de supraviețuire neavând altă alternativă la dispoziție (în special cei care lucrează în agricultură) și (ii) cei care în mod deliberat se sustrag de la plata impozitelor și contribuțiilor la asigurările sociale. Identificarea structurii celor două grupuri de persoane și înțelegerea factorilor care determină munca informală sunt esențiale pentru elaborarea de măsuri adecvate.

OECD identifică trei categorii de factori care influențează înclinația persoanelor către munca nedeclarată în România: (i) implicațiile socio-economice ale fenomenului de tranziție (restructurarea și privatizarea companiilor de stat, șomajul și dezvoltarea economică eterogenă care conduce la o creștere a disparităților regionale), (ii) factori instituționali (reglementările existente pe piața muncii, sistemul de asigurări sociale), și (iii) factori comportamentali/ sociali care țin de cultura de nerespectare a legii, lipsa de încredere în instituțiile publice sau de percepția negativă a rolului statului în economie.

Eforturile autorităților publice trebuie să se concentreze mai mult pe măsuri de prevenție a muncii informale și crearea de mecanisme de stimularea a muncii formale mai degrabă decât pe măsuri de sancționare a muncii informale.

II. Creșterea semnificativă a ratei de taxare la contribuțiile la asigurările sociale de sănătate nu este oportună, în condițiile în care România are deja un nivel ridicat al contribuțiilor iar

⁹ Report on Informal Employment in Romania, Workin Paper No. 271, OECD Development Center

majorarea suplimentară a acestora ar deteriora competitivitatea economiei pe plan regional și internațional și ar încuraja agenții economici să producă în economia nedeclarată.

România se situează din punct de vedere al ratei cumulate de taxare pe locul 8 în Uniunea Europeană. În aceste condiții, s-ar putea lua în considerare o creștere marginală a ratei de taxare, fără un impact negativ asupra competitivității economice. Majorarea cu un punct procentual a ratei de taxare la contribuțiile pentru asigurările sociale de sănătate ar conduce la un surplus de venituri de 1 miliard de lei (2010).

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, reprezintă o soluție sustenabilă de majorare a veniturilor FNUASS. Tendințele de creștere a speranței de viață odată cu îmbunătățirea nivelului de trai și pensionările anticipate au condus la o sporire a numărului de pensionari. În aceste condiții, creșterea participării pensionarilor la finanțarea sistemului public de sănătate prin reducerea pragului minim de neimpozitare al veniturilor din pensii va contribui la o majorare a resurselor din sistemul public de sănătate

În graficul de mai jos sunt evaluate trei scenarii de lărgire a bazei de impozitare la sistemul de sănătate:

1. Scenariu extrem - eliminarea deducerii la plata impozitului pe venit și a contribuțiilor la asigurările sociale pentru veniturile din pensii

2. Scenariu extins – diminuarea deducerii la plata impozitului pe venit și a contribuțiilor la asigurările sociale pentru veniturile din pensii de la 1000 la 740 lei și aplicarea procentului de contribuție la asigurările de sănătate asupra întregului venit

3. Scenariu progresiv - introducerea unor deduceri diferențiate în funcție de nivelul veniturilor obținute din pensii astfel:

- Veniturile din pensii cuprinse între 0-700 lei beneficiază de o sumă neimpozabilă de 700 lei
- Veniturile din pensii cuprinse între 701-1000 lei beneficiază de o sumă neimpozabilă de 600 lei
- Veniturile din pensii cuprinse între 1001-1500 lei beneficiază de o sumă neimpozabilă de 500 lei
- Veniturile din pensii de peste 1500 lei se impun integral.

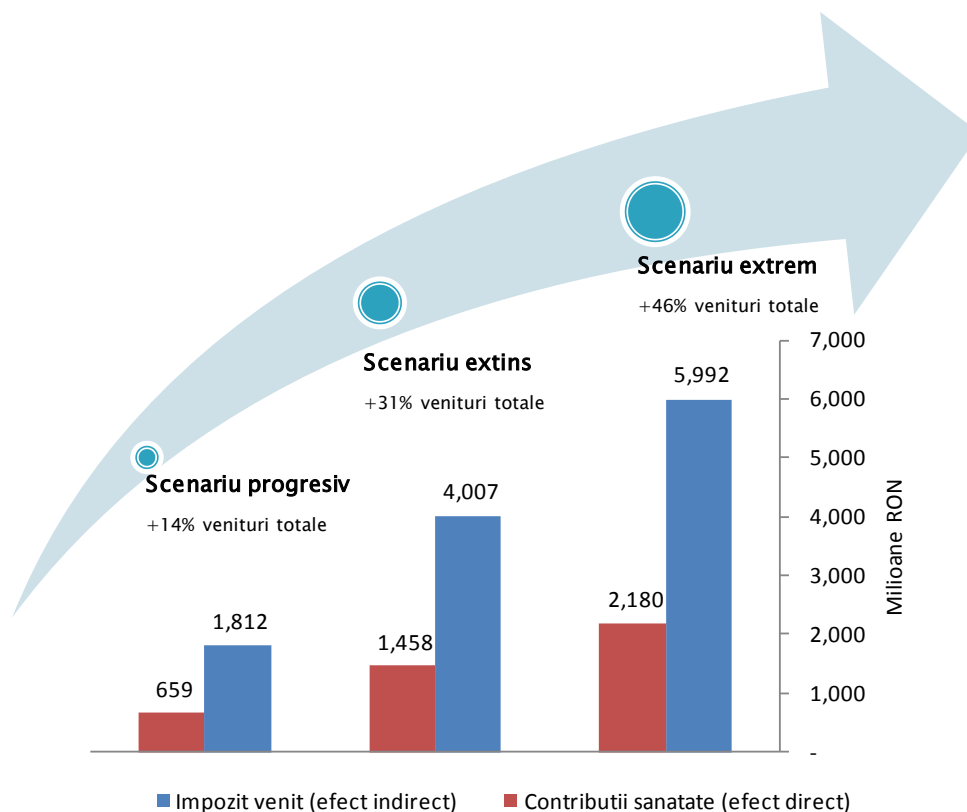
Scenariul extrem determină un surplus de venituri de 2,2 miliarde de lei la sistemul de sănătate și de 6 miliarde de lei la impozitul pe venit la bugetul de stat.

În scenariul extins impactul consolidat este de 5,5 miliarde de lei din care sănătatea 1,45 de miliarde de lei și restul de 4 miliarde de lei reprezintă impactul asupra impozitului pe venit la bugetul de stat.

Scenariul progresiv are un impact consolidat de 2,47 miliarde de lei, din care impactul asupra veniturilor sistemului de asigurări sociale de sănătate este de 0,66 miliarde de lei și asupra impozitului pe venit este de 1,81 miliarde de lei.

Din punct de vedere politic, implementarea unui plan de creștere a contribuțiilor la sănătate pentru veniturile din pensii este deficil de realizat mai ales în contextul economic actual. Este încurajator faptul că guvernul pare să fi optat în elaborarea proiectului legii bugetului de stat pentru anul 2011 pentru o variantă similară cu scenariul extins, astfel încât impactul economic asupra pensionarilor să fie cât mai redus, în condițiile maximizării veniturilor din sistemul public de sănătate.

Scenarii de lărgirea a bazei de impozitare a veniturilor din pensii



3. Cheltuielile publice cu sănătatea

Regulile generale și alocarea responsabilităților de cheltuire

Alocarea responsabilităților de finanțare din surse publice a sănătății este prevăzută de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare (Legea 95). Aceasta nu este foarte clară, stabilind adesea mai multe surse de finanțare pentru aceeași acțiune sau program de sănătate. Asemenea suprapuneri sunt rezultatul experienței finanțărilor 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.

Principalele bugete din care se finanțează cheltuielile de sănătate sunt:

1. Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
2. Bugetul de stat, prin Ministerul Sănătății
3. Ministerul Sănătății, din venituri proprii (taxa pe viciu și pe cifra de afaceri)
4. Bugetele locale
5. Bugetele furnizorilor de servicii, din veniturile proprii.

Tablelul alocării stabilit prin Legea 95, prezentat mai jos, sugerează că în sănătate partajarea responsabilității de finanțare este obișnuită, adesea fără să se precizeze procentele partajării. Acestea rămân la latitudinea ordonatorilor de credite, care hotărăsc ad-hoc și pe criterii subiective.

Nr. crt.	Cheltuieli	FNU-ASS	MS - buget de stat	MS - venituri proprii	Bugete locale
1.	Asistența medicală primară (medicii de familie)	da	da (vezi pct. 13)		
2.	Servicii medicale în ambulatorii de specialitate	da	da (vezi pct. 13)		
3.	Servicii medicale profilactice în spitale	da			
4.	Servicii medicale curative în spitale	da			
5.	Servicii medicale paraclinice (investigații în laborator, radiologie, etc.)	da			
6.	Programe naționale de sănătate	da	da	da	
7.	UPU/ SMURD din spitale de urgență și CPU acreditate din alte spitale		da	da	
8.	Camere de gardă și CPU din alte spitale	da			
9.	SMURD		da	da	da
10.	Ambulanța	da	da		
11.	Cabinete medicale școlare		da		da
12.	Cheltuielile de personal cu medicii rezidenți		da		
13.	Cabinete de medicină sportivă, planificare familială, HIV/SIDA, TBC, LSM, distrofici		da		
14.	Cercetarea medicală		da		
15.	Rezerva MS și rezervele antiepidemice județene			da	
16.	Medicamente în ambulatoriu cu sau fără contribuție, pe baza de prescripție, materiale sanitare, dispozitive medicale	da			
17.	Îngrijire la domiciliu	da			
18.	Infrastructură în medicina primară în mediul rural		da		
19.	Investiții, reparații și consolidări în spitale		da	da	da (cofinanțare de la bugetul de stat)
20.	Dotarea spitalelor cu aparatură și echipamente		da	da	da (cofinanțare de la bugetul de stat)

Ca regulă, cele mai mari cheltuieli în sistemul de sănătate, cu asistența primară, secundară și terțiară, precum și cu medicamentele sunt acoperite din FNUASS. Totuși, există anumite activități pentru care finanțarea este asigurată din surse diferite decât cea de bază sau chiar din mai multe. În prima categorie, medicii rezidenți, cercetarea medicală și anumite cabinete medicale, indiferent de încadrarea lor, sunt finanțate de la bugetul de stat. De asemenea rezerva ministerului este finanțată din veniturile sale proprii. În schimb, asistența de urgență

din spitalele județene de urgență este suportată de minister, iar din celelalte spitale de FNUASS prin tariful pe caz rezolvat. Ambulanța e finanțată din Fond, prin buget global, iar serviciile SMURD din bugetul MS și bugetele locale. Investițiile, reparațiile și dotările spitalelor sunt finanțate din bugetul ministerului și bugetele locale. La fel și cabinetele medicale școlare. Nu în ultimul rând, programele naționale de sănătate sunt finanțate partajat din FNUASS și MS (atât de la bugetul de stat, cât și din venituri proprii).

Furnizorii de servicii sau beneficiarii de finanțare încheie contracte fie cu casele de asigurări de sănătate, fie cu direcțiile de sănătate publică, în funcție de activitatea vizată. Astfel, un spital poate avea un contract cu casa județeană și unul cu direcția de sănătate publică.

Decontarea sau plata serviciilor medicale se face prin mai multe metode, în funcție de nivelul asistenței și tipul serviciului. Regulile se stabilesc anual prin contractul-cadru sau prin alte acte normative aplicabile. Principalele metode sunt prezentate în tabel mai jos.

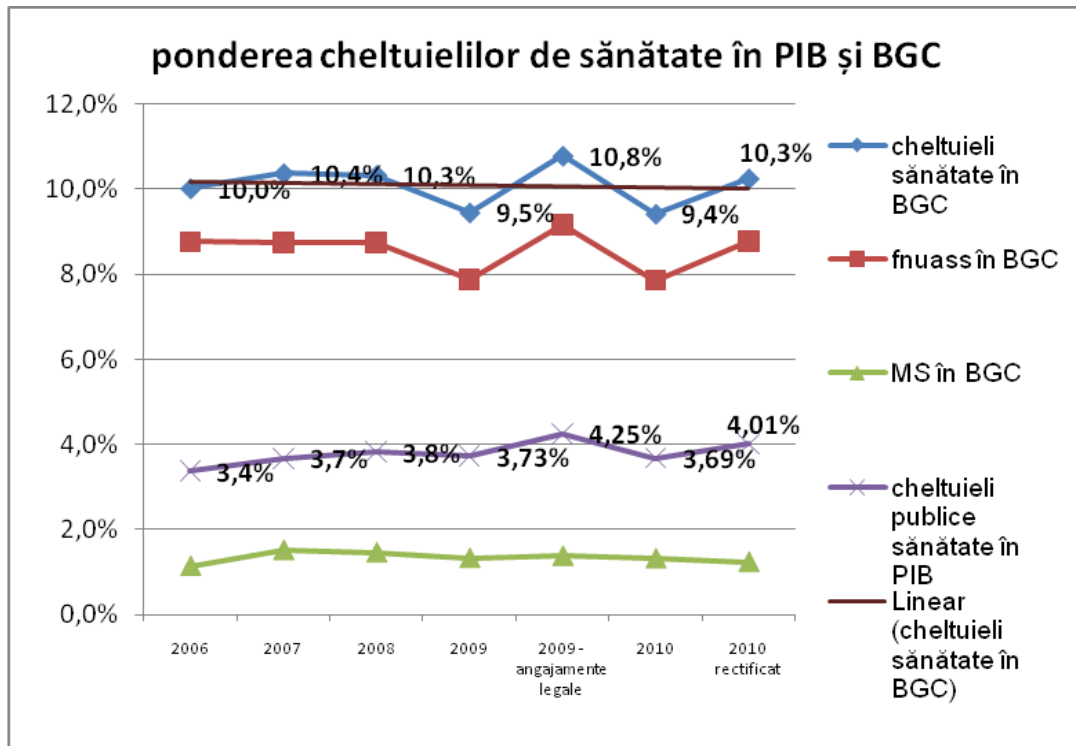
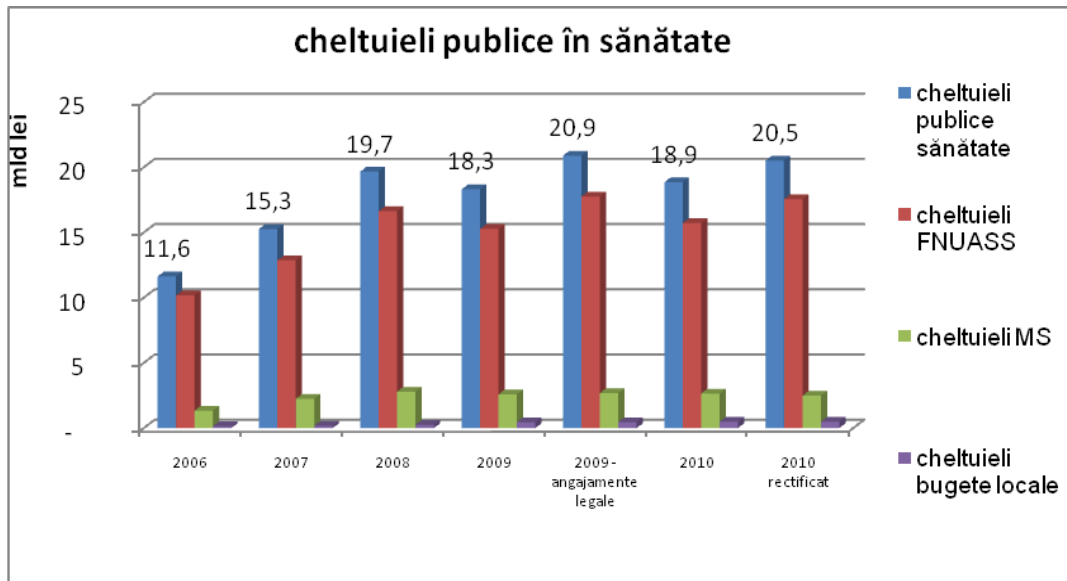
metode plata	medicina primară	medicina secund.	medicina terțiară	Medicam. cu sau fără contribuție	Progr. sănătat	Transp & urgență prespital.
Tarif pe persoană asigurată	da					
Tarif pe serviciu medical	da	da	da			
Tarif pe caz rezolvat (sistem DRG și pe caz pe specialități)			da			
Tarif pe zi de spitalizare			da			
Preț de referință		da (serv paraclin)	da (serv paraclin)	da		
Preț de decontare					da	
Buget global						da

Cheltuieli de sănătate din surse publice 2006-2010

Cheltuielile publice nominale în sănătate au evoluat în ultimii 5 ani de la 11,6 mld. lei la 20,5 mld. lei, conform rectificării bugetului de stat din august 2010. Creșterea nominală a fost de 76%, însă cea reală, ajustată cu inflația, a fost de aproximativ 50%.

În totalul cheltuielilor cea mai mare pondere revine FNUASS, cu o medie de aproape 85%; deci, cele mai importante cheltuieli se fac prin sistemul de asigurări de sănătate. Tendința este de scădere ușoară a ponderii cheltuielilor din fond, în condițiile creșterii cheltuielilor ministerului sănătății și ale bugetelor locale; nominal, acestea sunt cel puțin duble în anul 2010 față de 2006.

Ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea în produsul intern brut (PIB) e evoluat și ea de la 3,4% la 4%. Din acest punct de vedere, România încă se situează printre ultimele locuri între statele membre ale Uniunii Europene. Totuși, având în vedere particularitatea



cheltuielilor publice în România, cifrele trebuie analizată dintr-o altă perspectivă. În comparație celelalte state membre ale UE, ponderea cheltuielilor publice din România în total PIB este semnificativ mai scăzută. Astfel, în anul 2009, cheltuielile bugetului general consolidat au fost de 39,4% din PIB, față de o medie de circa 48% la nivelul Uniunii Europene; de altfel, România este pe ultimul loc între cele 27 de state membre (urmează Bulgaria cu peste 40%). În anul 2010, ca urmare a măsurilor de reducere a deficitului bugetar, cheltuielile publice vor scădea la 39,1% din PIB. În aceste condiții, comparațiile dintre ponderea cheltuielilor de sănătate în PIB în România și restul Europei nu sunt relevante. Sectorul public nu își poate permite cheltuieli de sănătate de 8,8% din PIB, adică media UE din anul 2007.

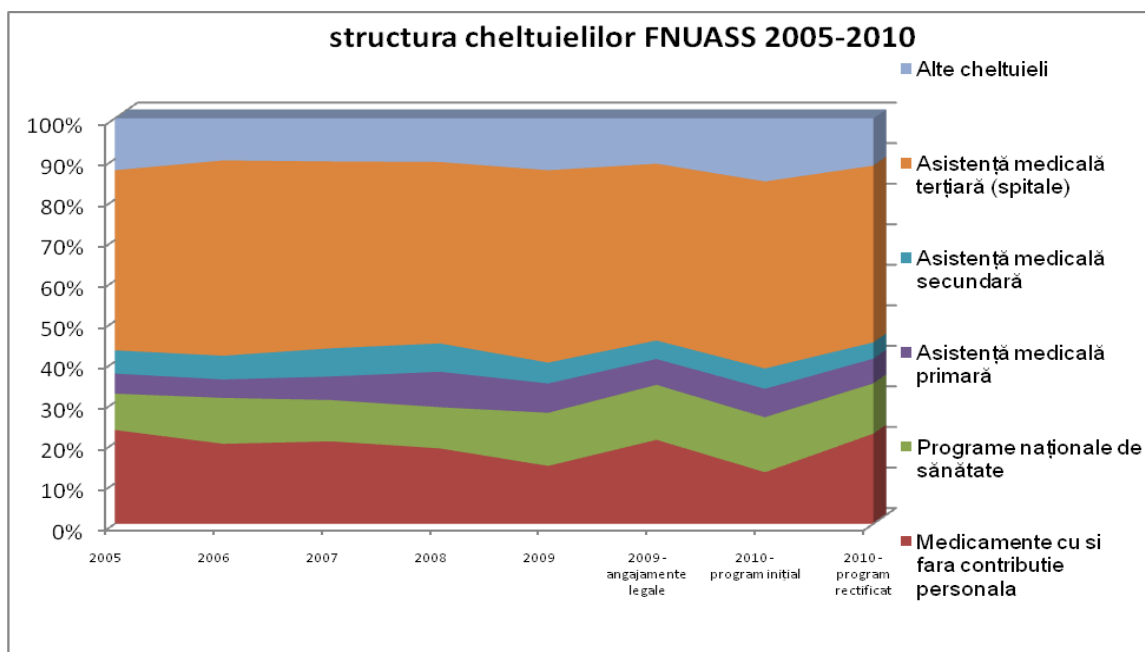
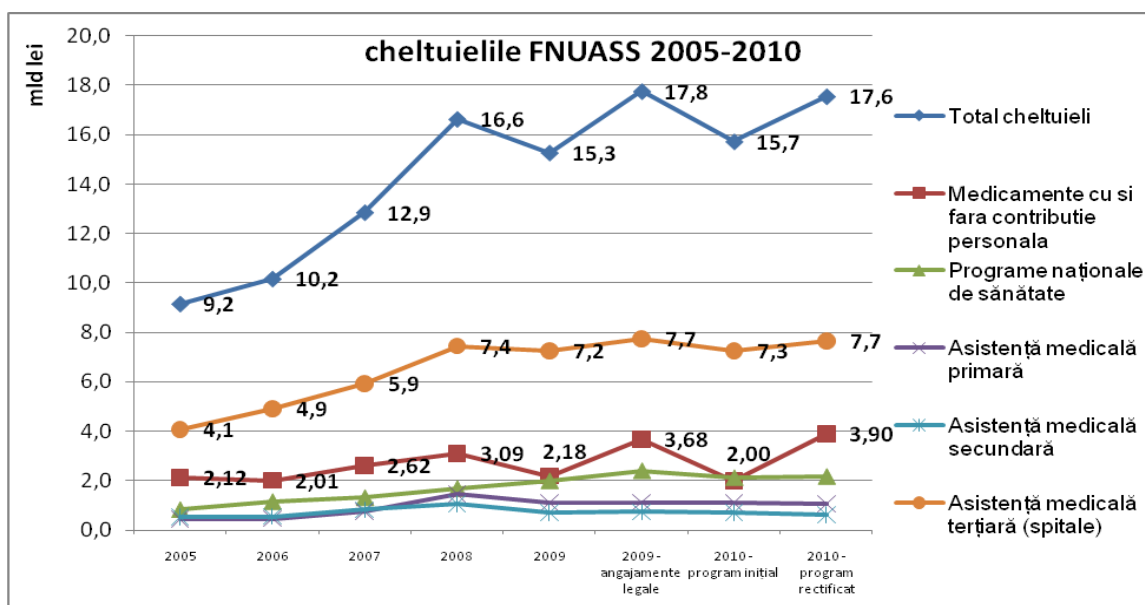
În schimb, atenția actorilor din sistem ar trebui îndreptată asupra ponderii cheltuielilor cu sănătatea în total cheltuieli publice. După cum se poate constata în graficele alăturate, ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea în BGC se situează peste 10%, rămânând relativ constantă în intervalul 2006-2010. Cu alte cuvinte, acesta este procentul pe care și-l poate

permite bugetul public al României pentru sănătate, chiar și într-o perioadă de creștere economică, precum intervalul 2005-2008.

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate 2006-2010

Evoluția și structura cheltuielilor 2006-2010

FNUASS are ca principale surse de finanțare contribuțiile de sănătate plătite de angajatori și angajați. Până în anul 2009 peste 90% totalul cheltuielilor fondului se finanțau din veniturile din contribuții de sănătate și numai 6% din subvenții de la bugetul MS (de la bugetul de stat și din venituri proprii). În ultimii doi ani, recesiunea economică a determinat scăderea veniturilor din contribuții, în condițiile în care obligațiile de cheltuieli au rămas neschimbate. Spre deosebire de anii anteriori, în anul 2010, subvențiile reprezintă 23,5% din totalul veniturilor fondului; din acestea, subvențiile de la bugetul de stat totalizează $\frac{3}{4}$, iar restul provin din veniturile proprii ale MS.



Cheltuielile FNUASS aproape s-au dublat în termeni nominali în ultimii 6 ani. În termeni reali, după ajustarea cu inflația, creșterea a fost de circa 60%. Ca pondere în total cheltuieli publice, FNUASS a reprezentat în medie 8,6%, cu un minim de 7,9% în anul 2009 și un maxim de 8,8% în 2010.

Structura cheltuielilor fondului este dominată de asistența medicală terțiară (spitalicească), care reprezintă, în medie, 46% din total. Ponderea a rămas relativ constantă în perioada 2005-2010. Pe locul secund regăsim medicamentele cu sau fără contribuție personală (actualele liste de medicamente compensate A, B, C1 și C3), cu o pondere medie de 19%. Dinamica acestora a fost mai amplă decât în cazul spitalelor, reflectând și oscilațiile de politică publică din această perioadă. Programele de sănătate au consumat, în medie, aproximativ 12% din cheltuieli, însă cu o tendință semnificativă de creștere. Pe de altă parte, se remarcă ponderea redusă a asistenței medicale primare și secundare, cu 6,5% și 5,3% din total; dinamica acestora este similară medicamentelor compensate.

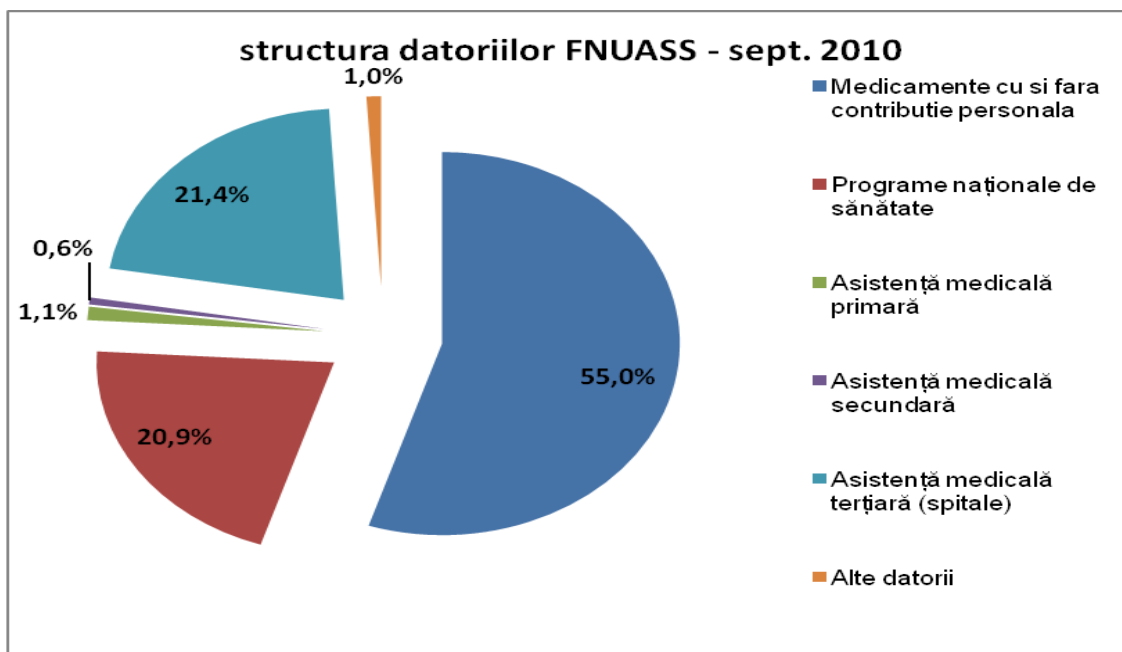
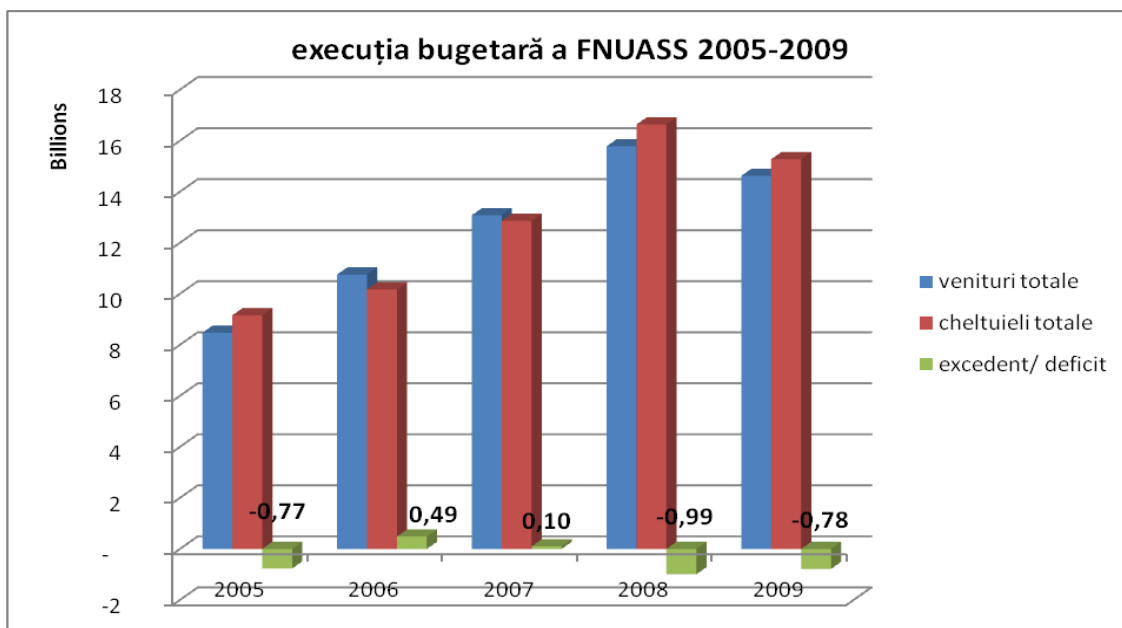
În evoluția în termeni reali a cheltuielilor fondului, programele de sănătate și asistența medicală primară s-au dublat față de 2005. Cheltuielile cu medicamentele compensate și asistența spitalicească s-au încadrat în tendința generală, iar cele cu asistența secundară au scăzut cu 10%.

În cheltuielile din 2009 ale FNUASS, prezentate în grafice, se remarcă diferența dintre plățile efectuate și angajamentele legale de plată, respectiv 15,3 mld. lei față de 17,8 mld. lei. Cu alte cuvinte, asigurații au beneficiat de servicii medicale în valoare de 17,8 mld. lei, iar fondul a plătit numai 15,3 mld. lei. În luna septembrie 2009, prin O.U.G. nr. 104/2009, fondul a primit dreptul de a încheia angajamente legale de plată suplimentare creditelor bugetare (lichidităților) aprobate de 2,8 mld. lei. Motivația deciziei pare să fi fost multiplă; fondul nu realiza veniturile programate, iar bugetul de stat de asemenea; cheltuielile cu medicamentele compensate scăpaseră de sub control ca urmare a eliminării plafoanelor la farmacii în anul 2008; alegerile prezidențiale se apropiau, iar guvernul nu dorea să riște oprobriul public reintroducând plafoanele la farmacii. Dacă justificarea pe termen scurt ale deciziei este rațională, impactul pe termen mediu asupra fondului avea să fie important. Practic, acesta a încheiat anul 2009 cu angajamente legale de plată (datorii către furnizori) de 3 mld. lei, pe care trebuia să le achite din veniturile anului 2010. În plus, trebuia să deconteze și serviciile pe care le-ar fi primit asigurații în anul 2010; toate acestea, în condițiile în care bugetul aprobat inițial prevedea cheltuieli de numai 15,7 mld. lei.

Situația financiară a FNUASS în anul 2010

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 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. 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 contribuțiile au scăzut la 10,7%. La acestea s-a adăugat recesiunea economică, din cauza căreia veniturile din contribuții s-au diminuat cu 3,6%. De altfel, 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, probabil acoperit dintr-un împrumut de la Trezoreria Statului. Tot în anul 2009, în contextul nerealizării veniturilor și creșterii neașteptate a cheltuielilor, Guvernul a aprobat angajamente legale de plată suplimentare de 2,8 mld. lei, care urmau a fi achitate în 2010. Prin urmare, în anul 2009, FNUASS a încasat venituri de 14,6 mld. lei, iar asigurații au beneficiat de servicii și produse în valoare de 17,8 mld. lei.



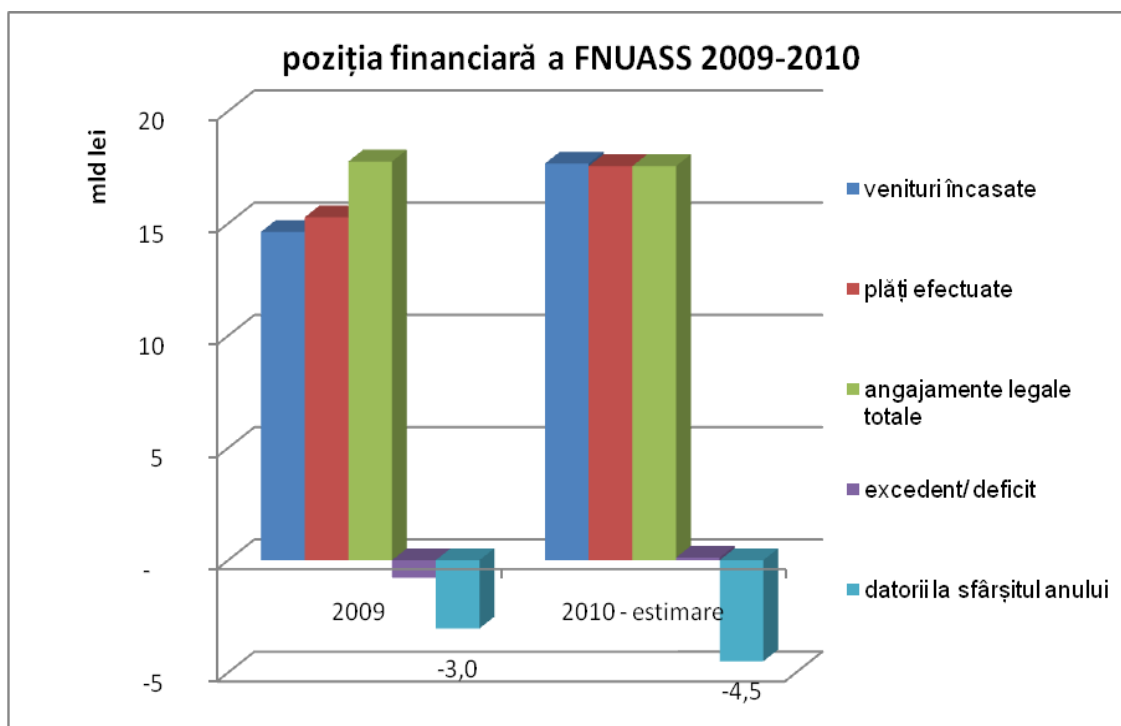
Așadar, FNUASS a început anul 2010 cu datorii totale de 3 mld. lei, din care două treimi către furnizorii de medicamente compensate, iar restul către spitale și furnizorii din programele naționale de sănătate¹⁰. Din nou, veniturile din contribuții programate la începutul anului, de 14,3 mld. lei, nu au fost realizate în totalitate, așa că o parte din datorii au devenit plăți restante, pe măsură ce costul serviciilor și produselor medicale furnizate asiguraților a continuat să crească. În consecință, 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 furnizorii de medicamente cu sau fără contribuție personală, iar cea a plăților restante de spitale și programe de sănătate. Era clar că fondul nu putea achita datoriile fără să întrerupă achiziția de servicii medicale, ceea ce este de neconceput în orice stat democratic. Prin urmare, la rectificarea bugetului de stat din luna august 2010, subvențiile de la bugetul de stat au fost

¹⁰ Ponderea foarte mare a datoriilor către furnizorii de medicamente se explică prin termenele de decontare diferite față de ceilalți furnizori de servicii. Astfel, în structura datoriilor pentru medicamentele compensate se regăsește consumul din ultimele 6 luni plus plățile restante, respectiv consum mai vechi de 6 luni.

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.

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 datoriei 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. conform legii, acestea vor trebui achitate din veniturile anului următor¹¹. După cum vom arăta într-un subcapitol ulterior, în anul 2011 subvențiile de la bugetul de stat sunt planificate să scadă la 300 mil. lei (de la 3,25 mld. lei în 2010), iar cheltuielile totale ale fondului la 15 mld. lei (de la 17,5 în 2010). În aceste condiții, este posibil ca furnizarea medicamentelor sau a serviciilor medicale să fie întreruptă de către deținătorii creanțelor (fie producătorii de medicamente, fie spitalele).



Poziția financiară a fondului este gravă și trebuie analizată de toți actorii cu maximă seriozitate. În ultimii 4 ani, România a redus contribuțiile de sănătate de la 13,5% la 10,7%, 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

¹¹ Ținând cont de valoarea datoriei în termenul de scadență înregistrate în septembrie 2010, putem trage evaluarea consumului de medicamente compensate la circa 375 mil. lei lunar. În condițiile în care FNUASS nu realizează veniturile programate din contribuții, nu poate achita întregul stoc de datorii la scadență.

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 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 am ajuns la stadiul în care consumăm mai mult decât putem finanța.

Asistența medicală primară

În România, serviciile medicale primare sunt furnizate de cabinetele de medicină de familie. În anul 2009, FNUASS încheiase contracte cu 11.388 de medici de familie, din care 595 în mediu urban. Peste 94% din populație era înscrisă la un medic de familie.

Pachetul de servicii medicale acordate în medicina primară se stabilește prin normele de implementare a contractului-cadru. Ponderea medicinei primare în totalul cheltuielilor FNUASS este redusă, de circa 6%. După o creștere în anii 2007-2008 la peste 8%, în ultimii doi ani tendința este descrescătoare (6,1% în 2010). În termeni reali, cheltuielile cu medicina primară s-au dublat în ultimii cinci ani.

	2005	2006	2007	2008	2009	2009 - angaj. legale	2010 - program inițial	2010 - program rectificat
Mil. lei	453,7	462,0	746,7	1.456,5	1.104,3	1.128,8	1.105,5	1.067,4
% în total chelt. FNUASS	5,0%	4,5%	5,8%	8,8%	7,2%	6,4%	7,0%	6,1%

Relațiile financiare dintre casele de asigurări de sănătate și cabinetele de medicină de familie sunt stabilite anual prin contractul-cadru și normele sale de implementare.

Metodele de plată a furnizorilor de servicii medicale primare sunt tariful pe persoană asigurată și tariful pe serviciu medical. Din suma alocată în 2010, 70% este utilizată pentru plata pe persoană înscrisă, iar 30% pentru servicii furnizate. Tarifele se exprimă în puncte, a căror valoare minimă e unică pe țară și e inclusă în normele la contractul-cadru. Valoarea definitivă este actualizată trimestrial, în funcție de alocarea disponibilă și serviciile furnizate. Prin stabilirea trimestrială a valorii punctelor aferente tarifelor, CNAS se asigură că sumele decontate se încadrează în prevederile bugetare aprobate. În perioada 2005-2008 valoarea punctelor a crescut constant, după care s-a plafonat sau chiar a scăzut, urmând tendința cheltuielilor totale.

Perioada de decontare a serviciilor medicale primare este de 20 de zile de la închiderea fiecărei luni, la valoarea minimă a punctului, iar regularizările se realizează trimestrial. Numărul estimat de consultații oferite de medicii de familie în anul 2009 a fost de 59 de milioane, iar cel de servicii de circa 11,5 mil. Făcând abstracție de serviciile prestate în cadrul Programului Național pentru Evaluarea Stării de Sănătate a Populației din anii 2007-2009, numărul consultațiilor și al serviciilor este în scădere în ultimii 5 ani. În condițiile în care starea de sănătate a populației nu s-a îmbunătățit semnificativ, tendința poate arăta o predilecție a pacienților către asistența de specialitate în ambulatoriu sau spitalicească.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (Q4)
Valoarea unui punct „pe persoană” a medicilor de familie (lei)	1,76	1,79	2,69	4,66	4,25	4,50
Valoarea unui punct „pe serviciu” a medicilor de familie (lei)	0,53	0,53	0,94	2,34	1,50	0,93
Raport plată pe persoană/ plată pe serviciu				80%/ 20%	90%/ 10%	70%/ 30%

Principalele probleme ale medicinei primare, semnalate atât de autorii prezentului studiu, cât și de specialiști în domeniu sunt:

- Calitatea serviciilor medicale primare este adesea nesatisfăcătoare, fapt evocat chiar și de oficialii din Ministerul Sănătății; predilecția pacienților pentru asistența spitalicească, inclusiv cea de urgență, cu mult mai scumpă creează presiuni financiare importante în sistem;
- Dotarea cu aparatură de specialitate a cabinetelor este insuficientă;
- Gradul de acoperire a mediului rural cu medici de familie este insuficient în multe zone din țară, ceea ce determină pacienții să solicite servicii direct spitalelor;
- Asistența medicală primară nu este integrată cu cea comunitară, cea secundară (de specialitate în ambulatoriu) și cea terțiară; medicii de la diferite niveluri nu se coordonează și nu comunică suficient în prescrierea, aplicarea tratamentelor și urmărirea stării de sănătate a pacienților;
- Ponderea cheltuielilor cu asistența primară este redusă, comparativ cu statele OECD¹²;
- Ponderea plății pe persoană este prea mare și nu încurajează medicii să investească în capacitatea de furnizare a serviciilor;
- Volatilitatea recentă a valorii punctelor de decontare, mai ales pe servicii, nu permite medicilor să planifice investiții pe termen mediu și lung;
- Sistemul informatic prin care toate cabinetele de medicină de familie să fie conectate cu casele de asigurări și cu ceilalți furnizori de servicii nu este complet și funcțional;
- Numărul medicilor de familie tineri este foarte scăzut, iar al celor care se stabilesc în mediul rural și mai redus;
- Activitatea de prevenire și informare este slab dezvoltată.

Asistența medicală secundară (în ambulatoriu de specialitate)

Asistența medicală secundară constă din servicii medicale de specialitate și paraclinice furnizate în ambulatoriu prin cabinete medicale, unități sanitare ambulatorii, laboratoare medicale, centre de diagnostic și tratament și centre medicale multifuncționale. Acestea încheie contracte de servicii cu casele de sănătate. În anul 2009, FNUASS încheiase:

- 2.744 de contracte cu cabinete și unități medicale ambulatorii de specialitate (acestea angajau peste 11.400 de medici)
- 1.314 contracte cu furnizori de servicii medicale paraclinice (aproape 4.300 de medici)

¹² Banca Mondială, Romania: Public Expenditure and Institutional Review, Washington DC, 2006.

- 4.069 de contracte cu cabinete de medicină dentară (aproape 4.800 de medici).

Evoluția numărului contractelor a fost relativ stabilă în ultimii 5 ani, cu o ușoară creștere a celor cu cabinete și unități medicale ambulatorii de specialitate.

Numărul și dimensiunea contractelor se stabilesc la nivel județean de către comisii de specialitate, în funcție de necesarul de servicii și alocația anuală disponibilă.

Pachetul de servicii medicale acordate în medicina secundară se stabilește prin normele de implementare a contractului-cadru.

Ponderele asistenței medicale secundare în totalul cheltuielilor FNUASS este redusă, cu puțin peste 5%. Evoluția din ultimii 5 ani a fost marcată de o creștere la 7% în anii 2007-2008, ca urmare a Programului Național pentru Evaluarea Stării de Sănătate a Populației, după care a scăzut la 4% în 2010. De fapt, în termeni reali alocarea pentru anul 2010 este similară celei din 2005, în ciuda creșterii semnificative a bugetului FNUASS.

indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2009 - angaj. legale	2010 - program inițial	2010 - program rectificat
Mil. lei	525	595,9	896,1	1.162	786,3	811,5	787,4	705,6
% în total chelt. FNUASS	5,7%	5,9%	7,0%	7,0%	5,1%	4,6%	5,0%	4,0%

Metoda de plată a serviciilor medicale de la acest nivel este tariful pe serviciu. Acest este exprimat în puncte, pentru specialitățile clinice, și în lei, pentru specialitățile paraclinice și medicina dentară. Valoarea minimă garantată a punctului este prevăzută în normele de aplicare a contractului-cadru, iar cea definitivă se calculează trimestrial de către CNAS, în funcție de numărul serviciilor furnizate și alocarea bugetară aprobată. În ultimii 5 ani, valoarea punctului a crescut, în termeni reali, cu circa 40%.

indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2010 (trim IV)
Valoarea unui punct "pe serviciu" în asistența medicală ambulatorie	0,55	0,53	0,94	0,94	0,85	0,93

Numărul serviciilor furnizate în cabinetele și unitățile medicale ambulatorii de specialitate și decontate de casele de asigurări a depășit 6 mil. în anul 2009, încadrându-se într-o tendință de creștere evidentă din anul 2004 (4,3 mil. servicii). Numărul serviciilor medicale paraclinice s-a apropiat de 39 de milioane, în anul 2009, tot în creștere față de anii anteriori. În schimb, numărul serviciilor medicale dentare decontate a scăzut cu 20% față de 2008, la aproape 3 mil., pe fondul unei scăderi similare a alocării bugetare.

Decontarea serviciilor medicale de la acest nivel se realizează în 20 de zile de la închiderea fiecărei luni. În cazul serviciilor exprimate în puncte, decontarea se face la valoarea minimă a punctului, iar regularizările se realizează trimestrial.

Principalele probleme ale medicinei secundare, semnalate atât de autorii prezentului studiu, cât și de specialiști în domeniu sunt:

- Asistența primară și cea secundară reprezintă împreună puțin peste 12% din totalul cheltuielilor FNUASS, cu o tendință evidentă de scădere nominală și procentuală în ultimii doi ani. Procentul de 12% se situează mult sub media OECD de 35%¹³.
- Subfinanțarea cronică și volatilitatea alocărilor bugetare împiedică investițiile în dezvoltarea serviciilor și determină pacienții să apeleze la servicii spitalicești pentru cazuri tratabile în ambulatoriu;
- Gradul de acoperire națională în anumite specialități este insuficient. Pacienții sunt nevoiți să meargă în județele învecinate;
- Asistența medicală secundară nu este integrată cu cea comunitară, cea primară și cea terțiară; medicii de la diferite niveluri nu se coordonează și nu comunică suficient în prescrierea, aplicarea tratamentelor și urmărirea stării de sănătate a pacienților.

Asistența medicală terțiară (spitalicească)

Asistența medicală terțiară se acordă în unități sanitare cu paturi (spitale). Spitalele pot fi de mai multe tipuri: regionale, județene, locale, de urgență, generale, clinice, clinice universitare, pentru bolnavi cu afecțiuni cronice, sanatorii, preventorii, centre de sănătate etc. asistența medicală se acordă în regim de spitalizare continuă și de zi. Pachetul serviciilor medicale furnizat asiguraților prin spitale se stabilește anual prin normele de aplicare a contractului-cadru.

Cheltuielile FNUASS cu asistența medicală spitalicească reprezintă 46% din total. Practic, asistența medicală terțiară este cea mai costisitoare componentă a sistemului sanitar din România, situându-se peste valorile înregistrate în statele OECD sau membre ale UE¹⁴. Cheltuielile au crescut în valoare nominală cu aproape 90%, iar în termeni reali cu peste 50%.

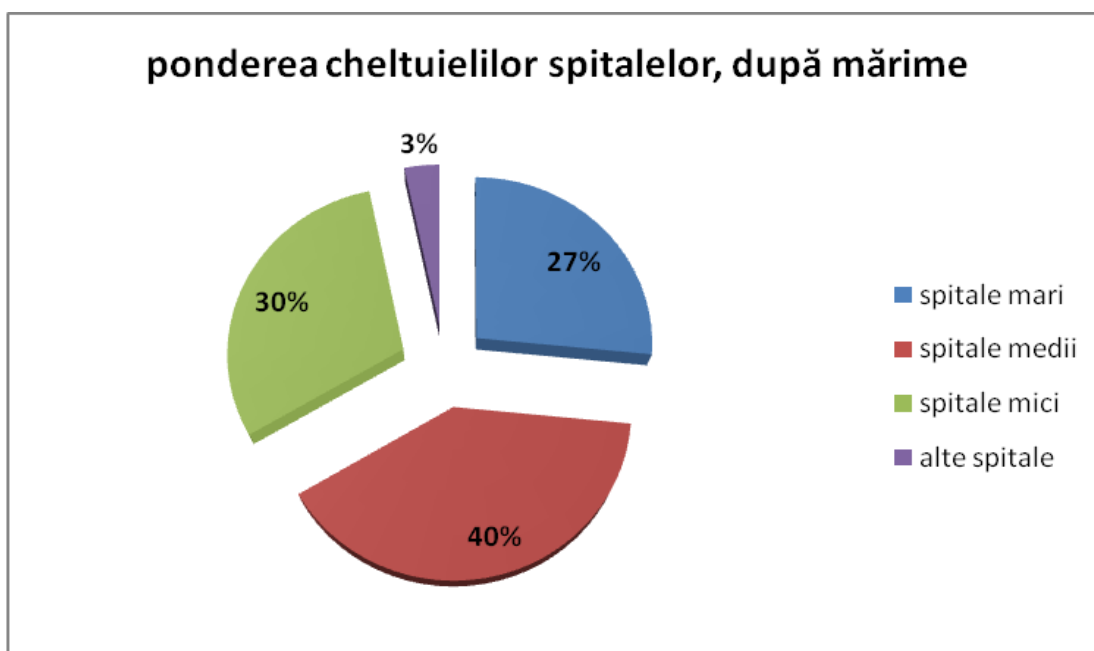
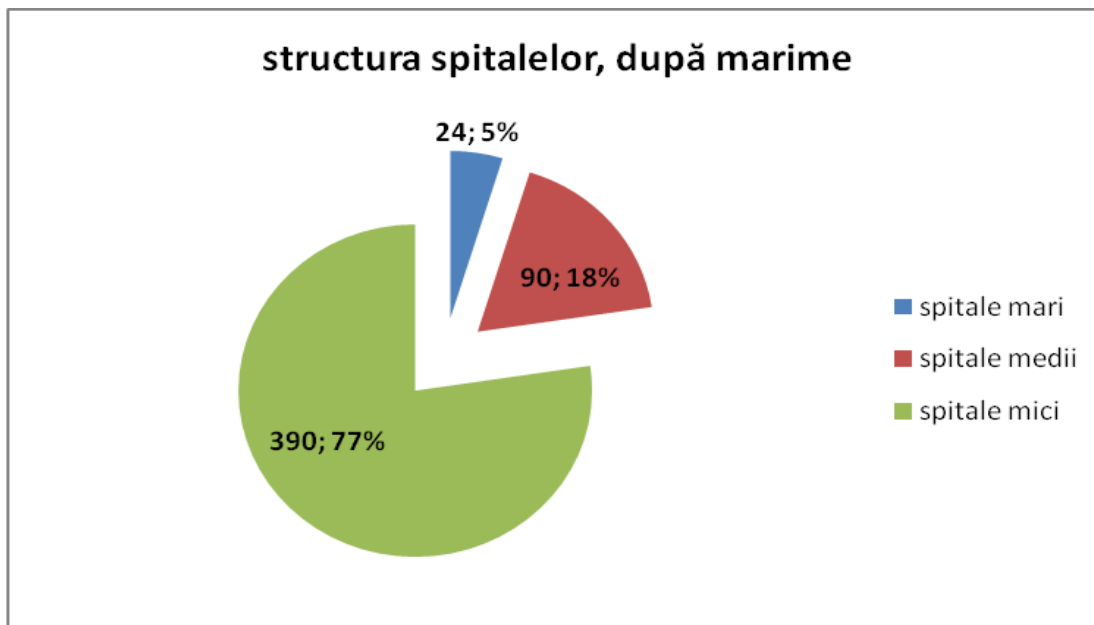
Indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2009 - angaj. legale	2010 - progr inițial	2010 - progr rectificat
Mil. Lei	4.068,2	4.900,6	5.926,6	7.446,7	7.248,7	7.746,1	7.256,5	7.653,6
% în total FNUASS	44,4%	48,2%	46,1%	44,8%	47,5%	43,6%	46,1%	43,6%

Casele de asigurări de sănătate contractează servicii cu spitalele publice sau private. În anul 2009 numărul acestora a fost de 505. În anul 2010 el este similar. Din total, peste 460 sunt publice, din care 370 în subordinea primăriilor și consiliilor județene.

Total spitale în relații contractuale cu casele de asigurări	Spitale publice, din care:	Des-centralizate	Minist Sănătății	Minist Transp	Spitale private
aprox. 500	Peste 460 (excl. sist. de ordine publică și apărare)	370	peste 60	aprox. 15	aprox. 50

¹³ Banca Mondială, Romania: Public Expenditure and Institutional Review, Washington DC, 2006.

¹⁴ Banca Mondială, Romania: Public Expenditure and Institutional Review, Washington DC, 2006 și Strategia națională de raționalizare a spitalelor, Ministerul Sănătății, București, 2010.



Dintre cele 500 de spitale în relații contractuale cu casele de asigurări, 25 pot fi considerate mari, cu cheltuieli totale anuale de peste 70 mil. lei. Dintre ele 13 sunt descentralizate, iar restul în subordinea MS și Academiei Române (Spitalul Elias). Alte aproape 90 pot fi considerate medii, cu cheltuieli între 20 mil. lei și 70 mil. lei anual. Restul de aproape 390 au cheltuieli sub 20 mil. lei anual și pot fi considerate spitale mici; între acestea din urmă regăsim spitalele pentru bolnavi cu afecțiuni cronice, sanatoriile, preventoriile și centrele de sănătate, precum și spitalele private.

Cele 24 de spitale mari consumă peste un sfert din resursele totale spitalicești decontate de FNUASS. În schimb, cele mai mici, deși dominante ca număr, cheltuiesc numai 30% din total. De altfel, cele mai mici 100 de spitale generale, în majoritatea lor spitale orașenești și municipale, consumă numai 6% din totalul cheltuielilor spitalicești (aprox. 500 mil. lei în anul 2009). De cealaltă parte, cele mai mari 15 spitale cheltuiesc circa 20% din total.

În privința structurii cheltuielilor spitalelor, cele de personal se apropie, în medie, de 70%, cu ponderi inferioare la spitalele mari și superioare la cele mici¹⁵. Cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare sunt de 10%, iar cele efectuate în cadrul programelor naționale de sănătate circa 8%. Ultimii doi indicatori înregistrează valori superioare la spitalele mari și inferioare la spitalele mici.

categoria spital	% cheltuieli de personal	% bunuri și servicii, din care:	% medicamente și materiale sanitare	% progr sănătate	% alte cheltuieli
spitale mari	61,1%	38,8%	14,3%	12,6%	0,1%
spitale medii	67,6%	32,3%	8,9%	9,8%	0,1%
spitale mici	75,5%	24,3%	7,4%	2,3%	0,2%
alte spitale	66,5%	33,5%	15,7%	3,9%	0,0%

Spitalele publice sunt conduse de un manager și un consiliu de administrație. Managerul este numit de către conducătorul instituției ierarhic superioare în urma unui concurs organizat de consiliul de administrație. De asemenea, el încheie un contract de management cu instituția/u.a.t. respectivă. Contractul de management conține indicatori de performanță.

Spitalele încheie contracte de furnizare a serviciilor medicale cu casele de asigurări de sănătate. Contractele se încheie prin negociere, pe baza unor criterii și reguli prevăzute în contractul-cadru și în normele de aplicare. În contractare, casele de asigurări trebuie să respecte plafoanele bugetare alocate de către CNAS.

Contractarea serviciilor medicale depinde de doi factori principali: numărul estimat al cazurilor externate în anul respectiv și tariful pe caz rezolvat. Numărul estimat al externărilor este o variabilă ajustabilă prin negociere; aceasta ia în calcul atât istoricul spitalului, cât și estimarea pe anul în curs, în funcție de capacitatea acestuia. Tariful pe caz rezolvat este, de regulă, fix, stabilit prin normele de aplicare a contractului-cadru. Tarifele sunt de mai mult tipuri, și anume:

- Tarif pe caz rezolvat, în sistem DRG sau pe specialități;
- Tarif pe zi de spitalizare.

Principalul sistem de tarifare este cel pe grupe de diagnostic (DRG), utilizat în 60% dintre spitalele aflate în relații contractuale cu casele de asigurări. Ponderea acestora în totalul cheltuielilor spitalelor este peste 81%. Numărul serviciilor și tarifele pentru spitalizare de zi se negociază între casele de asigurări și spitale. Valoarea tarifului nu poate depăși o treime tariful pe caz rezolvat aplicabil în cazul respectiv. Valoarea totală a serviciilor de spitalizare de zi nu poate depăși 20% din cea a spitalizării continue. În contractare, casele de asigurări de sănătate trebuie să rezerve 5% din fondurile alocate pentru achitarea serviciilor medicale care depășesc limitele maxime contractate.

Spitalele mai realizează venituri și din alte surse, pe baza unor contracte separate, respectiv din:

- Programele naționale de sănătate;
- Servicii de suplere renală;

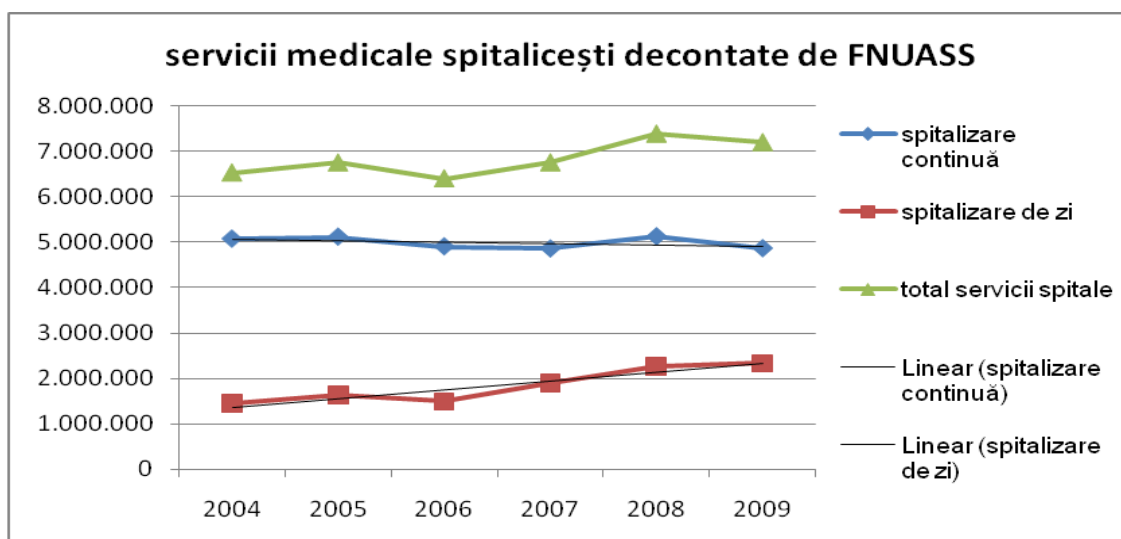
¹⁵ Există și spitale medii cu o pondere a cheltuielilor de personal între 80% și 90% din total. În anul 2009, 355 de spitale aveau cheltuieli mai mari de 70% din total.

- Servicii medicale paraclinice;
- Servicii furnizate prin cabinete medicale de specialitate.

Decontarea serviciilor medicale furnizate de spitale se face în primele 10 zile ale lunii următoare, cu condiția validării facturilor de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar. În cazul programelor naționale de sănătate, în anul 2010, decontarea se realizează la 120 de zile (30 de zile pentru verificarea facturii și 90 de zile termen de decontare). Decontarea se face la jumătate din tariful pe caz rezolvat dacă:

- pacientul se reinternază în termen de 48 de ore de la externare pentru aceeași afecțiune;
- pacientul este transferat la o altă unitate sanitară în termen de 48 de ore de la internare;
- serviciile medicale se furnizează suplimentar numărului contractat, după epuizarea posibilității de înscriere pe listele de așteptare a cazurilor programabile.

În privința respectării fondurilor alocate la nivel de județ și contractate cu unitățile sanitare, contractul-cadru și normele de aplicare menționează în mod repetat că atât contractare, cât și decontarea nu pot depăși aceste limite. Nu există alte prevederi sau penalizări. În practică, spitalele furnizează servicii suplimentare, ale căror facturi nu sunt transmise spre casele de asigurări pentru validare. Acestea sunt emise ulterior, atunci când există posibilitatea efectuării de noi angajamente legale.



Numărul serviciilor decontate spitalelor de CNAS în anul 2010 a fost de aproape 7,2 mil., din care două treimi în regim de spitalizare continuă. Dintre acestea imensa majoritate (94%) au fost decontate în sistem DRG. Serviciile în regim de spitalizare continuă s-au menținut constante în ultimii 5 ani, iar cele în regim de spitalizare de zi au crescut cu peste 50%. În consecință, totalitatea serviciilor spitalicești a crescut cu circa 10% în ultimii 6 ani, mai ales pe seama spitalizării de zi.

Principalele probleme ale medicinei terțiare, semnalate atât de autorii prezentului studiu, cât și de specialiști în domeniu sunt:

- Cheltuielile din FNUASS cu asistența medicală în spitale, de peste 46%, sunt superioare mediei statelor OECD, care se situează în jurul valorii de 40%¹⁶.
- Controlul bugetar al serviciilor medicale furnizate de spitale în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări nu este strict. Spitalele furnizează servicii peste

¹⁶ Banca Mondială, Romania: Public Expenditure and Institutional Review, Washington DC, 2006.

plafoanele alocate, cu scopul de a realiza gradul optim de utilizare a paturilor și de a crește numărul cazurilor rezolvate, iar casele de asigurări le acceptă ori de câte ori au disponibilități pentru angajamente legale suplimentare. În luna septembrie 2010, plățile restante ale FNUASS către spitale erau aproape jumătate din stocul total existent de 1,2 mld. lei.

- Nu se aplică măsuri de constrângere sau penalizare (în contractele din anii următori) pentru spitalele care depășesc în mod frecvent plafoanele bugetare sau acumulează plăți restante. Nici managementul spitalelor nu are de suferit în vreun fel¹⁷.
- Numărul spitalelor este ridicat, cel al paturilor peste media europeană, cel al internărilor, de asemenea, iar cel al intervențiilor chirurgicale la extrema superioară a UE¹⁸. Numărul serviciilor medicale este în continuă creștere în ultimii ani. Toate acestea indică o utilizare excesivă a capacității spitalicești, fapt confirmat și de ponderea foarte mare și constantă a cheltuielilor în totalul FNUASS.
- Pacienții români preferă serviciile spitalelor și ale secțiilor de urgențe ale acestora în detrimentul asistenței primare și terțiare. De altfel, s-a constatat statistic, că aproximativ 10% din cazurile tratate în regim de spitalizare continuă ar putea fi gestionate în ambulatoriu¹⁹. Pentru sistem, acest fenomen este extrem de costisitor, deoarece un serviciu spitalicesc costă de 10-20 de ori mai mult decât unul în ambulatoriu²⁰.
- Contractarea de către casele de sănătate a serviciilor medicale în spitalele plătite prin sistem DRG și prin tarif pe caz rezolvat pe specialități se face prin negociere, în funcție de istoricul cazurilor externate în ultimii 5 ani încheiați și estimarea pentru anul în curs. Estimarea depinde de numărul paturilor, gradul optim de ocupare al acestora și durata optimă de spitalizare. Toate acestea încurajează spitalele să mențină un număr cât mai mare posibil de paturi și să efectueze cât mai multe internări pentru a atinge gradul optim de ocupare și a avea multe cazuri externate. Casa poate negocia diminuarea numărului istoric al cazurilor rezolvate pentru care nu se justifică internarea. În ansamblu, contractarea nu ia în calcul și calitatea serviciilor spitalului, exprimată prin gradul de satisfacție al pacienților externați, evoluția lor post-tratament, condițiile de furnizare etc.
- Tarifele pe caz rezolvat în sistem DRG sunt utile și și-au dovedit deja eficacitatea prin furnizarea unor date statistice despre serviciile medicale spitalicești care nu erau disponibile anterior. Totuși, au fost semnalate frecvent câteva deficiențe ale sistemului actual, care trebuie remediate:
 - Tarifele încurajează spitalele să recurgă la internări de scurtă durată pentru afecțiuni tratabile prin spitalizare de zi sau în ambulatoriu, ambele mai ieftine.

¹⁷ Începând din 2010 contractul de management încheiat de manager cu instituția ierarhic superioară poate fi denunțat dacă spitalul are plăți restante de peste 2 ani și nu achită mai întâi furnizorii cu cele mai vechi datorii.

¹⁸ Circa 640 de paturi/100.000 locuitori, față de o medie UE de 580 de paturi; 21.513 internări/100.000 locuitori, față de o medie UE de circa 19.000 de internări; 16.000 de intervenții chirurgicale/100.000 locuitori, față de o medie UE de 7.300 de intervenții. Date sunt preluate din Strategia națională de raționalizare a spitalelor, Ministerul Sănătății, București, 2010.

¹⁹ Printre aceste afecțiuni amintim hipertensiunea, afecțiuni ale spatelui, probleme menstruale, unele afecțiuni ale sistemului digestiv, ale ficatului etc. Banca Mondială, România - sectorul de sănătate. Studiu de politică sectorială, București, 2007.

²⁰ Un calcul elementar realizat pe baza datelor din anul 2009, arată că FNUASS a decontat în medie pentru un serviciu spitalicesc 1077 lei, pentru unul în ambulatoriu de specialitate 53 de lei, iar pentru asistența primară 64 de lei (după ponderare între cele două tipuri de tarife).

- Spitalele fac acest lucru pentru a-și asigura un flux constant de venituri și a-și asigura un grad cât mai ridicat de ocupare a paturilor.
- Tarifele pentru anumite servicii complexe, inclusiv intervenții chirurgicale, nu acoperă costurile reale ale spitalelor. În alte cazuri, tarifele sunt mai mari decât costurile reale.
 - Există un grup de circa 50 de spitale pentru care tariful pe caz ponderat este mai mari decât ale celorlalte.
- Din cauza cheltuielilor ridicate de personal, unele spitale nu au fonduri suficiente pentru achiziționarea tuturor medicamentelor și a materialelor sanitare, cerându-le pacienților să facă acest lucru pe cheltuiala proprie. Prevederea din contractul-cadru conform căreia pacienții pot cere o adeverință pentru efectuarea acestor cheltuieli de la medicul curant, cu avizul șefului de secție și al managerului, urmând apoi să le recupereze tot de la spital, este neaplicabilă.
 - Închiderea spitalelor mici nu este o soluție salvatoare pentru sistem. Ponderea celor mai mici 100 de spitale care sunt plătite în sistem DRG în totalul cheltuielilor spitalicești este de numai 6%. Ele sunt în majoritate spitale comunale, orașenești și municipale. În schimb, ponderea celor mai mari 15 spitale este numai puțin de 20%.
 - După peste 4 ani de la intrarea în vigoare a Legii nr. 95/2006 spitalele nu au fost acreditate. Astfel, multe dintre spitalele actuale nu îndeplinesc condiții standard pentru furnizarea de servicii, dar continuă să funcționeze. În plus, controlul condițiilor de funcționare nu este sistematic.
 - Casele de sănătate județene încheie contracte de servicii cu toate spitalele din județe, inclusiv cu cele care sunt cunoscute drept neperformante.
 - Nu există ghiduri terapeutice pentru cele mai frecvente afecțiuni, astfel încât tratamentele aplicate variază.
 - Nu există protocoale pentru traseele clinice ale pacienților în funcție de afecțiunile avute sau pentru transferul pacienților între unități sanitare diferite. Astfel, spitalele județene de urgență sau spitalele clinice primesc pacienți cu afecțiuni ce puteau fi rezolvate în spitalele locale sau în ambulatoriu; în alte situații, spitalele locale internează cu bună știință pacienți cu afecțiuni complexe, deși știu nu îi pot trata, după care îi transferă la spitalul superior (în acest fel, ele obțin 50% din tariful pe caz rezolvat).
 - Personalul nemedical ocupă o pondere importantă în structura spitalelor, ceea ce determină o pondere prea mare a cheltuielilor de personal²¹.
 - Distribuția personalului medical la nivel național este neuniformă, înregistrând valori foarte reduse în anumite județe²² (Teleorman, Dâmbovița, Giurgiu, Călărași, Ialomița, Vaslui, Bistrița-Năsăud, Tulcea).
 - Repartizarea creditelor bugetare pe județe de către CNAS se face în funcție de alocările istorice, fără a se lua în calcul necesarul real de servicii de asistență spitalicească sau contribuția angajatorilor și angajaților din județelor respective la veniturile FNUASS.

²¹ Societatea Academică din România, Policy brief no. 51, Descentralizarea spitalelor. Tendințe și soluții în județul Dâmbovița, București, Noiembrie 2010.

²² Strategia națională de raționalizare a spitalelor, Ministerul Sănătății, București, 2010.

Medicamentele cu și fără contribuție personală

Medicamentele compensate se eliberează pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu. Prescripția se eliberează fie de medicul de familie, fie de medicul specialist. Medicamentele se eliberează prin farmacii cu circuit deschis sau, în unele cazuri, cu circuit închis. În acest scop, farmaciile încheie contracte anuale cu casele de asigurări de sănătate județene.

Lista denumirilor comune internaționale (DCI) ale medicamentelor compensate, precum și procentul de compensare se aprobă prin hotărâre a guvernului. În prezent există trei liste, cu următoarele caracteristici:

Lista	Destinația medicamentelor	Dimensiune listă	Procentul compensare	Finanțarea
A	Pentru asigurați în tratamentul ambulatoriu	1.596 de medicamente	90%	FNUASS
B	Pentru pensionarii cu venit numai din pensii, sub 700 de lei lunar	835 de medicamente	90%, în limita a 300 de lei lunar	FNUASS 50% din compensare, MS 40% din compensare
C, sublista C1	Pentru tratamentul în ambulatoriu a unor grupe de boli, cu monitorizarea prescrierii și consumului	1.671 de medicamente	100%, o singură prescripție lunar cu maxim 3 medicamente	FNUASS
C, sublista C2	Pentru tratamentul bolnavilor incluși în programe naționale de sănătate (11 programe)	2.629 de medicamente	100%	FNUASS și MS, prin transferuri către fond
C, sublista C3	Pentru tratamentul în ambulatoriu al copiilor, elevi, studenți, ucenici până la 26 de ani, gravide și lăuze	302 medicamente	100% o singură prescripție lunar, max 4 medicamente	FNUASS

Din fondurile alocate pentru medicamente cu și fără contribuție personală se finanțează listele A, B (compensarea de 50%), C1 și C3.

FNUASS decontează furnizorilor o sumă rezultată din aplicarea procentului de compensare la prețul de referință. Prețul de referință este prețul cel mai mic al unui medicament din cadrul aceleiași DCI, pentru fiecare concentrație. În cazul medicamentelor originale, prețul de referință este prețul cu amănuntul al acestora. Medicii sunt obligați să prescrie medicamentele după DCI și nu după denumirea comercială. De exemplu, dacă o denumire comună internațională cu o anumită concentrație este comercializată sub forma mai multor medicamente cu denumiri comerciale, producători și prețuri diferite, prețul referință este cel al celui mai ieftin medicament. La acesta se aplică procentul de compensare, rezultând suma decontată farmaciei. Diferența dintre prețul medicamentului și suma decontată cade în sarcina pacientului. Dacă pacientul optează pentru un medicament mai scump, atunci plătește din propriul buzunar diferența, chiar dacă procentul de compensare este 100%.

Acest sistem de stabilire a prețului de referință a fost introdus numai în anul 2010, după ce ani de zile procentele de compensare se aplicau, de regulă, la prețurile cu amănuntul ale fiecărui medicament. Astfel, era încurajat consumul medicamentelor scumpe.

Ponderea cheltuielilor FNUASS cu medicamentele compensate este semnificativă, mai mare decât media OECD. Astfel, în ultimii 5 ani FNUASS a cheltuit circa 19% pe medicamentele cu sau fără contribuție personală. În termeni reali, cheltuielile au crescut cu 53%, procent inferior evoluției cheltuielilor totale ale FNUASS.

indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2009 - angaj. legale	2010 - progr inițial	2010 - progr rectificat
Mil. lei	2.119,9	2.006,5	2.616,1	3.094,7	2.181,4	3.680,5	2.000,8	3.903,5
% în total FNUASS	23,1%	19,7%	20,3%	18,6%	14,3%	20,7%	12,7%	22,2%

Contractarea furnizării medicamentelor de către farmaciile nu mai este însoțită de plafoane fixe ale valorii medicamentelor. De altfel, nu există nici o limită impusă farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor respective și nici medicilor de familie și specialiști pentru prescriere. Farmaciile chiar au obligația să se aprovizioneze cu medicamentele prevăzute în liste, mai ales cu cele la preț de referință. Dacă nu le au în stoc, sunt obligate să se aprovizioneze în maxim 48 de ore. Nerespectarea repetată a acestei condiții poate duce la denunțarea contractului de către casele de asigurări.

Cu toate acestea, casele decontază sumele convenite farmaciilor numai în limita fondurilor aprobate, respectiv credite de angajament. Prin urmare, dacă o farmacie eliberează medicamente peste valoarea prevăzută în contract, nu poate obține decontarea deoarece casele de asigurări nu acceptă facturile. În practică, respectivele facturi sunt păstrate neînregistrate până când casele primesc credite de angajament suplimentare (de la CNAS sau MS prin bugetul de stat); atunci, facturile sunt prezentate și acceptate. Până în acel moment, farmaciile nu achită distribuitorii, iar aceștia producătorii; astfel, producătorii devin creditori ai sistemului de sănătate până la recuperarea creanțelor (înregistrate sau nu).

În plus, spre deosebire de celelalte nivele de asistență medicală, perioada de decontare se întinde până la 210 zile (din care 30 pentru verificarea facturilor) de la data depunerii facturii.

Principalele probleme ale regimului medicamentelor compensate, semnalate atât de autorii prezentului studiu, cât și de specialiști în domeniu sunt:

- Regulile de contractare și decontare, alături de suplimentarea listelor A - C1&3 în anii 2008 și 2009, au determinat pierderea controlului asupra cheltuielilor cu medicamentele cu și fără contribuție personală, acumularea unor datorii majore ale FNUASS față de furnizori în anii 2008-2010, după cum am arătat anterior în acest capitol. În septembrie 2010, din totalul datoriilor în sistem, acestea reprezentau peste jumătate.
- Practica păstrării "la sertar" a facturilor creează incertitudine în privința datoriilor totale reale. Suplimentările transferurilor de la bugetul de stat pentru stingerea plăților restante (ultima în august 2010) nu au avut efectele scontate deoarece imediat au apărut obligații noi de plată despre care nu se știa nimic²³.

²³ Din discuțiile cu furnizorii de medicamente a reieșit că la nivel județean, stocul real al datoriilor este cunoscut, însă nu este raportat până la nivel de minister sau Guvern.

- Mulți actori din sistemul medical indică practicile frauduloase prin care medicii prescriu rețete de care nu beneficiază nici un pacient, farmaciile eliberează medicamentele unor persoane interesate, după care solicită decontarea caselor de asigurări, iar medicamentele sunt comercializate fie pe piața neagră, fie prin export paralel. Anumite studii evaluează practici la circa 10% din piața medicamentelor compensate²⁴.
- Este adevărat că vechile plafoane aplicate valorii medicamentelor eliberate de farmacii au adus deservicii pacienților. Cu toate acestea, lipsa bugetelor orientative sau a stimulentele, dar și ineficiența controlului prin sistemul informatic, împiedică CNAS să controleze prescrierea și consumul de medicamente cu sau fără contribuție personală.
- Lipsa ghidurilor terapeutice permite medicilor de familie să prescrie medicamente în exces sau necorespunzător.

Programele naționale de sănătate

Programele naționale de sănătate sunt acțiuni menite să realizeze obiective specifice de sănătate. Ele pot fi de evaluare, profilactice și curative²⁵. Lista și regulile de implementare a programelor naționale de sănătate se aprobă anual de către Guvern. Implementarea lor revine fie Ministerului Sănătății, fie CNAS (vezi Anexa). totuși, anumite obiective ale programelor din anexa A se implementează de către CNAS, cu finanțare de la minister. Această alocare a responsabilităților, deși neclară pentru nespecialiști, este rezultatul constrângerilor financiare cumulate cu obiectivul de a lărgi aria de cuprindere a programelor. Astfel în anul 2010, transferurile din bugetul MS în contul programelor naționale de sănătate depășesc 1,1 mld. lei.

Furnizorii de servicii în cadrul programelor de sănătate sunt cabinetele de medicină de familie, cabinetele de specialitate în ambulatoriu, alte unități medicale și farmaciile. Acestea intră în relații contractuale distincte cu Direcțiile de Sănătate Publică Județene (DSP) sau cu casele județene de asigurări de sănătate. Contractarea se face în limitele bugetare aprobate la nivel județean și defalcate pe furnizori, în funcție de realizările din anii anteriori.

Medicamentele eliberate (pe bază de prescripție de către medicii în relații contractuale cu casele de asigurări) în cadrul programele de sănătate sunt cele cuprinse în sublista C2 a medicamentelor compensate (vezi subcapitolul anterior), pentru care întreaga contravaloare e decontată de FNUASS. Prețul de decontare al medicamentelor din sublista C2 se stabilește prin utilizarea unor adaosuri comerciale maxime, aprobate prin ordin al ministrului sănătății²⁶. Decontarea medicamentelor eliberate în cadrul programelor naționale de sănătate se realizează în 120 de zile de la data depunerii facturii (din care 30 de zile pentru validare).

În vederea implementării programelor, MS și CNAS pot efectua proceduri de achiziții publice la nivel național, cu scopul de a obține prețuri mai mici din contractarea unor cantități mari de medicamente și servicii. În ultimii ani, asemenea licitații nu am mai avut loc, deși există intenția reluării lor.

Ponderea cheltuielilor FNUASS cu programele naționale de sănătate este semnificativă și în continuă creștere; în ultimii 5 ani FNUASS a cheltuit circa 12% din resurse cu această

²⁴ Banca Mondială, Romania: pharmaceutical sector analysis, Washington DC, 2007.

²⁵ De ex. Programul național de imunizare, Programul național de boli transmisibile (infecție HIV, tuberculoză, infecții cu transmitere sexuală și alte boli transmisibile prioritare), Programul național de boli cardiovasculare, Programul național de oncologie, Programul național de diabet zaharat, Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

²⁶ Recent, în scopul declarat al reducerii costurilor cu medicamentele din sublista C2 cu 24% au fost operate modificări ale adaosurilor comerciale, astfel: adaosul distribuitorului va avea o valoare fixă de 4% (față de 14% sau maxim 30 de lei anterior), adaosul pentru farmacii va fi unic, de 1,5% (față de 24% sau maxim 35 lei anterior).

destinație. În termeni reali, cheltuielile au crescut cu 130%, procent dublu față de evoluția cheltuielilor totale ale FNUASS.

indicator	2005	2006	2007	2008	2009	2009 - angaj. legale	2010 - progr inițial	2010 - progr rectif
Mil. lei	821,1	1.152,9	1.310,9	1.690,4	2.002,2	2.411,3	2.131,3	2.178,9
% în total FNUASS	9,5%	11,8%	10,8%	10,8%	13,7%	14,1%	14,2%	12,8%

În anul 2009, cele mai mari programe de sănătate finanțate de FNUASS au fost:

Program/subprogram	Plăți efectuate în 2009 (mii lei)	Subvenții de la MS (mii lei)
Programul național de oncologie	763.956	270.311
Programul național de supleare a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică	491.285	
Program național de diabet zaharat	360.562	341.598
Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere	147.521	
Subprogramul de tratament al sclerozei multiple	65.496	
Program compensare 40% medicamente pensionari	56.071	56.071

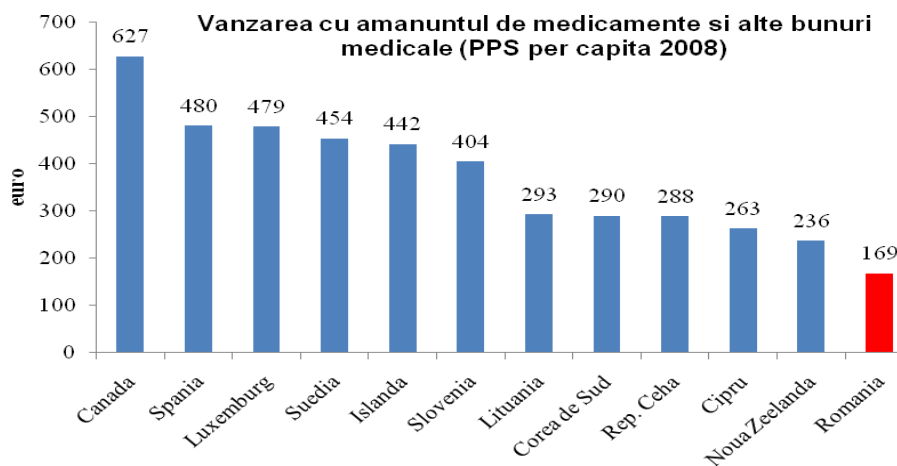
Din punct de vedere al numărului de beneficiari, cele mai mari programe/subprograme sunt:

Program/subprogram	Număr estimat beneficiari în anul 2009
Programul național de diabet zaharat	565.000
Programul național de oncologie	97.000
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză	42.000
Programul național de boli cardiovasculare	29.000
Programul național de endocrinologie	22.000
Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere	15.000
Programul național de ortopedie	11.000
Programul național de supleare a funcției renale la bolnavii cu insuficiența renală cronică	10.500

Principalele probleme ale programelor naționale de sănătate, semnalate atât de autorii prezentului studiu, cât și de specialiști în domeniu sunt:

- Programele naționale de sănătate generează un stoc important de datorii în sistem (circa 20% în septembrie 2010). De asemenea, plățile restante depășeau 500 mil. lei la aceeași dată. Acest fapt arată că serviciile și medicamentele incluse în programe sunt supradimensionate față de finanțarea disponibilă.
- Diminuarea în timpul anului a adaosurilor comerciale la medicamentele din sublista C2 nu este bun augur pentru credibilitatea MS și compromite nejustificat planurile financiare ale furnizorilor și producătorilor de medicamente. Asemenea modificări ar trebui făcute odată cu aprobarea anuală a programelor.

Medicamentele cu sau fără contribuție personală, inclusiv cele din programele de sănătate, reprezintă, în medie, peste 30% din cheltuielile FNUASS (în 2010 chiar 34,7%). Procentul este superior mediei OECD. Pe de altă parte, analiza trebuie să țină cont de faptul că, în termeni nominali pe capita, România cheltuiește cel mai puțin din Uniunea Europeană cu medicamentele.

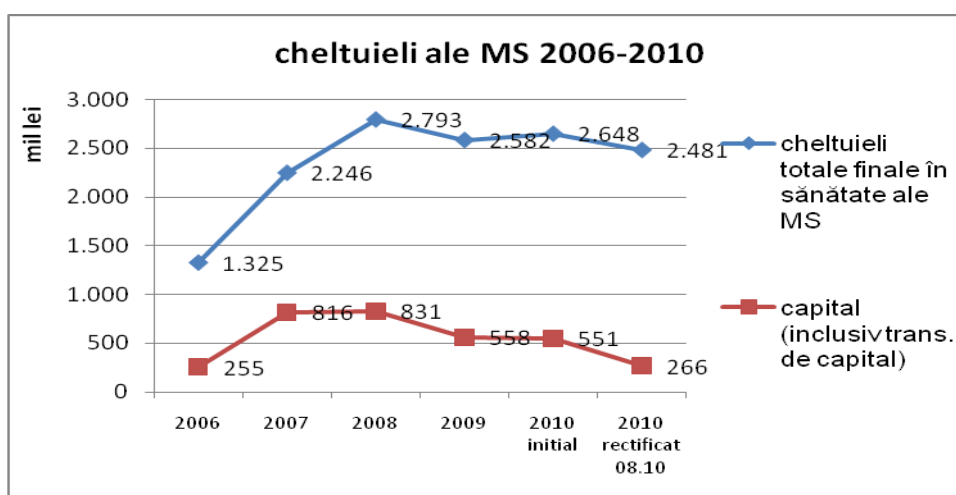


Acțiunile de sănătate ale Ministerului Sănătății 2006-2010

După cum am arătat anterior, MS este unul din implementatorii politicilor de sănătate din România, fie direct, fie indirect prin transferuri către alte bugete. Principalele responsabilități de finanțare pe care ministerul și le-a păstrat prin Legea nr. 95/2006, exclusiv sau prin partajare cu FNUASS sau bugetele locale, vizează domeniile/ activitățile prezentate în tabelul de mai jos.

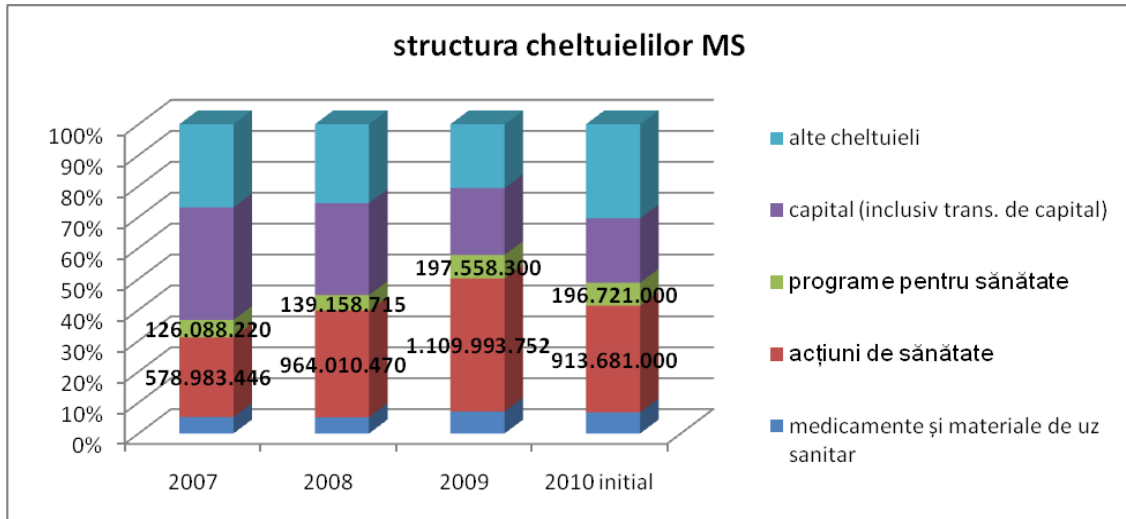
Pentru analiza cheltuielilor MS am eliminat transferurile către FNUASS, atât din bugetul de stat, cât și din venituri proprii, precum și transferurile către bugetele locale. Rezultatele obținute arată că MS a efectuat cheltuieli totale aproape 2,6 mld. lei în anul 2009 și plănuiește ale 2,5 mld. în 2010. Acestea echivalează cu 13% din totalul cheltuielilor publice de sănătate din România. Tendința ultimilor 5 ani este de creștere, cu ușoare scăderi în 2009 și 2010; scăderea este mai drastică în privința investițiilor. În termeni reali, creșterea este de aproximativ 50%.

Domeniu/ activitate/ acțiune	Tip responsabilitate
Programe naționale de sănătate	Partajată
UPU/ SMURD din spitale de urgență și CPU acreditate din alte spitale	Exclusivă
SMURD	Exclusivă
Ambulanța	Partajată
Cabinete medicale școlare	Exclusivă
Cheltuielile de personal cu medicii rezidenți	Exclusivă
Cabinete de medicină sportivă, planificare familială, HIV/SIDA, TBC, LSM, distrofici	Exclusivă
Cercetarea medicală	Exclusivă
Infrastructură în medicina primară în mediul rural	Exclusivă
Investiții, reparații și consolidări în spitale	Exclusivă
Dotarea spitalelor cu aparatură și echipamente	Exclusivă
Rezerva MS și rezervele anti-epidemice județene	Exclusivă



Structura cheltuielilor MS este dominată de acțiuni de sănătate și cheltuieli de capital. În cadrul primei categorii, cea mai mare pondere o au cheltuielile cu asistența spitalicească de urgență. programele de sănătate implementate direct de minister au pondere relativ redusă.

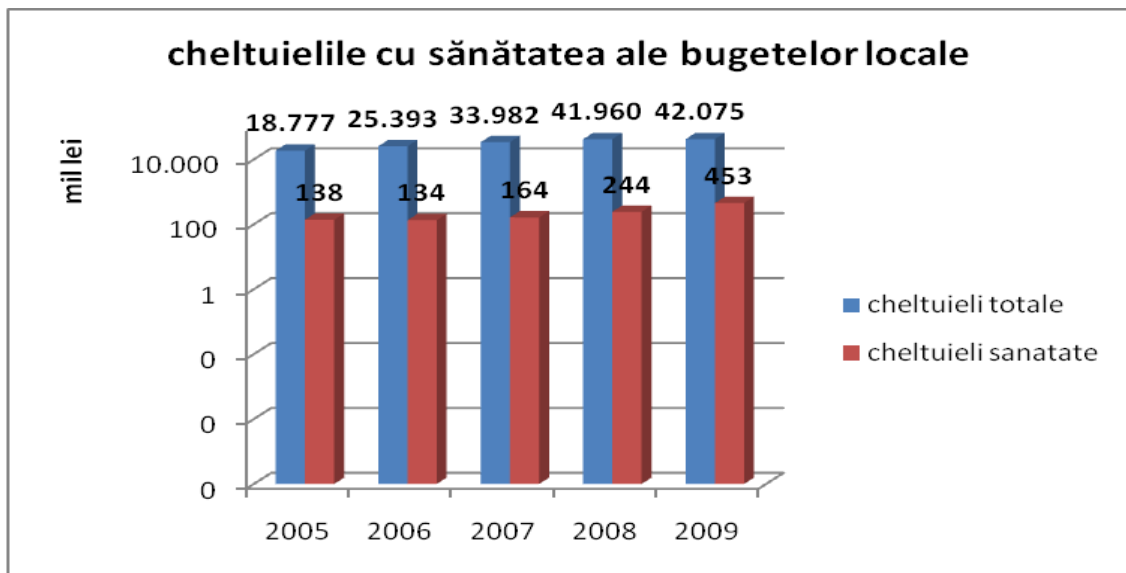
În general, utilizarea fondurilor pentru sănătate ale MS este opacă. Portalul ministerului, contrar prevederilor Legii 95 și hotărârii guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate, nu oferă nici o informație despre execuția bugetară și rezultatele utilizării fondurilor publice.



Sumele direcționate ca transferuri către unitățile medico-sociale sunt prea mici (în medie 23 mil. lei în intervalul 2008-2010) pentru a realiza cu adevărat rolul acestora de preluare și îngrijire a bolnavilor cronici din spitalele de specialitate.

Cheltuielile cu sănătatea ale bugetelor locale 2006-2009

În ciuda rolului minor pe care autoritățile local l-au jucat până în anul 2010 în acest domeniu, cheltuielile pentru repararea și dotarea spitalelor din subordine, dar și pentru finanțarea unităților medico-sociale. Acestea au fost finanțate din veniturile cu destinație generală (venituri proprii și pentru echilibrare). Ponderea lor a fost insignifiantă în totalul cheltuielilor bugetelor locale. Abia în anul 2009, după proiectul pilot de preluare a managementului a 22 de spitale la primăriile din București și Oradea, cheltuielile cu sănătatea au depășit 1%.



Având în vedere noul rol al autorităților locale, cheltuielile acestora în domeniu ar trebui să crească în următorii ani. Totuși, descentralizarea spitalelor s-a efectuat într-o perioadă în care veniturile proprii sunt în scădere, iar bugetul de stat nu a suplimentat transferurile către bugetele locale, dimpotrivă.

Perspective financiare și propuneri de raționalizare

Proiectele contractului-cadru și al programelor de sănătate pentru 2011

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.

Din prima categorie merită amintite:

- Măsuri pentru raționalizarea cheltuielilor cu medicamentele:
 - bugete orientative pentru prescrierea de medicamente la nivelul furnizorilor de servicii medicale (medici de familie, medici specialiști din ambulatoriu și spitale);
 - valoare de contract orientativă pentru contractul de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală;
- Măsuri de reorientare a 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. Ponderele tarifului pe servicii în total decontări va crește la 40%;
- Măsuri de raționalizare a unor cheltuieli în spitale printr-un tarif maximal/zi de spitalizare pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești acordate în spitalele de cronici și de recuperare, respectiv în secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie - prematuri din alte spitale;
- S-a introdus noțiunea de tarif maximal pe solicitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu.

Anumite aspecte importante sau prezentate deja de oficialii din sănătate ca propuneri pentru anul 2011 nu se regăsesc în contractul-cadru:

- Coplata serviciilor medicale;
- Modificarea indicatorilor de contractare a serviciilor spitalicești în sensul reducerii importanței indicatorilor istorici și a celor dependenți de numărul paturilor;
- Reducerea perioadelor de decontare. Dimpotrivă, termenul de decontare a contravalorii medicamentelor din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ crește la 180 de zile calendaristice (în prezent este de până la 90 de zile calendaristice) de la data validării facturilor.

Actualul proiect de contract-cadru nu aduce schimbările majore necesare raționalizării cheltuielilor FNUASS în următorii ani, mai ales în domeniul asistenței medicale terțiare. În atare condiții, probabil că dezechilibrele actuale se vor prelungi sau vor reapărea în 2011, dacă bugetul de stat achită din nou plățile restante al fondului.

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 publice la nivel național. Nu în ultimul rând, perioada de decontare propusă de MS în proiectul de H.G. este de 90 de zile și 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 publice la nivel național. Pachetul de programe nu a fost modificat semnificativ.

Strategia fiscal bugetară 2011-2013

Strategia fiscal bugetară 2011-2013 (SFB 2011-2013) a fost aprobată de guvern în luna septembrie a anului 2010. În baza strategiei a fost înaintat Parlamentului proiectul de lege privind cadrul de cheltuieli pe termen mediu²⁷. Strategia conține prognozele principalelor surse de venituri ale bugetului general consolidat, precum și plafoanele de cheltuieli ale principalelor bugete componente ale bugetului de stat pe perioada 2011-2013. Strategia va fi revizuită în anul 2011, cu includerea prognozelor pentru anul 2014.

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 cu sănătatea de aproape 3 mld. lei²⁸. În cheltuielile programate pentru fond trebuie luate în considerare și cele aproximativ 1,5 mld. de lei plăți restante la finalul acestui an²⁹. De abia în 2013 va reveni fondul la niveluri comparabile cu anul 2008. Subvențiile de la bugetul de stat explică aceste scăderi; spre deosebire de 2010 ele vor fi de 10 ori mai mici, respectiv 300 mil. lei.

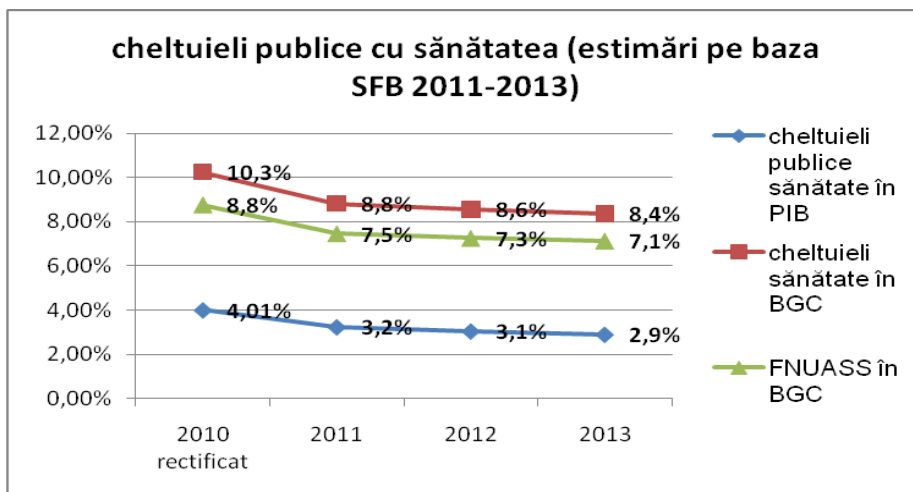
<i>(mil RON)</i>	2010 rectificat	2011	2012	2013
PIB	511.582	544.426	599.060	659.429
BGC	200.062	200.311	214.221	229.353
cheltuieli publice sănătate	20.513	17.679	18.329	19.189
cheltuieli FNUASS	17.553	14.951	15.547	16.347
cheltuieli MS	2.481	2.129	2.083	2.142
cheltuieli bugete locale (estimare)	480	600	700	700

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 profunde de reformă a cheltuielilor în anul 2011 este posibil să asistăm la acumularea unor datorii și arierate mai mari decât în 2010. O asemenea probabilitate ridică îndoiele în privința continuității furnizării anumitor servicii.

²⁷ Proiectul de lege pentru aprobarea plafoanelor unor indicatori specificați în cadrul fiscal-bugetar. A fost aprobată de Senat pe 17.11.2010 și înaintată Camerei Deputaților.

²⁸ Cheltuielile MS sunt determinate pe baza SFB 2011-2013 și a estimărilor privind veniturile autorilor proprii. De asemenea, cele ale bugetelor locale sunt estimate.

²⁹ Deci, în anul 2011, FNUASS ar putea angaja servicii noi de numai 13,5 mld. lei, cu aproape un sfert mai puțin decât în 2009.

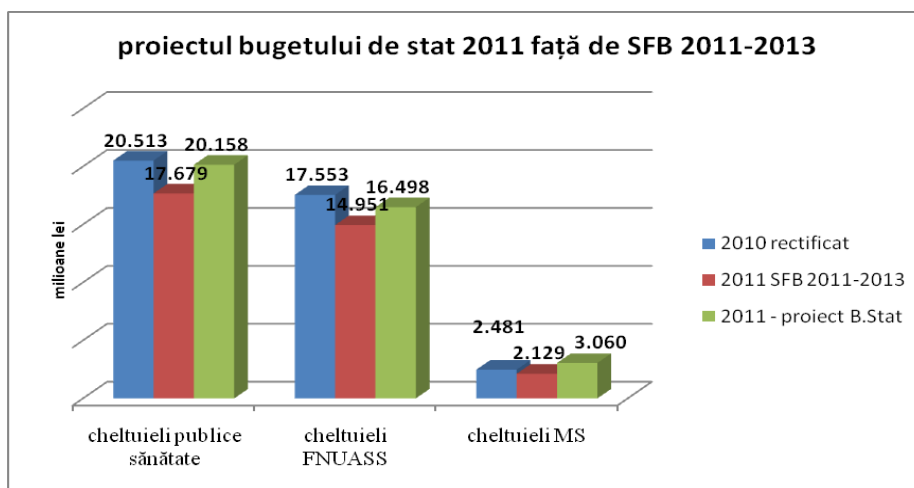


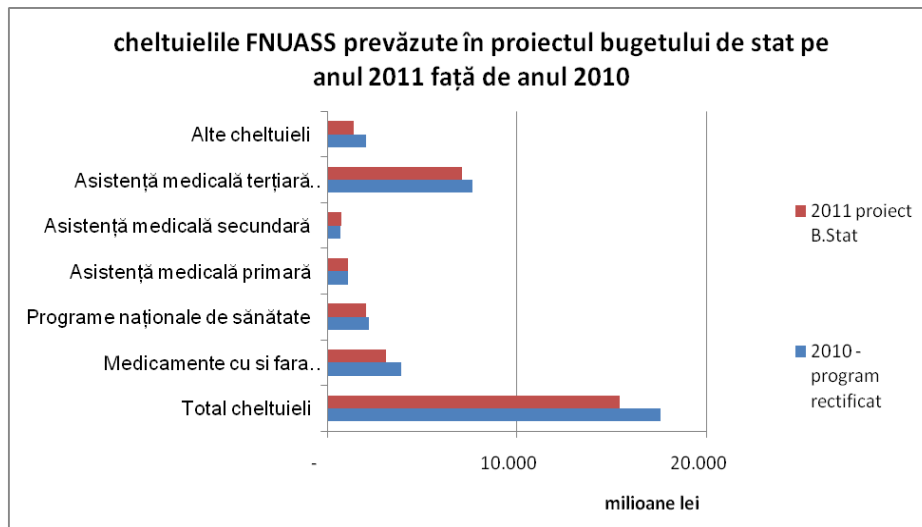
Proiectul legii bugetului de stat pentru anul 2011

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

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 respective 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 raționalizare a cheltuielilor sistemului de asigurări de sănătate

România consumă mai multe servicii medicale decât îi permit veniturile din contribuții de asigurări de sănătate. Din cauza eliminării unor plafoane de cheltuieli și a suplimentării pachetului de servicii, în ultimii doi ani consumul este pe o tendință crescătoare. 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. Având în vedere multitudinea de măsuri posibile, dar și complexitatea lor, este important ca ministerul și CNAS să se concentreze pe un set limitat care ar putea avea efect de multiplicare în sistem. Obiectivul principal este continuarea furnizării unor servicii medicale cuprinzătoare și de calitate tot mai bună. Obiectivele specifice ar fi creșterea veniturilor destinate sănătății și raționalizarea cheltuielilor, astfel încât fondul să-și redobândească echilibrul bugetar.

În privința cheltuielilor publice cu sănătatea, în ultimii ani au fost elaborate mai multe analize care au enumerat atât problemele sistemului, cât și posibile măsuri de reformă. Dintre acestea, au fost materializate câteva în anul 2010. Este nevoie de mai mult pentru ca ritmul rapid de acumulare a datoriilor și arieratelor să decelereze. Acest studiu nu își propune prezentarea unei liste exhaustive a schimbărilor dezirabile, ci doar a acelor care pot produce efecte sistemice și sunt implementabile în următorii doi ani. De asemenea, am încercat pe cât posibil să facem recomandări cuantificabile, calculând impactul financiar în comparație cu bugetul FNUASS din anul 2010 (și nu cu programul de cheltuieli stabilit prin SFB 2011-2013, care e subdimensionat). Obiectivele specifice urmărite au fost reducerea pachetului serviciilor medicale de bază, controlul prescrierii medicamentelor compensate, reducerea numărului serviciilor spitalicești care pot fi tratate în ambulatoriu, creșterea calității serviciilor medicale în

ambulatoriu și restabilirea încrederii în sistem a furnizorilor de servicii și medicamente. Așadar, recomandările principale pe care le facem se referă la³⁰:

1. introducerea coplății pentru serviciile medicale
2. introducerea de plafoane orientative de prescriere a medicamentelor pentru medicii de familie și specialiști
3. finalizarea cât mai urgentă a Sistemului Informatic Unic Integrat (SIUI) și a cardului de asigurat
4. revizuirea pachetului de servicii medicale de bază pentru a le elimina pe cele neesențiale
5. corelarea valorilor contractate cu furnizorii de servicii medicale cu calitatea serviciilor furnizate de aceștia în anii anteriori
6. aprobarea ghidurilor terapeutice și a protocoalelor de transfer și internare a persoanelor care se prezintă la spital
7. revizuirea tarifelor în sistem DRG în pentru corelarea cu costurile reale ale serviciilor și descurajarea internărilor nejustificate
8. raționalizarea structurii de cheltuieli a spitalelor și închiderea spitalelor neviabile din punct de vedere financiar și neesențiale din punct de vedere medical
9. creșterea finanțării pentru serviciile de asistență medicală în ambulatoriu
10. reducerea perioadelor de decontare a contravalorii medicamentelor eliberate, inclusiv în cadrul programelor naționale de sănătate³¹ (aceasta are cel mai mare impact financiar)
11. stabilirea unui plan de achitare a plăților restante ale FNUASS de la sfârșitul anului 2010, cu alocații bugetare separate față de achitarea datoriilor curente
12. 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.

Măsurile care ar aduce economii certe și cuantificabile fondului ar fi cele referitoare la introducerea coplății, reducerea cheltuielilor de personal ale spitalelor și închiderea celor neviabile. Și alte măsuri au potențial de reducere a costurilor, însă imposibil de estimat cu precizie. De cealaltă parte, măsurile care vor duce la creșterea cheltuielilor sunt îmbunătățirea calității serviciilor furnizate în ambulatoriu, reducerea perioadelor de decontare la medicamente și achitarea plăților restante către furnizori.

Cea mai costisitoare măsură este reducerea perioadelor de decontare deoarece presupune achitarea tuturor furnizorilor din lunile cu care face reducerea. Reducerea la 30 de zile atât pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală, cât și pentru programele naționale de sănătate presupune cheltuieli suplimentare de circa 2,2 mld. lei, adică consumul aferent lunilor cu care se face reducerea (5 luni, respectiv 2 luni). Cifrele pot părea descurajatoare, mai ales pentru Ministerul Finanțelor Publice, care are de respectat un deficit bugetar de 4,4% în 2011 și 3% în 2012. De aceea, pot fi elaborate trei scenarii.

³⁰ Vezi tabelul din Anexa pentru o descriere a fiecărei măsuri și impactul financiar aferent.

³¹ România va trebui să implementeze până în anul 2013 directiva europeană referitoare la uniformizarea tuturor termenelor de plată din fonduri publice la 30 de zile.

Scenariul 1 - implementarea tuturor măsurilor de reformă fezabile în anul 2011

Acest scenariu presupune implementarea măsurilor de reformă propuse, inclusiv reducerea perioadelor de decontare a medicamentelor compensate la 30 de zile încă din anul 2011. În comparație cu nivelul cheltuielilor FNUASS stabilit prin SFB 2011-2013 și ajustat cu prevederile proiectului legii bugetului de stat, în anul 2011 este nevoie de o suplimentare de 2,8 mld. lei (1,8 mld. lei mai mult decât bugetul pe 2010). În anul 2012 cheltuielile ar fi cu 0,2 mld. lei mai mari decât în strategia ajustată cu lărgirea bazei de impozitare și comparabile cu bugetul din 2010. În anul 2013, cheltuielile ar fi mai mici celor propuse prin strategia ajustată, ceea ce ar permite suplimentarea fondurilor pentru anumite sectoare medicale pe baza priorităților în domeniu. Finanțarea deficitului pe 2011 se poate face prin creșterea subvențiilor de la bugetul de stat.

RON	2011	2012	2013
FNUASS în anul 2010	17.552.792.000	17.552.792.000	17.552.792.000
FNUASS necesar de cheltuieli, cu aplicarea tuturor recomandărilor scenariul 1	19.352.792.000	17.402.792.000	16.302.792.000
% în BGC scenariul 1	9,7%	8,1%	7,1%
FNUASS în SFB 2011-2013	16.498.000.000	17.155.000.000	18.038.000.000
% în BGC	8,2%	8,0%	7,9%
deficit de finanțare a FNUASS în comparație cu SFB 2011-2013 - scenariul 1	-2.855.000.000	-247.000.000	1.735.000.000

Scenariul 2 - implementarea tuturor măsurilor de reformă fezabile în anul 2011

Acest scenariu presupune implementarea măsurilor de reformă propuse din anul 2011, dar reducerea perioadelor de decontare la 30 de zile numai din anul 2012. În comparație cu nivelul cheltuielilor FNUASS stabilit prin SFB 2011-2013 și ajustat cu proiectul legii bugetului de stat, în anul 2011 este nevoie de o suplimentare de 500 mil. lei. În anul 2012 cheltuielile ar fi cu 2,5 mld. lei mai mari decât în strategia ajustată cu extinderea bazei de impozitare și 2,1 mld. lei mai mari decât cele din 2010. În anul 2013, cheltuielile ar fi mai mici celor propuse prin strategia ajustată, ceea ce ar permite suplimentarea fondurilor pentru anumite sectoare medicale pe baza priorităților în domeniu. Finanțarea deficitului pe 2012 se poate face prin creșterea subvențiilor de la bugetul de stat.

RON	2011	2012	2013
FNUASS în anul 2010	17.552.792.000	17.552.792.000	17.552.792.000
FNUASS necesar de cheltuieli, cu aplicarea recomandărilor scenariul 2	17.002.792.000	19.602.792.000	16.302.792.000
% în BGC scenariul 2	8,5%	9,2%	7,1%
FNUASS în SFB 2011-2013	16.498.000.000	17.155.000.000	18.038.000.000
% în BGC	8,2%	8,0%	7,9%
deficit de finanțare a FNUASS în comparație cu SFB 2011-2013 - scenariul 2	- 505.000.000	- 2.447.000.000	1.735.000.000

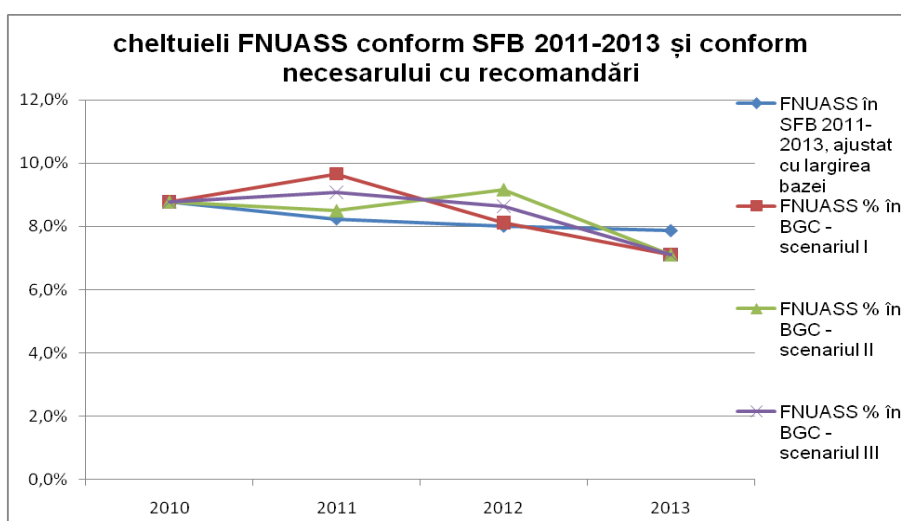
Scenariul 3 - implementarea tuturor măsurilor de reformă fezabile în anul 2011

Acest scenariu presupune implementarea măsurilor de reformă propuse și reducerea eşalonată a perioadelor de decontare în anii 2011 și 2012. În comparație cu nivelul cheltuielilor FNUASS stabilit prin SFB 2011-2013 ajustată cu proiectul legii bugetului de stat, în anul 2011 este nevoie de o suplimentare de 1,7 mld. lei (0,6 mld. lei mai mult decât bugetul pe 2010). În anul 2012 cheltuielile ar fi cu 1,3 mld. lei mai mari decât în strategia ajustată și cu 1 mld. mai mari decât bugetul din 2010. În anul 2013, cheltuielile ar fi mai mici celor propuse prin strategia ajustată, ceea ce ar permite suplimentarea fondurilor pentru anumite sectoare medicale pe baza priorităților în domeniu. Finanțarea deficitului pe 2011 și 2012 se poate face prin creșterea subvențiilor de la bugetul de stat.

RON	2011	2012	2013
FNUASS în anul 2010	17.552.792.000	17.552.792.000	17.552.792.000
FNUASS necesar de cheltuieli, cu aplicarea recomandărilor scenariul 2	17.002.792.000	19.602.792.000	16.302.792.000
% în BGC scenariul 2	8,5%	9,2%	7,1%
FNUASS în SFB 2011-2013	16.498.000.000	17.155.000.000	18.038.000.000
% în BGC	8,2%	8,0%	7,9%
deficit de finanțare a FNUASS în comparație cu SFB 2011-2013 - scenariul 3	-1.680.00.000	-1.347.000.000	1.735.000.000

Toate cele trei scenarii implică suplimentarea cheltuielilor FNUASS în anii 2011-2012 cu circa 3 mld. lei. Rămâne de văzut cum va fi eşalonată această povară. Pe lângă reducerea cheltuielilor cu serviciile medicale spitalicești și medicamentele compensate, Guvernul și CNAS trebuie rezolve problema dezechilibrelor actuale, materializate prin plăți restante și un stoc important de datorii. Aceasta nu se poate face fără fonduri suplimentare, dar nici nu trebuie realizată fără reforme structurale ale sistemului asigurări 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.



Bibliografie

Banca Mondială, Romania: Pharmaceutical Sector Analysis, Washington DC, 2007

Banca Mondială, România: sectorul de sănătate. Studiu de politică sectorială, București, 2007

Banca Mondială, Romania: Public Expenditure and Institutional Review, Washington DC, 2006

Comisia prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, "Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului", București, 2008

Societatea Academică din România, Policy brief no. 51, Descentralizarea spitalelor. Tendințe și soluții în județul Dâmbovița, București, Noiembrie 2010

Strategia națională de raționalizare a spitalelor, Ministerul Sănătății, București, 2010

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Raport de activitate 2009, București, 2010.

Anexa Detalierea recomandărilor pentru raționalizarea cheltuielilor de asigurări de sănătate

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt.. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
1.	general	La 30 septembrie nivelul datoriilor în sistem depășea 4 miliarde de lei, din care peste 1,2 miliarde lei plăți restante. Probabil că la sfârșitul anului nivelul plăților restante va ajunge la 1,5 mld lei, după acceptarea tuturor facturilor aferente perioadei anterioare lunilor mai 2010 (medicamente), august 2010 (programe naționale) și decembrie 2010 (alte servicii). E necesară elaborarea și aprobarea unui plan de achitare a plăților restante la 31.12.2010 într-un interval de 18-24 de luni. Perioadele de decontare ar trebui reduse la 30 zile.	Legea bugetului de stat	2011-2012	Alocare suplimentară de circa 1,5 mld lei în 2011-2012 de la bugetul de stat față de prevederile bugetul anului 2010. Pentru estimarea plăților restante la sfârșitul anului 2010, am presupus validarea tuturor facturilor "păstrate" până în prezent.	700 mil Ron	800 mil Ron	
2.	general	Crearea unui registru național al facturilor recunoscute, dar nedecontate, care să permită furnizorilor scontarea la bănci în condiții mai avantajoase decât în prezent. Facturile provenite de la furnizorii de servicii și medicamente verificate de casele de asigurări, dar neplătite, să fie introduse într-un registru național public (indiferent dacă sunt sau nu în termenul de scadență). Registrul ar putea fi consultat de bănci atunci când furnizorii se prezintă pentru scontarea facturilor respective. Taxa de scont ar fi mai redusă decât în prezent, deoarece registrul confirmă angajamentul FNUASS sau al MS de a plăti serviciul/ produsele în viitor.	Contractul-cadru.	2011	Nu este cazul.			

Societatea Academică din România (SAR)

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
3.	general	Finalizarea Sistemului Informatic Unic Integrat și conectarea tuturor furnizorilor de servicii medicale și medicamente la acesta. Monitorizarea activității furnizorilor, a prescrierii și a consumului de medicamente prin intermediul SIUI. Realizarea și generalizarea cardului de asigurat și a dosarului electronic al asiguratului. Acestea vor conține informații multiple, inclusiv despre data, cantitatea și valoarea serviciilor furnizate.	Legea 95, dacă se dorește suplimentare a actualelor prevederi referitoare la cardul de asigurat. Contractul-cadru.	2011-2012	Impactul financiar este dificil de estimat cu exactitate. Se poate presupune o reducere a decontărilor pentru medicamente compensate și o reducere a fraudei. Deoarece aceste fenomene nu sunt cuantificate, nu putem efectua un calcul.			
4.	general	Reducerea pachetului de servicii medicale de bază furnizate asiguraților, eliminarea celor costisitoare neesențiale și menționarea distinctă a celor neasigurate, pentru care să poată fi cumpărată asigurare privată.	Normele de implementare ale contractului-cadru.	2011-2012	În prezent nu există informații despre ponderea diferitelor categorii de servicii medicale în decontările realizate de CNAS către furnizori. În consecință, impactul reducerii pachetului de servicii nu poate fi calculat cu exactitate.			

Decembrie 2010

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
5.	medicamente	Reducerea perioadei de decontare la medicamente, de la 180 de zile (90 de zile în programele de sănătate) la 30 de zile.	Contractul-cadru. Legea bugetului de stat.	2011	<p>Costul final suplimentar al unei asemenea măsuri îl reprezintă dobânda și comisioanele aferente unui împrumut în lei contractat de Trezoreria Statului (presupunem rata dobânzii de 7%) pentru asigurarea numerarului aferent consumului din lunile cu care se reduce perioada de decontare (5 luni la compensate; 2 luni pentru programele naționale). Estimăm valoarea necesară a împrumutului la aprox 2,2 mld lei. Cum veniturile FNUASS nu vor crește în anii următori așa încât să fie rambursat pe termen scurt, presupunem necesitatea refinanțării sau o perioadă de grație.</p> <p>În anul în care se ia o asemenea decizie, cheltuielile totale cu medicamentele compensate și din programe naționale vor fi mai mari cu suma aferentă consumului din lunile cu care se reduce perioada de decontare. CNAS va trebui să achite atât plățile restante, cât și toate obligațiile care depășesc noua perioadă de decontare. În anii următori, cheltuielile vor reveni la nivelul normal.</p>	2.350 mil (din care 2.200 mil. pentru datoriile aferente lunilor cu care se reduce perioada de decontare)	150	150

Societatea Academică din România (SAR)

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
6.	medicamente	Aplicarea unor plafoane cu caracter orientativ pentru valoarea rețetelor prescrise de medicii de familie și specialiști. Cu ajutorul SIUI, casele de asigurări județene ar trebui să monitorizeze și să consilieze medicii care depășesc aceste plafoane. Sancțiuni sau penalități vor fi acordate numai medicilor care depășesc plafoanele în mod nejustificat.	Contractul-cadru.	2011	Nu poate fi estimat.			
7.	medicamente	Organizarea de licitații naționale pentru medicamente și materiale sanitare din programele naționale de sănătate.	Hotărârea Guvernului de aprobare a programelor.	2011	Pe baza experienței poate fi estimată o economie de circa 15% la costul bunurilor licitate. Totalul alocat programelor naționale de sănătate în 2010 a fost de 2,7 mld lei. Totuși, nu orice program de sănătate este potrivit unei licitații naționale.	-250	-250	- 250
8.	primară	Creșterea alocărilor pentru serviciile în ambulatoriu, ca alternativă mai ieftină la asistența spitalicească. Suplimentările ar trebui direcționate spre decontarea serviciilor medicale furnizate și nu a numărului de asigurați. De asemenea, ar trebui să se acorde co-finanțări (sau subvenționarea creditelor) pentru achiziționarea de echipamente. În plus, valoarea punctelor pe servicii și asigurați ar trebui să fie stabilită multianual pentru a asigura predictibilitate. Totodată, este necesară creșterea ponderii tarifului pe servicii în total plăți către medicii de familie (de la 30% la 50%) în defavoarea celui pe număr de persoane asigurate înscrise în listă.	Legea bugetului de stat.	2011-2013	Pentru a asigura absorbția fondurilor suplimentare se poate prevedea o creștere cu 10% anual al alocărilor pentru medicina primară și specialități clinice (inclusiv medicină dentară), respectiv circa 125 mil lei.	150	300	400

Decembrie 2010

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
9.	spitale	<p>Diminuarea numărului de paturi și de internări (de zi sau în regim de spitalizare continuă). Descurajarea internărilor nejustificate prin: coplată, protocoale de internare, protocoale de transfer.</p> <p>Ar trebuie scutite de la coplată anumite categorii de asigurați cu venituri reduse (de ex. beneficiarii de ajutor social, persoane cu dezabilități etc). În schimb, coplata ar trebui aplicată și pentru o parte din cazurile de internare de urgență, deoarece o mare parte a internărilor în spitale încep prin UPU/ CPU/ camere de gardă.</p>	Contractul-cadru.	2011	<p>Dacă numărul serviciilor prestate de spitale s-ar reduce cu 10%, economia ar fi de circa 700 mil lei. Deoarece acestea ar fi preluate în ambulatoriu, economia s-ar diminua la circa 650 mil lei. Coplata a 70% din serviciile furnizate de spitale ar aduce venituri de circa 200 mil lei (coplata nu s-ar aplica la toate serviciile și la toți pacienții). Pentru impactul coplății am utilizat valorile propuse de MS, respectiv 50 lei spitalizare, 10 lei ambulatoriu de specialitate și 5 lei asistența primară. Nu a putut fi estimat impactul aplicării coplății în UPU/ CPU din cauza lipsei datelor privind serviciile furnizate.</p>	-850	-850	- 850
10.	spitale	<p>Corelarea tarifelor stabilite prin contractele de servicii cu calitatea serviciilor furnizate. Calitatea poate fi măsurată prin diverși indicatori (ex. frecvența reinternărilor într-un interval de timp a pacienților externați pentru aceeași afecțiune la același spital sau la altul, evoluția post-tratament a pacienților etc.) sau prin sondaje de opinie în rândul pacienților. Spitalele care nu îndeplinesc baremuri naționale pentru calitatea serviciilor sau nu au autorizație sanitară ar trebui să contracteze servicii la un tarif diminuat față de standard.</p>	Contractul-cadru și normele de implementare .	2012	Nu poate fi estimat.			

Societatea Academică din România (SAR)

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
11.	spitale	Accreditarea spitalelor. Închiderea spitalelor neadecvate și transformarea lor în unități de asistență-socială sau chiar servicii sociale cu caracter rezidențial. MS trebuie să elaboreze o politică de încurajare a transformării spitalelor în unități medico-sociale, printr-o finanțare mai generoasă a cheltuielilor curente și co-finanțarea unor investiții/ dotări.	Nu e cazul.	2012	Închiderea celor mai mici 100 de spitale plătit în sistem DRG ar aduce economii de circa 500 mil. lei, adică 8% din cheltuielile FNUASS cu spitalele. Probabil că impactul politic ar fi mai mare.			- 400
12.	spitale	Reducerea costurilor de personal ale spitalelor sub 70% din totalul sumelor decontate de CNAS și MS, pentru a asigura fondurile necesare achiziționării medicamentelor și materialelor sanitare.	Nu e cazul.	2011	Daca toate spitalele și-ar ajusta cheltuielile de personal la maxim 70% din total buget, economiile față de anul 2009 ar fi de circa 300 mil lei. Conform datelor din anul 2009, 355 de spitale au cheltuieli mai mari de 70% din total.	-300	-300	- 300
13.	spitale	Revizuirea tarifelor prin grupe de diagnostic (DRG) pentru a (i) corela tarifele cu costurile reale ale serviciilor furnizate și (ii) a reduce diferențele de plată dintre spitale pentru servicii similare furnizate.	Normele de implementare a contractului-cadru.	2011-2012	Nu poate fi estimat.			

Decembrie 2010

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
14.	general	Aplicarea de măsuri pentru menținerea angajamentelor de cheltuieli în limitele creditelor bugetare aprobate. (i) Plafonarea angajamentelor legale în primele trei trimestre la un nivel inferior creditelor bugetare conform trimestrializării. (ii) Stabilirea unor plafoane orientative pentru valorile rețetelor prescrise de medicii de familie și specialiști, monitorizarea acestora și consilierea celor care depășesc plafoanele nejustificat. Impunerea unor penalizări la noile contracte de servicii. (iii) Compararea valorii facturilor înaintate spre decontare pentru servicii și medicamente cu nivelurile contractate cu casele și avertizarea posibilității refuzului decontărilor către furnizorii cu derapaje frecvente. (iv) Urmărirea și analiza lunară a execuției bugetare a spitalelor, a UPU/CPU, a serviciilor de ambulanță, mai ales a celor care înregistrează, la rândul lor, arierate. (v) Revizuirea modului de alocare de către CNAS al creditelor bugetare pe județe și ulterior pe furnizori de servicii de sănătate prin contracte, astfel încât să fie alocate fonduri mai mari pentru județele și furnizorii care depășesc în mod justificat și frecvent plafoanele contractate.	Contractul-cadru și normele de implementare	2011	Nu poate fi estimat.			
15.	general	Operaționalizarea asigurării private de sănătate, în paralel cu reducerea pachetului de servicii medicale de bază. Acordarea de facilități fiscale la plata asigurării private. Astfel, sistemul public nu va mai finanța orice serviciu medical.	Norme de implementare a prevederilor din Legea 95. Codul fiscal.	2012	Nu poate fi estimat.			

Societatea Academică din România (SAR)

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010
16.	general	Publicarea pe internet (portalurile caselor de asigurări, al Ministerului Sănătății și ale furnizorilor) a datelor referitoare la contractele cu casele și MS (total, tarife, servicii contractate etc), a situațiilor financiare lunare/trimestriale, inclusiv datorii și plăți restante, situația decontării serviciilor furnizate, cu menționarea sumelor nedecontate la timp etc.	Contractul-cadru.	2011	Nu este cazul.			
17.	general	Publicarea pe internet (portalurile caselor de asigurări, al Ministerului Sănătății și ale furnizorilor) a datelor referitoare la acreditare, autorizare și rapoartele de evaluare/control/audit pentru fiecare furnizor de servicii.	Contractul-cadru.	2011	Nu este cazul.			
18.	general	Realizarea unui portal național al sănătății unde să fie publicate informații legate de sănătatea publică, precum și datele referitoare la furnizorii de sănătate, contractele acestora cu casele și unde să poată fi depuse plângeri din partea pacienților (cu număr de înregistrare) etc.	Nu e cazul.	2011-2012	Poate fi finanțat din fonduri externe nerambursabile. Contribuția MS/CNAS ar acoperi cofinanțarea și cheltuielile neeligibile.			
19.	general	Standardizarea practicilor medicale prin ghiduri de practică, ghiduri terapeutice, protocoale de internare, de transfer etc.	Nu e cazul.	2011-2012	Nu poate fi estimat.			

Decembrie 2010

nr. crt.	Domeniu	Măsura	Actul normativ	Implement	Impact financiar (față de 2010)	Impact net asupra chelt. 2011 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2012 vs. 2010	Impact net asupra chelt. 2013 vs. 2010	
20.	spitale	Modificarea procedurilor pentru contractarea serviciilor medicale cu spitalele. Renunțarea la indicatori precum numărul cazurilor externate în ultimii 5 ani și la estimarea numărului de cazuri în anul curent în funcție de gradul optim de ocupare a paturilor existente în spital. Aplicarea unor constrângeri bugetare pentru furnizorii de servicii: penalizări salariale pentru managerii și consiliile directoare ale spitalelor cu arierate nejustificate la finalul anului, diminuarea tarifelor decontate pentru serviciile medicale prestate de spitalele care depășesc sistematic plafoanele valorice contractate, monitorizare frecventă și periodică a execuției de către MFP și case pentru a semnala derapajele față de contracte. Publicarea acestor informații pe portalurile internet ale Caselor și MS.	Contractul-cadru și normele de implementare	2011-2012	Nu poate fi estimat.				
21.	spitale	Revizuirea tarifelor prin grupe de diagnostic (DRG) pentru a (i) corela tarifele cu costurile reale ale serviciilor furnizate și (ii) a reduce diferențele de plată dintre spitale pentru servicii similare.	Normele de implementare a contractului-cadru.	2011-2012	Nu poate fi estimat.				
TOTAL NET (million RON)						1.800	-150	-1.250	
						FNUASS în anul 2010	17.553	17.553	17.553
						FNUASS necesar conform estimărilor	19.353	17.403	16.303
						FNUASS în SFB 2011-2013 ajustat BS 2011 și extinderea bazei de impozitare (scen. extins)	16.497	17.155	18.038