

Policy Brief #61 Iulie 2012

LEGEA SĂNĂTĂȚII: Iarăși ne facem că facem

Noul proiect al Legii Sănătății eșuează în identificarea unor soluții adecvate pentru finanțarea și funcționarea asigurărilor sociale de sănătate, susține expertul SAR, conf. dr Sorin Paveliu. În România există o discrepanță accentuată între resursele existente și costul serviciilor medicale teoretic oferite populației asigurate, care nu poate fi rezolvată prin soluțiile oferite de proiect, care sînt slab fundamentate, contradictorii și finalmente arbitrare. Din cauza problemelor arieratelor din sistem, sănătatea a intrat pe lista de condiționalități a FMI pe timpul guvernului Boc, astfel că la fiecare control autoritățile prezintă proiecte arbitrar întocmite ca să arate că și-au respectat termenele, nesocotind legislația în vigoare care cere studii serioase de impact și riscînd să facă mai mult rău decît bine. Din cauza lipsei de transparență privitoare la cheltuielile din sistem e imposibil pentru societatea civilă să verifice baza pentru aceste proiecte, astfel încît orice consultări nu pot fi decît superficiale și de formă. SAR cere Ministerului Sănătății publicarea pe Internet în mod transparent a tuturor cheltuielilor de sănătate și aplicarea legii 24/2000 privitoare la realizarea unui studiu de impact.

Preambul

Ministerul Sănătății a pus din nou în dezbatere un proiect de lege care nu satisface condițiile legale pentru elaborarea unei legi și, nesurprinzător, nici pe cele de fond. Potrivit Legii 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, legea necesita un studiu de impact (articolul 33) cu ”Scopul de a estima costurile si beneficiile aduse in plan economic si social prin adoptarea proiectului de lege, precum si de a evidentia dificultatile care ar putea aparea in procesul de punere in practica a

reglementarilor propuse”cu referire expresă la ”f) evaluarea costurilor impuse de adoptarea proiectului de lege si a eventualelor economii bugetare generate de aceasta, la motivele care stau la baza acestei evaluari, precum si la modalitatea de calcul al costurilor si economiilor; g) la beneficiile rezultate prin implementarea proiectului de lege, altele decat cele de natura economica; h) la analiza comparativa a costurilor si a beneficiilor pe care le implica proiectul de lege, din care sa reiasa daca beneficiile sunt justificate de

costuri". Acest studiu lipsește. Dacă ar fi fost elaborat, s-ar fi văzut că proiectul eșuează în a rezolva satisfăcător problemele pe care se presupune că încearcă să le rezolve.

În România există o discrepanță accentuată între resursele existente și costul serviciilor medicale teoretic oferite populației asigurate. Argumentația privind necesitatea finanțării suplimentare a sistemului de îngrijiri de sănătate a fost făcută cu alta ocazie¹. Proiectul de reformă propus de Guvern ar trebui să ofere soluții pentru o finanțare suplimentară semnificativă în anii imediat următori. Această necesitate este recunoscută, cel puțin declarativ, și de Primul Ministru al României: *"Sistemul de asigurări de sănătate trebuie diversificat, (trebuie), să asigurăm o extindere a asigurărilor private, a asigurărilor facultative, pentru a reuși să aducem resurse suplimentare în sistemul de sănătate și pentru a asigura servicii de mai bună calitate."*²

Deși proiectul de lege are aproape 300 de pagini, principala problemă la care trebuie să răspundă propunerea legislativă este finanțarea sistemului. Restul modificărilor, deși importante sau necesare, nu vor oferi soluția pentru îmbunătățirea funcționării îngrijirilor de sănătate publice din țara noastră.

Dezechilibrul semnalat dintre resurse și oferta actuală a asigurărilor de stat (teoretică; în practică, pacienții contribuie și rezolvă dezechilibrul prin plăți directe) ar putea fi teoretic înlăturată prin trei opțiuni alternative:

- **Eliminarea pierderii** care duce la dezechilibru, adică o eficientizare a cheltuirii resurselor, ceea ce presupune că această pierdere, ca și sursele ei, poate fi documentată;

- **Creșterea resurselor** destinate finanțării serviciilor de sănătate pentru a acoperi oferta de servicii.

- **Scăderea (redimensionarea) serviciilor oferite** pentru a ajunge la nivelul resurselor.

Proiectul de lege pune accentul pe eficientizarea cheltuirii resurselor fără, însă, a proba că ineficiența e de vină pentru dezechilibru, și a aduce date cît anume din dezechilibru e datorat pierderii. Fără a se da publicității datele de bază, fără a avea curajul să indice cine este vinovat de managementul defectuos, care sunt modalitățile prin care ipotetic se pierd banii asiguraților, fără a pune la dispoziția publicului situația financiară a sistemului și modul în care ipotetic se va îmbunătăți aceasta, exercițiul este simplă butaforie. **Prezentarea unui studiu de impact este o obligație legală nerespectată și denotă fie amatorismul managerial al autorilor, fie existența unei agende ascunse, diferite radical de obiectivele anunțate publicului larg.**

Eficientizarea propusă de proiect se bazează pe o premisă neargumentată și nedovedită – că o mai bună gestionare a banilor publici nu se poate face decât prin privatizarea, parțială sau totală, a sistemului de asigurări de sănătate, care va funcționa în baza unor reguli de negociere impuse de o structură a statului. Deși societăți mutuale și private de asigurări de sănătate mai există și în alte țări - regulile care se impun acestora în România sunt total diferite. Un astfel de mix public privat este inexistent în lume. Modificările aduse Caselor de asigurări sunt nerealiste și nu se bazează pe fundamente teoretice economice și de drept al afacerilor care să justifice modificările. Ceea ce este cel mai important, riscul dezechilibrelor bugetare generate tocmai de lege urmează a fi pus exclusiv pe umerii asiguratului!

Creșterea finanțării este modestă și dubitabilă.

Guvernul respinge aprioric ipoteza revenirii la cote superioare de contribuție la asigurările sociale de sănătate. Soluția identificată este extinderea bazei de impozitare - la categorii dezavantajate sau preluarea la bugetul de stat a contribuției

¹ Raport SAR 2012

² Premierul Victor Ponta - conferința de presa la Ministerul Sănătății Vineri, 13 iulie 2012 http://www.gov.ro/victor-ponta-echipa-care-lucreaza-la-proiectul-de-reforma-a-sanata-ii-are-tot-sprijinul-meu-i-al-guvernului-pentru-adoptarea-legislatiei-necesare__11a117716.html

persoanelor scutite de plată prin efectul unor legi. Contribuția ipotetică a categoriilor de persoane dezavantajate este minusculă raportat la bugetul CNAS iar contribuția de la bugetul de stat (să vedem ce spune FMI) este o ipoteză care a fost deja respinsă "de facto" de Guvernul actual - care deja a avansat noi scutiri de la plata a unor categorii de asigurați. **Mai mult, deși bugetul asigurărilor sociale de sănătate este cel care ar trebui să facă obiectul stabilizării, proiectul de lege vizează scoaterea din responsabilitatea bugetului de stat a unuia din programele de sănătate cele mai importante, programul de oncologie, acesta urmând să fie finanțat din bugetul de asigurări, ca orice altă boală.** Iată, deci, contradicții introduse chiar de proiectul nou.

Redimensionarea pachetului de servicii trebuie să se facă înainte de a o modificare a cadrului legislativ. Refuzul de a face acest lucru lasă fără fundament întreaga construcție - soluțiile legislative urmând să răspundă la o problemă rămasă nedefinită! Nimeni nu poate atinge un obiectiv care nu e precizat! Consultanța străină plătită în acest sens în cursul anului precedent nu poate ține loc deciziei politice. Nici Guvernul Boc, nici Guvernul Ungureanu, nici Guvernul Ponta, din rațiuni politice, nu au înțeles să ia în considerare opiniile experților străini!

Termenele impuse pentru adoptarea unei legi a sănătății nu fac obiectul propriu-zis al soluției legislative însă merita o atenție aparte. Oficial

A. CU PRIVIRE LA ÎMBUNĂTĂȚIREA SISTEMULUI DE ADMINISTRARE CENTRALĂ A FONDURILOR DE ASIGURĂRI

În prezent sistemul de asigurări sociale de sănătate este administrat de CNAS (Casa de Asigurări Sociale de Sănătate) - instituție aflată în coordonarea Ministerului Sănătății (MS) și de Casele județene de asigurări sociale de sănătate (care înglobează și două case "speciale" - Casa OPSNAJ (a MJ și cea a oamenilor în uniformă) și Casa Asigurărilor de

Guvernul României s-a angajat în fața Fondului Monetar Internațional, prin scrisorile de intenție anexate împrumuturilor acordate să adopte un nou proiect de lege a sănătății ca soluție pentru preîntâmpinarea înregistrării de noi arierate în sănătate. Deși proiectul nu lasă să se înțeleagă cum se va fi rezolvat această problemă termenele au rămas, proiectul este împins încet, încet, către Parlament, lăsându-se să se înțeleagă că există o presiune externă României pentru demararea acestui proces. FMI îi revine o mare responsabilitate, dovedind că nu a înțeles mare lucru din eșecurile înregistrate în alte țări, împingând și contribuind direct la girarea unor măsuri care, în opinia noastră, pe lângă faptul că nu vor asigura stabilitate financiară, vor genera o accentuare a inechităților și tensiunilor dintr-un sistem, și așa, extrem de disfuncțional.

În rândurile de mai jos vom argumenta pe larg, făcând referiri stricte la proiect, de ce în opinia noastră, Guvernul României se afla pe o direcție eronată punând în dezbatere proiectul de lege a sănătății.

Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului - cea din urma fiind practic în afara legii³).

³Legea 95/2006 - ART. 317*) (1) În termen de 12 luni Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului va intra în proces de reorganizare în vederea privatizării.

CNAS va fi transformata în ANRAOS, sediul și întreg personalul urmând a fi preluat de noua instituție.

A1. Modificări ale funcțiilor CNAS.

În afară de nume schimbările funcțiilor CNAS/ANRAOS pot fi rezumate la următoarele aspecte (Art. 180):

- este **organism de reglementare** al sistemului de asigurări obligatorii de sănătate (funcție neschimbată, iar activitatea se suprapune peste cea a MS și, în viitor, peste cea a Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor - CSA); principala reglementare este Acordul cadru (în prezent denumit Contract cadru - care se va elabora pentru o perioada de 4 ani).

- **gestionează și repartizează fondul către asigurători.** Colectarea Fondului urmează a se face ca și în prezent de către ANAF iar ANRAOS urmează doar a asigura transferul formal către asiguratori în procente fixate prin lege și după un algoritm aprobat prin Hotărâre de Guvern!

- **implementează și gestionează, ca și în prezent, activitățile de natură informatică a sistemului** - registrul unic de evidență a asiguraților, cardul electronic, dosarul electronic al pacientului, prescripția electronică.

- **supraveghează și controlează sistemul de asigurări obligatorii de sănătate** (activitate prezentă care însă în va fi efectuată în paralel și de CSA).

- **veghează asupra tentativelor de monopol** (aceasta activitate este însă specifică Consiliului Concurenței).

- **încheie (ca și în prezent) contracte cu asiguratorii care îndeplinesc condițiile de eligibilitate stabilite prin prezenta lege;**

A2. Cu privire la conducerea ANRAOS

ANRAOS va fi condusă de un Consiliu de administrație alcătuit din 11 membri, din care 6 reprezentanți ai Guvernului/statului (președintele ANRAOS - secretar de stat, reprezentanți ai MS - 2, ai MF-1 și ai MMPS -1 și ai asiguraților publici - actualele case județene- 1), 1 reprezentant al CSA

(care are oricum o serie de atribuții care se suprapun în mare peste responsabilitățile ANRAOS) și 4 reprezentanți ai societății civile (asociațiile de pacienți -1, sindicate 1, patronate 1, asigurători privați -1).

În pofida deciziilor financiare specifice unei instituții financiar-bancare de anvergură, consiliul de administrație nu are prin lege nici un fel de responsabilitate, golind de conținut termenul de administrator, deși fondul are active de mii de milioane de euro care urmează a fi investite!

A3. Cu privire la modalitatea de repartizare a fondurilor colectate către societățile de asigurare.

Sistemul sanitar se afla de ani buni într-o stare de insolvență nedeclarată, arieratele de tot felul fiind acoperite anual prin alocări de la bugetul de stat. În pofida acestei realități și în absența unor soluții de finanțare suplimentare - principala modificare a rolului CNAS din prezent se va regăsi în funcția să de **investitor al activelor fondului**, cel puțin în teorie, în diferite instrumente de investiții - în primul rând în titluri de stat. În cazul sistemului de asigurări sociale de sănătate "daunele" - respectiv serviciile de sănătate se produc continuu, concomitent cu încasarea contribuțiilor și depășesc adesea nivelul acestora. Este greu de înțeles care va fi izvorul acestor investiții.

Ministerul de Finanțe a fost în repetate rânduri acuzat de faptul ca utilizează pe termen scurt banii încasați din contribuțiile pentru fondul de sănătate, aceștia fiind transmiși cu întârziere la CNAS. Soluția găsită pentru a perpetua aceasta îndestulare a deficitelor din fondul de sănătate a fost aceea de a "da dreptul" la comanda Guvernului, de a "investi" în titluri de stat. Astfel, în viitor, trezoreria statului va fi alimentată "prin propria voință" a președintelui ANRAOS și a consiliului de administrație (dominat de reprezentanți ai Guvernului) și nu prin decizia Ministrului de Finanțe, ca până în prezent.

În prezent bugetul de cheltuieli al CNAS este depășit sistematic. În viitor sunt propuse două soluții pentru

astfel de deficite: reasigurarea (obligatorie pentru fiecare asigurător) și acoperirea de la bugetul de stat. Reasigurarea nu este o soluție operantă în cazul asigurărilor obligatorii de sănătate, evenimentul reasigurat - consumul în exces de servicii fiind un eveniment anticipat. Așa cum nimeni nu asigură o mașină lovită, nimeni nu reasigură o firmă despre care se știe ca va cheltui pe servicii medicale mai mult decât veniturile realizate. Pe de altă parte, acoperirea deficitului de la bugetul de stat este evocată doar ca posibilitate (Art. 162) când, în fapt, ar trebui să fie o garanție asumată prin lege, de vreme ce cadrul legal de desfășurare al sistemului de asigurări și cotele de contribuție sunt delimitate prin lege. Neacoperirea deficitului de la bugetul de stat va conduce la intrarea imediată în insolvență sau chiar la faliment! Mecanismul însuși al acoperirii deficitului unor firme private de asigurați din bugetul de stat este posibil să fie inaplicabil, statutul nostru de membru UE atrăgând restricții la finanțări care ar putea fi susceptibile a fi interpretate ca ajutor de stat!

92% din sumele colectate de ANAF se repartizează asigurătorilor de sănătate într-o cotă stabilită pe baza riscului de boală al populației înscrise la un asigurător, estimat în funcție de factorii determinanți ai stării de sănătate (mediul de rezidență, profilul demografic, vârstă, sex, natalitate, mortalitate etc.) și profilul de morbiditate al asiguraților. (Art. 165). Factorii de risc luați în considerare sunt specifici asigurărilor de sănătate private și se abat de la principiul de bază al asigurărilor sociale - solidaritatea socială, aceasta modificare fiind esențială în prezentul proiect de reformă. În cazul asigurărilor private de sănătate evaluarea riscului de boală se transformă în riscul material asumat pe baza calculelor actuariale și conduc la stabilirea nivelului primei de asigurare. În cadrul asigurărilor obligatorii aceasta modalitate ipotetică de repartizare a fondurilor către firmele de asigurări nu se suprapune peste modalitatea de plată a serviciilor către furnizorii de servicii sanitare. Astfel, este de așteptat să survină din start

discrepanțe între diverși asiguratori din punct de vedere al solvabilității iar fondul de redistribuire, de numai 6%, este probabil prea mic. Trebuie spus că și astăzi se face o "balansare" a fondurilor destinate caselor județene de asigurări, însă aceasta depinde în mare măsură de factori subiectivi, acoperirea deficitelor fiind în mare măsură la latitudinea Președintelui CNAS. Trebuie să subliniez că în prezent nu există date statistice publice privind consumul de servicii în funcție de parametrii propuși!

Deși proiectul prevede distribuirea 100% a fondurilor încasate de ANAF (din care 92% către asigurători, 2% pentru administrarea ANRAOS și 6% pentru fondul de redistribuire) este prevăzută și constituirea unui fond de rezervă al ANRAOS având ca sursă sumele care nu vor fi distribuite în cotele menționate(!?)

- **Concluzie 1:** Prin funcțiile și poziția acordată în reglementare - monopolul CNAS se menține integral ca și în prezent - societățile de asigurări (teritoriale) aflându-se în imposibilitate de a intra în competiție pentru fonduri, în condițiile în care atât acordul cadru cât și repartizarea fondurilor se fac după reguli impuse de CNAS.
- **Concluzie 2 :** În ipoteza în care se urmărește cu adevărat privatizarea instituțiilor de asigurări de sănătate - CNAS poate fi desființată, iar funcția de reglementare și de gestionare a sistemului informatic poate trece la MS. Supravegherea asigurătorilor privați trebuie să rămână în mâna unei singure instituții - CSA.
- **Concluzie 3:** În ipoteza foarte probabilă dar destul de greu de descoperit în proiect, în care nu se va face o modificare a sistemului, casele de asigurări urmând a se reduce la 10-12, dar fiind tot publice, ca și în prezent, modificările aduse de proiect sunt ca și inexistente și drept urmare nu mai este necesară o lege de "reformare" a sistemului sanitar!

B. CU PRIVIRE LA MODIFICAREA SISTEMULUI DE ADMINISTRARE LOCALA A FONDURILOR DE ASIGURARI

Conform declarațiilor publice, casele județene de asigurări urmează a fi înlocuite cu entități în totalitate private - cu **societăți mutuale** sau cu **societăți private de asigurări de sănătate**. În fapt mai există și o a treia formă de organizare - asiguratorii publici - amintiți în art. 193 al.(a) - care vor avea și un reprezentant în consiliile de administrație, menționate ulterior sub forma de "**casele regionale de asigurări de sănătate**", înființate conform art. 267, alin. (2)".

Proiectul trece sub tăcere cum vor funcționa pe viitor aceste entități publice, fiind de presupus ca inițiatorii au avut în intenție menținerea prevederilor legale actuale însă, din eroare, nu au mai menționat acest fapt în textul legii.

B1. Societățile Mutuale

Societățile mutuale de asigurări sunt persoane juridice civile de drept privat, fără scop patrimonial, gestionate de către membrii aderenți, având drept obiectiv protejarea acestora față de riscul de boala și de consecințele financiare ale acesteia;(art.136 al.k). Legea 32/2000 - Legea asigurărilor definește societatea societatea mutuală de asigurări ca fiind "*persoana juridică civilă ai cărei asociați sunt deopotrivă asigurați și asiguratari*". (art.2 al.19).

Toți membrii societății mutuale vor trebui să se fie înscrși în Registrul Comerțului (art. 197 al. d). Apreciez că este inacceptabilă delegarea legislativă către o hotărâre a guvernului a modului de organizare a unor societăți comerciale care vor cuprinde întreaga populație a României, devenind astfel cea mai populară formă de comerț, în condițiile în care toate celelalte forme de exercitare a comerțului beneficiază de reglementari exhaustive, definite prin lege! Trebuie însă precizat că în România mai există o lege care reglementează societăți mutuale - Legea nr.

122/1996 privind regimul juridic al caselor de ajutor reciproc ale salariaților și al uniunii acestora. Aceasta prevede însă că respectivele societăți vor fi înființate pe principiul mutualității precizând însă ca organizarea lor se va face respectând legislația asociațiilor și fundațiilor. O astfel de precizare lipsește în prezenta propunere.

Din redactare lipsesc trăsăturile specifice unei societăți mutuale:

- **Membrii societăților mutuale au dreptul de a participa la luarea deciziilor și desemnarea conducerii societății;** în proiect nu se precizează cum vor putea membrii să își exercite acest drept.
- **Administratorii societății răspund material pentru managementul fraudulos sau defectuos. Aceasta răspundere față de buna cheltuire** a celor peste 200 de milioane de euro care ar urma să fie gestionați anual nu este evidențiată!!
- Societățile mutuale au obligația **de a returna asociaților acele sume care rămân necheltuite la sfârșitul anului;** în proiect se specifică reportarea acestor sume de la un an la altul.
- **Asociații unei societăți mutuale își asumă concomitent și riscul de a suporta prin contribuții suplimentare eventualele depășiri ale bugetului;** aceasta caracteristică nu este evidențiată în proiect.
- Nu este prevăzut care este destinația **fondurilor în cazul în care un asociat al societății optează a se retrage din asociere sau decedează** - urmașii sai moștenindu-i drepturile patrimoniale și ne-patrimoniale!
- Nu este rezolvată **problema confidențialității unor date cu caracter personal**, toți membrii societății - în calitatea lor de acționari, urmând a li se dezvălui date precum CNP-ul, domiciliul, etc, ca urmare a statutului lor de persoane care

efectuează acte de comerț - care se evidențiază public la Registrul Comerțului.

- **Proiectul nu prevede ce se întâmplă cu persoanele care, din motive personale nu optează pentru nici una dintre societățile de asigurări de sănătate** - asocierea fiind voluntară, presupunând atât beneficii cât și riscuri.
- În rândul societăților mutuale vor putea fi autorizate "filiale ale unui asigurător străin constituite ca persoană juridică română dacă în țara în care este înregistrat s-a constituit legal și desfășoară o activitate similară cu cea pentru care solicită autorizarea în România." [art.199 lit h]. O asemenea prevedere răstoarnă premisele publice ale mutualității - **fondurile unora dintre asigurați urmând a fi "gestionate" de societăți mutuale din alte tari.**
- Nu se prevede ce se va întâmpla în **cazul falimentului unei societăți mutuale** și cum se desființează o astfel de societate și ce se întâmplă cu patrimoniul acesteia.
- **Nu este precizat dacă persoanele care vor intra ulterior în societate vor mai avea statutul de membri fondatori și ce îi deosebește de cei fondatori.**

Legea are însă prevederi, cel puțin ciudate, referitoare la recunoașterea unor societăți comerciale de asigurări ca membri fondatori ai unei mutualități, deși acestea sunt organizate pentru obținerea de profit (!) și chiar a caselor regionale de asigurări de sănătate - persoane juridice care, pentru a-și păstra forma juridică, trebuie să funcționeze în continuare conform propriului statut, ceea ce este un non-sens dacă asigurații acesteia vor deveni membri ai noii entități mutuale! Este de asemenea greu de înțeles cum ar putea să-și respecte rațiunea de existență a mutualității prin furnizarea de servicii de asigurare către membrii săi fondatori - persoane juridice (!)

Adeziunea la societatea mutuală urmează a se face printr-un înscris sub semnătură privată exprimată în forma solemnă, autentică (în fata unui notar). În aceste condiții, înființarea unei societăți mutuale cu

minim 1 milion de membri devine aproape utopică.

Alegerea organelor de conducere trebuie să se facă înaintea înregistrării acestei societăți mutuale la Registrul Comerțului. Modalitatea **organizării unei adunări constitutive a societății mutuale cu minim 1 milion de membri**, dacă nu presupune participarea directă ar trebui precizată în textul legii și nici de cum delegate pentru a fi rezolvate ulterior. Pentru a fi înregistrată - societatea mutuală are obligativitatea de a prezenta un calcul al riscului de boală pentru membrii aderenți, fără a ști care sunt sumele care urmează a le primi în urma negocierii cu ANRAOS și, ca urmare, fără a putea estima care sunt riscurile financiare la care se expune asigurătorul și eventual reasiguratorul.

B2. Societățile private de asigurări de sănătate.

Activitatea societăților de asigurări în domeniul asigurărilor facultative de sănătate este minimală. Raportul CSA arată că totalitatea primelor brute subscrise din asigurări (private) de sănătate nu depășesc 10 milioane de EURO în anul 2014 dintr-o piață totală de 1,8 mld euro! Principala cauză a acestei subdezvoltări este refuzul autorităților de a se angaja în delimitarea onestă a pachetului minimal de servicii de sănătate și precizarea astfel a obiectului asigurării facultative de sănătate.

Prezentul proiect nu aduce nici o îmbunătățire a cadrului prezent și astfel nu crează premise pentru o viitoare dezvoltare.

Apreciem ca ipoteza de a muta responsabilitatea gestionării fondurilor publice - mult superioare valoric sumelor de asigurări private din prezent către firme care nu au nici un fel de experiență în acest domeniu - cele două domenii - asigurările private și cele de tip social fiind radical diferite în pofida utilizării aceluiași termen.

⁴Buletin Informativ al CSA - Anul VI, Nr. 1 - martie 2012

B3. Societățile regionale publice de asigurări

Deși înființarea societăților private de asigurări este doar o posibilitate și nu o obligativitate, în cazul în care nu va avea loc această preluare de către sectorul privat, proiectul de lege nu are nici un fel de prevederi legate de modalitatea de organizare și funcționare viitoare a societăților publice de asigurări de sănătate.

Termenul limită impus pentru transformarea în societăți regionale este extrem de lax - 31.12.2013 deși o asemenea transformare se poate face practic imediat. Trebuie menționat însă ca și Legea 95/2006 prevede obligația Guvernului de a asigura transformarea Casei Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului până cel târziu în anul 2007 iar aceasta prevede a fost ignorată în totalitate.

- **Concluzie 1:** În cazul în care nu vor exista societăți private de asigurări de sănătate facultative dispuse a prelua și asigurările obligatorii iar societățile mutuale nu se vor înființa rezultă că, într-o alta ipoteza de lucru, sistemul de asigurări va rămâne în mare măsură în forma în care se găsește și în prezent, singura modificare notabilă urmând a fi reducerea caselor județene de la 42 la 10-12. Această măsură este salutară însă de mult prea mică anvergură pentru a fi considerată o reformă!

- **Concluzie 2:** Într-o alta ipoteză de lucru, prin reglementarea ambiguă, contradictorie sau prin lipsa de reglementare tocmai acolo unde aceasta se impune, propunerea conduce la ideea că poate ascunde "o **operațiune investițională frauduloasă ce implică plata unor profituri deosebit de mari ale unor investitori de pe urma unor fonduri investite de alte persoane și nu de pe urma veniturilor pe care afacerea le-a generat în realitate.**" (definiția unei scheme Ponzi - sistem piramidal) în care principalul beneficiar ar putea fi o entitate comercială, încă nedezvăluită, care ar urma să devină membru fondator al unei societăți mutuale, care ar putea să transfere o parte a fondurilor către un reasigurator

și care, aproape imediat, ar avea posibilitatea de a declara insolvența noii entități, beneficiind inclusiv de activele transferate de la casele județene de asigurări.

- **Concluzie 3:** Societățile mutuale sunt insuficient reglementate în legislația română - de altfel fiind minimal reglementate și în alte țări. A împinge întreaga finanțare a sistemului sanitar către o necunoscută, un tip de societate comercială, pentru care românii nu au practic nici un fel de experiență sau tradiție, reprezintă asumarea unui risc care nu este argumentat suficient de către autori. Existența unor astfel de entități non-profit în unele țări europene nu pot fi considerate drept model în condițiile în care finanțarea în aceste țări este cu 500-600% mai mari pentru aceleași acte medicale!

- Indiferent de ipoteze - nici una din modalitățile de administrare a fondurilor de asigurări - nu lasă să se înțeleagă ca vor conduce la o suplimentare a fondurilor utilizate în sănătate.

C. CU PRIVIRE LA NOILE RAPORTURI JURIDICE CARE VOR GUVERNA SISTEMUL DE ASIGURĂRI

Toate relațiile dintre diferiții actorii din sistemul de asigurări sociale de sănătate vor avea la bază contractele civile. **Aceste contracte vor muta în totalitate riscul depășirii bugetelor pe seama asiguraților**. Totuși este dificil de înțeles folosirea unor contracte, denumite civile, cu termene impuse integral prin acordului cadru aprobat prin Hotărâre a Guvernului, în condițiile în care una din principalele caracteristici al unui asemenea contract îl reprezintă "libertate deplină" de a stipula ce crede de cuviință fiecare parte într-un asemenea document.

Totuși unul din principiile de bază ale mutualității are la bază tocmai principiul acoperirii depășirii veniturilor prin contribuții suplimentare ale membrilor asociației! Apreciem că intenția autorilor proiectului a fost tocmai exonerarea bugetului de stat de riscul depășirii bugetului Fondului de asigurări de sănătate mutind acest risc pe umerii asiguraților, care însă nu au mijloacele de a preîntâmpina producerea acestui eveniment!

D. CU PRIVIRE LA SURSELE SUPPLEMENTARE DE FINANTARE

Din proiect rezultă identificarea următoarelor surse de creștere a veniturilor sistemului de asigurări sociale de sănătate:

D1. Suplimentarea bugetului asiguraților sociale de sănătate de la bugetul de stat

Acoperirea de la bugetul de stat a sumelor datorate de toate persoanele care în prezent sunt scutite de contribuție. Aceasta măsură se impune încă de acum, nefiind necesar un întreg pachet de reformă pentru îndreptarea unor măsuri populiste, evident eronate! Ministerul Sănătății nu a dat publicității numărul beneficiarilor respectivelor scutiri de la plata contribuției pentru a se putea evalua impactul financiar. În 16 iulie 2012 Guvernul a anunțat însă o măsură exact opusă - patronii firmelor care vor angaja șomeri cu vârsta mai mică de 25 ani sau persoane de peste 55 ani urmând a nu mai plăti contribuții la bugetele de sănătate, pensii și șomaj. Este inacceptabil ca o astfel de măsură să fie propusă concomitent cu afirmarea susținerii unor principii exact contrare!

D2. Creșterea contribuției unor persoane fizice și juridice

Creșterea contribuției angajatorului pentru persoanele care au venituri sub salariul mediu pe economie până la suma datorată pentru un astfel de venit. Deși măsura este destinată a descuraja angajarea formală a peste 2 milioane de salariați la nivelul salariului minim pe economie - soluția propusă este inechitabilă - atât pentru fondul de asigurări sociale (pensii) - diminuat prin aceeași metodă - cât și față de angajatori - în situația în care salariul plătit reflecta cu adevărat munca prestată. Suma încasată în plus prin această metodă este estimată a atinge maxim 400 milioane euro.

Suportarea contribuției pentru coasigurați (scuțiți în prezent), de către membrul de familie care realizează venituri mai mari decât dublul salariului minim pe economie ar putea aduce suplimentar maxim 50 de milioane Euro cu prețul încălcării principiului de bază al asigurărilor sociale - principiul solidarității sociale. Deși suma pe care ar urma să o plătească titularul este de doar 38 de lei per coasigurat - având în vedere că familia respectivă se

sprijină exclusiv pe veniturile acestuia, putem anticipa că sporirea de finanțare urmează să se facă tocmai pe familiile aflate la pragul sărăciei deși statul a înțeles în repetate rânduri să scutească de la plată firme de stat cu mii de salariați.

D3. Suplimentarea bugetului din alte surse

Premierul Ponta a evocat suplimentarea bugetului asigurărilor de sănătate cu o cota parte din RCA - iar în proiect se regăsește obligativitatea acoperirii cheltuielilor serviciilor de îngrijire a sănătății asiguraților ale persoanelor victime ale accidentelor auto însă aceasta prevedere este în vigoare și în prezent!

Suplimentarea sumelor cheltuite în totalitate pentru sănătate pe seama asigurărilor private de sănătate este utopică. Asigurările suplimentare și

complementare trebuie să satisfacă aspirația unei categorii sociale pentru mai bine și nu o barieră a accesului la îngrijirile de sănătate în calea celor cu venituri aflate la pragul sărăciei. Nu poți determina oameni cu salariul minim pe economie să-și cumpere asigurări de sănătate suplimentare. O dovadă certă a acestei imposibilități este eșecul asigurărilor obligatorii pentru case, persoanele sărace ignorând pur și simplu obligația legală.

O alta sursă evocată a fost cea a creșterii accizării produselor din alcool și tutun; aceste sume sunt însă fond special al Ministerului Sănătății și nu pot fi destinate suplimentării fondului de asigurări sociale de sănătate.

ALTE INSUFICIENȚE ALE PROPUNERII

1. Proiectul permite **treccrea patrimoniului actualelor case de asigurări județene** în patrimoniul unor entități private.

2. **Permite asocieri extrem de dezechilibrate** - toți acționarii sunt limitați la contribuirea la fondul societății la suma de 10 lei - drept contribuție la fondul de rezervă (implicit pentru persoanele fizice cât și pentru cele juridice).

3. Nu este relevant care ar putea fi interesul unei societăți de asigurare să devină membru al unei societăți mutuale de vreme ce societatea mutuală exclude realizarea profitului - tocmai rațiunea de a fi a societății comerciale! Este evident că fiecare membru al societății mutuale va trebui să contribuie lunar cu o anumită sumă. Nu reiese cu ce suma ar trebui să contribuie societatea de asigurări acționar! Așa cum este redactat proiectul, rezultă doar că se dorește ca anumite entități - nedezvoltate încă - să ia în administrare, pe o cale ocolitoare, sumele provenite din contribuția populației la asigurările sociale de sănătate!

4. **Crează reguli inegale pentru obținerea dreptului de a gestiona banii publici proveniți din contribuțiile populației.** O societate mutualistă are nevoie de cel puțin 1 milion de membri. O societate de asigurări private va putea obține dreptul de a gestiona fondurile pentru asigurările obligatorii de sănătate dacă are cel puțin 15.000 de membri care optează pentru achiziționarea de asigurări private, în condițiile în care și societățile mutuale au dreptul de a oferi asigurări private?! Cuantumul asigurării private nefiind stipulat rezultă că bariera impusă - este formală - asigurarea privată putând avea și valoarea simbolică de 1 leu pe lună!

5. Se preconizează o creștere a cheltuielilor de administrare a fondului de asigurări de la 3% cât este în prezent la 3,8% (2% CNAS + 2% din 96% la nivel județean) la care se adaugă sumele destinate intermedierei de asigurări pentru cei 18 milioane de asigurați și sumele destinate reasigurării - neprecizate. La aceste cheltuieli trebuie adăugate și cele maxim 18 milioane de autentificări notariale ale deciziei de a opta pentru o societate mutuală.

CONCLUZII

Proiectul ratează sistematic toate cele 5 obiective declarate public de Guvern:

- 1. desființarea monopolului CNAS; monopolul CNAS se menține integral prin funcția de a repartiza fondurile și prin stabilirea pachetului de servicii oferite prin Acordul cadru.**
- 2. creșterea controlului asiguraților asupra fondului de asigurări obligatorii; proiectul trece sub tăcere modalitatea prin care asigurații urmează să realizeze controlul suplimentar!**
- 3. introducerea competiției între asiguratori; competiția între asigurători este lipsită de obiect deoarece sumele primite sunt stabilite printr-o formulă impusă iar pachetul de servicii este decis de CNAS prin Acordul cadru, toate în condițiile unor activități non-profit!**
- 4. stimularea asigurărilor facultative; nu a fost introdus nici un singur element pentru stimularea asigurărilor facultative față de cadrul legal actual.**
- 5. redefinirea pachetului de servicii în conformitate cu posibilitățile de plată; din capitolul de asigurări sociale de sănătate nu reiese cum se va atinge acest deziderat.**

Soluțiile propuse merg către o direcție greșită, neadecvată situației materiale a

românilor, tradițiilor și experienței populației.

Proiectul identifica drept soluție a reformării sistemului de sănătate privatizarea caselor județene de asigurări; aceasta măsură nu are cum să contribuie la o sporire a veniturilor sistemului. Guvernul nu a indicat niciodată care este ineficiența actualului sistem de asigurări și sumele astfel pierdute.

Suplimentarea veniturilor prin măsuri fiscale este modestă și negarantată.

Prin mecanismele create singurii câștigători, de moment, sunt firmele de asigurări, reasigurări și intermediere de asigurări în detrimentul contribuitorului actual.

Deși prezentate într-o altă formă, ideile enunțate în cursul anului trecut referitoare la noul sistem de asigurări sunt practic nemodificate deși vechiul proiectul a fost retras.

Perpetuarea dezbaterilor pe diverse variante de modificare a legii sănătății concomitent cu amânarea unor măsuri obligatorii care pot fi adoptate în actualul cadru legislativ face ca, zilnic, să asistăm la pierderea de vieți omenești doar pentru ca cineva refuză să ia deciziile adecvate ACUM. Astfel devenim părtași la un fals politic în care ne prefacem preocupați de viitor - fără a oferi soluții - ignorând prezentul.

SOLUȚII ȘI RECOMANDĂRI:

- 1. Recunoașterea dificultăților prin asigurarea transparenței totale a parametrilor și indicatorilor de funcționare ai sistemului sanitar.** Aceasta soluție a fost îmbrățișată cu mult curaj de o țară vecină - Republica Moldova - pe site-ul

Ministerului Sănătății⁵ din aceasta țară găsindu-se

⁵http://www.ms.gov.md/_files/11849-Ordinul%20nr.%20677%20din%2002.07.2012%20Cu%20privire%20la%20aprobarea%20planul%20de%20ac%20C5%25A3iuni%20al%20Ministerului%20S%25C4%2583n%25C4%2583t%25C4%2583%25C5%25A3ii%20pentru%20o%2520Guvernare%20Deschis%25C4%2583%2520pe%2520anii%202012-2013.pdf

un ordin cu 80 de pagini de măsuri și indicatori pe care autoritățile medicale trebuie să le dea publicității lunar și trimestrial, ca parte a Planul de acțiuni pentru guvernarea deschisă din aceasta țară. În țara noastră, până și raportul minimal pe care CNAS are obligația legală de a-l prezenta public este un secret bine păstrat!

2. Adecvarea pachetului de servicii la nivelul finanțării pe care statul nostru este capabil și dorește să o facă! Guvernul trebuie să iasă din minciuna conform căreia poate să ofere servicii medicale în cantități și de o calitate similare cu cele din Germania, de exemplu, având costuri de 6 ori mai mici!

3. Accreditarea tuturor unităților sanitare, respectând criteriile unitare pentru unitățile de stat și cele private, fără acordarea de derogări. Guvernul și administrațiile locale trebuie să decidă dacă doresc sau nu să mențină unitățile sanitare în

funcțiune prin adecvarea lor la standarde din punct de vedere al aparaturii, personalului și siguranței.

4. Stimularea competiției între furnizori prin majorarea sumelor fiecărei prestații în sine, până la un nivel în care să fie posibil ca pacienții să opteze fie pentru sistemul de stat fie pentru sistemul privat cu suportarea unor diferențe. Astăzi, în sistemul de stat nu există nici o corespondență între costurile reale ale actului medical și tarifele impuse de CNAS.

5. Creșterea implicării pacienților, populației în general, în luarea deciziilor care privesc structura și funcționarea sistemului sanitar.

6. Abandonarea unui proiect de reformă și trecerea curajoasă la adoptarea de către Guvern a măsurilor tactice necesare, care îi vin în responsabilitate, în limitele impuse de actualul cadru legislativ.