

VI

POLITICA DE SĂNĂTATE: STOP CONCURENȚEI NELOIALE PUBLIC-PRIVAT ÎN SECTORUL SANITAR ROMÂNESC

România alocă sistemului sanitar cele mai restrânse resurse din Uniunea Europeană. În pofida acestei realități, numărul de spitale din România este într-o permanentă creștere, atât ca urmare a redeschiderii unora dintre spitalele închise în anul 2011, cât și ca urmare a creșterii de la an la an a numărului de spitale private. Analiza de față avertizează că din concurența pentru banii proveniți din Fondul Unic Național al Asigurărilor Sociale de Sănătate (FUNASS), între spitalele de stat și cele private, primele ar putea ieși învinse, iar stabilitatea întregului sector spitalicesc ar putea fi periclitată.

INTRODUCERE

Printre măsurile necesare pentru o adecvare a resurselor alocate cu numărul de servicii care pot fi efectuate au fost adesea evocate reducerea numărului de paturi și închiderea spitalelor neviabile din punct de vedere economic. În anul 2011, sub presiunea directă a principalului finanțator al României – Fondul Monetar Internațional (FMI) –, Guvernul a trebuit să onoreze promisiunea de a închide 63 de spitale mici, ineficiente. Stabilirea spitalelor și analiza situației s-a materializat în Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor adoptată printr-o Hotărâre de Guvern¹.

¹ Hotărârea Guvernului nr. 303/2011 pentru aprobarea Strategiei Naționale de Raționalizare a Spitalelor.

Apariția de la an la an a noi unități sanitare private cu paturi face însă ca Ministrul Sănătății (MS) să se confrunte cu riscul ca noua competiție pentru banii proveniți din Fondul Unic Național al Asigurărilor Sociale de Sănătate (FUNASS), între spitalele de stat și cele private, să conducă la periclitarea stabilității întregului sector spitalicesc. Soluția evocată de Ministrul Sănătății, înlăturarea sistemului privat de la contractarea cu CNAS, a fost respinsă aproape unanim. Aceasta este consecința unui caz aproape tipic de “policy failure” – eșec al unei politici publice – în domeniul sectorului spitalicesc. Vom face o analiză succintă, vom propune soluții alternative și vom prezenta propriile noastre recomandări pentru corijarea actualei stări de lucruri.

SITUAȚIA ACTUALĂ

Conform datelor din Anuarul Statistic al MS, în anul 2010 în România exista un număr de 428 spitale². Strategia de raționalizare a spitalelor indica, în același an, un număr de 435 de spitale. Conform datelor disponibile în anul 2011, au fost desființate un număr de 71 de spitale publice. În anul 2011, conform datelor de pe site-ul MS, în România mai existau 394 de unități sanitare cu paturi³. Multe dintre unitățile spitalicești desființate

² Anuarul Statistic al Ministerului Sănătății, pag. 219.

³ Conform tabelului existent pe site-ul MS referitor la finanțarea spitalelor în anul 2011, disponibil la <http://www.ms.ro/upload/2011.xls>

au devenit secții exterioare ale spitalelor județene, fiind preluat integral atât personalul, cât și numărul de paturi aferent. Economii realizate prin această măsură au fost minime, de fațadă.

Este de așteptat că numărul spitalelor aflate în proprietate publică va crește semnificativ în următorii ani. Comunitățile locale care au spitale închise doresc reactivarea acestora, unele fiind deja repuse în funcțiune ca urmare a unor hotărâri ale instanțelor. Pe de altă parte, MS și-a anunțat intenția, prin legea Bugetului de Stat pe anul 2013, de a asigura finanțarea și construirea în anii următori a 8 spitale de urgență și a încă alte 20 de spitale municipale⁴. Nu este clară destinația spitalelor existente în prezent în localitățile respective.

Înființarea de noi spitale private este în plin avânt. În anul 2006, în România existau 12 spitale private, iar în 2012 nu mai puțin de 86⁵. Numai cele 11 spitale inaugurate în anul 2011 au reprezentat o investiție privată cumulată de 131 milioane de euro⁶. Pe măsură ce au căpătat toate autorizațiile necesare, spitalele private au reușit să intre în relație cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, la întreaga capacitate sau numai parțial. Conform datelor din Strategia Națională de Raționalizare a Spitalelor, în 2010 un număr de 52 de spitale private s-ar fi aflat în relație contractuală cu FUNASS, după ce în anul precedent doar 40 de unități private ar fi stabilit astfel de relații

⁴ Nota de la Bugetul Ministrului Sănătății.

⁵ Nicoleta Bănilă, „Cum va arăta piața serviciilor medicale private peste zece ani, în viziunea managerilor din domeniu”, *Ziarul Capital*, 4 septembrie 2012, disponibil la <http://www.capital.ro/detalii-articole/stiri/cum-va-arata-piața-serviciilor-medicale-private-pest-zece-ani-in-viziunea-managerilor-din-domen.html>

⁶ Ioana David, „Investiții record în spitale private în 2011: cele opt unități au scos din buzunarul proprietarilor 131 mil. Euro”, *Ziarul Financiar*, 27 decembrie 2011, disponibil la <http://www.zf.ro/companii/investitii-record-in-spitale-private-in-2011-cele-opt-unitati-au-scos-din-buzunarul-proprietarilor-131-mil-euro-9101612/>

contractuale. În anul 2012, un număr de 388 spitale erau plătite prin Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice sau Drug Related Groups (DRG)⁷, la care se adaugă și spitalele plătite în sistem non-DRG, dintre care 47 sunt unități medicale private⁸ (după alte surse numărul real este de 48⁹).

Unele dintre spitalele private își leagă întreaga existență de contractul cu CNAS – în special cele care au contractat servicii de îngrijiri paliative sau destinate spitalizării pacienților cu boli oncologice, spre exemplu cele din Iași, Brașov sau Bacău. Unele dintre aceste unități sanitare, precum Spitalul Sfântul Sava din Iași, își bazează 90% din activitate pe fondurile provenite de la Casa Județeană de Asigurări de Sănătate¹⁰. Această translată a serviciilor de la spitalul „de stat”¹¹ la unul privat s-a produs, cel puțin în cazul spitalului din Brașov, ca urmare a unei totale indiferențe a administrației centrale și locale cu privire la finanțarea, renovarea, reutilizarea și conducerea spitalului aflat în proprietatea publică destinat îngrijirii bolnavilor de cancer. **Practic, inițiativa privată a speculat în favoarea pacientului nișa largă lăsată de administrația locală și centrală.**

Principala problemă ridicată de asociațiile de pacienți – angajate în disputa publică

⁷ Drug Related Groups (DRG) este metoda prin care mai multe diagnostice sunt grupate într-o singură clasă pentru a facilita plata spitalelor și a permite comparații. Pentru mai multe amănunte, vezi <http://www.drg.ro/index.php?p=drg>

⁸ Website-ul Centrului de Cercetare și Evaluare a Serviciilor de Sănătate, disponibil la <http://drg.ro/index.php> și Normele COCA.

⁹ Website-ul Centrului de Cercetare și Evaluare a Serviciilor de Sănătate.

¹⁰ ***, „9 spitale private din Iași rămân fără finanțare de la stat. Anul trecut acestea au primit aproape 24 de milioane de lei”, *IasiTvLife*, 14 ianuarie 2013, disponibil la <http://www.iasitvlife.ro/index.php/categorii/item/3102-raman-fara-finantare>

¹¹ Vom folosi sintagma „de stat” pentru a defini spitalele publice aflate în proprietatea și administrarea autorităților locale sau centrale pentru a le deosebi de cele construite din fonduri private.

legată de concurența public-privat – este cea a dreptului pacientului de a se adresa celui mai bun furnizor de servicii, cel care oferă cea mai bună calitate și satisfacție, de vreme ce fondul de asigurări nu este sub nici o formă păgubit. În fond, banii – a se înțelege suma alocată pentru tratarea afecțiunii de care suferă asiguratul – trebuie să urmeze pacientul.

Deși acest principiu este fără îndoială corect, Ministerul Sănătății se vede nevoit să constate că în competiția pentru fonduri dintre public și privat nu pot exista numai învingători, ci trebuie să existe și învinși. Reducerea sumelor pe care le pot contracta spitalele publice ca urmare a opțiunii pacienților pentru spitalele private trebuie să conducă la un moment dat la închiderea spitalelor care nu mai reușesc să atragă suficiente fonduri.

Problema 1: Finanțarea spitalelor private din fondurile CNAS este în creștere de la an la an, unele dintre acestea obținând tarife per internare mai mari decât cele obținute de spitalele similare din rețeaua de stat

Conform datelor oferite de MS, în anul 2011, spitalele private au primit de la FUNASS 150.703 mii lei, suma care a crescut în anul 2012 cu 40%, ajungând la 213.500 mii lei. În unele județe ponderea finanțării spitalelor private a atins 5%, în cazul Iașului¹², sau chiar 10% din totalul sumelor alocate serviciilor medicale spitalicești, ca de exemplu în județul Brașov¹³. Capacitatea de contractare a spitalelor private este cu mult mai mare, dar prevederile Contractului Cadru limitează creșterea la maximum 30% față de anul precedent. Chiar și în aceste

¹² Amalia Dascălu, „Bolnavii, forțați din condei să se trateze numai la spitalele de stat: O lovitură de 5 milioane de euro”, *Ziarul de Iași*, disponibil la <http://www.ziarul-deiasi.ro/local/o-lovitura-de-5-milioane-euro~ni99cg>

¹³ Ministerul Sănătății, Comunicat de presa: „Finanțarea din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate a furnizorilor de servicii medicale din sistemul privat”, disponibil la <http://www.ms.ro/index.php?pag=62&id=12329&pg=1>

condiții, este de așteptat ca balanța să se încline din ce în ce mai mult către zona privată ca urmare a creșterii numărului de unități sanitare de acest tip, cât și ca urmare a creșterii numărului de persoane care optează pentru a achita coplăți consistente, suplimentare tarifului decontat de CNAS, ca urmare a utilizării serviciilor acestor spitale private. La rândul lor, pacienții, în special cei tineri, optează pentru spitalele private deoarece au ajuns la concluzia că este mai avantajos să plătești sume mai mari oficial decât să împarți cu nemiluita plăți informale. Domeniile în care plățile informale au devenit relativ publice sunt și cele care sunt din ce în ce mai utilizate în privat: maternitățile.

În momentul actual, sumele decontate de către Casele de asigurări de sănătate către spitalele private reprezintă ceva mai puțin de 2% din totalul sumelor destinate unităților sanitare cu paturi (la servicii decontate prin DRG)¹⁴ (vezi Tabelul 2). Sumele decontate către primele 10 spitale private din România sunt echivalente cu cele ale unui singur spital județean sau de urgență. Contractul Cadru permite o creștere anuală a serviciilor contractate de 30% pe an.

Având în vedere solicitările de extindere a serviciilor oferite de spitalele aflate în contract cu CNAS, că numărul spitalelor private în funcțiune este de două ori mai mare, dar și frenezia construirii de noi spitale private manifestată în ultimii ani, în următorii 4 ani este posibilă atingerea unui procent de 6-7% din totalul finanțării spitalelor. La aceste sume trebuie însă adunate sumele decontate de către casele județene de asigurări de sănătate prin sistem non-DRG (date nedisponibile public)

¹⁴ Fondurile totale alocate de CNAS către spitale publice și private în anul 2012 au fost de peste 1,6 miliarde de euro. Sursă: Wall-Street.ro, *Spitale private*, disponibile la <http://www.wall-street.ro/tag/spitale-private.html>

și sumele încasate de aceleași unități pentru alte servicii decât cele spitalicești decontate de fond (internări de zi, analize de laborator, distribuția de medicamente, servicii de imagistică medicală, etc.). Această translatăre a fondurilor de la public la privat nu se poate face fără ca spitalele „de stat” să-și reducă decontările către CNAS cu 10%.

Asaltul spitalelor private este însă abia la început. Multe unități au un număr mic de paturi și sunt clasificate în categorii inferioare de acreditare, însă există și excepții. Astfel, Medlife și Sanador dispun deja de spitale clasificate ca respectând cele mai înalte standarde și se află într-o permanentă expansiune. Rețeaua Medlife, aflată și în prezent în topul decontărilor cu CNAS – dispune de 7 spitale private, majoritatea achiziționate sau înființate în anul 2011. Toate au vocația contractării cu CNAS și, în conformitate cu actualele criterii, stoparea contractării ar fi chiar nelegală.

Planul Național de Paturi¹⁵, prin care se stabilește numărul total de paturi care se află în contract cu CNAS, nu și-a dovedit eficiența. Spitale de stat nu și-au redus numărul de paturi, cele care urmau să fie desființate au primit destinația internărilor cu plată. Aceasta reducere a valorii contractului cu CNAS cu menținerea numărului de paturi a condus la creșterea artificială a numărului de internări care a depășit numărul celor planificate. Internările fără acoperire au condus la generalizarea practicii de a trimite pacienții să își cumpere singuri medicamentele și materialele sanitare (restul costurilor fiind relativ fixe și acoperite de contractul cu CNAS – salarii, regie, etc.).

¹⁵ Hotărârea 151 din 23 februarie 2011 privind aprobarea Planului Național de Paturi pentru perioada 2011-2013. Publicat în *Monitorul Oficial* 155 din 3 martie 2011 (M. Of. 155/2011).

În final, menținerea numărului de paturi este urmarea dorinței managerilor de a păstra personalul existent, dar și a personalului – ale căror venituri nedeclarate depind direct de capacitatea de rulare a pacienților.

Soluții posibile:

- 1) creșterea transparenței deciziilor, prin înființarea comisiilor tripartite – CNAS/ Spitale publice/Spitale private, care să aprobe criteriile de contractare și introducerea de noi unități sanitare cu paturi pe lista celor finanțate din FUNASS;
- 2) bugete negociate pe categorii de spitale, separat public de privat;
- 3) acceptarea de paturi noi din sectorul privat numai în urma eliminării unui număr echivalent de paturi din sectorul public sau privat;
- 4) introducerea unor mecanisme prin care personalul să primească o parte din sumele încasate pentru servicii de tip privat;
- 5) separarea paturilor private de cele care nu sunt contractate cu CNAS fie în cadrul aceleiași secții, fie prin crearea de secții private în cadrul spitalelor de stat.

Problema 2: Finanțarea actuală a spitalelor pe criterii istorice nu reflectă costurile și nu a ținut cont de apariția concurenței public-privat pentru fondurile de asigurări sociale de sănătate

Introducerea metodei DRG s-a făcut în primul rând pentru a încerca să se obiectivizeze diferențele dintre diferite spitale. În pofida acestui sistem, finanțarea și-a respectat caracterul „istoric” prin volumul de servicii contractate. Principalul criteriu de negociere de care CNAS este nevoită să țină cont este acoperirea fondului

de salarii¹⁶, care reprezintă 55–70% din bugetul spitalului.

În viitorul apropiat, din cauza finanțării la limita funcționării a majorității spitalelor de stat, este foarte probabil ca multe dintre cele care vor înregistra o scădere a finanțării, să ajungă în situația de a-și închide porțile, nemaifiind în măsură să asigure standardele de acreditare, în special datorită incapacității de a asigura fondurile minime pentru personalul strict necesar.

Semnalele transmise de conducerile spitalelor de stat par a rămâne fără un ecou: „Practic noi efectuăm servicii medicale pentru 4200 de pacienți pe lună, iar Casa de Asigurări de Sănătate ne decontează contravaloarea serviciilor medicale pentru 3800, 3900 de pacienți. Asta în condițiile în care serviciile medicale nu sunt plătite nici pe departe la valoarea lor reală”¹⁷.

Printre soluțiile găsite de spitale pentru balansarea artificială a bugetului se numără: internarea unui anumit număr de cazuri ușoare pentru fiecare caz mare consumator de resurse, umflarea diagnosticilor prin încadrarea pacienților în stadii superioare de boală pentru a crește aparent complexitatea cazurilor, reinternarea “la control” a cazurilor externate în urma cu 1-2 luni.

Conform cadrului legal actual, bugetul unui spital este defalcat pe secții, fiecărui șef de secție revenindu-i sarcina de a se încadra în limitele bugetare impuse. Pentru încadrarea în bugetele negociate, Ministerul Sănătății a avansat o soluție – mai degrabă contabilă decât una în favoarea pacienților: directorii

¹⁶ Norme Contract Cadru: „Printre indicatorii cei mai importanți în stabilirea contractelor cu spitalele se găsesc indicatorii cantitativi – care țin cont de numărul personalului medical de specialitate existent conform structurii spitalelor, având în vedere și numărul de posturi aprobate, potrivit legii și de numărul de paturi stabilit potrivit structurii organizatorice a spitalelor aprobate sau avizate, după caz, de Ministerul Sănătății, în condițiile legii”, pag. 203.

¹⁷ Raport de activitate, Spitalul Județean de Urgență Bacău, 2011.

de spitale vor fi demși dacă depășesc bugetul trimestrial. O asemenea măsură va face ca singurul cost variabil, materiale sanitare și medicamentele consumate, să cadă și mai brutal în seama pacienților. Un raport de control din anul 2012, postat pe site-ul Prefecturii Vâlcea arată: „În urma acestei verificări s-a constatat că nu există concordanță totală între prescripțiile medicale din FOCC – uri și eliberarea medicamentelor din farmacia spitalului conform condicilor de medicamente, în majoritatea cazurilor fiind eliberate din farmacia spitalului mult mai puține medicamente decât cele prescrise în FOCC, în unele cazuri, chiar, neeliberându-se niciun medicament”¹⁸. O măsură legată direct de pacient ar fi fost demiterea managerului în situația în care măcar un singur pacient ar fi fost nevoit să mai facă astfel de cheltuieli ilegale și total imorale.

Soluții posibile:

- 1) calcularea costurilor fiecărui spital conform unei metodologii naționale și definirea unor tarife practicate de spitalele private pentru prestațiile nedecontate din FUNASS sau acoperite prin asigurări suplimentare;
- 2) creșterea semnificativă a valorii serviciilor decontate prin DRG;
- 3) diminuarea numărului de servicii contractate până la nivelul de echilibru între venituri și cheltuieli, definindu-se suma pe care spitalul ar trebui să o atragă din alte surse;
- 4) calcularea bugetelor secțiilor în funcție de numărul de servicii care pot fi oferite

¹⁸ Raport control Spitale 2012 aflat pe site-ul Prefecturii Vâlcea, disponibil la <http://www.google.ro/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CDoQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.prefecturavalcea.ro%2Fdocuments%2Farticle%2F571%2FRaport%2520de%2520control%2520-%2520Spit.%2520Jud.%2520de%2520Urg.%2520Valcea.doc&ei=5PQCUDCWBIbvsgaBr4HwBw&usg=AFQjCNFGSXJWCdyUrs05GFgq1gSDRuYxjQ&bvm=bv.41524429,d.Yms&cad=rja>

per trimestru și introducerea listelor de așteptare pentru situațiile în care acestea sunt epuizate;

- 5) introducerea unui mecanism zonal de echilibrare a bugetelor spitalelor;
- 6) creșterea serviciilor efectuate de către un spital trebuie să fie reflectată de scăderea celor efectuate de altul;
- 7) spitalele să aibă și să își definească lista de medicamente de spital garantate – pe care se obligă să dispună permanent și care să acopere 95% din situațiile clinice existente;
- 8) refuzul de a deconta reinternările efectuate la intervale de timp mai mici de 2-3 luni.

Problema 3: Politica de luare a caimacului nu este combătută de CNAS

Noii veniți pe o piață au la dispoziție două strategii: luarea caimacului pieței (prețuri ridicate pentru servicii destinate unei clientele elitiste) sau politica de penetrare a pieței (încercarea de a rupe o bucată cât mai mare din piața actuală prin prețuri competitive, mai mici). În cazul spitalelor private, eforturile s-au axat pe atragerea clienților eliști, cu venituri peste medie.

Strategia de luare a caimacului poate contribui și la dezechilibrarea bugetelor spitalor de stat prin transferul către privat a acelor servicii care sunt puțin consumatoare de medicamente și materiale sanitare. Serviciile care riscă să fie acaparate sunt cele specifice vârstelor tinere – nașterea și afecțiunile ginecologice, chirurgia de mici dimensiuni sau intervenții care nu presupun o perioadă de recuperare îndelungată, îngrijirea copiilor, etc. Acestea au un raport favorabil între tariful decontat de CNAS, zilele de spitalizare efective și consumul de resurse.

Sistemul a fost gândit pentru a permite contrabalansarea cazurilor care au costuri

mari (cazurile de urgență sau cele care consumă resurse materiale consistente primesc prin sistemul DRG sume cert insuficiente) cu cele care primesc mai mulți bani decât costurile propriu-zise. Spitalele private atacă tocmai această zonă de patologii – scăzând capacitatea spitalelor publice de a face față cazurilor grave. Indicele de complexitate a cazurilor, un factor de corecție menit a finanța suplimentar acele spitale care primesc cazuri complexe – pare a nu face diferența suficient de bine pentru a evita dezechilibrul.

Costurile reale ale spitalului par a fi rămas în urma tarifelor decontate de CNAS. Mai mult, între aceleași categorii de spitale par a exista diferențe majore în privința eficacității – acestea nefiind însă niciodată analizate oficial. Aplicarea unui sistem național de tarificare la spitale care se deosebesc major din punct de vedere al eficacității face ca aceleași sume să satisfacă în grade diferite capacitatea de funcționare a unor spitale aparent similare.

Principala acuză adusă spitalelor private este refuzul de a primi cazurile grave, urgențele sau acelea care presupun perioade lungi de terapie intensivă, chiar și în cazul în care persoanele respective sunt “abonați”. Spitalele publice nu își permit “luxul” refuzului. Culmea este că, și puținii pacienți din aceste categorii care ajung să fie internați în spitale private, sunt rapid redirecționați către spitalele de stat.

Soluții posibile:

- 1) calcularea analitică, aprofundată a costurilor reale ale prestațiilor de servicii spitalicești;
- 2) recalcularea DRG-urilor cazurilor grave;
- 3) apropierea tarifelor DRG de costurile reale;
- 4) instituirea regulii ca spitalul privat să

deconteze spitatului de stat costurile aferente pacienților transferați la stat.

Problema 4: Concurența pentru personalul medical

Multe spitale private au folosit bunul renume al medicilor din spitalele de stat pentru a-și crește atractivitatea. Activitatea desfășurată de medicul angajat la stat în unitatea privată aflată în contract cu CNAS reprezintă o formă de concurență neloială la adresă celei dintâi. Oficial, medicilor care lucrează în cadrul unor servicii și specialități deficitare le este permisă activitatea simultană în unități publice și private aflate în contract cu CNAS. Astfel de situații sunt însă în mod deliberat insuficient definite.

Un compromis ar putea fi acceptarea spre contractare concomitentă numai a medicilor angajați ai unei societăți comerciale sau persoane fizice autorizate care stabilesc relații contractuale per serviciu cu spitalul de stat și privat. Până în prezent utilizarea unei asemenea forme de contractare a fost numai o excepție (în județul Cluj). Acest aspect, al concurenței neloiale, este discutabil și în situațiile în care medicul lucrează în cabinete medicale private care nu se află în relație cu CNAS, *dacă* spitalele de stat își vor deschide paleta de servicii și către oferirea de servicii private.

Soluții posibile:

- 1) asigurarea posibilității de a realiza venituri suplimentare în spitalele de stat pentru întreg personalul medical;
- 2) scoaterea personalului de sub rigorile legii unice a salarizării;
- 3) crearea posibilității ca medicii să încheie contracte, dar doar ca persoane fizice autorizate, cu mai multe spitale concomitent;
- 4) garantarea personalului medical a unor venituri comparabile cu cele din

sectorul privat pentru prestarea în spitalul de stat a unor servicii (consultații private, opțiunea pentru un anumit medic, servicii contractate cu asigurările private).

Problema 5: Atitudinea ezitantă a autorităților față de sectorul privat de îngrijiri de sănătate și a asigurărilor private de sănătate

Complementaritatea sistemului public cu cel privat poate să asigure supraviețuirea pe termen lung a sistemului de stat. Astfel, sistemul de asigurări private poate reprezenta supapa de siguranță, zona către care ar putea fi îndreptate treptat acele prestații (integral sau procentual) pe care sistemul de stat nu mai are capacitatea de a le susține. Pentru a stimula această complementaritate, sistemul de asigurări private de sănătate are nevoie de un obiect al asigurării, cum ar fi opțiunea pentru un anumit medic, condiții de cazare și hrană superioare, tratamente neacoperite de FUNASS, prioritate pe lista de așteptare. În spitalele private aflate în relația cu CNAS, o parte din prestările de servicii menționate sunt acoperite prin plăți substanțiale, oficiale, din buzunar.

Asigurările private de sănătate nu au reprezentat pentru autorități o prioritate, măsurile pentru intrarea asigurătorilor privați în contract cu spitalele "de stat" fiind aproape absente. În paralel, s-a consolidat sistemul abonamentelor, o bună parte din acestea fiind contractate prin ocolirea literei și spiritului legii.

O analiză a dinamicii creșterii asigurărilor private de sănătate arată însă că oferta spitalelor private nu a intrat încă pe linia de prioritate a persoanelor dispuse să-și cumpere asigurări private de sănătate¹⁹ (vezi Tabelul 1).

¹⁹ Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, *Raport asupra pieței de asigurări și a activității desfășurate în anul 2011*, disponibil la <http://www.csa-isc.ro/files/Raport%20CSA%202011.pdf>

Tabel 1: Volumul primelor de asigurări private de sănătate

	Prime brute subscrise în cadrul asigurărilor generale (RON)	Prime brute subscrise în cadrul asigurărilor de viață* (RON)	Prime brute subscrise în cadrul asigurărilor de viață - asigurări de sănătate (RON)
Total 2011	47.247.617	531.521	23.813.853
Pondere din total 2011	0,78%	0,03%	1,37%
Total 2010	58.560.333	234.317	9.404.765
Pondere din total 2010	0,88%	0,01%	0,56%
Evoluție în termeni nominali	-19,32%	126,84%	153,21%
Total 2009	62.929.385	318.293	4.402.078
Total 2008	62.500.806	295.973	6.805.76

*Asigurări permanente de sănătate prevăzute la punctul A litera d) din Anexa numărul 1 la Legea 32/2000, cu modificările și completările ulterioare.

Sursa: Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Raport asupra pieței de asigurări și a activității desfășurate în anul 2011.

Astfel, volumului primelor de asigurări private de sănătate în anul 2011 a scăzut cu 19% față de anul precedent atingând doar 47 de milioane de lei din care doar o mică parte au ajuns să fie utilizate pentru plata unor servicii spitalicești.

Crearea premiselor ca spitalele de stat să intre în sistemul asigurărilor private de sănătate ar face ca între spitalele publice și private să se nască o adevărată concurență loială.

Parteneriatul public-privat poate reprezenta o soluție pentru realizarea unor investiții pe care statul sau comunitatea locală nu și le permite. Un exemplu ar fi putut fi situația imagisticii medicale. În urmă cu 10 ani, când investiția în aparatură presupunea milioane de euro, înființarea unor centre de diagnostic în relație cu CNAS având la bază o finanțare privată a reprezentat o soluție. Astfel de modele pot fi copiate și în viitor.

Soluții posibile:

- 1) dezvoltarea rațională a sistemului de coplăți, delimitarea expresă a acelor servicii sau opțiuni care presupun plăți suplimentare din partea asiguraților, cu structură identică în sectorul public și privat;
- 2) dezvoltarea sistemului de asigurări private prin definirea pachetului de servicii;
- 3) eliminarea confuziei dintre abonamente și asigurări private și schimbarea radicală a politicii statului față de utilizarea abuzivă (mascată) a abonamentelor de sănătate și sprijinirea transformării acestora în asigurări private de sănătate utilizabile și în spitalele de stat.

Problema 6: Directiva privind asistența medicală transfrontalieră permite să ne tratăm la Szeged cu banii din FUNASS. De ce să nu ne tratăm și la București în aceleași condiții?

Deși a fost invocată public în disputa privind eventualitatea renunțării la finanțarea spitalelor private, din punct de vedere strict legal, prevederile Directivei privind asistența medicală transfrontalieră (Directiva 24/2011) nu se aplică unităților medicale private dacă acestea nu sunt în relație cu CNAS²⁰.

Totuși problema are un caracter moral: poți să accepți plata unor servicii către operatori din afara graniței și să împiedici operatorii autohtoni să contracteze servicii similare calitativ cu CNAS? În opinia noastră, refuzul contractării ar fi un abuz de drept, un gest de nedreptate față de investitorii care și-au riscat averea pentru a pune bazele unei afaceri medicale. Dacă regulile de acces la fonduri sunt echitabile între stat și privat, cele două sisteme de furnizare de servicii ar trebui să fie privite nediscriminatoriu. De aceea trebuie să avem în vedere o creștere a serviciilor care vor fi contractate de către operatori privați cu CNAS.

Soluții posibile:

- 1) acceptarea intrării în sistem a furnizorilor privați – cu reguli definite, corecte, echilibrate;
- 2) anunțarea transparentă a serviciilor pe care CNAS și le dorește dar pe care nu le poate acoperi pentru a permite operatorilor privați să le dezvolte.

²⁰ Art 1 (4): „În mod deosebit, nici o dispoziție a prezentei directive nu obligă un stat membru să ramburseze costurile asistenței medicale acordate de furnizorii de servicii medicale stabiliți pe teritoriul său dacă furnizorii respectivi nu fac parte din sistemul de securitate socială sau din sistemul național de sănătate al statului membru respectiv”. Sursă: Parlamentul European, Consiliul European, *Directiva privind asistența medicală transfrontalieră*, disponibilă la <http://www.europeana.ro/index.php/2011/01/20/directiva-privind-asistenta-medicala-transfrontaliera>

Problema 7: Lipsa de competitivitate a spitalelor publice

Aprecierea managementului spitalului este un gest formal, în pofida existenței unor indicatori foarte riguroși. Proprietarul și administratorul spitalului, de regulă administrația locală, este extrem de puțin interesată de performanța efectivă, aceasta neavând nici un fel de responsabilități financiare. Multe autorități locale au decis să investească în lucrări edilitare sau chiar în achiziționarea de aparatură medicală, în interesul bolnavilor sau din motive care țin de relațiile informale cu furnizorii. O cu totul altă atitudine ar avea autoritățile locale dacă ar avea obligația de a finanța din bugetul propriu cheltuielile survenite după ce bugetul contractat cu CNAS ar fi depășit.

CNAS a dovedit mereu toleranță față de raportările intenționat incorecte prin care se crește artificial performanța spitalelor de stat. Ordinul comun al MS și CNAS se reactualizează permanent, pe măsură ce sunt descoperite modalități sistematice de raportare care nu reflectă realitatea cazurilor internate. Un exemplu, este raportarea sistematică a puncției venoase, manevra inclusă în orice DRG, ca fiind plasmafereză cu boli neurologice, (tehnică specială prin care plasmă este extrasă pentru a fi curățată de anumiți autoanticorpi). Șmecheria a mers din gură în gură, astfel că în anul 2009, DRG-ul respectiv ajunsese pe locul 3 ca număr de cazuri – peste 100.000 – cu un asemenea diagnostic²¹. CNAS a decontat spitalelor aproximativ 45 de milioane de Euro fără a mai solicita rambursarea sumelor, ascunzând ineficiența spitalelor într-un hățis birocratic.

Comportamentul spitalelor publice diferă

²¹ Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în domeniul Sanitar, *Indicatori ai morbidității spitalizate în funcție de grupa de diagnostic*, 2009, disponibil la http://drg.ro/inc/2009/an_2009/DRG/01_National/IM_DRG__NATIONAL__1.1.2009_31.12.2009.pdf

radical de cel al celor private atunci când suma contractată cu FUNASS este depășită. Spitalele private au mai multe opțiuni la dispoziție pentru a face față depășirii bugetului: pot solicita o coplată nelimitată, care depășește de multe ori valoarea decontată de FUNASS, pot solicita acoperirea integrală a internării sau pur și simplu pot refuza internarea și orienta pacientul către unitățile de stat! În același timp, spitalul de stat funcționează în continuare ca și cum nimic nu s-ar fi schimbat, având salariile asigurate și obligând tacit și complet nelegal pacienții să achiziționeze “consumabilele” – respectiv medicamentele și para farmaceuticele – de la mănuși până la ața de catgut. Bâlbâiala perpetuă privind coplata a făcut ca spitalele publice, cu mici excepții, să nu solicite coplați pentru rezervele amenajate la standarde superioare sau pentru opțiunea pentru un anumit medic – acestea fiind lăsate spre comercializare strict sub formă de mită.

În spitalele de stat, criteriile de eficacitate lipsesc cu desăvârșire. Astfel, legislația a permis ca medicii din ambulatoriul spitalului să își desfășoare activitatea în calitate de salariați. Numărul de consultații decontate variază de la spital la spital. Spre exemplu, în anul 2011, Spitalul Județean de Urgență Dâmbovița a raportat un număr mediu de 6234 consultații în ambulator per medic, iar Spitalul Județean de Urgență Alba numai 956 consultații. Venitul lunar al cabinetului unui medic care lucrează în contract direct cu CNAS pentru 956 de consultații pe an este în jurul sumei de 1000 lei (suma din care ar trebui plătit pentru salariul brut și impozitele medicului, asistentei cheltuielile de întreținere, contabilitate, chirie, etc). Aceste diferențe pot fi consecința ineficienței medicilor, înglobată în ineficiența generală a spitalului, cu acordul tacit al conducerii.

Spitalele private aparțin de regulă unui grup economic care are în componența sa cel puțin o policlinică în care își desfășoară

activitatea medici cu un bun renume profesional. Aceștia sunt motivați material, încasând în jurul a 50% din suma percepută ca tarif. Spitalele publice refuză în totalitate să introducă un asemenea sistem, lăsând cu generozitate ca un procent de 50% să se scurgă în buzunarele medicilor care fac consultații neoficiale în cabinetele proprii din spital. Trebuie create premisele pentru că personalul medical să-și vândă serviciile de tip privat în primul rând prin intermediul unității sanitare publice.

Pacientului internat într-un spital de stat i se recoltează o baterie largă de analize medicale – în primul rând pentru a putea urmări în dinamica analize efectuate de același laborator – cel al spitalului. Spitalele private sunt în marea lor majoritate și furnizori de analize medicale în ambulator ceea ce face ca pacientul să nu mai fie nevoit să repete analize efectuate, de regulă, de același laborator. Spitalele de urgență, care au un număr mare de pacienți investigați la camera de gardă și/sau internați au o capacitate mare de a efectua analize în ambulator însă, această capacitate rămâne neutilizată ca urmare a modului în care face contractarea Casa Județeană de Asigurări. Culmea este că principala sursă a finanțării investițiilor în spitalele private este reprezentată tocmai largă paleta de servicii contractate cu CNAS în ambulator (analize, imagistica, îngrijiri la domiciliu) privilegiu mult limitat pentru spitalele de stat. În Germania, numărul de furnizori de analize care deserveșc o anumită zonă este extrem de limitat – 3-4 pentru zeci de kilometri pătrați, astfel încât unitățile spitalicești, medicii de familie și din ambulatoriu folosesc practic același laborator. Costurile unitare și implicit tarifele pentru astfel de investigații sunt mult diminuate, productivitatea unui analizor capabil să efectueze mii de analize pe oră diferind radical de cel care efectuează zeci sau sute.

Spitalele private au, de regulă, în componența lor sau ca parte a grupului economic, cel puțin o farmacie cu circuit deschis în spital sau la intrarea în unitate. Spitalele de stat nu au dreptul să înființeze o farmacie comercială, profitul unei asemenea unități cu număr mare de clienți fiind de ordinul sutelor de mii de Euro. În cazul spitalelor publice, o parte a profitului din aprobarea funcționării unei farmacii ajunge în buzunarul celui de care depinde existența farmaciei respective, dacă nu cumva aparține prin interpuși directorului spitalului.

Astăzi asistăm la o adevărată concurență care pare să fie câștigată de sistemul privat, mai dinamic, mai inteligent și mai prietenos față de "client". Ceea ce a ratat sistemul de stat și cel al asigurărilor sociale de sănătate a fost tocmai concurența în interiorul sistemului. Există spitale neviabile, care ar trebui închise, sau subvenționate dacă autoritățile locale își permit și doresc cu orice preț acest lucru.

Soluții propuse:

- 1) proprietarul sau administratorul spitalului să achite depășirile de buget în limita a 20% din suma contractată;
- 2) spitalul să capete dreptul de a contracta servicii de laborator, de imagistică, de furnizare de medicamente, de îngrijiri la domiciliu, în concordanță cu capacitatea sa de furnizare de servicii;
- 3) ambulatoriul spitalului să fie plătit într-un mod unitar, similar cu modul în care se face plata celorlalți medici care lucrează în ambulatoriul de specialitate (pe puncte);
- 4) spitalele care contractează cu CNAS trebuie să aibă aceleași libertăți și constrângeri în stabilirea coplății; un tratament echitabil ar presupune că

suma decontată de CNAS să se refere la tratament standard, cu medici care nu sunt aleși preferențial, în condiții de cazare și hrana nepreferențiale. Suma decontată de CNAS pentru DRG trebuie să acopere internarea în condiții de hrană și cazare bazale, cu medic care să nu fie ales preferențial. Coplata evocată public de numai 10 lei per internare ar putea fi strict legată de aceste condiții. Pentru restul situațiilor trebuie să fie lăsată libertatea spitalelor publice și private să stabilească coplăți într-un mod identic.

Opțiunile noastre pentru o reformă a sectorului spitalicesc

Măsuri menite să stimuleze competitivitatea în interiorul sectorului spitalicesc „de stat”:

- 1) delimitarea tranșantă între paturile pentru urgențe - care sunt destinate întregii populații (indiferent de statutul de asigurat sau nu) și paturile (secțiile, spitalele) în care pot fi internați numai pacienți asigurați, externați din secțiile de urgență sau cu boli cronice;
- 2) afișarea prestațiilor garantate și contractate trimestrial;
- 3) creșterea valorii de decontare a prestațiilor prin sistemul DRG concomitent cu reducerea numărului de servicii spitalicești contractate, pentru a apropia tarifele de costurile reale și a stimula concurența public- privat;
- 4) defalcarea coplăților minimale per internare de *plată directă* sau *prin asigurări private* pentru alte servicii atât în spitalele de stat cât și în spitalele private;
- 5) stabilirea și asigurarea publicării pentru toate spitalele în relație cu CNAS a

tarifelor pentru prestațiile care exced contractului de asigurări sociale de sănătate precum: condiții hoteliere superioare (rezerve de 2-3 paturi), alegerea preferențială a unui medic (altul decât cel care face internări în ziua respectivă, medic șef de secție, conferențiar sau profesor universitar, etc), solicitarea de personal auxiliar dedicat (infirmieră pentru supraveghere dedicată, pentru medicamente sau tratamente care nu se afla pe lista medicamentelor sau dispozitivelor garantate de spitalul respectiv, pentru consult de a doua opinie la cerere, norma de hrană superioară, *precum și pentru internări și tratamente în regim total privat;*

- 6) transparența datelor – CNAS și spitalele publice și private să asigure publicarea trimestrială a tuturor datelor legate de decontările efectuate de CNAS (număr internări defalcate pe secții, număr de intervenții, etc).

Măsuri menite să stimuleze performanța și motivația personalului medical:

- 1) scoaterea personalului medical din prevederile legii unice a salarizării;
- 2) definirea criteriilor de performanță care să stea la baza sistemului de salarizare la latitudinea conducerii spitalului;
- 3) reglementarea prin legislație secundară a posibilității de a încheia contracte de prestări de servicii de specialitate cu medici organizați ca persoane fizice autorizate sau societăți comerciale profesionale medicale în cazul în care aceștia doresc să lucreze în paralel în unități sanitare aflate în competiție pentru fonduri de la FUNASS (pentru acele categorii de personal deficitar, precum medici anesteziști, farmaciști, anatomo patologi, etc);

- 4) plata serviciilor oferite în ambulatoriul de specialitate într-un mod unitar și în funcție de performanță²²;
- 5) crearea condițiilor de remunerare adecvată a personalului medical care dorește să desfășoare activități de tip privat în cabinete organizate de spital; medicii care doresc să lucreze în cabinete private să aibă această posibilitate doar dacă spitalul al căror angajați sunt nu le oferă condiții similare de a realiza venituri de tip privat;
- 6) contractarea largă de servicii cu asigurările private de sănătate.

Măsuri împotriva concurenței nelocale între sectorul public și cel privat:

- 1) interdicția adresată personalului medical salariat de a lucra în paralel în două unități spitalicești care contractează simultan servicii cu CNAS;
- 2) obligativitatea suportării cheltuielilor de spitalizare prin plata per serviciu de către unitatea spitalicească privată care transferă un pacient către un spital de stat;
- 3) stimularea sectorului “de stat” să furnizeze servicii extra spitalicești precum: analize în ambulator, investigații imagistice, distribuția de medicamente en-detail (farmacii cu circuit deschis), îngrijiri la domiciliu într-un mod similar cu cel pe care-l practică agenții economici care au în proprietate spitale private;
- 4) negocierea bugetelor cu participarea

²² Astăzi în unele spitale medicii sunt plătiți prin salariu suportat de spital în timp ce medicii cu o pregătire similară sunt plătiți în afara spitalului prin puncte, pentru aceleași servicii, în funcție de numărul de consultații pe care-l prestează. De cele mai multe ori aplicarea tarifului prin puncte nu acoperă nici o treime din cheltuielile personalului din ambulatoriul de specialitate al spitalului.

asociațiilor de profil ale spitalelor publice și private;

- 5) reglementarea suplimentară a abonamentelor de sănătate (și a contractelor de medicină a muncii) și stimularea transformării acestora în asigurări private de sănătate;
- 6) alocarea bugetelor pentru serviciile spitalicești pe zone de populație: creșterea numărului de servicii furnizate de un spital să nu fie acceptate decât după ce se constată o scădere a numărului de servicii spitalicești din alte unități cuprinse în același buget.

Măsuri pentru creșterea performanței manageriale și a calității actului medical:

- 1) managerii de case de asigurări și de spitale ar trebui să fie demși în cazul în care nu își ating indicatorii de performanță;
- 2) creșterea rolului asociațiilor de pacienți prin includerea acestora ca observatori în consiliile de administrație ale spitalelor;
- 3) dezvoltarea serviciului medical al caselor de asigurări sociale de sănătate pentru a verifica serviciilor contractate și acordate asiguraților din punct de vedere cantitativ și calitativ;
- 4) calcularea și declararea costurilor specifice fiecărui și dezvoltarea unor noi indicatori de eficacitate;
- 5) autoritățile locale trebuie să contribuie cu 20% din valoarea serviciilor contractate de CNAS în cazul depășirii bugetului contractat;
- 6) introducerea unui barometru de analiză a satisfacției pacienților față de serviciile oferite de spital.

POLITICA DE SĂNĂTATE: STOP CONCURENȚEI NELOIALE

Tabel 2: Lista spitalelor private finanțate prin DRG în anul 2012

Denumire CNAS	Oraș	Nr. cazuri raportate și validate 2012	% cazuri raportate și validate din total național în sistem DRG
DR. IRIMIA S.R.L.	PITEȘTI	59	0.00%
CENTRUL MEDICAL LASER SYSTEM	ARAD	2254	0.06%
S.C. GENESYS MEDICAL CLINIC S.R.L.	ARAD	1984	0.05%
S.C. BINAFARM S.R.L.	BUCUREȘTI	80	0.00%
TINOS CLINIC SRL	BUCUREȘTI	504	0.01%
S.C. PROESTETICA MEDICAL S.R.L.	BUCUREȘTI	182	0.00%
S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREA S.R.L.	BUCUREȘTI	2846	0.07%
SC Delta Healt	BUCUREȘTI	1637	0.04%
Sanador	BUCUREȘTI	10342	0.25%
Clinica de angiografie și terapie endovasculara Hemodinamic	BUCUREȘTI	322	0.01%
SC CRESTINA MEDICALA MUNPOSAN '94 SRL	BUCUREȘTI	516	0.01%
EUROCLINIC HOSPITAL S.A.	BUCUREȘTI	1120	0.03%
SC MED LIFE SA	BUCUREȘTI	3904	0.10%
CLINICA SF. LUCIA S.R.L. (gineco)	BUCUREȘTI	181	0.00%
S.C. ELDIMED MATERNA S.R.L.	BACĂU	70	0.00%
SPITALUL PELICAN	ORADEA	4856	0.12%
S.C. CLINICA SANOVIL S.R.L (obs-gin)	BISTRIȚA	2316	0.06%
S.C. RUR MEDICAL S.R.L.	BRAȘOV	2000	0.05%
CLINICILE ICCO SRL	BRAȘOV	2700	0.07%
S.C. VITALMED CENTER SRL	BRAȘOV	1	0.00%
SPITALUL TEO HEALTH SA (SP.SF.Constantin)	CONSTANȚA	2400	0.06%
CLINICA NEWMEDICS	BRAȘOV	667	0.02%
S.C. CENTRUL MEDICAL UNIREAL S.R.L.	CONSTANȚA	1792	0.04%
S.C. MEDICAL ANALYSIS	CONSTANȚA	416	0.01%
CENTRUL MEDICAL MED-STAR 2000	CONSTANȚA	684	0.02%
EUROMATERNA (obs-gin)	CONSTANȚA	4018	0.10%

RAPORT ANUAL DE ANALIZĂ ȘI PROGNOZĂ – ROMÂNIA 2013

Denumire CNAS	Oraș	Nr. cazuri raportate și validate 2012	% cazuri raportate și validate din total national in sistem DRG
ISIS MEDICAL CENTER (obs-gin)	CONSTANȚA	4242	0.10%
SPITAL PROVIDENTA (Mitropolia Moldovei și Bucovinei)	IAȘI	828	0.02%
ARCADIA HOSPITAL	IAȘI	4308	0.11%
ARCADIA CARDIO	IAȘI	297	0.01%
SC EUROMEDICA HOSPITAL S. A.	BAIA MARE	531	0.01%
CENTRUL MEDICAL "GALE-NUS" - SC ADRIA MED SRL	BRAȘOV	171	0.00%
S.C. CENTRUL MEDICAL TOPMED S.R.L.	TÂRGU MUREȘ	419	0.01%
SC Cardio Med SRL	-	413	0.01%
SC Nova Vita Hospital SA	TÂRGU MUREȘ	2471	0.06%
S.C. COSMEX S.R.L.- CENTRUL MEDICAL PULS	-	262	0.01%
CENTRUL MEDICAL POLISANO	SIBIU	2214	0.05%
S. C. SALVOSAN CIOBANCA I. S.R.L.	ZALĂU	1063	0.03%
Gynoprax (obs-gin)	SATU-MARE	397	0.01%
SPITALUL BETHESDA	SUCEAVA	1394	0.03%
S.C. BROL MEDICA CENTER S. R.L.	TIMIȘOARA	46	0.00%
S.C. GYNATAL S.R.L. (obs-gin)	TIMIȘOARA	1478	0.04%
CENTRUL DE ONCOLOGIE ONCOHELP (oncologie)	TIMIȘOARA	4131	0.10%
ATHENA HOSPITAL (obs-gin)	TIMIȘOARA	2364	0.06%
S.C. MEDICORCLINICS S.R.L.	TIMIȘOARA	231	0.01%
SC INCARMED SRL	RÂMNICU VÂLCEA	2244	0.06%
Spital MATERNA SRL	-	247	0.01%
Total		77602	1.91%

Sursa: Compilație autor