EFOR Policy Brief no. 7

De ce nu putem avea servicii de calitate cu bani puțini
și ce opțiuni sunt pentru a spori resursele

VENITURILE ŞI CHELTUIELILE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE

Scurtă analiză comparativă a variantelor de reformă

Mai 2012

Lista abrevierilor:

AGA - adunarea generală a acționarilor

ANAF - Agenția Națională de Administrare Fiscală

CNAS - Casa Națională de Asigurări de Sănătate

ECE - Europa centrală și de Est

FNUASS - Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

M.F.P. - Ministerul Finanțelor Publice

MS - Ministerul Sănătății

OECD - Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

OTC - medicamente eliberate fără prescripție medicală

Pfa - persoana fizică autorizată

PIB - produsul intern brut

Sfb - strategia fiscal-bugetară

TVA - taxa pe valoarea adăugată

UE - Uniunea Europeană

Autorii acestui raport, *EFOR* și *Mind Research & Rating*, mulțumesc tuturor oficialilor și experților, din sectorul public sau privat, care au avut amabilitatea să ne acorde din timpul lor în cadrul seriei de interviuri pregătitoare pentru acest material. Ne asumăm însă exclusiv formularea concluziilor și eventualele erori care s-au putut strecura în raport.

SUMAR

REZUMAT **4.**

RAPORT **15.**

1. Considerații teoretice **15.**

1.1. Finanțarea prin impozite 15.

1.2 Finanțarea prin mecanismul asigurărilor sociale de sănătate 17.

2. Finanțarea sistemului de sănătate în România, 2006-2011 **19.**

2.1. Resursele sistemului 19.

2.2. Utilizarea resurselor sistemului de sănătate 22.

3. Analiza comparativă România-UE **27.**

3.1. Caracteristicile sistemelor de sănătate din Europa 27.

3.2. Indicatori financiari ai sistemelor de sănătate din Europa 30.

3.3. Studiu de caz: sistemul de asigurări de sănătate din Olanda 37.

4. Propuneri de reformă ale sistemului de sănătate în România **40.**

4.1. Opțiuni de creștere a veniturilor publice pentru sănătate 40.

4.2. Asigurările private de sănătate 52.

4.3. Opțiuni de raționalizare a cheltuielilor 57.

5. Transparența sistemului de sănătate în România **64.**

5.1. Prevederi actuale privind transparența în Legea sănătății și contractul-cadru și punerea lor în practică 64.

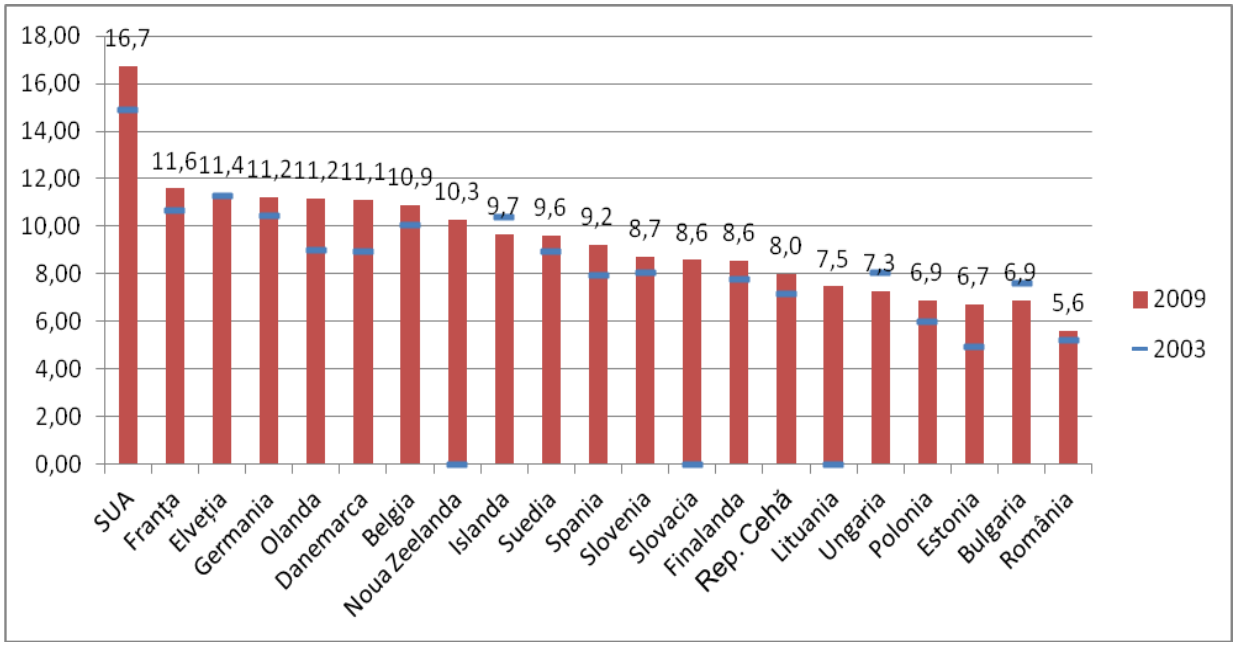
5.2. Parteneriatul pentru o guvernare deschisă 66.

REZUMAT

Acest raport se dorește a fi o contribuție la procesul de elaborare a unui nou proiect de lege a sănătății, precum și o sursă de inspirație pentru Ministerul Sănătății și Ministerul Finanțelor Publice în căutarea unor soluții de creștere a resurselor în sistemul de sănătate. Documentul include o radiografie a finanțării sistemului de sănătate din România în context european și o analiză detaliată a tendințelor veniturilor și cheltuielilor în ultimii 6 ani. De asemenea, sunt descrise principalele caracteristici ale sistemelor de asigurări de sănătate din statele central și est-europene; mai mult, prezentăm și un studiu de caz asupra Olandei, care a fost invocată în dese rânduri drept un exemplu de urmat. În ceea ce privește recomandările pe care le facem, ele sunt grupate în trei categorii: propuneri concrete de creștere a veniturilor publice în sistemul de asigurări de sănătate, propuneri de deschidere a sănătății către sectorul privat și propuneri de raționalizare pe mai departe a serviciilor medicale și a cheltuielilor. Nu în ultimul rând, evaluăm pe scurt modul în care ministerul și casa de asigurări de sănătate se achită de obligațiile de transparență prevăzute de legislația în vigoare, concluzionând că trebuie să facem mult mai multe eforturi în această privință.

România cheltuiește cel mai puțin din Europa pentru sănătate

Într-o economie, nivelul cheltuielilor cu sănătatea, ca și al celor cu educația, reprezintă un indicator fidel al nivelului de dezvoltare. Țările cu economii avansate alocă resurse importante pentru finanțarea sectorului de sănătate, ca premiză pentru o dezvoltare sustenabilă pe termen lung.

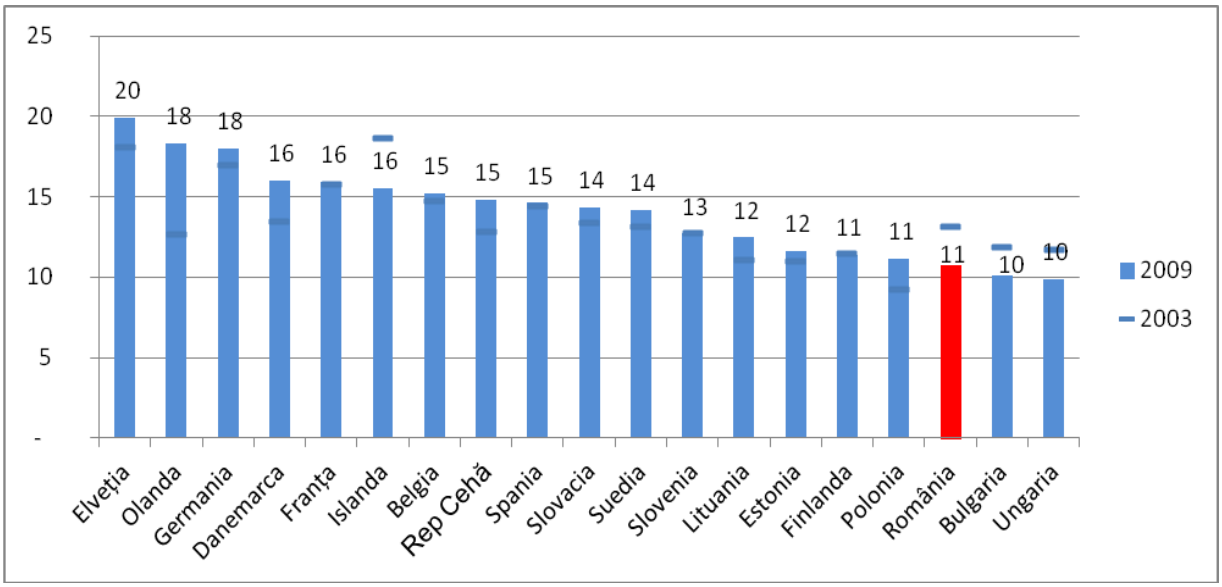


Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

În Uniunea Europeană, ponderea cheltuielilor cu sănătatea în produsul intern brut (PIB) a crescut continuu în ultimele decenii, media majorându-se de la 6,4% la 9,9% în intervalul 1980-2009. România se situează la acest capitol pe ultimul loc, cu un nivel de 5,6% din produsul intern brut (PIB) alocat pentru sănătate în anul 2009. În perioada 2003-2009 creșterea cheltuielilor totale cu sănătatea a fost una marginală, de la 5,2% la 5,6%.

Finanțarea cheltuielilor de sănătatea este realizată în principal de sectorul public și suplimentar de sectorul privat. Și în România, balanța este înclinată într-o proporție covârșitoare către sectorul public, cu 79% în 2009. La nivelul celorlalte țări din Uniunea Europeană, participarea sectorului privat se situează la un nivel ceva mai ridicat, respectiv 27%. În acest context, creșterea finanțării cheltuielilor de sănătate din resurse private apare ca o normalitate și o soluție viabilă pentru rezolvarea (parțială) a problemelor structurale existente.

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. Veniturile bugetare au înregistrat o medie de 32,6% din PIB în Romania intre 2000-2009, în timp ce media UE-27 a fost de 44,5% din PIB. Astfel se explică și alocările scăzute pentru finanțarea sectorului public de sănătate în România. În anul 2009, cheltuielile cu sănătatea reprezentau sub 11% din total cheltuieli publice, plasându-ne pe ultimele locuri într-un clasament al țărilor din Uniunea Europeană, înaintea doar a Bulgariei și Ungariei. În România, fără evoluții sau schimbări semnificative ale veniturilor și cheltuielilor publice în general, spațiul de creștere al celor cu sănătatea - raportat la PIB - este limitat. Faptul că ponderea cheltuielilor cu sănătatea în totalul cheltuielilor publice s-a menținut constantă în ultimii ani, la aproximativ 10%, indică, de fapt, nivelul de resurse pe care și-l poate permite sectorul public, în actualul cadru fiscal-bugetar.



Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

În majoritatea țărilor din Europa, principala sursă de finanțare a cheltuielilor publice cu sănătatea sunt asigurările sociale de sănătate. Din punct de vedere al cotelor de contribuție la asigurări sociale de sănătate, România - cu 10,7%[1] - se situează printre țările cu cele mai reduse niveluri de impozitare din Europa. Pentru comparație, în Cehia contribuțiile ajung la 13,5% din salariul brut, în Slovacia la 14%, în Slovenia la 12,9%, iar în Bulgaria la 16%.

În România, contribuțiile actuale de asigurări sociale de sănătate sunt insuficiente pentru a finanța cererea de servicii și medicamente

În țara noastră, din totalul resurselor alocate sănătății, 80% sunt publice, iar 20% private. În privința celor publice[2], cele mai multe - 85% - sunt administrate de Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). În cazul celor private, imensa majoritate provin din plăți directe, respectiv co-plăți sau tarife pentru servicii. Principalele venituri publice destinate sănătății sunt contribuțiile de asigurări plătite de angajatori și angajați/ pensionari/ persoane fizice autorizate. În anul 2011 acestea au totalizat 15 miliarde lei, adică 2,6% din PIB.

Pe lângă asigurările sociale de sănătate, sistemul public de sănătate beneficiază și de venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice (denumite informal „taxa pe viciu")[3] și din impozitul pe veniturile realizate de producătorii, importatorii și deținătorii autorizațiilor de comercializare din vânzarea medicamentelor a căror contravaloare este suportată, integral sau parțial, de FNUASS (cunoscută ca *„taxa clawback"*). În anul 2011, taxa pe viciu a

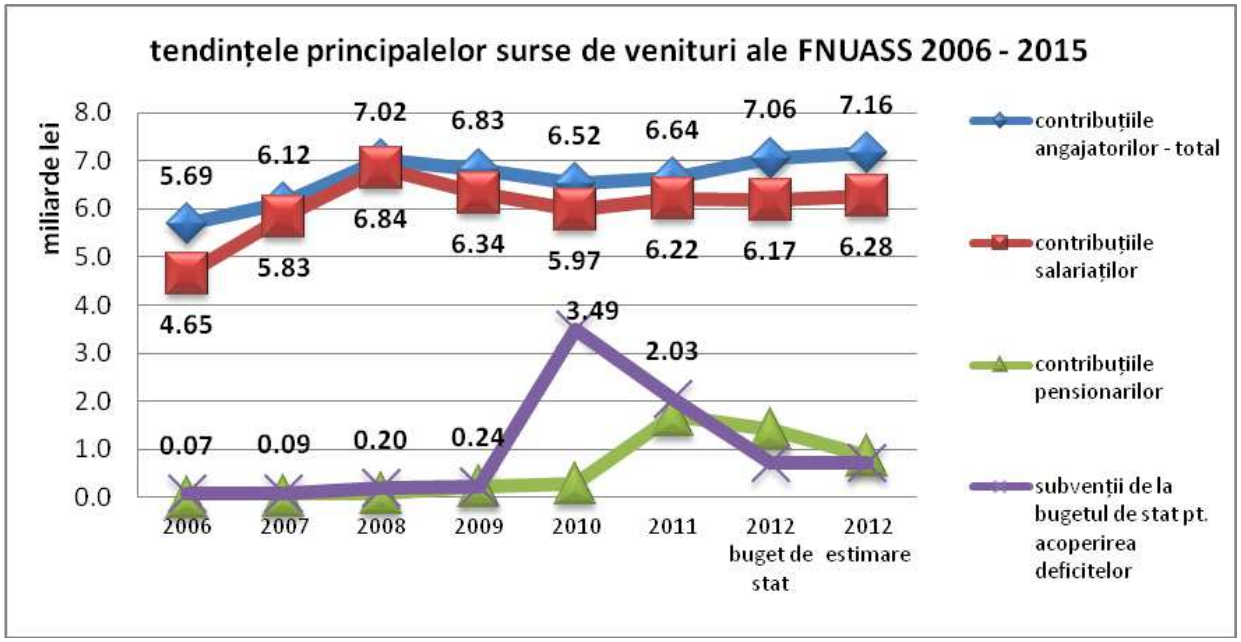
[1] 5,5% pentru asigurați și 5,2% pentru angajatori.

[2] Au totalizat 21,1 de miliarde lei în anul 2011.

[3] Taxa pe viciu este aplicată țigărilor, tutunului, băuturilor alcoolice (mai puțin berea și vinul), precum și publicității la tutun și băuturi alcoolice.

generat venituri de 1,2 miliarde de lei, iar taxa clawback de 0,24 miliarde lei, ambele la bugetul Ministerului Sănătății[4].

În afara veniturilor cu destinație specială, sistemul primește și subvenții de la bugetul de stat, adică din impozitarea generală. În anii 2010 și 2011 acestea au fost esențiale pentru acoperirea deficitului FNUASS, totalizând 5,5 miliarde lei, adică 15% din veniturile totale.



Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

Nominal, veniturile Fondului s-au apropiat de 18 miliarde lei în anul 2011, cu aproape 50% mai mult decât în anul 2007. Evoluția nu a fost continuă în tot acest răstimp. Anul 2009 a marcat o scădere cu 7%, care a coincis în mod nefericit cu eliminarea restricțiilor[5] la consumul de medicamente compensate, deci cu nevoi mai mari de cheltuieli. În anii 2010 și 2011, cu ajutorul subvențiilor de la bugetul de stat, veniturile totale au reintrat pe un curs ascendent.

România a scăzut cotele de contribuție la asigurările de sănătate tocmai în pragul declanșării crizei economice, în anul 2008 - de la 12,5% la 11% - și, ulterior, la 10,7%, din anul 2009. Efectele reducerii s-au cumulat cu cele ale declinului economiei și au rezultat în scăderea nominală a veniturilor din contribuții de sănătate în anii 2009 și 2010, cu câte 0,5 miliarde lei și 1 miliard lei. În anul 2011, veniturile totale din contribuții au fost mai mari decât în anul 2008, mulțumită asigurărilor de sănătate plătite de pensionari, care au contribuit peste 1,7 miliarde lei; totuși, cele de la angajatori și salariați sunt încă departe de sumele colectate în anul 2008.

Odată cu deteriorarea climatului economic - la sfârșitul anului 2008 -, și datoriile operatorilor economici și ale populației către bugetele publice au crescut. FNUASS nu a fost scutit de acest fenomen, iar creanțele sale au avansat de la 3 miliarde lei, la sfârșitul anului 2007, la peste 6,6 miliarde lei, la sfârșitul anului 2011. În lista firmelor datornice, cele de stat contabilizau 69% din sumă; primele zece companii datornice erau preponderent în proprietatea statului, cumulând 58% din totalul datoriilor restante.

În anul 2012, veniturile fiscale programate inițial ale FNUASS nu se vor realiza

Măsurile luate în anii 2010 și 2011 pentru creșterea veniturilor publice în sistemul de sănătate trebuiau să-și arate integral roadele în anul 2012. Modificarea bazei de impozitare a veniturilor din pensii, taxa clawback, preluarea de către ANAF a colectării contribuțiilor de sănătate pentru veniturile persoanelor fizice autorizate și din activități independente, dar și

[4] Este vorba de taxa clawback în forma reglementată prin O.U.G. nr. 104/2009 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii.

[5] Și anume plafoanele la eliberarea de către farmacii a medicamentelor compensate pe bază de prescriptive medicală.

creșterea salariilor în sectorul bugetar, ar fi trebuit să aducă un plus de 1,6 miliarde lei la FNUASS față de anul anterior. Cu toate acestea, recenta decizie a Curții Constituționale, care invalidează sistemul de calcul al contribuției de sănătate din veniturile din pensiile mai mari de 740 de lei, determină reducerea suplimentului de venituri estimat la numai 750 de milioane lei.

Taxa clawback nu va rezolva singură problemele sistemului de sănătate – dar ar putea descuraja definitiv investitorii străini în industria farmaceutică

Taxa clawback a fost introdusă în anul 2009, ca impozit suplimentar pe valoarea vânzărilor producătorilor și importatorilor de medicamente compensate[6]. Formula actuală de calcul a taxei - modificată în două rânduri în anul 2011 - garantează returnarea la bugetul FNUASS a valorii consumului trimestrial de medicamente (compensate, acordate prin centrele de dializă și cele utilizate în spitale) care depășește o valoare de referință prestabilită, de 1,425 miliarde lei. Povara se împarte asupra plătitorilor de taxă în funcție de cota de piață și creșterea vânzărilor față de valoarea de referință aferentă anului 2011.

În ciuda obiectivelor atribuite taxei clawback, actuala sa reglementare este neechitabilă față de producătorii și importatorii de medicamente din mai multe motive:

- atribuie responsabilitatea creșterii consumului de medicamente exclusiv industriei farmaceutice, când, de fapt, ea se regăsește și în rândul furnizorilor de servicii, ca urmare a inexistenței mecanismelor de control al prescripțiilor;
- taxa se aplică la valoarea finală a medicamentelor eliberate spre consum, care include și TVA și marjele distribuitorilor și ale farmaciștilor, iar subiecții fiscali sunt numai producătorii și importatorii, deși veniturile acestora nu sunt egale cu valoarea de impozitare. Prin urmare, procentul suportat de cei din urmă este semnificativ mai mare decât cel rezultat din formula taxei, creând inechitate;
- valoarea de referință nu este realistă, situându-se cu mult sub nivelurile înregistrate în anii 2010 și 2011, iar consumul trimestrial comunicat de CNAS este calculat netransparent și neverificat cu industria farmaceutică. În plus, nu există un mecanism de ajustare a acesteia, iar nivelul actual a fost stabilit arbitrar, opac și fără consultare cu organizațiile reprezentative.

Văzută din această perspectivă, taxa clawback este un instrument de acoperire a deficitelor FNUASS, rezultate din nivelul redus al cotelor de contribuții sociale de sănătate. În concluzie, taxa conduce (neintenționat) la deteriorarea mediului de afaceri din România, descurajând investițiile străine directe în facilități de producție locale. Deoarece industria farmaceutică are un potențial major in privința cheltuielilor de cercetare, taxa poate periclita și obiectivul național de atingere a unui nivel de 1% din PIB pentru cheltuielile private de cercetare și dezvoltare[7].

Dezechilibrele cheltuielilor cu sănătatea în România au rădăcini istorice

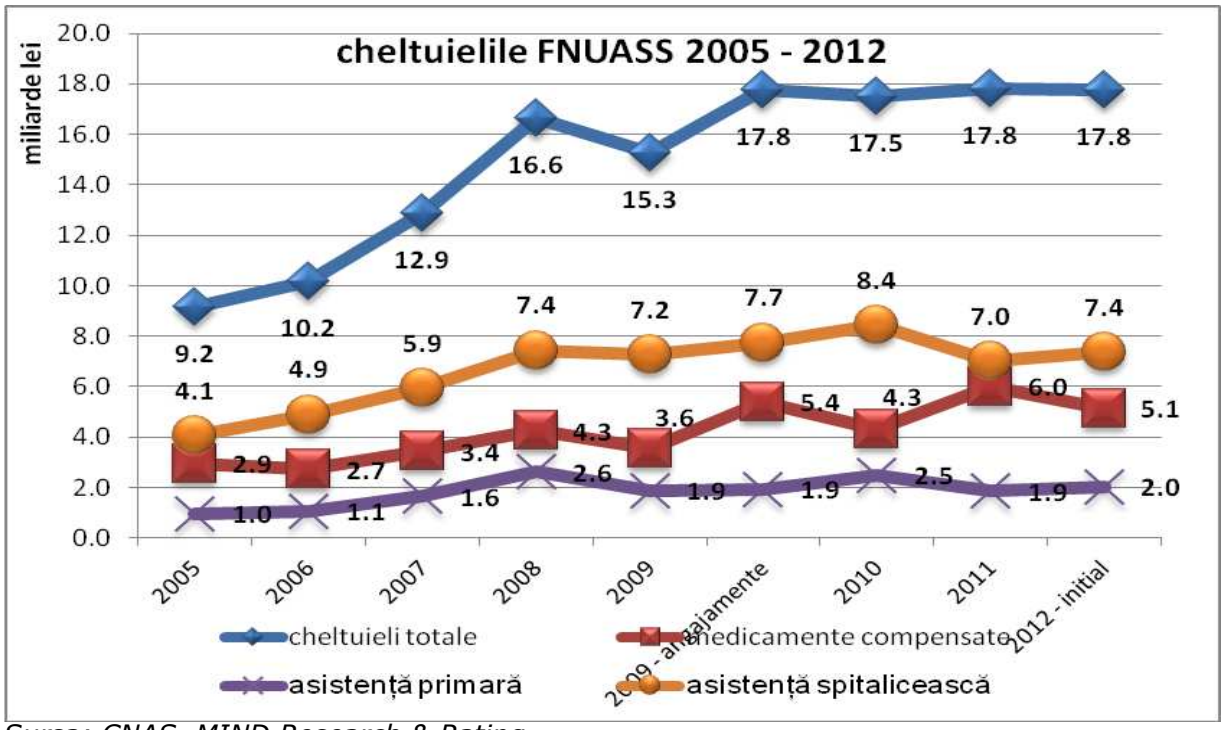
În anul 2011, FNUASS a cheltuit nominal de două ori mai multe resurse decât în anul 2005. Este de remarcat scăderea cu aproape 20% față de anul 2010 a cheltuielilor nominale cu spitalele, ca urmare a desființării a peste 150 dintre acestea și a reducerii numărului de paturi și a internărilor. În ceea ce privește medicamentele, eliminarea plafoanelor la eliberarea celor compensate de către farmacii, în anul 2008, a dus la creșterea consumului[8], care, combinată cu scăderea veniturilor, a determinat acumularea de mari restanțe la plată în anii 2009 și 2010. Pentru a ajuta în achitarea arieratelor la medicamentele compensate, bugetul de stat a subvenționat Fondul cu peste 4 miliarde lei în ultimii doi ani. Resursele au fost utilizate preponderent pentru achitarea consumului din anii anteriori - în 2010 pentru 2009, iar în 2011 pentru 2010 -, ceea ce a făcut ca plățile să nu mai reflecte consumul curent de medicamente, creându-se un decalaj de până la 10 luni. Prin urmare, deși plățile din anul 2011 au atins un nivel de 6 miliarde lei, ele sunt mai

[6] Atât cele cu sau fără contribuție personală, cât și cele din programele naționale de sănătate.

[7] România și-a stabilit în cadrul Strategiei Europa 2020 obiectivul de a realiza cheltuieli private de cercetare&dezvoltare de 1% din PIB până în anul 2020.

8 Dacă în anul 2008 consumul (controlat) a fost de 4,2 miliarde lei, cel înregistrat oficial în anul 2009 a atins 5,4 miliarde lei. Creșterea poate fi interpretată ca naturală, eliminarea plafoanelor la farmacii reflectând în mod real cererea de medicamente.

mari decât consumul anual, deoarece s-au achitat restanțe aferente anului 2010. De altfel, în anii 2010 și 2011 consumul de medicamente compensate a rămas la valori similare, între 5,7 miliarde lei și 5,9 miliarde lei.



Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

În structură, cele mai mari cheltuieli ale Fondului de sănătate se realizează cu spitalele - circa 45%. Această situație este comună tuturor sistemelor de sănătate din Europa, deși în statele central și est-europene, inclusiv România, ponderea este mai mare decât în cele occidentale. Sistemul de asigurări sociale de sănătate a moștenit un sector spitalicesc supra-dezvoltat și reguli financiare și instituționale care îi încurajau extinderea pe mai departe. Efectele au fost subdezvoltarea asistenței medicale primare și cheltuieli multiplicate pentru cazuri tratabile în ambulatoriu.

Următorul subcapitol de cheltuieli este cel cu medicamentele compensate, a cărui pondere medie, în ultimii 6 ani, a fost de 27%. Deși ca procent în total medicamentele în România depășesc media de 20% din Uniunea Europeană, înregistrăm niveluri comparabile cu celelalte state central și est-europene (Ungaria, Slovacia, Lituania, Estonia, Polonia). Din punct de vedere al consumului per capita, exprimat în euro la paritatea puterii de cumpărare, înregistrăm cea mai mică valoare de la nivelul întregii Uniuni Europene, cu 40% mai mică decât în Polonia, Lituania sau Estonia (respectiv 156 euro[9] față de 235 - 255 de euro PPS în anul 2009). Așadar, în cazul României, valorile procentuale ridicate sunt mai mult rezultatul numitorului foarte redus (i.e. cheltuielile cu sănătatea) decât consecința unui consum ridicat de medicamente.

Asistenței medicale primare îi revin resurse limitate, de 12,4% din totalul FNUASS, cu mult sub media europeană. Această situație este consecința dezvoltării dezechilibrate a sistemului sanitar în ultimele 6-7 decenii, când accentul a fost pus pe asistența spitalicească. Drept rezultat, în prezent lipsește chiar și infrastructura de servicii și furnizorii pentru a utiliza eficient sume mai mari în domeniu.

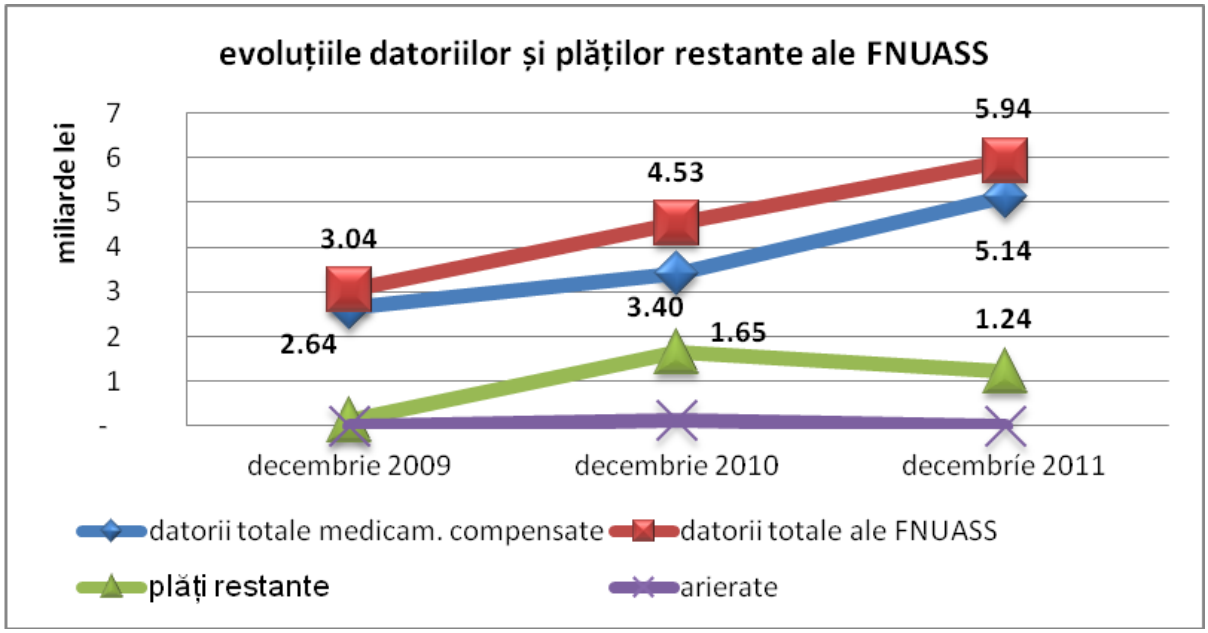
FNUASS are cele mai mari plăți restante dintre toate bugetele publice

Pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate anul 2009 a fost unul de cumpănă. Veniturile erau în scădere, ca urmare a diminuării cotei de contribuție la 10,7% și crizei economice, iar nevoile de cheltuieli în creștere, ca rezultat al eliminării plafoanelor de cheltuieli cu medicamentele compensate și suplimentării listei acestora. Lipsa resurselor a

[9] Nominal, consumul de medicamente în România se situează în jurul valorii de 100 de euro per capita anual.

determinat acumularea galopantă a datoriilor și imposibilitatea respectării termenelor de plată.

Dezechilibrele produse în anul 2009 afectează și în prezent situația financiară a FNUASS. Consumul medicamentelor în ambulatoriu pare să se fi stabilizat sub 6 miliarde lei anual, însă datoriile totale sunt în creștere, stocul ajungând la aproximativ 6 miliarde lei în anul 2011, dublu față de anul 2009. Practic, Fondul nu reușește să achite simultan plățile restante și facturile curente aflate în termenul de plată. Datoriile către furnizorii de medicamente reprezintă 85% din total, rezultat al perioadelor lungi de decontare[10].



Sursa: CNAS, M.F.P., MIND Research & Rating

Sistemul de sănătate are nevoie de mai multe resurse pentru a oferi calitate

Obiectivele reformelor în sănătate trebuie să urmărească îmbunătățirea calității și accesului la servicii, alături de ameliorarea mecanismelor de control al costurilor. De aceea, România are nevoie de mai multe resurse în sistemul de sănătate, mai ales în componenta de asigurări sociale. Situația actuală - în care 6,8 milioane de contribuabili finanțează cheltuielile cu 19 milioane de asigurați - nu este sustenabilă pe termen lung, mai ales dacă ținem cont de tendințele certe de îmbătrânire a populației și de tendința de sincronizare cu nivelul cheltuielilor din statele Uniunii Europene.

Îmbunătățirea calității și accesului presupune contractarea mai multor furnizori de servicii medicale, încurajarea concurenței între aceștia, diversificarea serviciilor, utilizarea mai multor echipamente performante, investiții în imobile și salarii mai mari pentru personalul sanitar. Or, toate acestea nu pot fi în mod realist obținute cu resursele actuale. De aceea, este important să evaluăm **propuneri care ar aduce venituri suplimentare**, mai ales din contribuțiile de asigurări de sănătate, care sunt cele mai sustenabile și sigure surse.

(i) Contribuțiile persoanelor fizice autorizate și ale celor cu venituri din activități independente ar putea fi aliniate la cota generală de 10,7%

În multe state europene[11] nu există nicio diferență între obligațiile diverselor categorii de contribuabili la asigurările de sănătate. În consecință, o posibilă propunere de creștere a veniturilor FNUASS este de a aplica și contribuția de 5,2% asupra veniturilor persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente. În prezent, multe companii evită să angajeze personal și preferă să stabilească relații contractuale cu persoane fizice autorizate sau convenții civile de prestări servicii, economisind astfel contribuția angajatorului de 5,2% la FNUASS. Extinderea contribuțiilor de sănătate ale

[10] Perioadele de decontare au fost extinse prin H.G. nr. 1088/2009 din 30/09/2009, fără consultarea prealabilă a industriei farmaceutice.

[11] De exemplu, Slovacia, Slovenia și Cehia.

persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente la 10,7% ar aduce un plus de aproximativ 300 de milioane lei anual.

(ii) Dacă impozitarea doar a pensiilor mari este neconstituțională, atunci soluția ar fi să extindem contribuțiile, atenuând impactul prin ajutoare de sănătate țintite pe familiile sărace

Numărul pensionarilor care contribuie la FNUASS este de 2,4 milioane, adică 42% din total. Ținând cont de faptul că pensionarii sunt și cei mai frecvenți beneficiari ai serviciilor medicale, ne propunem să evaluăm posibilitatea extinderii contribuțiilor de sănătate la mai multe venituri din pensii.

O soluție (constituțională) la îndemâna Guvernului constă în impozitarea uniformă a tuturor pensiilor, indiferent de cuantum, dar compensarea prin ajutoare sociale a contribuției persoanelor care, în urma reținerii, ar avea un venit net mai mic de 740 de lei. Un alt sistem ar putea lua în calcul compensarea diferențiată a contribuției pentru sănătate, în funcție de tranșe de venit lunar, asemănător ajutorului de încălzire. Un ajutor similar este funcțional în Olanda, aplicându-se nu numai pensionarilor, ci tuturor persoanelor cu venituri mai mici de un prag stabilit la nivel național. Impactul bugetar unei asemenea măsuri ar fi un venit suplimentar anual la FNUASS de 2 miliarde lei de la cei 5,6 milioane de pensionari. În schimb, bugetul de stat ar trebui să compenseze prin ajutoare sociale o parte a contribuțiilor plătite.

(iii) Pe termen mediu, numai creșterea moderată a cotelor de contribuție va echilibra FNUASS

În anii 2009-2011, veniturile reduse din asigurări de sănătate au creat dificultăți financiare majore FNUASS și au obligat bugetul de stat să acorde subvenții de peste 5 miliarde lei pentru acoperirea deficitelor. În cazul în care contribuțiile ar fi rămas la nivelul din anul 2007, de 12,5%, atunci veniturile FNUASS ar fi fost - caeteris paribus - mai mari cu 7 miliarde lei în anii 2009-2011, anulând nevoia de intervenție a bugetului de stat.

România a reluat creșterea economică în anul 2011, cu 2,5%, dar perspectiva pentru anul 2012 este mai redusă, de 1,7%. Putem spera la o redresare sustenabilă începând cu anii 2013-2014, când prognozele de creștere depășesc 3% anual. Atunci este momentul de a ajusta cotele de contribuții de sănătate, inițial la 12%, iar apoi chiar la 13%. O cotă de 12% în anul 2013 ar conduce la venituri suplimentare de 2 miliarde lei, iar o cotă de 13% în 2014 aproximativ 4 miliarde lei în plus față de cele preconizate de Strategia fiscal-bugetară 2012-2014 pentru anii respectivi [12].

(iv) Un plus de venituri din taxa de viciu este posibil

În anul 2011, taxa pe viciu a generat venituri de 1,2 miliarde lei la bugetul Ministerului Sănătății. Având în vedere că nivelurile accizelor actuale sunt deja ridicate, considerăm improbabile majorări ale acestora pe termen scurt. În schimb, Guvernul s-ar putea orienta spre aplicarea unei accize similare vânzărilor de bere; dacă „taxa de viciu" ar fi extinsă și asupra berii, cu 0,15 euro/ hl/1 grad Plato, veniturile suplimentare la bugetul Ministerului Sănătății ar fi de 150 milioane lei anual.

(v) Subvențiile de la bugetul de stat ar trebui să fie cuantificabile, predictibile și transparente

Legislația din domeniul sănătății stabilește un număr de categorii de beneficiari ai pachetului de bază de servicii medicale scutiți de la plata asigurării obligatorii. Bugetul de stat și bugetele de asigurări sociale ar trebui să acopere contravaloarea scutirilor; până în anul 2012 cele mai importante astfel de compensări - cea referitoare la pensionari și cea pentru copii, elevi și studenți - nu au fost realizate din lipsa prevederilor legale.

În ceea ce privește copii, elevii și studenții, supunem atenției Guvernului practica din sistemul de sănătate olandez, unde bugetul de stat compensează anual fondul de asigurări de sănătate cu o sumă aferentă primei de asigurare a persoanelor sub 18 ani; în anul 2007 aceasta s-a ridicat la 2,2 miliarde euro. Și în România, din moment ce bugetul de stat oricum transferă sume importante pentru acoperirea deficitelor FNUASS, ar putea fi construit un asemenea mecanism predictibil și transparent, care, corelativ, să încurajeze și

[12] Respectiv 0,3% și 0,6% din PIB.

participarea copiilor la învățământul obligatoriu și la cel liceal. Astfel, în schimbul renunțării la transferurile pentru acoperirea deficitelor Fondului, bugetul de stat ar putea compensa asigurarea de sănătate pentru copii de vârstă școlară care sunt înscriși și frecventează învățământul obligatoriu, pentru elevii din învățământul secundar superior și pentru studenți.

Mecanismul de calcul pe care îl propunem prevede compensarea contribuției de 5,5%, calculată la cuantumul salariului minim pe economie pentru elevii din învățământul obligatoriu, liceal sau profesional și pentru studenți. Sumele necesare se ridică la 1,56 miliarde lei, aferente anului 2012, luând în calcul salariul minim de 700 lei lunar și un număr potențial de 2,7 milioane de elevi și 670 de mii de studenți.

(vi) Cumulate, măsurile propuse ar putea genera resurse suplimentare de 1% din PIB din anul 2014

Impactul bugetar al tuturor propunerilor pentru creșterea veniturilor publice în sistemul de sănătate se ridică la aproximativ 7,3 miliarde de lei. Cea mai mare parte provine creșterea contribuțiilor de asigurări de sănătate la 13% și impozitarea tuturor pensiilor la valoarea integrală. De asemenea, o propunere importantă este aceea de a compensa asigurarea de sănătate gratuită a elevilor și studenților cu transferuri anuale din bugetul de stat, cuantificate la 1,5 miliarde lei. Bugetul de stat a acordat oricum subvenții pentru acoperirea deficitelor FNUASS în ultimii ani, însă au fost nepredictibile, iar dimensionarea lor netransparentă. De aceea, propunem renunțarea la acest tip de subvenții și înlocuirea lor cu compensări ale gratuităților acordate prin lege la asigurarea de sănătate. Astfel, veniturile FNUASS ar fi predictibile, iar cheltuielile vor putea fi planificate multianual și în limita resurselor cuvenite.

Măsuri de creștere a veniturilor FNUASS și MS propuse în raport	Sumă anuală estimată (mil. RON)
contribuții pentru sănătate de 10,7% la veniturile persoanelor fizice autorizate și la cele din activități independente	**300**
contribuții pentru sănătate din impozitarea tuturor pensiilor[13]	**2000**
cota asigurări de sănătate de 12% (din anul 2013, comparație cu suma prevăzută în SFB 2012-2014)	**2000**
cota asigurări de sănătate de 13% (din anul 2014, comparație cu suma prevăzută în SFB 2012-2014 și cota de 12%)	**2000**
aplicarea „taxei de viciu" la bere	**150**
compensarea asigurării de sănătate pentru elevi și studenți (comparație cu subvențiile pentru acoperirea deficitelor FNUASS, prevăzute pentru anul 2013 de SFB 2012 - 2014)	**900**
Total	**7.350**

Fără adoptarea cel puțin a câtorva dintre propunerile înaintate, în anul 2013 FNUASS nu va avea suficiente resurse pentru a respecta prevederile Directivei 7/2011 privind combaterea plăților întârziate în tranzacțiile comerciale[14] și nu va reduce plățile restante către furnizori, ca să nu mai vorbim de creșterea calității serviciilor.

[13] Suma este calculată ca diferență între veniturile potențiale și cele estimate prin aplicarea metodei de calcul indicată de Curtea Constituțională.

[14] Directiva impune statelor membre reducerea perioadelor de decontare a serviciilor medicale și medicamentelor la 60 de zile, plus 30 de zile pentru acceptare. În România, perioadele de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală sunt de 180 de zile (plus 30 de zile pentru verificare), iar a celor din programele naționale de sănătate 90 de zile (plus 30 de zile pentru verificare).

Resursele suplimentare trebuie utilizate într-un sistem mai performant

Pe lângă aspectele financiare ale sistemului de sănătate, considerăm de o importanță majoră și redefinirea relațiilor dintre finanțatori, furnizorii de servicii și pacienți. Deoarece actualul cadru legislativ și instituțional - în care principalii actori aparțin sectorului public - nu mai poate face progrese majore în privința calității și atenției acordate pacienților, analizăm propunerile de reformă prin care sectorul privat să dobândească un rol semnificativ în sistemul de sănătate din România.

(i) Asiguraţii ar avea de câștigat din participarea companiilor private în sistemul de sănătate

Ponderea cheltuielilor private oficiale în sistemul românesc de sănătate este sub media europeană, reprezentând aproximativ o cincime din total. Din acestea, cele cu asigurările voluntare de sănătate reprezintă o parte infimă; imensa majoritate constă în plăți directe (pentru medicamente, pentru dispozitive medicale, pentru serviciile furnizorilor privați din medicina primară sau secundară, etc.).

Participarea sectorului privat la piața asigurărilor de sănătate este necesară din mai multe considerente: (i) ar aduce venituri suplimentare în sistem, pentru acoperirea unor servicii în afara pachetului de bază, (ii) ar determina furnizorii privați și publici să respecte standarde de calitate superioare și (iii) ar putea conduce la scăderea prețurilor serviciilor medicale.

Având în vedere stadiul incipient al pieței asigurărilor private, recomandăm încurajarea asigurărilor voluntare - într-o primă fază, care ar putea dura 2-3 ani - și, ulterior, trecerea la asigurări private pentru pachetul de bază. Această etapizare nu ia în calcul numai capacitatea administrativă a firmelor de asigurare, ci și schimbările de mentalitate necesare din partea furnizorilor și asiguraților.

În România, în anul 2009, conform Eurostat, cheltuielile de cu asigurările private voluntare de sănătate au reprezentat 0,01% din PIB, față de o medie a UE de 0,4% din PIB. Cauzele nedezvoltării sunt multiple: pachetul de servicii de bază este prea amplu, reglementările sunt sumare, cultura asigurărilor private voluntare este firavă, societățile de asigurări nu au dezvoltat oferte atrăgătoare, nu există stimulente fiscale nici pentru populație, nici pentru asigurători.

Odată cu elaborarea „listei negative" a serviciilor medicale neincluse în pachetul de bază, asigurările voluntare vor avea o piață clară, iar asigurătorii vor putea dezvolta polițe pentru diversele categorii de pacienți, precum și campanii de comunicare. Un stimulent important pentru asigurările voluntare de sănătate ar fi posibilitatea deducerii primelor de asigurare plătite din venitul impozabil al asiguraților.

Deschiderea pieței asigurărilor sociale de sănătate către firmele private de asigurări este o reformă profundă a sistemului, cu implicații majore asupra finanțării, contractării și furnizării serviciilor, a activității furnizorilor și relației finanțator - furnizor - pacient. Recomandarea noastră este ca asigurările private sociale să intre în vigoare după generalizarea celor voluntare, adică începând cu anul 2015 și oricum nu înaintea redefinirii pachetului de bază de servicii medicale. Până atunci, trebuie pregătite temeinic reglementările și structura instituțională publică și privată necesară, plecând de la experiențele statelor europene cu sisteme similare, de exemplu Olanda și Cehia. Trebuie știut că reglementarea sistemului de sănătate e mult mai complexă în cazul asigurărilor private deoarece trebuie să urmărească dinamica unei piețe cu mulți actori aflați în competiție și în căutarea profitului.

Privatizarea spitalelor reprezintă o altă schimbare de amploare, cu consecințe majore pentru calitatea serviciilor și utilizarea resurselor. În prezent există circa 350 de spitale publice, din care majoritatea în subordinea administrației locale - circa 250 -, iar restul în subordinea Ministerului Sănătății sau a altor ministere. Multă vreme spitalele au fost privite ca structuri indispensabile, dar erau rigide și nereformabile. Odată cu descentralizarea majorității lor, în anul 2010, propunerile de restructurare a sistemului au dobândit o audiență mai largă și deschisă la schimbare. Una dintre principalele idei promovate este privatizarea, iar pentru aceasta se întrevede transformarea spitalelor în societăți comerciale sau fundații. Deși ideea este salutară, pentru a evita disfuncționalități în implementare ce ar compromite ideea de în sine, facem o serie de recomandări legate de

organizarea, bugetarea, resursele, controlul, răspunderea, serviciile și contractarea spitalelor private.

(ii)Reformele actualmente în implementare trebuie să continue

În afara asigurărilor de sănătate, propuneri de reformă au fost făcute în repetate rânduri în ultimii 4 ani, începând cu raportul din anul 2008 al comisiei prezidenţiale pentru analiza şi elaborarea politicilor din domeniul sănătăţii publice din România - „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetăţeanului" -, continuând cu analizele de sector elaborate de Banca Mondială sau raportul din 2010 al Societății Academice din România - „Criză şi reformă în sistemul de sănătate. O radiografie la zi". Împărtășim cea mai mare parte a recomandărilor făcute în cuprinsul acestor documente și remarcăm faptul că au început să fie puse în aplicare în ultimii 2 ani, la presiunea Fondului Monetar Internațional și a Uniunii Europene. Profitând de reînceperea consultărilor asupra unui proiect de lege privind reforma în sănătate, vom analiza acele aspecte de importanță sistemică ce ar putea fi luate în considerare în elaborarea noilor propuneri legislative.

Reforma pachetului de servicii medicale de bază pare a fi cheia de boltă pentru evoluția sistemului de asigurări sociale de sănătate din România. Pe scurt, pachetul de bază ar trebui să includă numai serviciile esențiale care pot fi finanțate cu veniturile realizabile ale FNUASS. În ultimii ani, echilibrul dintre nevoile de cheltuieli și resursele disponibile a fost rupt, ca urmare a crizei economice și a unor măsuri care au eliminat barierele impuse consumului de medicamente și servicii. Ministerul Sănătății lucrează de mai bine de un an la restructurarea serviciilor de bază, promițând finalizarea demersului în anul 2012 prin publicarea „listei negative" a serviciilor neincluse și a celei conținându-le pe acelea acoperite de asigurarea obligatorie de sănătate. Pachetul de bază condiționează și alte reforme în sistem: asigurările voluntare de sănătate, necesitatea creșterii cotelor de contribuție, revizuirea sistemelor de tarifare, eficientizarea programelor naționale de sănătate, dezvoltarea asistenței primare etc. De aceea, reforma nu trebuie făcută în grabă, ci predictibil. Deoarece românii au fost obișnuiți să beneficieze de servicii medicale cvasi-universale, va fi necesară o campanie susținută de informare, care să trezească și interesul pentru asigurările voluntare de sănătate.

Pentru reuși să controleze cheltuielile de sănătate pe termen mediu și lung, România trebuie să investească acum în asistența medicală primară. Dacă în statele UE asistența primară absoarbe un sfert din cheltuielile de asigurări sociale de sănătate, în țara noastră procentul este de 12% - 13%. Reformele recente prin care ponderea tarifului pe servicii furnizate de medicii de familie a crescut la 50% sunt corecte, însă mai trebuie făcuți pași importanți, cum ar fi:

- alocarea unor sume mai mari pentru serviciile de prevenire;
- încurajarea medicilor de familie și a celor specialiști să furnizeze mai multe servicii;
- stimularea serviciilor medicale în mediul rural, astfel încât, în caz de nevoie, pacienții din aceste zone să nu solicite direct servicii de spitalizare sau să se prezinte la unitățile de primiri urgențe.

Un alt aspect important de analizat pe termen scurt se referă la Directiva 7/2011 a Uniunii Europene privind combaterea plăților întârziate în tranzacțiile comerciale. Aceasta impune statelor membre să reducă - din anul 2013 - perioadele de decontare a serviciilor și medicamentelor în domeniul sănătății la maximum 60 de zile, plus alte 30 de zile pentru verificarea facturilor[15]. Pentru România, reducerea termenelor de plată presupune efectuarea de cheltuieli suplimentare cu medicamentele compensate de circa 1,6 miliarde lei în anul 2013, pe lângă cele bugetate în mod curent[16]. Conformarea cu prevederile Directivei 7/2011 impune planificarea din timp a etapelor de către Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Sănătății și CNAS, precum și stabilirea timpurie a sursei de finanțare a celor 1,6 miliarde lei necesari reducerii perioadelor de decontare.

[15] Termenul pentru transpunerea în legislația națională este martie 2013.

[16] Cifra de 1,6 miliarde nu include și plățile restante. Dacă România și-ar propune să reducă perioadele de decontare și să achite și plățile restante existente la momentul respectiv, atunci resursele necesare ar trebui însumate.

În ceea ce privește taxa clawback, considerăm că, odată stabilizat consumul de medicamente, implementate măsurile de control al costurilor și reluată creșterea economică, Guvernul ar putea renunța complet la aceasta sau ar putea modifica nivelul de referință al vânzărilor, astfel încât impactul ei să fie redus. Oricum, în forma sa actuală, taxa dezavantajează producătorii și importatorii în dauna celorlalți actori din industria farmaceutică, cei din urmă nesuportând nimic din povara fiscală. Impactul taxei asupra ofertei de medicamente nu este încă vizibil, însă perpetuarea sau înăsprirea sa pot cauza retragerea unor furnizori importanți de pe piața românească.

Noul proiect de lege a sănătății poate promova și alte măsuri inspirate din practica statelor europene mai dezvoltate, care să contribuie la creșterea eficienței serviciilor și cheltuielilor. Deși punerea lor în practică cere o schimbare de atitudine din partea tuturor actorilor din sistem dificil de realizat, ele sunt necesare astfel încât serviciile să poată fi ameliorate continuu. Așadar, recomandăm Ministerului Sănătății și casei de asigurări:

- încurajarea - alături de autoritățile publice locale - constituirii de rețele teritoriale sau județene ale furnizorilor de servicii medicale, integrate vertical și orizontal, care să garanteze accesul pacienților la nivelul de asistență corespunzător nevoilor lor reale și să evite utilizarea nejustificată a serviciilor spitalicești; prin colaborarea furnizorilor din diferite niveluri de asistență, ar putea crește și eficiența practicilor de prescriere și a monitorizării tratamentelor post-spitalicești;
- intensificarea consultărilor cu actorii reprezentativi în conceperea și elaborarea propunerilor de politici publice sau a proiectelor de acte normative; în acest fel, furnizorii vor deveni parte integrantă a proceselor, iar implementarea ar avea de câștigat în eficacitate.

Un alt aspect de amintit se referă la gestiunea informațiilor medicale despre pacienți, tratamente, servicii și medicamente. Proiectele CNAS referitoare la cardul electronic de sănătate, prescrierea electronică a rețetelor și dosarul electronic al pacientului sunt salutare. Fără a mai intra în detaliile deja știute ale acestor inițiative, recomandăm ca CNAS să dezvolte și capacitatea de analiză și sinteză a fluxurilor de informații astfel obținute pentru a obține progrese vizibile în calitatea serviciilor și utilizarea resurselor. Nu în ultimul rând, ne dorim ca multe din informațiile colectate să fie puse și la dispoziția publicului prin intermediul paginii internet.

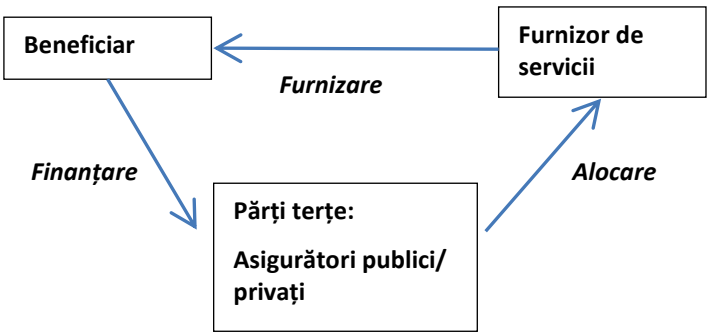
În ceea ce privește transparența sistemului de sănătate, niciuna dintre instituțiile publice nu se achită de obligațiile legale de informare. În aceste condiții de opacitate - în ciuda existenței unui sistem informatic performant -, nu vedem cum alți actori interesați pot contribui activ la ameliorarea calității serviciilor, la combaterea fraudelor și la raționalizarea cheltuielilor de sănătate din România. De fapt, capacitatea de analiză și sinteză privind sistemul de sănătate este înăbușită din față. Ministerul Sănătății și FNUASS ar trebui să publice regulat informații care să permită oricărei persoane interesate să analizeze sistemul de sănătate în ansamblu, situația unui sub-domeniu, cea dintr-un anumit județ sau a unui furnizor aparte. Profitând de elaborarea noului proiect de lege a sănătății, recomandăm ministerului stabilirea unor responsabilități și fluxuri clare de date și includerea unor sancțiuni severe pentru acele entități care nu-și respectă obligația de informare și transparență. Nu în ultimul rând, România și-a anunțat recent intenția de a participa la „Parteneriatul pentru o guvernare deschisă”, urmând să prezinte un plan de acțiune. Deocamdată, domeniile care vor face parte din platforma e-guvernare din cadrul parteneriatului și pentru care vor fi puse la dispoziția publicului volume mari de date nu includ sănătatea. Sperăm că nu este prea târziu ca lista să fie completată și cu acest domeniu, mai ales că Sistemul Informatic Unic Integrat dispune deja de informațiile necesare, iar societatea civilă și actorii implicați și-au arătat în mod repetat interesul.

RAPORT

1. CONSIDERAȚII TEORETICE

Furnizarea și finanțarea serviciilor de sănătate pot fi privite ca un transfer de resurse între furnizorii de servicii de sănătate, pacienți (beneficiarii serviciilor) și terțe părți. Cea mai simplă formă de tranzacție pentru obținerea unui bun sau serviciu este plata directă, achitată de beneficiarul direct furnizorului în schimbul bunului/ serviciului achiziționat. Totuși, din cauza costurilor foarte mari ale multor tratamente medicale, sistemele moderne de sănătate s-au dezvoltat prin interpunerea unei terțe părți între beneficiar și furnizorul de servicii, cu rolul de a prelua riscul financiar asociat îmbolnăvirii. Părțile terțe pot fi instituții publice și/ sau private, care se finanțează atât prin contribuții directe, cât și indirecte, de la un grup de beneficiari pe care îi protejează împotriva riscului printr-un mecanism de alocare a resurselor către furnizorii de servicii, medicamente și dispozitive medicale.

Triunghiul sistemului de sănătate



Pentru a evita deficitele, sistemul de sănătate trebuie să asigure un echilibru între resursele financiare și cheltuielile totale. Ecuația dezvoltată de Evans[17] ilustrează această relație: veniturile totale, care însumează taxe și impozite (T), asigurări sociale de sănătate (S), plăți directe (D) și prime asociate asigurărilor private/voluntare de sănătate (V) trebuie să fie egale cu cheltuielile totale ale sistemului (adică preț (P) x cantitate de bunuri și servicii (Q)) care, în același timp, sunt egale cu veniturile furnizorilor de servicii (adică preț (W) x mix de intrări – salarii, profit etc. (Z)).

Ecuația 1: T + S + D + V = P x Q = W x Z

Majoritatea sistemelor de sănătate din Europa utilizează un mix de venituri pentru finanțarea sustenabilă a serviciilor. Chiar dacă dificultatea alegerii nu rezidă în alegerea unui tip de finanțare sau a altuia, ci mai degrabă în identificarea unui mix optim, adaptat la particularitățile socio-economice, este important să cunoaștem avantajele și dezavantajele diferitelor sisteme de finanțare a cheltuielilor de sănătate.

1.1 Finanțarea prin impozite

În cazul finanțării sănătății prin impozitare generală, tipurile de impozite sunt diferite (directe/ indirecte), nivelurile administrării variabile (local sau central), iar sursele propriu-zise eterogene (generale sau cu destinație specială). Alegerea tipului de impozitare pentru finanțarea sectorului sanitar are implicații atât din punct de vedere al echității sociale, cât și al eficienței. De exemplu, în Marea Britanie sistemul de sănătate este finanțat într-o proporție ridicată prin impozite directe. Taxe și impozite cu destinație specială au o

[17] Evans, R.G. (1998) – *Going for gold: the redistributive agenda behind the market based healthcare reform*, in D. Chinitz, J. Cohen and C. Doron (eds) *Governments and Health Systems: Implications of Differing Involvements*. Chicester: Wiley.

contribuție importantă în finanțarea sănătății în Franța și Italia. Impozitele locale au o pondere semnificativă în resursele financiare ale sectorului sanitar în Bulgaria, Danemarca, Finlanda, Norvegia, Suedia și Italia.

Impozite directe vs. indirecte

Impozitele directe – impozit pe venit, profit, proprietăți – sunt din punct de vedere administrativ mai simplu de administrat, iar rata de conformare, de regulă, mai ridicată. Totuși, utilizarea lor pentru finanțarea serviciilor de sănătate poate crea inechitate socială pe orizontală (impact diferit asupra persoanelor din aceeași categorie de venit):

- dacă ratele de impozitare variază la nivel regional;
- dacă unele forme de venit sunt exceptate de la impozitare (ex. veniturile din capital);
- dacă unele tipuri de cheltuieli sunt deductibile din punct de vedere fiscal (ex. primele de asigurări private/ voluntare de sănătate).

Impozitele indirecte - TVA, accize - ca sursă de finanțare a serviciilor de sănătate pot genera efecte cu caracter regresiv asupra populației[18], întrucât:

- persoanele cu venituri mai mari economisesc mai mult, iar economiile nu sunt supuse impozitelor indirecte;
- persoanele cu venituri reduse cheltuiesc proporțional mai mult din venitul lor pe bunuri și servicii supuse unor impozite indirecte ridicate (spre ex. țigări, alimente, combustibili);
- rata de impozitare la anumite impozite indirecte - de ex. accizele - este stabilită ca sumă fixă.

Impozite ale bugetului de stat vs. buget local

Contrar așteptărilor, există argumente în favoarea utilizării *impozitelor locale* pentru finanțarea sectorului sanitar comparativ cu impozitele bugetului de stat:

- transparență mai ridicată – cheltuiala cu sănătatea reprezintă în multe țări o pondere importantă din bugetele locale, astfel încât este mai ușor de justificat utilizarea impozitelor locale pentru servicii publice de sănătate (chiar și dacă acestea nu sunt cu destinație specială);
- responsabilitate – la nivel local politicienii sunt mai apropiați de electorat iar deciziile de cheltuire a banului public sunt mai ușor de monitorizat de către public;
- necesități specifice – nevoile de servicii publice de sănătate pot varia la nivel regional/ local în funcție de factori socio-economici;
- reducerea competiției pentru resurse dintre sectorul public de sănătate și alte segmente ale sectorului de stat: la nivel local sănătatea poate reprezenta o prioritate politică, în condițiile în care există mai puține direcții de alocare a fondurilor publice comparativ cu situația existentă la nivelul administrației centrale.

Principalele dezavantaje ale utilizării impozitelor locale ca mijloc pentru finanțare a cheltuielilor publice de sănătate sunt legate de dezechilibrele orizontale și verticale. În primul caz, autorități locale cu economii subdezvoltate nu ar putea asigura același standard de servicii publice de sănătate comparativ cu omologii mai înstăriți. În cel de-al doilea, dat fiind costul foarte ridicat al sănătății, nici un buget local nu ar putea strânge suficiente venituri din surse locale pentru acoperirea tuturor cheltuielilor, astfel încât ar fi oricum necesară co-finanțarea din partea bugetului de stat.

Impozite cu destinație generală vs. impozite cu destinație specială

Impozitele generale utilizate pentru sistemele de sănătate prezintă o serie de avantaje, astfel:

- baza largă de impozitare asigură o diversitate a surselor de venit;

[18] Hills, J. (2000) *Taxation for the Enabling State*, CASE Discussion Paper No. 41. London: Center for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics and Political Science.

- alocarea este mai flexibilă din impozite cu destinație generală, nedepinzând de surse prestabilite.

Această soluție determină, însă, o serie de incertitudini care pot afecta stabilitatea financiară a sistemului, în condițiile în care alocările pe capitole de cheltuieli sunt stabilite anual prin legea bugetului de stat și sunt supuse unor negocieri politice. Astfel, sănătatea intră în concurență cu alte domenii, precum transporturile și educația, iar procesul de decizie devine opac și impredictibil.

În schimb, *impozitele cu destinație specială* au avantajul că sunt mai ușor de perceput și acceptat de populație[19]. Prin stabilirea unei legături între veniturile și cheltuielile publice, finanțarea sectorului de sănătate devine mai transparentă și stabilă[20].

1.2 Finanțarea prin mecanismul asigurărilor sociale de sănătate

Asigurările sociale de sănătate reprezintă sursa primară de finanțare a sectorului de sănătate în majoritatea țărilor din Europa. Contribuţiile sunt determinate în funcţie de venitul asiguraţilor şi sunt suportate atât de angajat, cât şi de angajator. Colectarea contribuţiilor se poate realiza fie printr-un fond special naţional de asigurări de sănătate (Croaţia, Estonia, Ungaria, Slovacia, Olanda), prin fondul general de asigurări sociale (Belgia) sau direct de către asigurătorii privați (Olanda).

Sistemele de asigurări sociale de sănătate din Europa se pot încadra în două modele: (i) modelul Bismarck caracteristic sistemelor de sănătate din statele vest-europene şi (ii) modelul neo-Bismarckian dezvoltat de ţările din Europa Centrală şi de Est (ECE) după căderea comunismului. Sistemele de asigurări de sănătate din economiile mature s-au dezvoltat şi perfecţionat pe o perioadă mai lungă de timp. În ţările din ECE implementarea sistemelor de asigurări de sănătate a fost mult mai radicală şi rapidă, caracteristica predominantă fiind independenţa decizională a asigurătorului faţă de guvern.

Asigurările sociale de sănătate, ca mijloc de finanţare a sectorului sanitar, prezintă o serie de avantaje comparativ cu taxele şi impozitele cu destinaţie specială:

- transparenţă mai ridicată şi acceptare mai facilă a contributivității de către populație;
- protecția veniturilor de interferenţa factorului politic, în condiţiile în care procesul decizional de bugetare și alocare este externalizat unei entităţi cvasi-independente;
- partajarea efortului fiscal între angajat și angajator.

Principalele dezavantaje ale sistemului de asigurări sociale de sănătate sunt legate de costurile mai ridicate cu forţa de muncă pe care le generează şi care pot reduce competitivitatea economică a unei ţări pe plan internaţional. În plus, poate crea în anumite condiţii inechitate socială, pe măsură ce ponderea veniturilor populaţiei din câştiguri de capital - neimpozabile - creşte comparativ cu veniturile din salarii (care sunt supuse la contribuţia de sănătate).

1.3 Plățile directe pentru servicii și produse medicale

Plăţile directe efectuate de populație au o contribuție importantă în totalul cheltuielilor pentru sănătate efectuate de sectorul privat. Motivele principale ale promovării plăților directe ca sursă de finanţare a cheltuielilor cu sănătatea au fost: (i) reducerea riscului ca populaţia să abuzeze de servicii medicale care nu sunt neapărat necesare şi (ii) nevoia atragerii de resurse suplimentare în sistem. Cu toate acestea, plăţile directe sunt criticate ca afectând accesul la servicii de sănătate pentru persoanele cu venituri reduse sau conducând la majorarea costurilor populaţiei cu sănătatea. În aceste condiții, factorul politic a promovat în multe ţări modificări ale cadrului de reglementare a plăților directe, vizând în primul rând: sumele percepute, pragurile privind vârsta în aplicare, veniturile obținute, ocupaţia şi starea familială.

[19] Commission on Taxation and Citizenship, *Paying for Progress: a new politics of tax for public spending*, Fabian Society, 2000.

[20] Jones A.M., Duncan A., *Hypothecated Health Taxes: an evaluation of recent proposals*, Office of Health Economics, London, 1995.

Plățile directe sunt de trei tipuri:

- tarife pentru servicii neincluse în pachetul de bază de servicii medicale,
- co-plata
- plățile informale

Tarifele pentru bunuri și servicii neacoperite de nici o formă de asigurare diferă de la țară la țară. De exemplu, în Bulgaria sau în Slovenia nu se acoperă serviciile prestate de medici care nu au contract cu societatea de asigurare de sănătate, de medici specialiști fără a avea trimitere de la medicul generalist, medicamentele OTC, serviciile stomatologice, vizitarea unui medic specialist mai rapid decât este programarea normală sau condiții deosebite la spitalizare sau chirurgie plastică (în Bulgaria) etc. În Slovacia, tarifele sunt percepute pentru anumite servicii de asistență primară în ambulatoriu (vaccinări, examinări medicale solicitate de angajator etc.) sau diverse diagnostice de laborator (CT, radiografii etc.). În Olanda, ele se aplică în cazul anumitor prestatori de servicii medicale (farmacii, stomatologi, fizioterapiști).

Co-plata se calculează, de regulă, ca o sumă fixă pentru serviciul medical prestat: în Bulgaria reprezintă 1% din salariul lunar minim pe economie în cazul serviciilor medicale în ambulatoriu și 2% pentru fiecare zi de spitalizare. În Slovacia este 0,17 euro pentru o rețetă, 0,99 euro pentru o vizită la serviciul de ajutor de urgență etc. În Italia suma este plafonată la 36,15 euro pentru servicii în ambulatoriu și 25 euro pentru vizite neurgente efectuate la orice secție de urgență. În Olanda, co-plata diferă în funcție de tipul serviciului prestat: pentru servicii medicale de bază, o sumă anuală de 155 euro este aplicabilă (cu unele excepții); începând cu anul 2009, asigurătorii de sănătate pot alege să nu mai solicite respectiva sumă dacă asiguratul utilizează serviciile anumitor prestatori sau anumite medicamente. În Slovenia variază între 5% și 75% din costul serviciului medical sau al medicamentului.

Plățile informale sunt cel mai greu de cuantificat și sunt relevante în special în fostele țări comuniste, dar și în zonele rurale din unele țări dezvoltate (ex: Italia, Grecia, Franța).

2. FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA (2006-2011)

2.1 Resursele sistemului de sănătate

Potrivit celor mai recent date publicate de Eurostat, aferente anului 2009, România alocă 5,6% din produsul intern brut sănătății[21]. Procentul a fost stabil în ultimii 7-8 ani; în anul 2003 nivelul era 5,2% din PIB. Aceste valori situează țara noastră pe ultimul loc în Uniunea Europeană în domeniu.

Din totalul resurselor alocate sănătății, 80% sunt publice, iar 20% private. În privința celor publice, cele mai multe - 85% - sunt administrate de Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). În cazul celor private, imensa majoritate provin din plăți directe, respectiv co-plăți, plăți integrale sau tarife pentru servicii.

Veniturile publice pentru sănătate

Principalele venituri publice destinate sănătății sunt contribuțiile de asigurări plătite de angajatori și angajați/ pensionari/ persoane fizice autorizate. În anul 2011 acestea au totalizat 15 miliarde de lei, adică 2,6% din PIB. Nivelul cotelor de contribuții de sănătate în România este printre cele mai scăzute din Europa (vezi capitolul 3.2), respectiv 10,7%[22], de unde și ponderea redusă a veniturilor astfel generate.

Pe lângă asigurările sociale de sănătate, sistemul public de sănătate beneficiază și de venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice (denumite informal „taxa pe viciu")[23] și din impozitul pe veniturile realizate de producătorii, importatorii și deținătorii autorizațiilor de comercializare din vânzarea medicamentelor a căror contravaloare este suportată - integral sau parțial - de FNUASS (cunoscută ca „taxa clawback"; vezi Caseta 3 de la subcapitolul 4.1). În anul 2011, taxa pe viciu a generat venituri de 1,2 miliarde de lei, iar taxa clawback de 0,24 miliarde lei, ambele la bugetul Ministerului Sănătății.

În afara veniturilor cu destinație specială, sistemul public de sănătate primește și subvenții de la bugetul de stat, adică din impozitarea generală. În anii 2010 și 2011 acestea au fost esențiale pentru acoperirea deficitului FNUASS, totalizând 5,5 miliarde lei, adică 15% din veniturile totale.

Veniturile Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

Veniturile FNUASS sunt compuse din contribuțiile de asigurări de sănătate și subvenții de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății. În medie, cotele reprezintă aproximativ 90% din venituri, iar subvențiile restul de 10%. Nominal, veniturile totale ale Fondului s-au apropiat de 18 miliarde lei în anul 2011, cu aproape 50% mai mult decât în anul 2007. Evoluția nu a fost continuă în tot acest răstimp. În figura 2 se observă scăderea de 7% înregistrată în anul 2009, care a coincis în mod nefericit cu eliminarea restricțiilor la consumul de medicamente compensate, deci cu nevoi mai mari de cheltuieli. În anii 2010 și 2011, cu ajutorul subvențiilor de la bugetul de stat, veniturile totale au reintrat pe un curs ascendent.

România a scăzut cotele de contribuție la asigurările de sănătate tocmai în pragul declanșării crizei economice, în anul 2008, de la 12,5% la 11% și, ulterior, la 10,7%, din anul 2009. Efectele reducerii s-au cumulat cu cele ale declinului economiei și au rezultat în scăderea nominală a veniturilor din contribuții de sănătate în anii 2009 și 2010, cu câte 0,5 miliarde lei și 1 miliard lei (vezi figura 3). În anul 2011, veniturile totale din contribuții au fost mai mari decât în anul 2008, mulțumită asigurărilor de sănătate plătite de pensionari, care au contribuit peste 1,7 miliarde lei[24], de șase ori mai mult decât în anul anterior; totuși, cele de la angajatori și salariați sunt încă departe sumele colectate în anul 2008.

[21] Datele aferente anului 2009 includ și creditele de angajament aprobate FNUASS, dar nedublate de credite bugetare, respectiv valoarea consumului realizat, dar neachitat.

[22] 5,5% pentru asigurați și 5,2% pentru angajatori.

[23] Taxa pe viciu este aplicată țigărilor, tutunului, băuturilor alcoolice (mai puțin berea și vinul), precum și publicității la tutun și băuturi alcoolice.

[24] De la 1 ianuarie 2011 contribuția aferentă pensiilor mai mari de 740 lei s-a calculat la întregul venit; până în anul 2010, baza de impozitare era numai suma ce depășea 1.000 de lei.

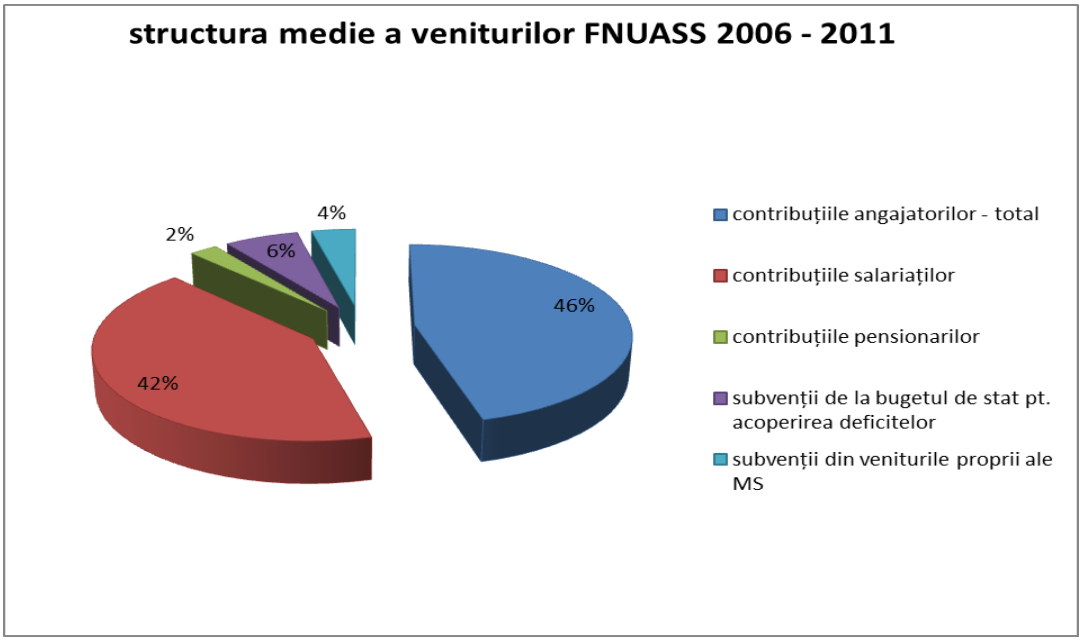


Fig 1. Ponderea medie a surselor de venit în totalul resurselor FNUASS

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

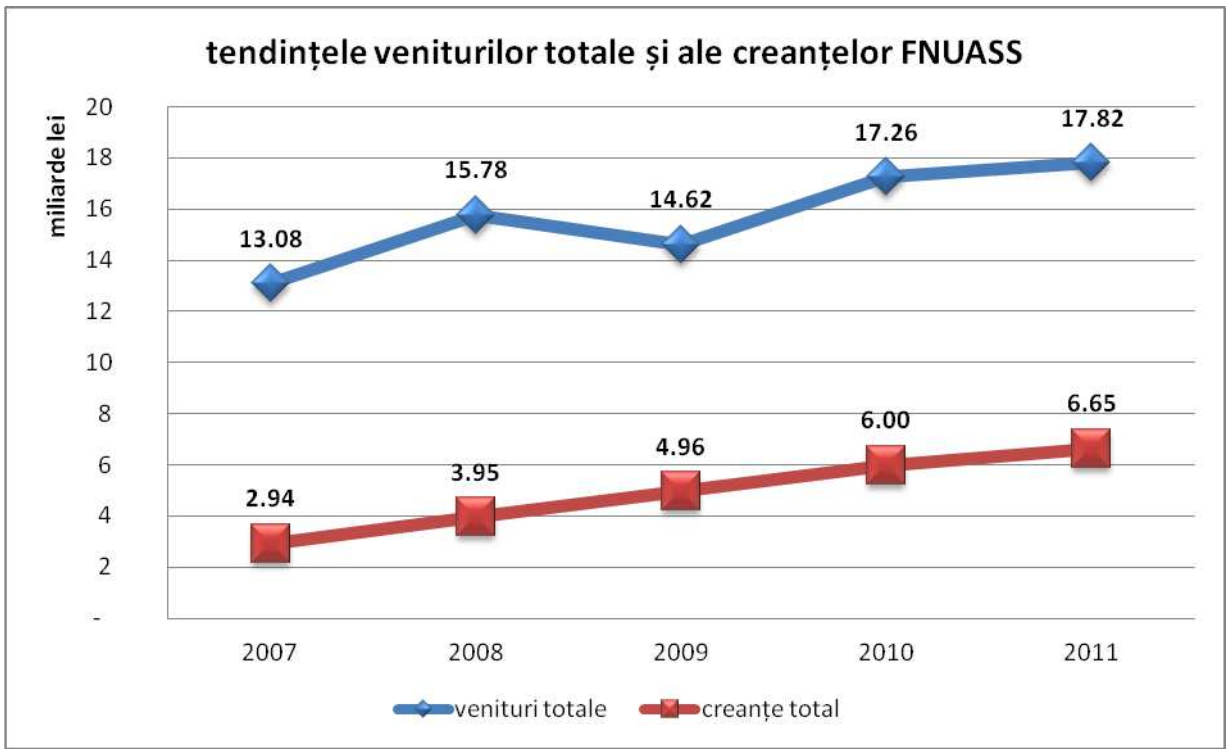


Fig 2. Evoluția creanțelor FNUASS în perioada 2007 - 2011

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

După ce situația financiară a Fondului s-a deteriorat serios în anul 2009, bugetul de stat a intervenit cu 3,5 miliarde lei în anul 2010 și alte 2 miliarde lei în anul 2011, cu ajutorul cărora au fost achitate majoritatea obligațiilor de plată ale FNUASS. Resursele FNUASS sunt completate anual din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății (i.e. taxa pe viciu) pentru finanțarea medicamentelor compensate achiziționate de pensionarii cu venituri reduse și pentru diverse programe naționale de sănătate. Acestea totalizat 612 milioane lei în anul 2011, adică 3% din total.

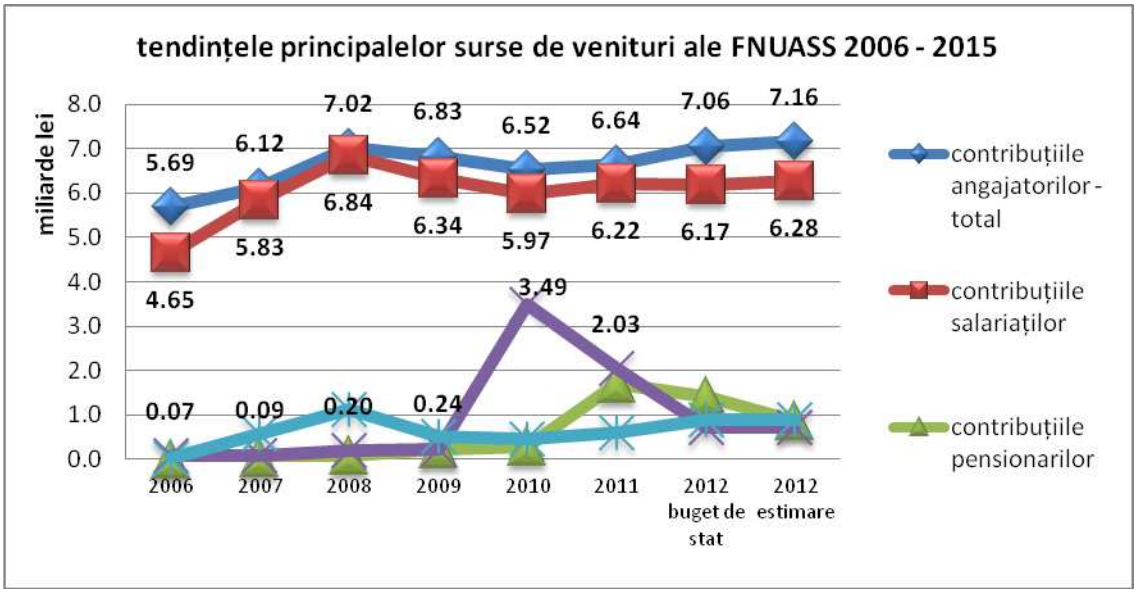


Fig 3. Tendințele surselor de venit ale FNUASS în perioada 2006 - 2012

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

Creanțele FNUASS

Odată cu deteriorarea climatului economic - la sfârșitul anului 2008 -, și datoriile operatorilor economici și ale populației către bugetele publice au crescut. FNUASS nu a fost scutit de acest fenomen, iar creanțele sale au avansat de la 3 miliarde lei, la sfârșitul anului 2007, la peste 6,6 miliarde lei, la sfârșitul anului 2011. Două treimi din sumă provin de la operatorii economici, iar restul de la populație. Majoritatea datoriilor populației sunt cauzate, probabil, tot de operatorii economici, care nu virează contribuția de 5,5% a asiguraților către Fond.

Înainte de a analiza principalii datornici, trebuie precizat că în contabilitatea FNUASS creanțele apar mai mari decât în cea a datornicilor, deoarece aceștia din urmă nu calculează cu exactitate penalitățile și majorările de întârziere. Prin urmare, din raportările contabile ale operatorilor economici, centralizate de Ministerul Finanțelor Publice, rezultă că datoriile restante ale acestora către FNUASS însumau 1,9 miliarde RON la sfârșitul primului semestru al anului 2011. Companiile de stat contabilizau 69% din sumă; primele zece companii datornice erau preponderent în proprietatea statului, cumulând 58% din totalul datoriilor restante.

Nume	Datorii restante (milioane RON)
Compania Națională a Huilei	517
CFR SA	270
Societatea Națională a Cărbunelui	74
CFR Marfă SA	66
Remin SA	40
Electrificare CFR SA	35
Intervenții Feroviare SA	28
CET Iasi SA	27
PSV Company SA	24
'FORTUS S.A.'	23

Tab 1. Top 10 datornici la fondul asigurărilor sociale de sănătate (2011-H1)

Sursa: MFP, MIND Research & Rating

Caseta 1. Top 10 companii de stat cu datorii restante, conform raportărilor contabile din semestrul I al anului 2011

Sectorul companiilor de stat deține un stoc de datorii restante estimat la aproximativ 5% din PIB - din care cea mai mare parte reprezintă arierate (datorii restante mai mari de 90 zile) către bugetul de stat și bugetele asigurărilor sociale - și generează pierderi anuale totale de aprox. 1% din PIB. În aceste condiții, Guvernului nu-i rămâne decât să restructureze și să privatizeze rapid companiile viabile și să le lichideze pe acelea cu activitate nesustenabilă din punct de vedere economic și financiar. Asemenea măsuri ar îmbunătăți soldul bugetului de stat, prin reducerea transferurilor și subvențiilor, și, în același timp, ar ajuta la eliminarea blocajelor financiare care apar în economie din cauza datoriilor restante.

Nume	Datorii restante (milioane RON)
CFR SA	5.710
COMPANIA NATIONALA A HUILEI S.A.	5.046
Termoelectrica	3.015
RADET	1.730
CFR Marfă SA	1.039
CNADNR	969
CFR Călători	595
Electrificare C.F.R. S.A.	579
Remin SA	578
ELECTROCENTRALE BUCURESTI S.A.	527

2.2. Utilizarea resurselor sistemului de sănătate

Cheltuielile totale de sănătate efectuate în România se situează în jurul valorii de 5,6% din PIB, ceea ce situează țara noastră pe ultimul loc în Uniunea Europeană. Patru cincimi din acestea sunt cheltuieli publice, iar restul private. Peste 80% din cheltuielile publice sunt efectuate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, de către FNUASS, iar restul de Ministerul Sănătății și de administrațiile locale. În cazul cheltuielilor private, marea majoritate iau forma de plăți directe pentru servicii medicale sau medicamente.

Cheltuielile publice cu sănătatea

Raportate la produsul intern brut, cheltuielile publice cu sănătatea ale României sunt într-adevăr reduse. Nu trebuie să uităm, totuși, că și cheltuielile publice totale ale țării noastre sunt printre cele mai mici din UE. Prin urmare, fără evoluții sau schimbări semnificative ale veniturilor și cheltuielilor publice în general, spațiul de creștere al celor cu sănătatea - raportat la PIB - este limitat.

Ponderea cheltuielilor cu sănătatea în totalul cheltuielilor publice s-a menținut constantă în ultimii ani, la aproximativ 10%. Aceeași constanță o remarcăm și la ponderea FNUASS în totalul cheltuielilor publice. Procentele arată, de fapt, nivelul de resurse pentru sănătate pe care și-l poate permite sectorul public, în actualul cadru fiscal-bugetar.

Din cele peste 21 de miliarde lei cheltuieli publice cu sănătatea în anul 2011, aproape 18 miliarde lei au fost efectuate de FNUASS, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, 2,6 miliarde lei de către Ministerul Sănătății, iar 720 de milioane lei de către administrațiile locale (vezi figura 5).

Ministerul Sănătății alocă sume în principal pentru unele programe naționale de sănătate, asistența medicală în unitățile de primiri urgențe, plata salariilor medicilor rezidenți și ale medicilor din cabinetele medicale școlare, pentru funcționarea unităților medico-sociale, pentru dotări cu echipamente și investiții în unitățile sanitare publice.

Administrațiile locale, actualmente proprietare a peste 250 de spitale, alocă fonduri proprii pentru cheltuieli cu bunuri și servicii ale acestora, dotări cu echipamente și investiții.

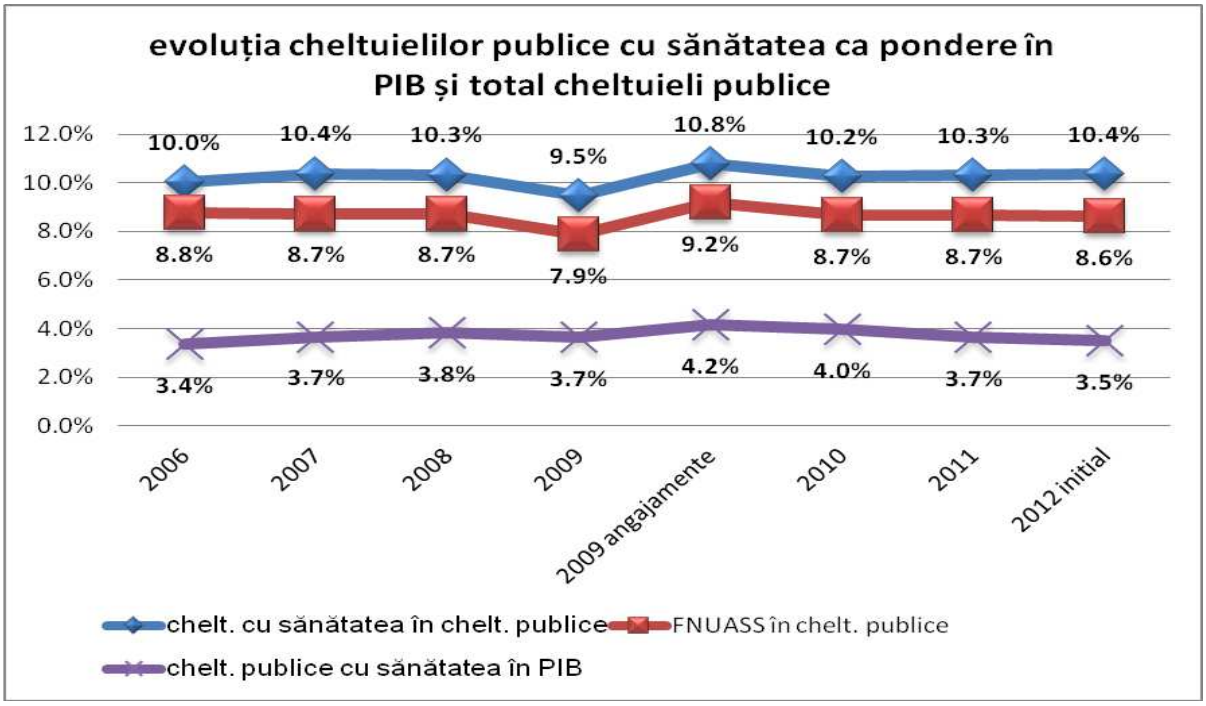


Fig 4. Ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea în PIB și BGC

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

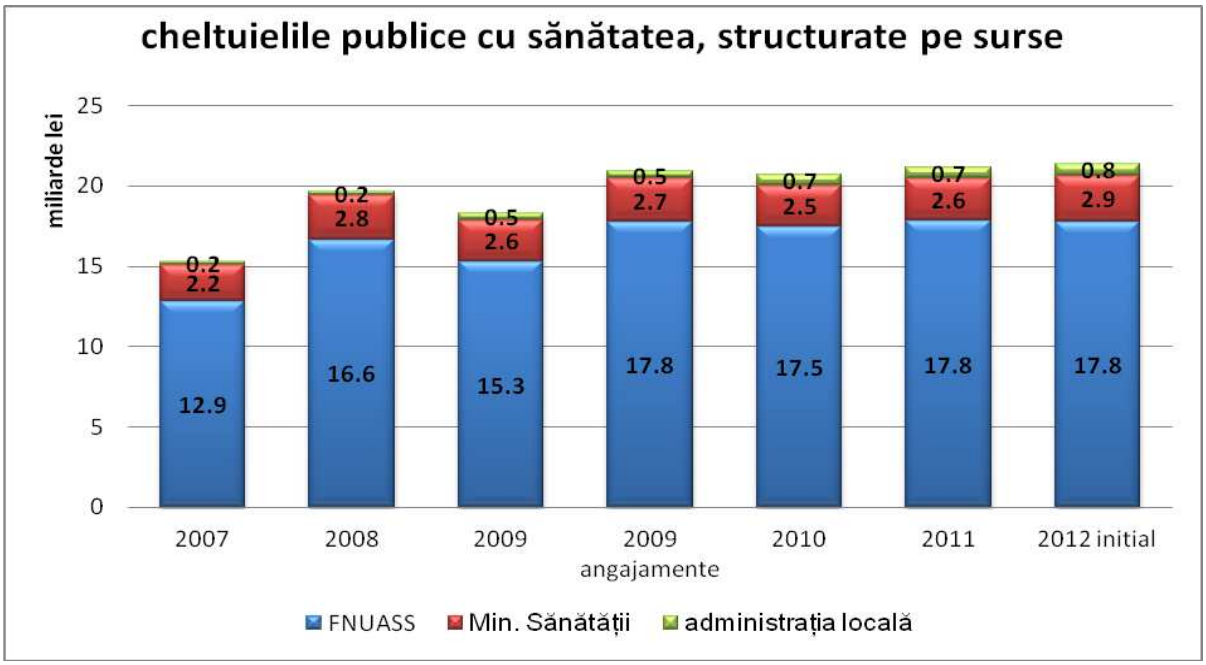


Fig 5. Structura cheltuielilor publice cu sănătatea (2007 - 2012)

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

Cheltuielile FNUASS

În anul 2011, FNUASS a cheltuit de două ori mai multe resurse decât în anul 2005. Deoarece nu ne-am propus să analizăm eficiența acestora, ne rezumăm la a remarca faptul că - nominal - cele mai mari creșteri, în acest interval, s-au înregistrat cu asistența medicală spitalicească și cu medicamentele compensate[25].

[25] Atât cele cu sau fără contribuție personală, cât și cele din programele naționale de sănătate.

Pentru anul 2011 (vezi figura 6), este de remarcat scăderea cu aproape 20% a cheltuielilor cu spitalele, ca urmare a desființării a peste 150 dintre acestea și a reducerii numărului de paturi și a internărilor[26]. În ceea ce privește medicamentele, eliminarea plafoanelor la eliberarea medicamentelor compensate de către farmacii, în anul 2008, a dus la creșterea consumului[27], care, combinată cu scăderea veniturilor și a cursului de schimb valutar leu/euro, a determinat acumularea de mari restanțe la plată în anii 2009 și 2010 (vezi mai jos despre echilibrul financiar al FNUASS). Pentru a ajuta la achitarea arieratelor la medicamentele compensate, bugetul de stat a subvenționat Fondul cu circa 4 miliarde lei în anii 2010 și 2011. După extinderea perioadelor de decontare[28], în cei doi ani bugetari resursele au fost utilizate preponderent pentru achitarea consumului din perioadele anterioare (în 2010 pentru 2009, iar în 2011 pentru 2010), ceea ce a făcut ca plățile să nu mai reflecte consumul curent de medicamente, creându-se un decalaj de până la 10 luni.

Prin urmare, deși plățile din anul 2011 au atins un nivel de 6 miliarde lei, ele sunt mai mari decât consumul anual, deoarece s-au achitat restanțe aferente anului 2010. De altfel, în anii 2010 și 2011 consumul de medicamente compensate a rămas la valori similare, între 5,7 și 5,9 miliarde de lei[29]. În acest context, datele CNAS care arată că în anul 2011 consumul de medicamente compensate în ambulatoriu a ajuns la 6,56 miliarde lei, sunt eronate, deoarece cel puțin 500 de milioane lei reprezintă consum din anii 2009 și 2010 neînregistrat la acea dată și recunoscut abia în trimestrul IV al anului 2011.

În structură, cele mai mari cheltuieli ale FNUASS se realizează cu spitalele - circa 45%. Această situație este comună tuturor sistemelor de sănătate din Europa, deși în statele central și est-europene, inclusiv România, ponderea este mai mare decât în cele occidentale.

Următorul subcapitol de cheltuieli este cel cu medicamentele compensate, incluzând atât medicamentele cu sau fără contribuție personală, cât și pe cele din programele naționale

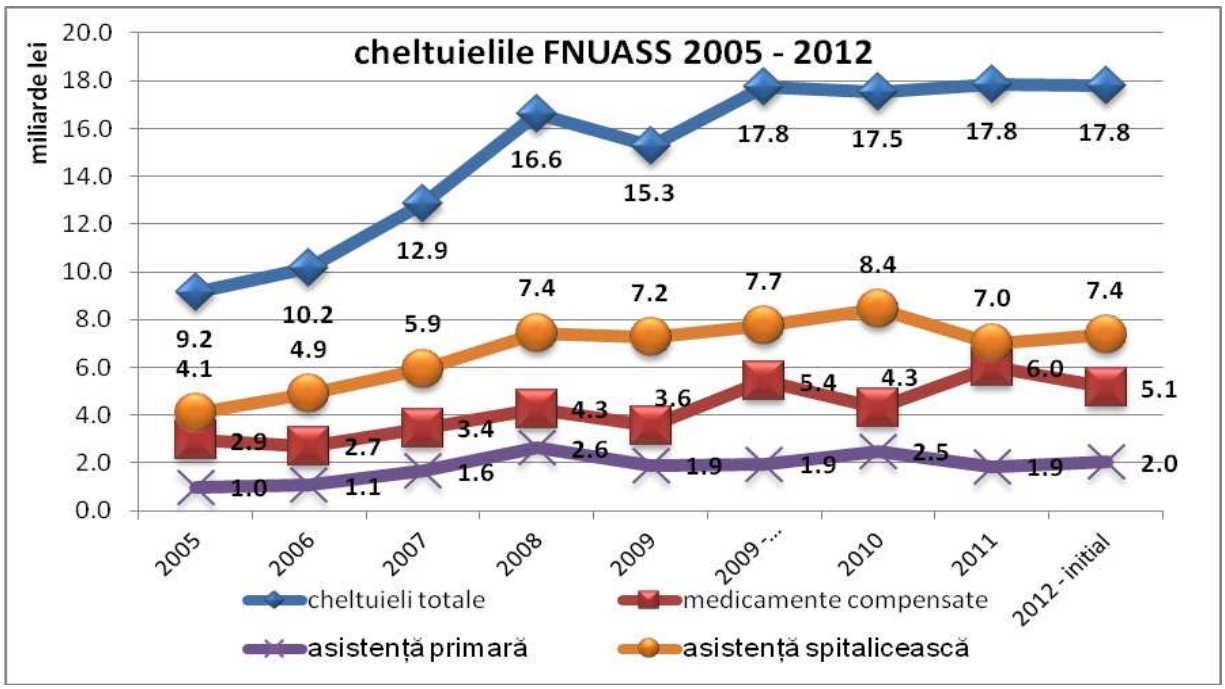


Fig 6. Tendințele principalelor tipuri de cheltuieli ale FNUASS

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

[26] A fost redus numărul de paturi din spitale de la 135.000 la 129.500, iar internările trebuiau să scadă cu 10%.

27 Dacă în anul 2008 consumul (controlat) a fost de 4,2 miliarde lei, cel înregistrat oficial în anul 2009 a atins 5,4 miliarde lei. Creșterea poate fi interpretată ca naturală, eliminarea plafoanelor la farmacii reflectând în mod real cererea de medicamente.

[28] Prin H.G. nr. 1088/2009 din 30/09/2009, fără consultarea prealabilă a industriei farmaceutice.

[29] Vezi raportul de activitate al CNAS pentru anul 2010, disponibil pe www.cnas.ro.

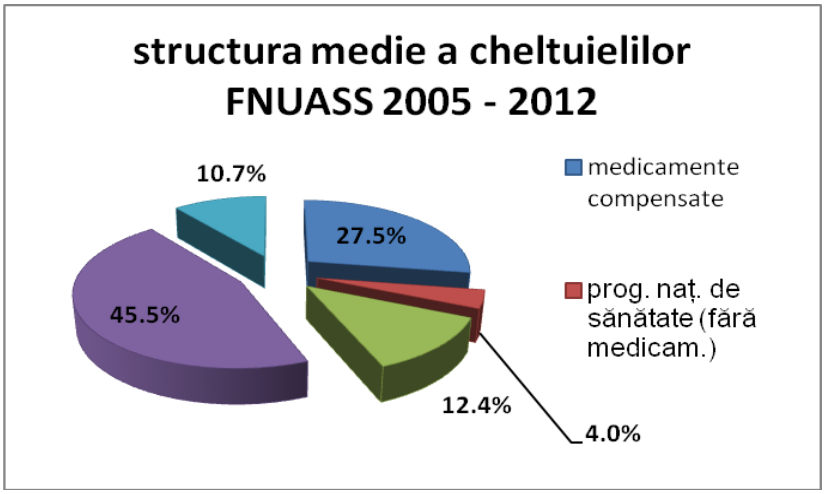


Fig 7. Ponderea medie a principalelor cheltuieli ale FNUASS

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

de sănătate. Ponderea medie a acestor cheltuieli, în ultimii 6 ani a fost de 27%. În anul 2011 ea a depășit 33%, ca urmare a efortului suplimentar de achitare a arieratelor provenind din consumul anilor anteriori. Deși ca procent în total cheltuieli de sănătate medicamentele în România depășesc media de 20% din Uniunea Europeană, înregistrăm niveluri comparabile cu celelalte state central și est-europene (Ungaria, Slovacia, Lituania, Estonia, Polonia). Dacă analizăm din punct de vedere al consumului per capita, exprimat în euro la paritatea puterii de cumpărare, România înregistrează cea mai mică valoare de la nivelul întregii Uniuni Europene, cu 40% mai mică decât în Polonia, Lituania sau Estonia (respectiv 156 euro față de 235 - 255 de euro PPS în anul 2009). Așadar, valorile procentuale ridicate sunt mai mult rezultatul numitorului foarte redus în cazul României (i.e. cheltuielile cu sănătatea) decât consecința unui consum ridicat de medicamente.

Asistenței medicale primare îi revin resurse limitate, de 12,4% din totalul FNUASS, cu mult sub media europeană. Această situație este consecința dezvoltării dezechilibrate a sistemului sanitar în ultimele 6-7 decenii, când accentul a fost pus pe asistența spitalicească. Drept rezultat, în prezent lipsește chiar și infrastructura de servicii și furnizorii pentru a utiliza eficient sume semnificativ mai mari în domeniu. În anul 2011, din totalul decontărilor primite din FNUASS serviciile prestate de medicii de familie au totalizat 50%, ceea ce reprezintă un pas înainte pentru orientarea treptată a centrului de greutate al asistenței medicale către nivelul primar dinspre cel spitalicesc.

Echilibrul financiar al FNUASS

Pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate anul 2009 a fost unul de cumpănă. Veniturile erau în scădere, ca urmare a diminuării cotei de contribuție la 10,7% și crizei economice, iar nevoile de cheltuieli în creștere, ca rezultat al eliminării plafoanelor de cheltuieli cu medicamentele compensate și suplimentării listei acestora. Lipsa resurselor a determinat acumularea galopantă a datoriilor și imposibilitatea respectării termenelor de plată. Anul financiar s-a terminat cu un consum total de servicii și medicamente mai mare cu 2,5 miliarde lei decât plățile efectuate, cu perioade de decontare a „compensatelor" extinse la șase luni, respectiv 3 luni pentru lista C2, și cu datorii de 3 miliarde lei[30]. Restanțele de plată din anul 2009 au perturbat echilibrul financiar al FNUASS și în următorii doi ani bugetari, 2010 și 2011.

Dezechilibrele produse în anul 2009 afectează și în prezent situația financiară a FNUASS. Consumul medicamentelor în ambulatoriu pare să se fi stabilizat sub 6 miliarde lei anual, însă datoriile totale sunt în creștere, stocul ajungând la aproximativ 6 miliarde lei în anul

[30] Dacă nu ar fi fost extinse perioadele de decontare o mare parte a datoriilor ar fi fost plăți restante.

2011, dublu față de anul 2009[31]. Datoriile către furnizorii de medicamente reprezintă 85% din total, rezultat al perioadelor lungi de decontare.

Datorită resurselor mai mari alocate în anul 2011 cheltuielilor cu medicamentele compensate, plățile restante ale FNUASS se află pe un curs descendent, iar arieratele au fost reduse spre zero la 31 decembrie[32]. Este probabil ca aceste tendințe să se mențină și în anul 2012, dacă veniturile generate de taxa clawback sunt utilizate în achitarea plăților restante rămase - circa 1,24 miliarde lei, reflectându-se în final și asupra stocului datoriilor.

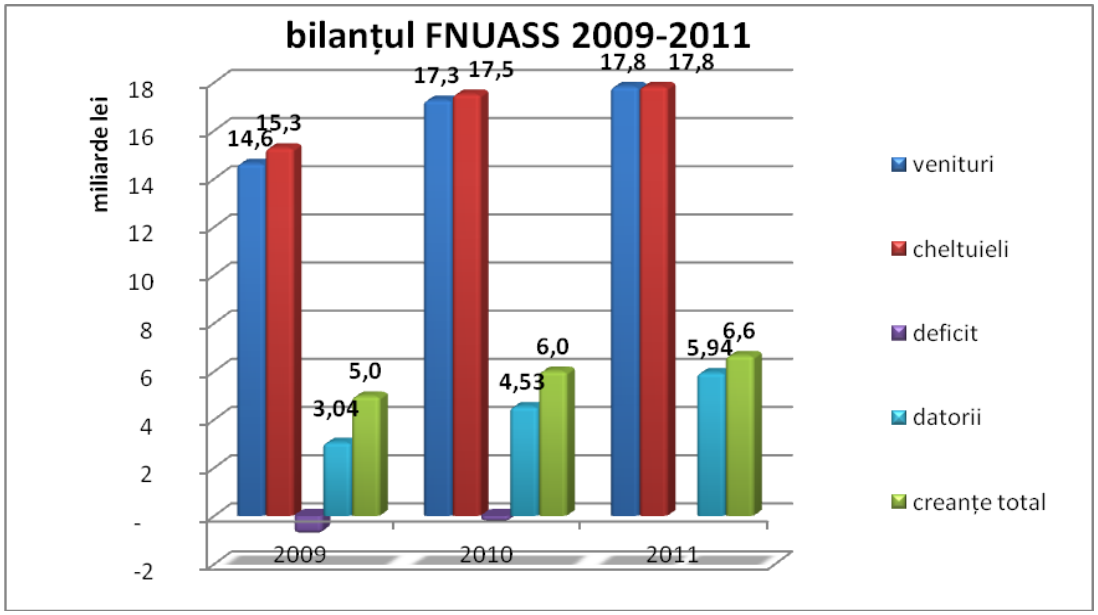


Fig 8. Rezultatul bugetar și contabil al FNUASS în perioada 2009 - 2011

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

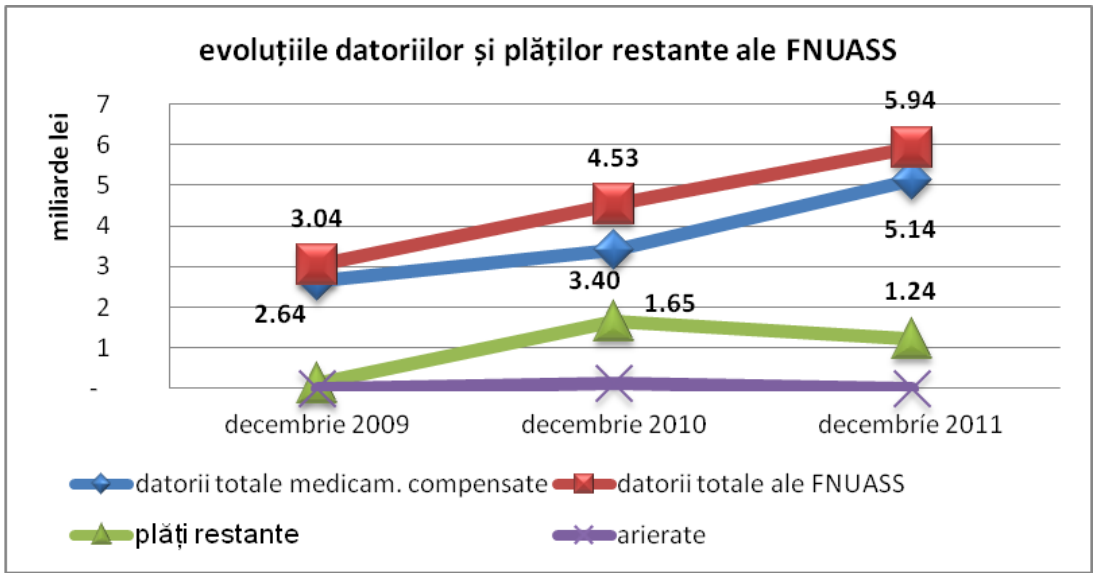


Fig 9. Evoluțiile datoriilor și plăților restante ale FNUASS către furnizori

Sursa: CNAS, MIND Research & Rating

[31] În trimestrul IV al anului 2011 au fost înregistrate facturi emise în anul 2010, dar neacceptate de CNAS la vremea respectivă, în valoare de circa 500 de milioane lei. Aceasta a determinat creșterea suplimentară a stocului de datorii al FNUASS.

[32] Arieratele sunt plăți restante mai vechi de 90 de zile de la expirarea termenului de plată.

3. ANALIZA COMPARATIVĂ ROMÂNIA - UNIUNEA EUROPEANĂ

3.1 Caracteristicile sistemelor de sănătate din Europa[33]

În majoritatea statelor Uniunii Europene, principala sursă de finanţare a sistemului de sănătate sunt contribuțiile de asigurări sociale de sănătate. Pe locul secund în sursele de finanţare se situează plățile directe. Ponderea acestor surse în totalul finanţării sistemului de sănătate este de regulă mai mare în ţările recent intrate în UE faţă de membrii mai vechi. Rolul asigurărilor voluntare de sănătate este modest în cele mai multe țări. Explicaţia se datorează gamei largi de acoperire pe care o oferă fondurile de asigurări de sănătate cu contribuţie obligatorie. În aceste cazuri, asigurările voluntare de sănătate sunt utilizate pentru (i) acoperirea asigurărilor de sănătate în călătoriile în afara ţării, (ii) de către nerezidenţii care lucrează în ţara respectivă dar nu sunt acoperiţi prin asigurarea obligatorie de sănătate, (iii) de persoanele care doresc o protecţie sporită[34] etc. În ţările unde asigurarea obligatorie de sănătate nu oferă o plajă largă de acoperire (ex: în Franţa pentru costurile cu tratamentul stomatologic sau oftalmologic) sau acolo unde nivelul co-plăţii este important pentru majoritatea populaţiei (ex: Slovenia), rolul asigurărilor private de sănătate este mai mare. În cel din urmă exemplu, prima plătită pentru asemenea asigurări este relativ redusă pentru a permite populaţiei să aibă acces la o asemenea formă de protecţie.

Numeroasele reforme ale sistemelor de sănătate care au avut loc în ultimele decenii în țările europene au produs modificări și la nivelul sferei de acoperire a persoanelor asigurate. De exemplu, în Franța, gradul de acoperire a fost extins treptat. Inițial doar salariații beneficiau de un asemenea avantaj care a fost extins ulterior la studenți, militari de carieră, fermieri și persoane cu liberă practică. Pentru cei care nu obțin nici o sursă de venit sau un venit foarte mic s-a introdus în 1978 posibilitatea de a intra voluntar în acoperirea medicală, prin plata unei prime sub forma unei sume fixe. Începând cu anul 2000, asigurarea pentru servicii de sănătate de bază s-a extins și la persoanele cele mai sărace (cei cu venituri anuale sub 9020 EUR fiind scutiți de plata vreunei contribuții). În consecință, în prezent, aproape toată populația Franței beneficiază de acoperirea de sănătate. Aceeași situație se înregistrează în Slovacia, Slovenia sau Cehia unde toate persoanele rezidente sunt practic îndreptățite să aibă acces la asigurarea de sănătate. În Italia, reforma din anul 1978 a schimbat principiul solidarității în cadrul categoriilor profesionale cu principiul solidarității inter-generații, ceea ce a constituit baza introducerii acoperirii universale și gratuite a asigurării de sănătate. În Olanda, asigurarea de sănătate de bază este obligatorie pentru toți cetățenii (iar pachetul de bază este definit de către guvern). Copiii sub 18 ani sunt asigurați gratuit, dar trebuie să fie incluși în polița de asigurare a unuia dintre părinți; prima de asigurare pentru copii fiind achitată de guvern. Asigurarea de sănătate pentru nevoi cronice care presupune îngrijiri continue (ex: dizabilități fizice congenitale sau mentale) este de asemenea obligatorie pentru toți cetățenii.

Aria de acoperire a serviciilor oferite de asigurarea obligatorie de sănătate este definită în liste speciale care diferă de la țară la țară. Diferențele apar în special în cazul anumitor servicii stomatologice, de chirurgie (ex: plastică), medicină neconvențională, tipuri de medicamente (ex: în Cehia medicamentele OTC sunt oferite gratuit dacă sunt prescrise de un doctor) etc. Ca o imagine de ansamblu, sfera de acoperire este destul de largă în toate țările analizate. Listele care definesc sfera de acoperire conțin procedurile de specialitate în ambulatoriu sau în spital oferite gratuit, medicamentele compensate și materialele și dispozitivele medicale care nu trebuie plătite. În unele țări (ex: Italia) se publică și o listă negativă care conține servicii medicale excluse din aria națională de acoperire pentru că s-au dovedit ineficiente din punct de vedere clinic sau care nu sunt considerate o necesitate.

Regimul entităților care asigură serviciile de sănătate este destul de divers. În Olanda, asigurătorii care oferă pachetul de bază sunt privați și pot concura în ceea ce privește

[33] Informațiile din această secțiune sunt preluate din rapoartele de țară publicate de Observatorul European al Sistemelor de Sănătate, sub egida „Sisteme de sănătate în tranziție".

[34] Aceste persoane sunt de regulă cu venituri mari şi cu o educaţie peste medie.

calitatea și prețul serviciilor, iar asigurații pot schimba anual asigurătorii. Această ultimă caracteristică este prezentă și în alte țări (ex: Cehia, Slovacia, Slovenia etc.). În Cehia, fondurilor de asigurare de sănătate nu le este permisă selectarea pacienților în funcție de riscul asigurat, toți solicitanții trebuind să fie acceptați.

Mecanismul de colectare a resurselor pentru sistemul public de sănătate diferă de la o țară la alta, dar se pot identifica două tipuri principale. Primul caracterizează numeroase țări din Europa centrală și de est, unde principala contribuție la sistemul obligatoriu de asigurare de sănătate se calculează ca procent din venitul contribuabililor și se plătește atât de către angajat, cât și de angajator. De regulă, angajatorul plătește o contribuție mai mare decât salariatul. De exemplu, în Cehia contribuția este de 13,5% din salariul brut, din care 4,5% plătit de salariat, iar 9,0% de către angajator. Există un plafon anual al contribuției stabilit la 48 de salarii medii lunare. Persoanele fizice autorizate (PFA) plătesc tot 13,5%, dar plafonat la 50% din profitul obținut. Pentru anumite grupuri inactive economic (studenți, copii, pensionari, șomeri, persoane în concediu maternal etc.) Ministerul de Finanțe plătește o contribuție lunară egală cu o pătrime din 13,5% din salariul mediu lunar. În Slovacia, salariatul plătește 4% din salariul brut, în timp ce angajatorul contribuie cu 10%; aceste condiții asigură o rată de colectare foarte înaltă (circa 95%); PFA plătesc 14%, conducând la o rată de colectare înaltă (circa 92%). În Slovenia contribuția salariaților este de 6,36%, în timp ce cea a angajatorului este de 6,56% (la care se adaugă 0,53% pentru acoperirea accidentelor de muncă); șomerii contribuie cu 12,92% din indemnizația de șomaj și este plătită de Institutul Național pentru Ocuparea Forței de Muncă; pensionarii achită 5,96% din pensia brută, iar PFA 13,45%. În Bulgaria contribuția este de 16% din salariu, împărțită în mod egal între angajator și salariat.

În țările Europei occidentale, reformele sistemului de finanțare a sănătății care au avut loc în ultimele două decenii au condus la înlocuirea mecanismului bazat pe contribuții procentuale din venit (mecanism implementat de către țările din Europa centrală și de est în special în anii '90) cu soluții eclectice având diverse obiective. De exemplu, în Franța, în scopul lărgirii sferei de cuprindere a bazei de finanțare a sănătății și pentru a reduce dependența acestor venituri de fluctuațiile salariale și de cele aferente gradului de ocupare, s-a implementat o contribuție socială generală bazată pe veniturile totale și nu doar pe cele salariale. Astfel, angajatorul plătește în continuare 13,1% din salariu, în timp ce contribuția salariatului a scăzut de la 6,8% la 0,85% din veniturile brute în anul 2010. Pe de altă parte, au apărut și alte contribuții: 8,2% din câștigurile de capital, 9,5% din cele din jocuri de noroc, 6,6% din pensie și 6,2% din beneficiile sociale. Mai mult, industria farmaceutică contribuie cu 1% din cifra de afaceri, o taxă pe reclamă, o taxă pe vânzarea de medicamente și o taxă suplimentară dacă cifra de afaceri depășește un anumit prag. Mai există și o taxă pe activitatea companiilor poluatoare și o taxă de 0,03% pe profit plătită de toate companiile care înregistrează o cifră de afaceri mai mare de 760.000 euro.

În Olanda, mecanismul de colectare este diferențiat pe cele două componente: asigurarea de sănătate de bază și cea pentru cheltuieli medicale excepționale[35]. În primul caz, prima anuală de asigurare este stabilită de către asigurători fiind în funcție de riscul care trebuie acoperit. În medie această sumă a fost de 1100 euro (în anul 2008), reprezentând circa 6% din venitul mediu. Pentru asigurarea privind cheltuielile medicale excepționale se percepe o contribuție de 12,15% din salariu, dar plafonat la o valoare anuală de 3838 euro (cifră aferentă anului 2008).

În Italia se percepe un impozit regional aplicată valorii adăugate produse de companii (4,25%) și pe salariile angajaților din sectorul public (8,5%). În situația în care bugetele regionale de asigurări de sănătate înregistrează deficite, este permisă majorarea cu 1 punct procentual a valorilor menționate. Finanțarea sănătății se mai realizează și printr-o taxă regională care se adaugă la impozitul pe venit al persoanelor fizice, prin impozite pe autovehicule și alte impozite și prin accize la produsele petroliere (0,13 euro/litru), regiunile putând să majoreze suma cu încă 0,026 euro/litru.

Mecanismele de alocare a resurselor în sistemele de sănătate au suferit dese modificări, numeroase reforme fiind implementate în ultimele decenii cu scopul eficientizării alocării resurselor către sănătate. Pot fi însă identificate câteva tipare care sunt vizibile în mai

[35] Cheltuielile medicale excepționale se referă la îngrijire medicală de lungă durată, depășind 12 luni, la boli psihice și la îngrijiri de natura serviciilor sociale.

multe țări europene. Pentru finanțarea medicinii primare, soluțiile cele mai uzitate sunt plata prin sistemul capitației în funcție de numărul de pacienți de pe listele medicului (ex: Bulgaria sau Italia) și o combinație între sistemul capitației și cel bazat pe tarife pe serviciile medicale prestate (ex: Slovenia, Olanda sau Slovacia). Sistemul prin capitație s-a dovedit benefic pentru companiile de asigurări de sănătate pentru că își pot controla costurile (știind în avans cât va fi efortul de plată), dar nu motivează doctorii generaliști să efectueze proceduri medicale mai costisitoare. În unele țări, sistemul de capitație este integrat unui cadru de funcționare care să mai diminueze din efectele menționate. Astfel, în Italia, nivelul de plată, numărul maxim de pacienți, responsabilitățile și obligațiile medicilor generaliști sunt stipulate într-un contract colectiv semnat la fiecare 3 ani (de exemplu, contractul semnat în anul 2009 prevede o plată fixă pentru fiecare asigurat în sumă de 40,05 euro, iar adițional poate fi și o plată variabilă în funcție de numărul de pacienți și vechimea medicului în branșă).

Finanțarea sistemului de sănătate de specialitate în ambulatoriu este în cele mai multe cazuri pe baza tarifului pe serviciu medical prestat (de ex: Slovenia, Slovacia, Bulgaria, Olanda etc.). În Slovacia, fiecare procedură medicală are atașat un număr de puncte, iar societatea de asigurare negociază tariful pentru 1 punct cu furnizorii de servicii medicale (cele mai multe companii de asigurare de sănătate negociază un volum maxim de puncte care sunt plătite, pentru a evita o eventuală risipă în actul medical). În Olanda, Ministerul Sănătății și Asociația Medicilor Specialiști au stabilit un tarif uniform în cadrul unui anumit interval. În interiorul acestui interval, spitalele și medicii specialiști pot negocia. Acest tarif era de 132,5 euro ± 6 euro (începând cu anul 2007). În Franța, tarifele sunt agreate la nivel național. În Italia, începând cu anul 1999, finanțarea a fost schimbată de la criteriul tarifului pe serviciu medical la criteriul cazuisticii.

Efectul reformelor privind finanțarea sănătății s-a resimțit cel mai puternic la nivelul finanțării spitalelor. În prezent, cea mai uzitată soluție implementată pare a fi cea bazată pe cazuistică, dar și aceasta deja a dovedit a avea anumite neajunsuri care cel mai probabil vor reclama noi reforme în viitor. În Slovacia, înainte de anul 2000, serviciile de spitalizare erau remunerate în funcție de numărul prospectiv de zile-pat contractate. Ulterior a fost implementat modelul plății pe cazuistică, ceea ce a încurajat spitalele să reducă perioada de spitalizare a pacienților, pentru că prețul plătit pe caz a rămas neschimbat, indiferent de perioada spitalizării. Nefăcându-se distincție între gravitatea cazuisticii la același tip de intervenție, s-a promovat indirect spitalizarea cazurilor mai puțin grave, externalizarea pe hârtie a cazurilor mai complicate și reinternarea lor. În anul 2003 s-a introdus un nou model care determină întreaga procedură de îngrijire pentru un pacient, ceea ce solicită eforturi administrative și operaționale mai mari, dar rezolvă problemele anterioare. Costurile pentru fiecare procedură au fost preluate dintr-un model australian asemănător[36].

În Olanda, în anul 2005, s-a implementat sistemul bazat pe combinații diagnostic-tratament care obligă spitalele să ofere un cost total cu fiecare tratament. Ministerul Sănătății, alături de spitale, medici specialiști și asigurători, a stabilit opțiunile de tratament și costurile asociate fiecărui diagnostic. Aceste costuri includ atât cheltuielile cu tratamentul de specialitate și utilizarea echipamentului medical, cât și costurile indirecte cu educația, cercetarea și tratamentul de urgență. Acest sistem a fost considerat mai apropiat de nevoile de servicii medicale ale pacienților, dar aplicarea în practică a fost dezamăgitoare și este în elaborare o reformă a acestui mecanism. În ceea ce privește tratamentul pe termen lung, mecanismul de finanțare s-a modificat în anul 2009 de la criteriul numărului de paturi disponibile pentru pacienți la criteriul bazat pe intensitatea și complexitatea tratamentului oferit.

În Bulgaria, spitalele primesc finanțarea în special după criteriul cazuisticii. Rata medie pe caz a fost stabilită la echivalent 189 euro în 2003 și s-a determinat pe baza costului cu activitățile medicale, serviciile auxiliare oferite și până la 2 examinări în ambulatoriu oferite după externare.

În Franța, până în anul 2004, spitalele de stat și cele private cu caracter non-profit erau finanțate după criteriul bugetelor globale, iar cele private orientate către profit pe baza

[36] Ca și în cazul României.

unei rate zilnice acoperind spitalizarea și un tarif pe serviciul medical. În prezent, finanțarea are loc după criteriul cazuisticii, fiecare pacient fiind încadrat într-una din cele 2200 de grupe.

Un ultim exemplu este cel italian unde, până în anul 1978, spitalele erau finanțate după criteriul zilei-pat de spitalizare, ceea ce a condus la creșterea numărului de paturi și a perioadei de spitalizare, fără contrapondere pe eficiența actului medical. Ulterior, sistemul de finanțare a fost înlocuit cu unul bazat pe un buget fix, iar prin reforma din anul 1978, spitalele au fost trecute în responsabilitatea financiară a autorităților locale. Începând cu anul 1995, întreaga finanțare a spitalelor are loc după criteriul cazuisticii (cu unele excepții: medicina de urgență, schemele de prevenție, activitatea de transplant și gestiunea bolilor cronice). Evaluări recente ale mecanismului de finanțare bazat pe cazuistică în Italia au arătat că sistemul: (i) nu a condus la creșterea competiției, ci la o atenție mai mare în planificarea și gestiunea bugetelor, (ii) a promovat o tendință spre specializare a spitalelor private și (iii) a dezvoltat tehnologia informației pentru managementul înregistrărilor corespunzătoare activității spitalicești.

3.2 Indicatori financiari ai sistemelor de sănătate din Europa

Nivelul cheltuielilor de sănătate dintr-o economie reprezintă o trăsătură determinantă pentru nivelul de dezvoltare al acesteia. Țările cu economii avansate alocă resurse importante pentru finanțarea sectorului de sănătate, ca premiză pentru o dezvoltare sustenabilă pe termen lung.

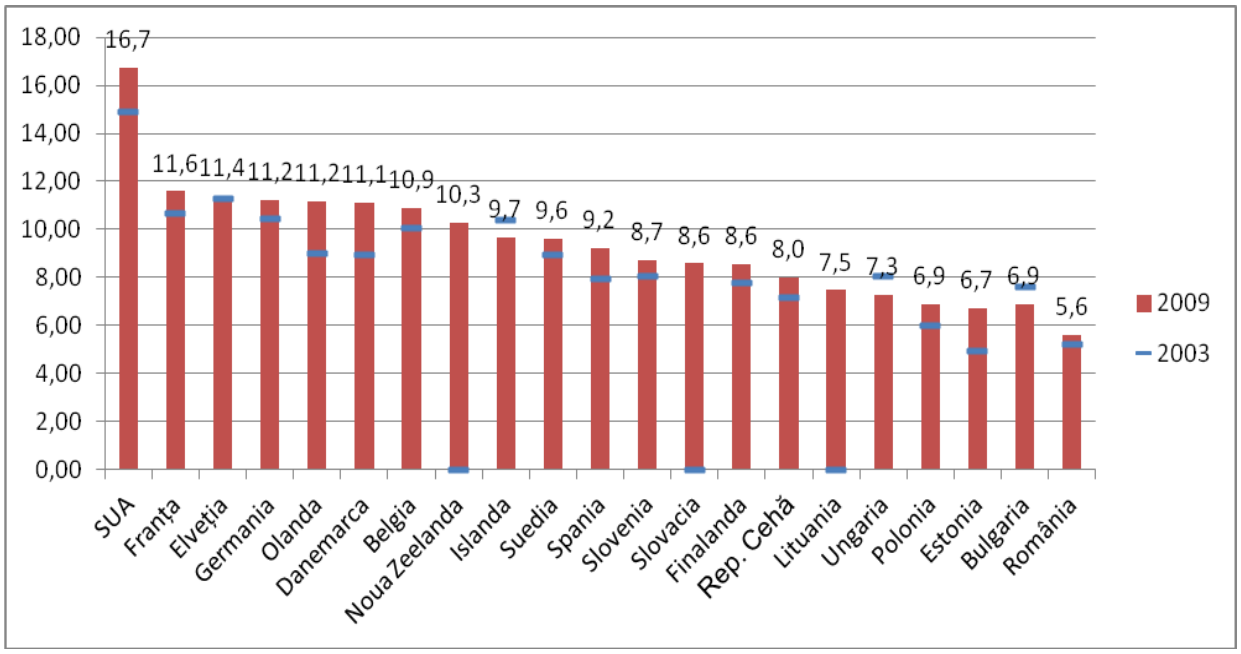


Fig 10. Cheltuiala cu sănătatea (% din PIB) – comparație internațională

Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

Ponderea cheltuielilor cu sănătatea în PIB a crescut continuu în ultimele decenii în Uniunea Europeană. Media s-a majorat de la 6,4% la 9,9% în intervalul 1980-2009. Creşterea, deşi a fost consistentă în toate ţările, a majorat uşor decalajul între grupul ţărilor nou intrate în UE (în anul 2004 sau 2007) şi grupul membrilor mai vechi. Astfel, în primul caz, ponderea cheltuielilor cu sănătatea în PIB s-a majorat de la 4,6% la 6,9% în intervalul 1990-2009, în timp ce în cel de-al doilea caz creşterea a fost de la 7,5% la 10,6%, în acelaşi interval.

În țările emergente din Europa, în general, și în România, în special, nivelul total al cheltuielilor cu sănătatea, ca procent din produsul intern brut (PIB) se situează la un nivel mult sub media europeană (Figura 10), conform statisticilor centralizate de Eurostat. România se situează la acest capitol pe ultimul loc, cu un nivel de 5,6% din produsul intern

brut (PIB) alocat pentru sănătate (2009)[37]. În perioada 2003-2009 creșterea cheltuielilor totale cu sănătatea în România a fost una marginală, de la 5,2% la 5,6%.

Finanțarea cheltuielilor de sănătatea este realizată în principal de sectorul public și suplimentar de sectorul privat[38]. Și în România, finanțarea cheltuielilor cu sănătatea este realizată într-o proporție covârșitoare de sectorul public (79% în 2009). La nivelul celorlalte țări din Uniunea Europeană, participarea sectorului privat se situează la un nivel ceva mai ridicat, respectiv 27%[39]. În acest context, creșterea finanțării cheltuielilor de sănătate din resurse private apare ca o normalitate și o soluție viabilă pentru rezolvarea (parțială) a problemelor structurale existente.

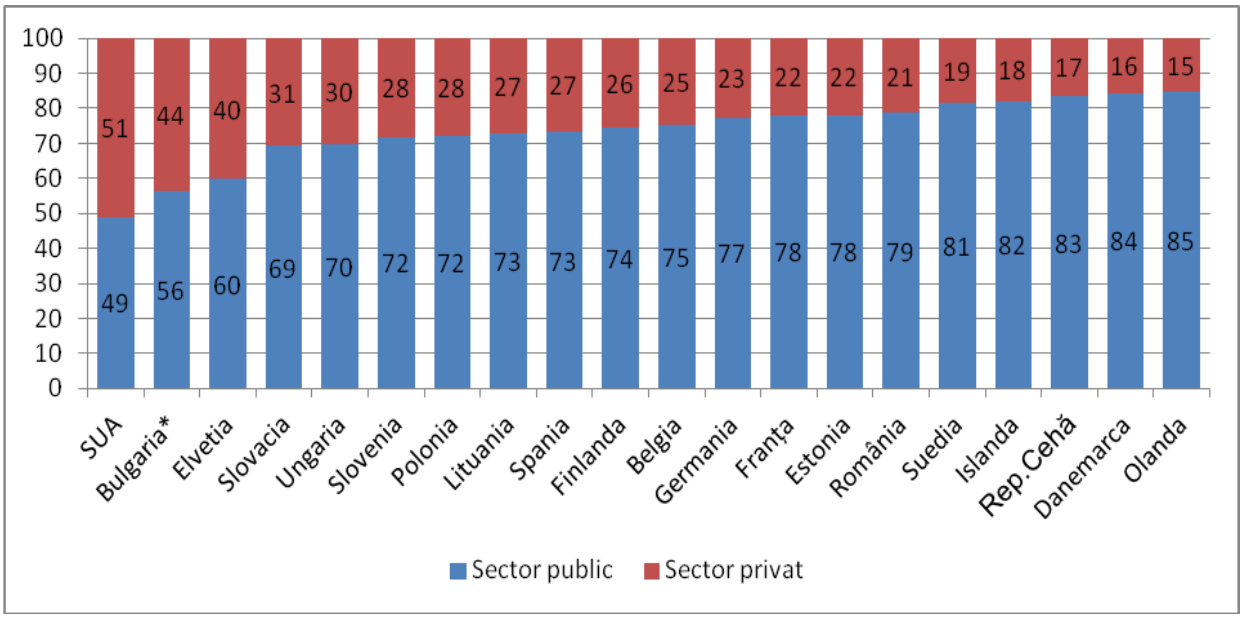


Fig 11: Structura cheltuielii cu sănătatea în funcție de sursa finanțării – comparații internaționale (2009)

**Bulgaria 2008; Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating*

În majoritatea țărilor din Europa, principala sursă de finanțare a cheltuielilor publice cu sănătatea sunt asigurările sociale de sănătate (Figura 12). În țările nordice și în Spania sectorul sănătate este finanțat mai mult din taxe și impozite de la bugetul de local. În România, finanțarea sectorului public de sănătate se înscrie în tiparul european, însă datorită deficitului structural dintre veniturile sistemului asigurărilor sociale de sănătate și cheltuielile publice cu sănătatea sunt necesare transferuri de la bugetul de stat într-o proporție mai ridicată decât în alte țări europene.

După cum am arătat deja în subcapitolul 3.1, din punct de vedere al cotelor de asigurări sociale de sănătate, România se situează printre țările cu cele mai reduse niveluri de impozitare din Europa. 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 Romania intre 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 scăzut în comparație cu celelalte țări din Uniunea

[37] Valorarea include și creditele de angajament aprobate FNUASS, dar nedublate de credite bugetare, respectiv valoarea consumului realizat, dar neachitat.

[38] Serviciile finanțate de sectorul privat au, în general, un caracter voluntar și nu sunt legate întotdeauna direct de asigurarea sănătății populației (chirurgie plastică, stomatologie, optică medicală etc.)

[39] În statele cu pondere ridicată a sectorului public, valorile reduse ale sectorului privat în finanțarea sistemului de sănătate se explica prin gradul ridicat de dezvoltare al sectorului public de sănătate (vezi Studiu de Caz Olanda).

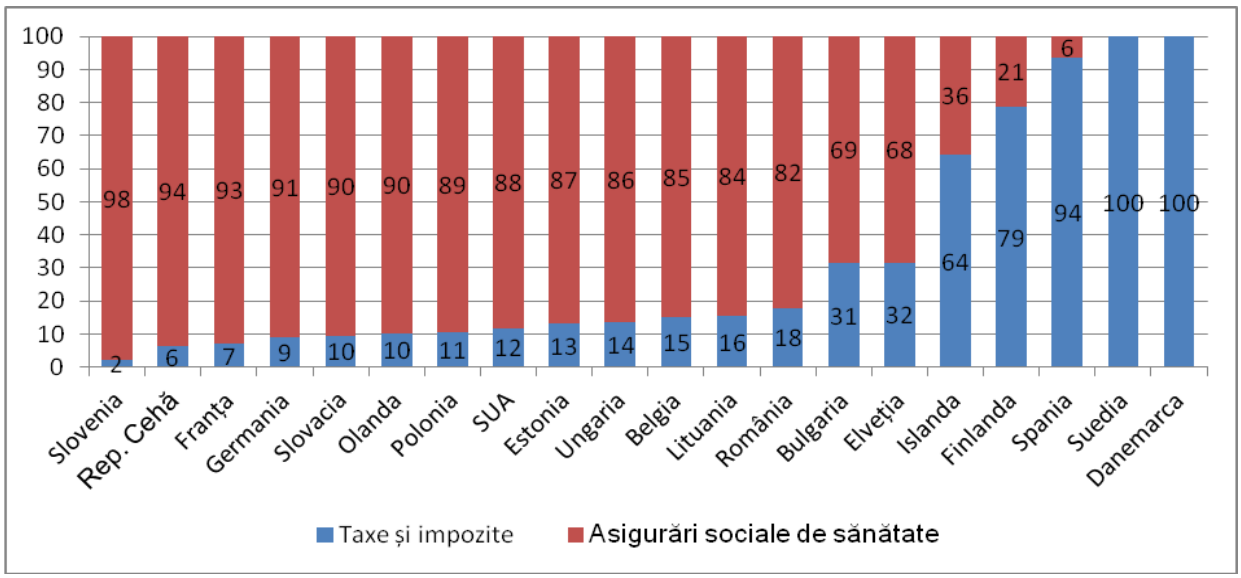


Fig 12 Cheltuieli publice cu sănătatea după sursa de finanțare (2009)

**Bulgaria 2008; Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating*

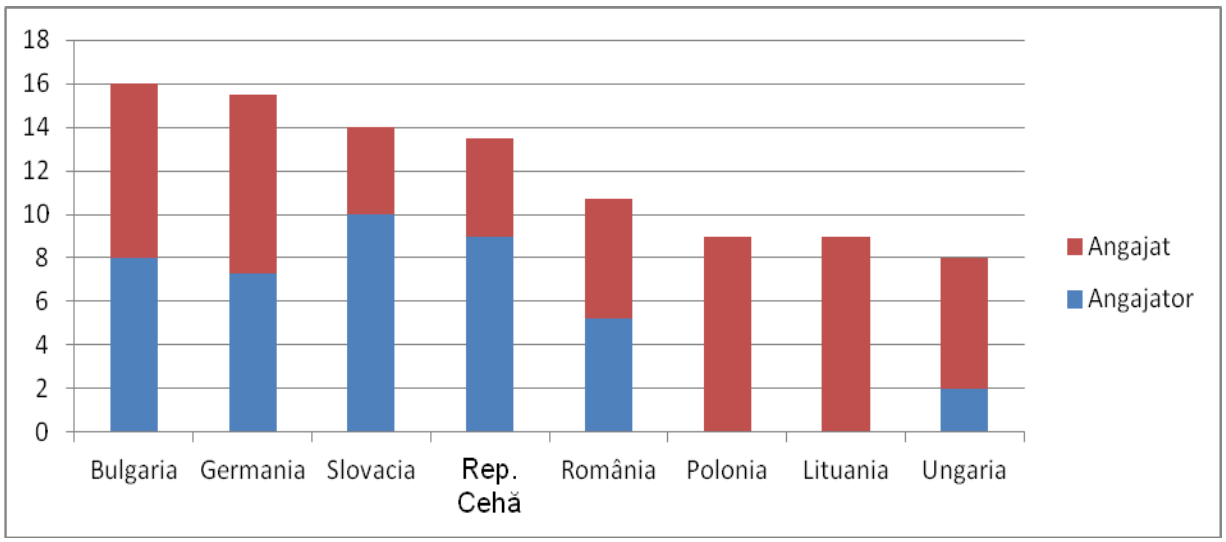


Fig 13: Cotele de impozitare aferente asigurărilor sociale de sănătate

Date indisponibile pentru cotele aferente angajatorului în Polonia și Lituania, Sursa: Comisia Europeană, MIND Research & Rating

Europeană (figura 14). Cheltuielile publice cu sănătatea în România reprezentau aproape 11% din total cheltuieli publice (2009), plasându-se pe ultimele locuri într-un clasament al țărilor din Uniunea Europeană, înaintea Bulgariei și Ungariei (în cazul Bulgariei, finanțarea cheltuielilor de sănătate se face într-o proporție mult mai ridicată de către sectorul privat, în timp ce în Ungaria ponderea cheltuielilor și a veniturilor publice în PIB este mult mai ridicată).

Așa cum s-a arătat și mai sus, finanțarea sectorului de sănătate din resurse ale sectorului privat reprezintă o pondere relativ redusă în total finanțare în majoritatea țărilor europene. Dacă analizăm structura surselor private de finanțare, putem observa că plățile directe dețin o proporție covârșitoare(figura 15). Motivele principale ale promovării plăților directe ca sursă importantă de finanţare a cheltuielilor cu sănătatea au fost: (i) reducerea riscului ca populaţia să "abuzeze" de servicii medicale care nu sunt neapărat necesare (ex: Olanda, Bulgaria) şi (ii) nesustenabilitatea financiară a sistemelor de sănătate în lipsa resurselor de tip plăți directe (ex: Italia).

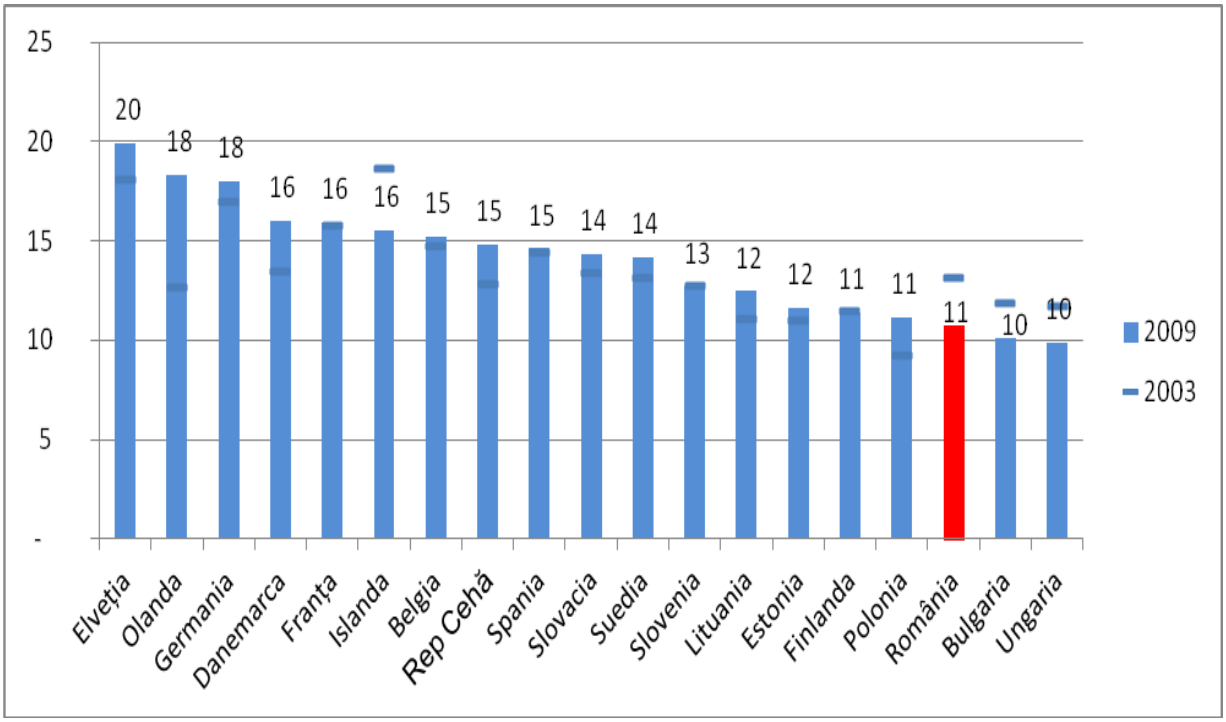


Fig 14. Cheltuieli publice cu sănătatea în total cheltuieli publice (%)

Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

În România, serviciilor de asistență medicală primară li se alocă resurse semnificativ sub media europeană (figura 16). Astfel, cheltuielile cu asistența medică ambulatorie reprezintă doar 13,9% din total cheltuieli cu sănătatea comparativ cu media europeană care se situează la 26% (2009). În același timp cheltuielile cu serviciile furnizate de spitale dețin o pondere mai ridicată în România (41,5% vs. 37% media europeană). Asistența medicală ambulatorie ar trebui să reprezinte un prim filtru și poarta pentru intrarea în sistemul de sănătate a pacienților.

Deşi ponderea cheltuielilor cu medicamentele în total cheltuieli de sănătate în România depășește media de 20% din Uniunea Europeană, înregistrăm procente comparabile cu celelalte state central și est-europene (Ungaria, Slovacia, Lituania, Estonia, Polonia). Dacă analizăm însă din punct de vedere al consumului per capita (figura 17), exprimat în euro la paritatea puterii de cumpărare, România înregistrează cea mai mică valoare de la nivelul întregii Uniuni Europene, cu două treimi mai mică decât în Polonia, Lituania sau Estonia (respectiv 156 euro față de 235 - 255 de euro PPS în anul 2009).

Comparaţiile cu ţările europene evidenţiază și faptul că industria farmaceutică din România se confruntă cu termene medii de colectare semnificativ mai lungi faţă de alte ţări (figura 18). Termenele oficiale de plată pentru medicamentele compensate eliberate prin farmacii cu circuit deschis sunt de până la 180 zile, dar, în realitate, au depăşit 300 zile pe parcursul anului 2011[40].

Ponderea cheltuielilor farmaceutice în coşul de consum populaţiei este determinată în principal de nivelul de acoperire a cheltuielilor de sănătate de către stat, prin intermediul sistemelor naţionale de asigurări de sănătate, dar este influenţat şi de alţi factori, precum nivelul general de dezvoltare a economiei sau starea de sănătate a populaţiei. Un nivel mai mare de acoperire de către stat ar trebui să fie asociat, caeteris paribus, cu o pondere mai mică a produselor farmaceutice în cheltuielile gospodăriilor. În România, însă, ponderea cheltuielilor gospodăriilor cu produsele farmaceutice în coşul IAPC [41] este de două ori cât

[40] În alte state europene, de exemplu Spania și Grecia, există întârzieri majore la plata medicamentelor achiziționate de spitale.

[41] Indicele armonizat al preţurilor de consum (IAPC) este metoda de măsurare a inflaţiei utilizată de BCE. Produsele farmaceutice au o pondere de 2,5% în coșul mediu de consum al populației din România (2010).

media europeană, în timp ce contribuţia statului în totalul cheltuielilor de sănătate este una dintre cele mai ridicate (figura 19). Acest rezultat se explică prin diferenţa dintre cererea pentru servicii de sănătate şi de disponibilitatea resurselor publice care să le finanţeze. Astfel, populaţia trebuie să cheltuiască mai mult din buzunarele proprii pentru a-şi acoperi nevoile de sănătate, având în vedere subfinanţarea constantă şi ineficienţa sistemului public de sănătate din ultimii 20 de ani.

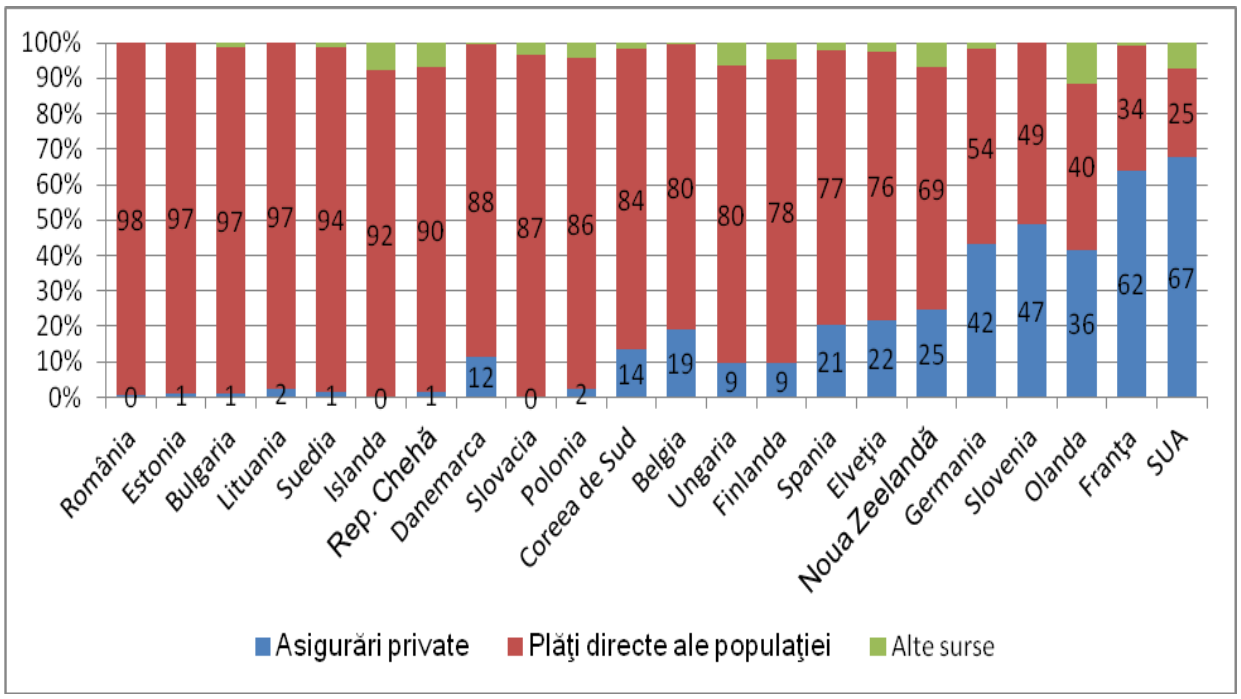


Fig 15. Structura cheltuielilor de sănătate finanțate de sectorul privat

Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

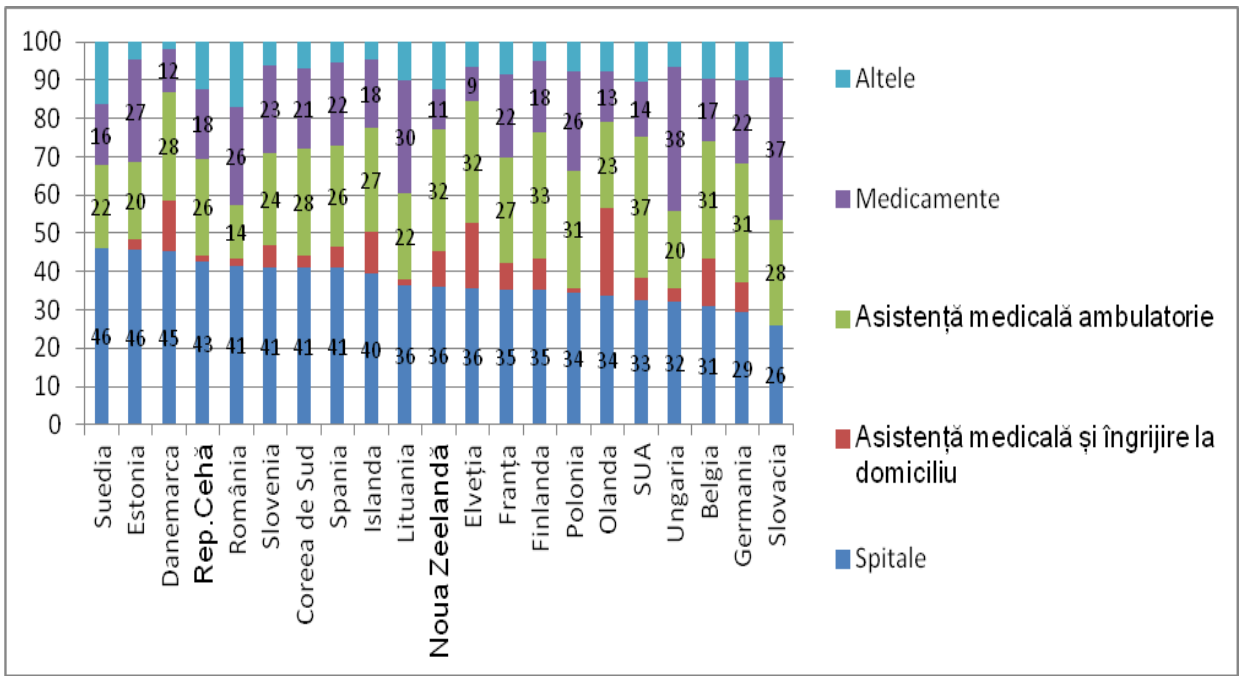


Fig 16. Structura cheltuielii totale cu sănătatea în funcție de furnizorii de bunuri și servicii (2009)

Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

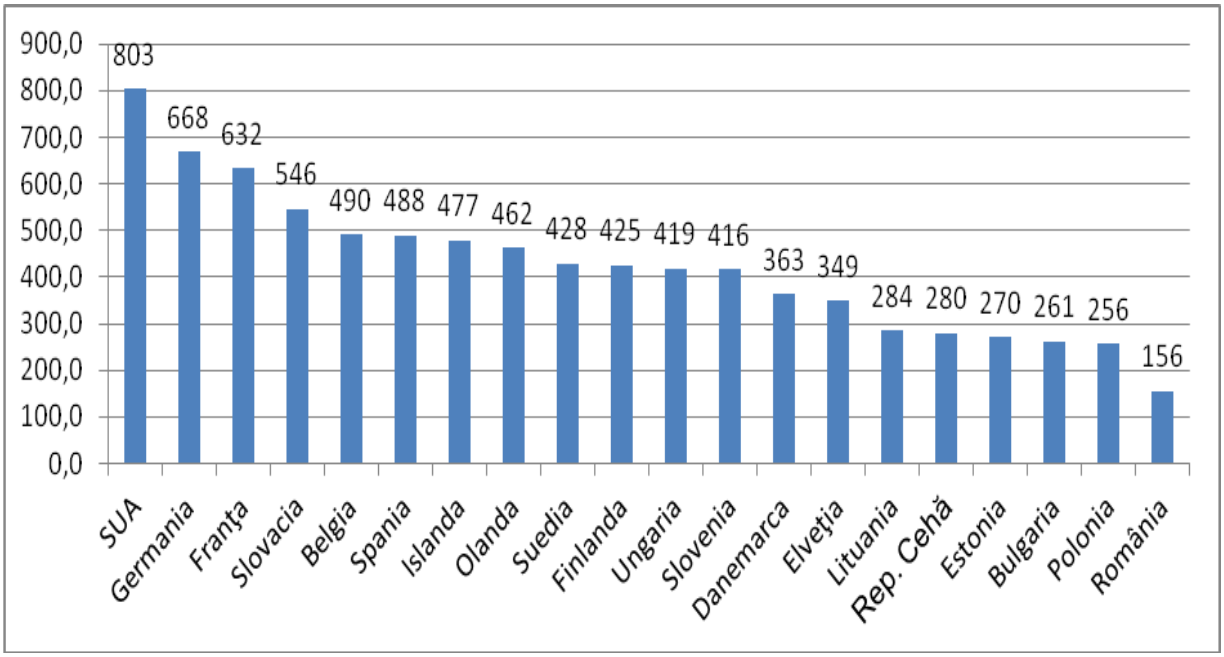


Fig 17: Consumul de medicamente, PPS per capita (2009)

Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

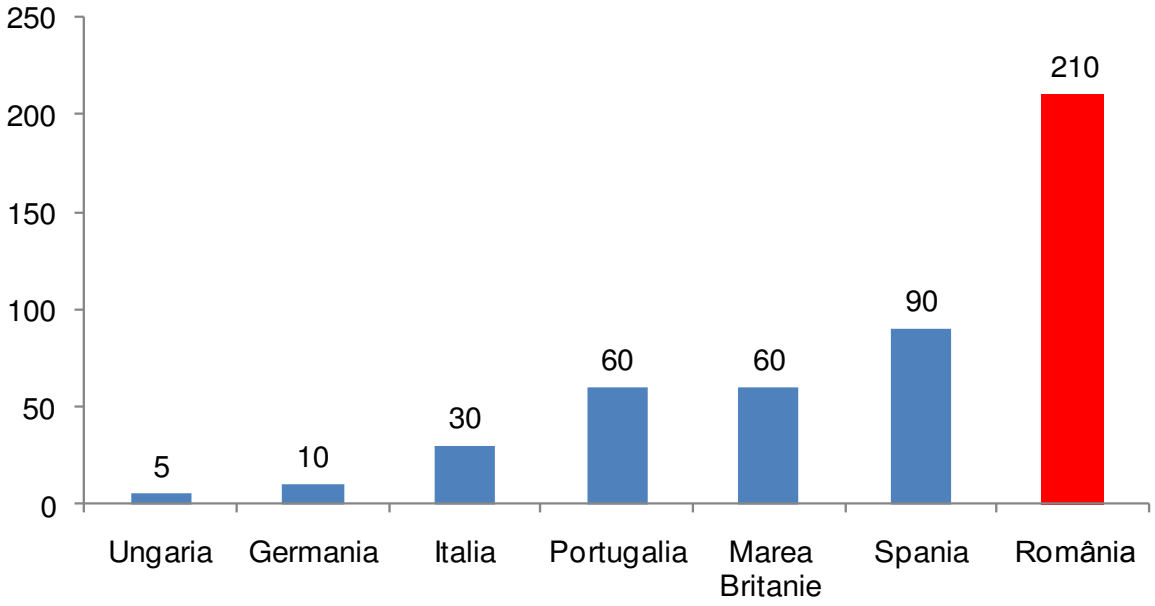


Fig 18. Media termenelor de colectare a creanţelor în industria farmaceutică în ţările selectate, 2010 (număr de zile), aferente medicamentelor RX

Sursa: CNAS, Asociaţia Naţională a Farmaciştilor

În România, medicamentele inovative reprezintă peste 70% din valoarea totală a vânzărilor şi doar 25% din volumul de medicamente vândute. Pe de altă parte, medicamentele generice reprezintă 30% din piaţa totală în termeni de valoare şi 75% în termeni de volum. S-a susţinut de mai multe ori în spaţiul public că în România medicamentele generice au o rata de penetrare scăzută, ceea ce determină ca finanţarea sectorului de asistenţă medicală sa fie nesustenabilă. Cu toate acestea, comparaţiile între ţările din Europa cu privire la cota de piaţă a medicamentelor generice sugerează că, de fapt, România are a cincea cea mai mare cotă de piaţă a medicamentelor generice, după

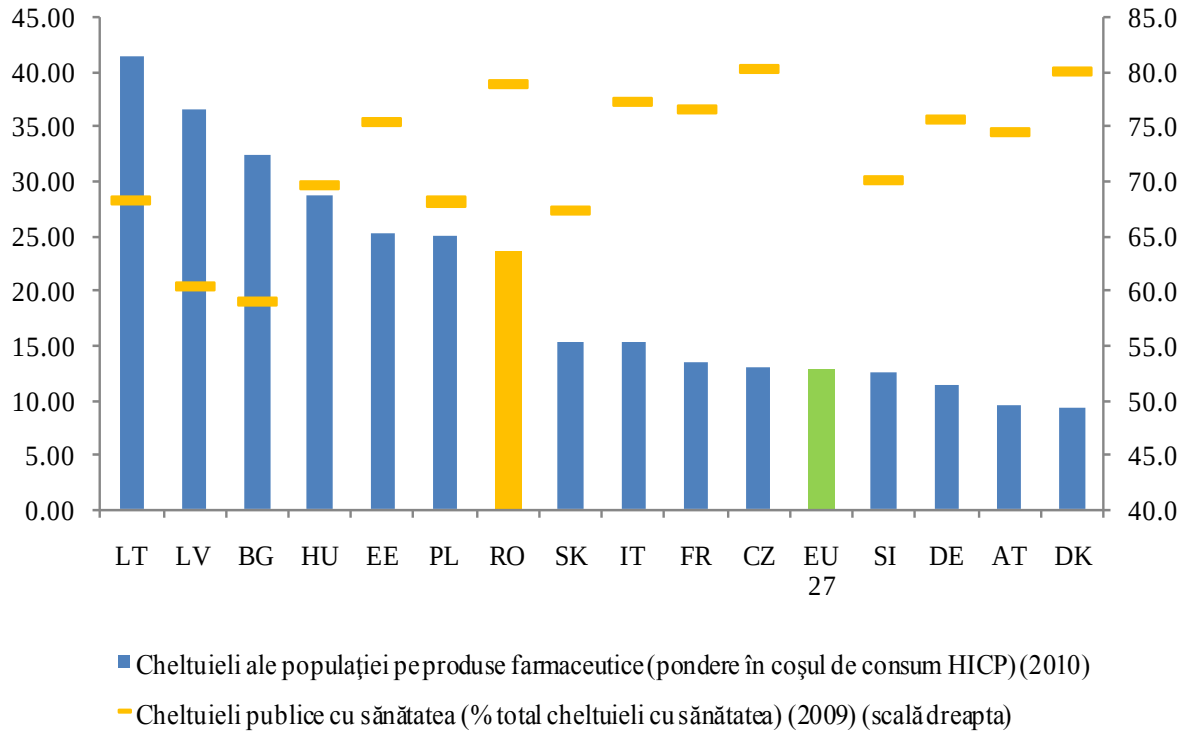


Fig 19. Cheltuielile populaţiei cu produse farmaceutice vs. acoperirea cheltuielilor cu sănătatea de către stat

Sursa: Eurostat, MIND Research & Rating

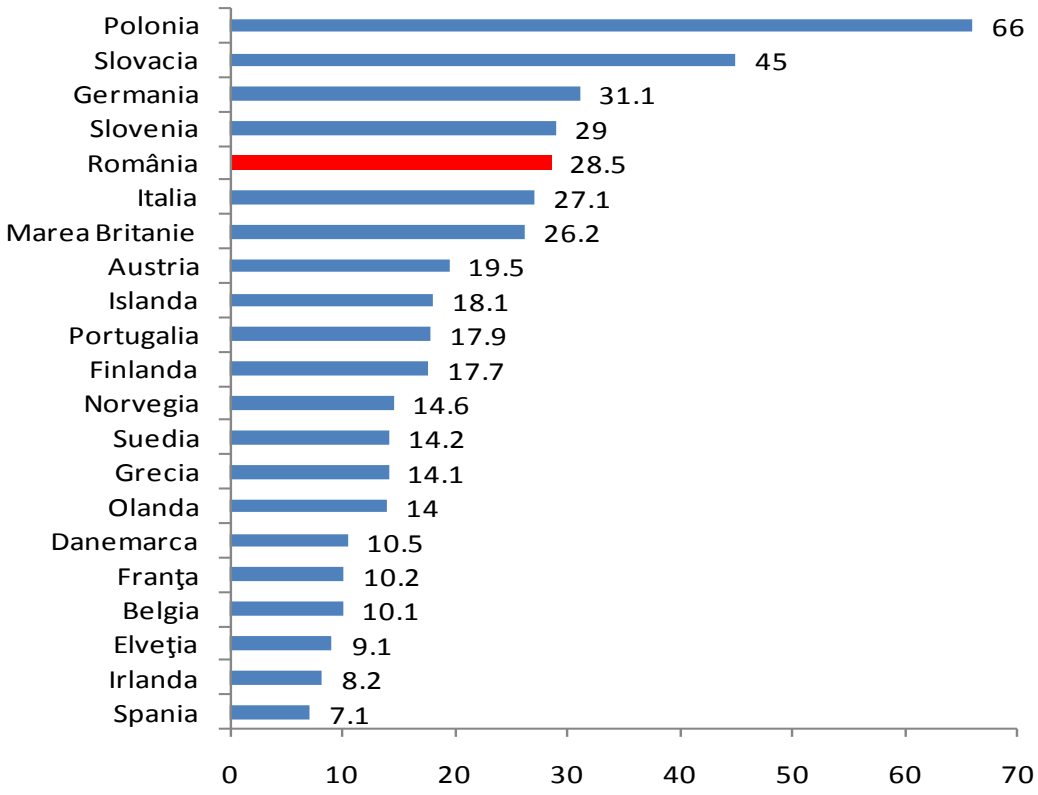


Fig 20. Ponderea medicamentelor generice în total valoare medicamente vândute -2008

Sursa: EFPIA

Polonia, Slovacia, Germania şi Slovenia (figura 20). Cota de piaţă a medicamentelor generice depinde într-o mare măsură de condiţiile accesului pe piaţă pentru medicamente noi în fiecare ţară. Ratele reduse de penetrare ale medicamentelor generice sunt de obicei întâlnite în ţările unde preţul medicamentelor inovative este stabilit prin lege la un nivel foarte scăzut. Potrivit Raportului EFPIA 2010[42] asupra industriei farmaceutice din Europa, cota de piaţă a medicamentelor generice este semnificativ mai mică în medii în care preţurile sunt controlate, decât în cele fără restricţii.

3.3 Studiu de caz - sistemul de asigurări sociale de sănătate din Olanda[43]

Conform standardelor OECD, Olanda cheltuiește, în prezent, aproximativ echivalentul a 9% din PIB în sănătate, din care 81,5% reprezintă cheltuială publică (în sistemul asigurărilor de sănătate obligatorii)[44].

În ultimul deceniu cheltuiala totală cu sănătatea a crescut cu aproape 40% în termeni reali, pe fondul unui proces amplu de restructurare și reeficientizare atât a sectorului public cât și privat de sănătate. Primele propuneri de reformă profundă a sistemului au fost făcute în anul 1987; implementarea lor a fost imposibilă atunci, dar, gradual, s-au făcut pași mici, care au pus bazele reformei ample din anul 2006[45]. Obiectivul reformei din 2006 a constat în introducerea unor mecanisme de piață pentru a obține eficiență organizatorică și controlul costurilor. Sistemul actual de servicii de sănătate e structurat în trei componente: (i) piața asigurărilor de sănătate, (ii) piața furnizorilor de servicii de sănătate, (iii) piața achiziției de servicii de sănătate. Sistemul olandez de asigurări sociale de sănătate are trei componente principale:

1. Asigurări de bază de sănătate, care însumează aproximativ 59% din totalul contribuțiilor, funcționează pe baza a două mecanisme de colectare. Asigurații plătesc primele de asigurare direct către asiguratorii privați cu care au contractul încheiat, iar angajatorii contribuie către Fondul Asigurărilor de Sănătate (FAS) pentru echilibrarea asigurătorilor. Contractele de asigurare pot fi individuale sau colective, la nivel de angajator sau organizație a pacienților. Primele plătite de beneficiari sunt unitare pe asigurător și servicii. Pentru a nu acumula riscuri prea mari în portofoliu, reducerile practicate de asigurători sunt limitate la 10% Categoriile sociale defavorizate primesc de la stat o alocație de sănătate periodică pentru a-și achita prima de asigurare.
2. Asigurări obligatorii pentru cheltuieli medicale excepționale - tratament/ îngrijire de lungă durată (bolnavi cronici, cu dizabilități, psihiatrie) -, care contabilizează aproximativ 41% din totalul contribuțiilor de asigurări de sănătate plătite de asigurați.
3. Asigurare de sănătate complementară/ voluntară, care acoperă servicii neincluse în primele două categorii. Cei mai mulți asigurători privați oferă polițe de asigurare voluntară alături de cele obligatorii; asigurătorii sunt liberi să stabilească prețul primelor de asigurare voluntare în funcție de riscul individual și să refuze anumiți beneficiari.

În privința achitării costurilor serviciilor medicale, asigurătorii privați oferă trei opțiuni:

i. servicii în natură oferite de furnizorii contractați, decontate direct de asigurător – 40% din asigurați;

ii. servicii rambursate asiguraților indiferent de furnizor (conform prețurilor pieței și tarifelor furnizorilor necontractați) – 25% din asigurați;

[42] European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, The Pharmaceutical Industry in Figures, 2010.

[43] Majoritatea informațiilor din această secțiune și a referirilor la Olanda din cuprinsul raportului sunt preluate din Health Systems in Transition, The Netherlands: Health system review, The European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 12 No. 1 2010.

[44] Valoarea nu include și cheltuielile medicale excepționale.

[45] Luarea deciziilor în sistemul de asigurări sociale de sănătate este caracterizată de consultare și consens, rolul organismelor consultative fiind important și prevăzut în legi și norme (Consiliul Medical, Consiliul pentru sănătate publică și servicii medicale, Consiliul asigurărilor sociale de sănătate).

iii. combinații între primele două variante – 35% din asigurați.

Veniturile pentru asigurările de bază de sănătate provin de la asigurați, prin prime de asigurare, și din FAS, prin contribuția angajatorilor:

- prețul mediu pentru o poliță de asigurare de bază de sănătate a fost de 1100 euro în 2008 (cca 6% din venitul net de referință al populației), iar în 2009 a variat între 933 și 1150 euro;
- contribuția angajatorilor la FAS este de 6,9% din venitul impozabil pentru salariați, pensionari și beneficiari de alte drepturi de asigurări sociale, cu un plafon maxim de 2233 euro/ an. Contribuțiile sunt colectate de Administrația Fiscală și sunt transferate ulterior la FAS, de unde se alocă asigurătorilor privați în funcție de riscul specific fiecărui portofoliu de asigurați.

Distribuirea fondurilor din FAS către asigurătorii privați se face luând în calcul caracteristicile portofoliului de asigurați relativ la populația totală asigurată: (i) sex și vârstă, (ii) tipul veniturilor (salarii, venituri din activități independente, pensii, șomaj), (iii) zonă geografică – segmentare în funcție de nivelul veniturilor, prevalența bolilor, mortalitate etc.), (iv) necesarul de medicamente pentru grupuri de pacienți cu boli cronice – 20 grupe (până în 20.000 euro per asigurat), (v) pacienți cu boli cronice tratabile în spitale – 13 grupe de diagnostic (poate depăși 50.000 euro per asigurat). Suma alocată de FAS fiecărui asigurător se calculează ca diferență între costurile estimate pe baza modelului descris mai sus și veniturile estimate din încasările de prime, pe baza utilizării unei valori de referință unice pentru polița de asigurare. Cei mai eficienți asigurători care reușesc să obțină un surplus (venituri>cheltuieli) pot reduce prima de asigurare. În cazul în care costurile reale depășesc așteptările inițiale, există o serie de mecanisme ex-post de compensare a asigurătorilor din FAS.

În sistemul de asigurări de bază există o formă de coplată implementată cu rolul de a preveni recurgerea la servicii medicale neesențiale. Aceasta se achită de asigurat către asigurător și se aplică pentru toate serviciile medicale rambursate de asigurător, cu excepția serviciilor legate vizitele la medicul de familie, naștere și stomatologie (pentru persoanele cu vârsta sub 22 ani). În anul 2009 cuantumul coplății era de 155 euro anual. Începând cu anul 2009, asigurații pot opta pentru renunțarea la coplată dacă:

- merg la furnizorii de servicii medicale indicați de asigurător;
- folosesc medicamente sau dispozitive medicale preferate de asigurător;
- participă la programe de prevenire a diabetului, bolilor cardiovasculare sau respiratorii, depresiei și supraponderabilității.

Anumite categorii de bolnavi cronici primesc o compensație de la stat pentru coplată. Pentru asigurații care estimează că nu vor avea nevoie de servicii medicale există posibilitatea de a opta pentru o coplată voluntară, de până la 500 euro, în schimbul unei reduceri a prețului poliței de asigurare.

În cazul spitalelor[46], prețul serviciilor este stabilit pe baza unui sistem de „combinații diagnostic-tratament" (DBC), care include aproximativ 30.000 de combinații diferite încadrate în două categorii:

- cu prețuri fixe, stabilite de Autoritatea de Sănătate a Olandei;
- cu prețuri negociabile între asigurători și furnizori (cca. 34% din DBC).

Costurile de capital ale spitalelor sunt incluse în prețul serviciilor.

Sistemul DBC este foarte complex și volatil ceea ce întârzie contractarea furnizorilor de servicii medicale de către asigurători. Încă din anul 2010, spre exemplu, se lucrează la reducerea numărului de combinații DBC la 3.000 de poziții.

Bugetele spitalelor sunt elaborate pe baza capacității și specializării medicale, ulterior fiind separate pe cele două componente ale DBC (i) prețuri fixe și (ii) prețuri negociabile. La

[46] Marea majoritate a celor 141 de spitale private sunt organizate într-o formă hibrid, și anume corporații non-profit.

sfârșitul anului bugetul aferent componentei de prețuri fixe se regularizează cu Autoritatea de Sănătate a Olandei. Bugetul componentei de prețuri negociabile nu are limită de buget.

Medicii de familie joacă rolul de prim filtru pentru majoritatea pacienților, fiind principalul punct de acces în sistemul de sănătate. Medicii de familie sunt plătiți conform unor tarife per capita și per servicii; tarifele maximale pentru servicii sunt stabilite la nivel național prin negociere între asociațiile medicilor de familie, asigurători și Ministerul Sănătății.

Medicii de specialitate sunt plătiți fie pe baza unui tarif orar în sistem DBC (tariful orar e unic: 132,5 euro +/- 6 euro, iar variabila e numărul de ore normate pentru fiecare tratament), fie ca salariați ai unui spital. Tariful orar în primul caz include și costul pentru infrastructură medicală și costuri asociate practicii medicale. Chiar dacă există o limită maximă a câștigurilor, în practică limitele au fost depășite, ceea ce indică o deficiență de funcționare a sistemului DBC.

Farmaciștii realizează venituri din două surse: (i) taxa de eliberare a medicamentelor (max. 7,28 euro în 2009) și (ii) rambursarea costului medicamentelor de către asigurători. Asupra celei de-a doua categorii de venituri se aplică o taxă de clawback de cca 6,82% (2009), dar aceasta poate varia în cazul existenței unui contract cu asigurătorul.

După primii ani de implementare a reformei în sănătate se pot trage următoarele **concluzii**:

- în primii ani asigurătorii privați au stabilit prețuri relativ mici la polițele de asigurare pentru atragerea clienților, ceea ce a condus la acumularea de pierderi. În acest context este de așteptat ca primele de asigurare să crească în anii următori;
- mobilitatea pacienților a fost importantă în primul an (2006 +21%) și s-a redus semnificativ ulterior (<5%);
- pentru salvgardarea unor interese publice (calitate, acces, costuri) concurența între furnizorii de servicii este reglementată;
- în cazul medicilor de familie, după introducerea tarifului pe servicii, numărul consultațiilor declarate și pentru care s-a cerut decontare a crescut surprinzător;
- în cazul spitalelor, sistemul de finanțare a fost modificat, astfel încât banul să urmeze pacientul; după doi ani de implementare, sistemul DBC a fost evaluat și s-au constatat unele evoluții pozitive moderate în privința creșterii calității și accesului la servicii și în optimizarea costurilor. Contractarea furnizorilor de servicii medicale de către asigurători în funcție de calitatea serviciilor oferite nu reprezintă încă un standard în industrie – 50% din asigurătorii privați nu au prevăzut nici un criteriu legat de calitatea serviciilor în contractele cu furnizorii de servicii medicale;
- a fost încurajată crearea clinicilor multidisciplinare sau a centrelor de tratament specializate, care să ofere servicii în ambulatoriu, cu costuri mai mici decât spitalele;
- în general, listele de așteptare au fost reduse prin stimulente financiare condiționate de diminuare numărului de pacienți în așteptare;
- liberalizarea sistemului de sănătate a generat anumite tendințe de consolidare pe verticală, anumiți asigurători achiziționând clinici, farmacii și spitale.

4. PROPUNERI DE REFORMĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

4.1 Opțiuni de creștere a veniturilor publice pentru sănătate

În ultimii 5 ani, Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) a beneficiat de resurse totalizând circa 3% din PIB. Estimările noastre pentru anul 2012 se mențin la 3%. Pentru anii 2012-2014, Strategia fiscal-bugetară anticipează o scădere a ponderii FNUASS în PIB la 2,8%, chiar dacă nominal se preconizează apropierea de pragul de 20 de miliarde de lei.

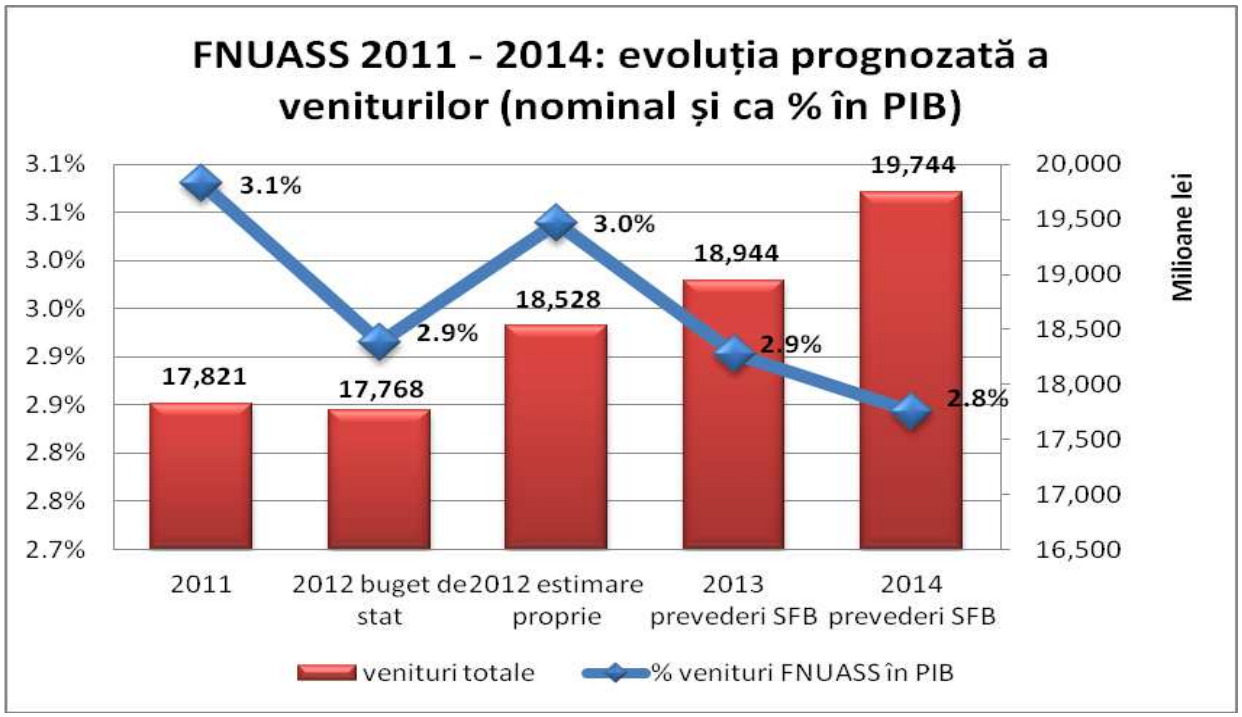


Fig 21. Evoluția estimată a veniturilor totale ale FNUASS, conform Strategiei fiscal-bugetare 2012 - 2014

Sursa: MFP, MIND Research & Rating

Obiectivele reformelor în sănătate trebuie să urmărească îmbunătățirea calității și accesului la servicii, alături de ameliorarea mecanismelor de control al costurilor. De aceea, România are nevoie de mai multe resurse în sistemul de sănătate, mai ales în componenta de asigurări sociale. Situația actuală - în care 6,8 milioane de contribuabili finanțează cheltuielile cu 19 milioane de asigurați - nu este sustenabilă pe termen lung, mai ales dacă ținem cont de tendințele certe de îmbătrânire a populației și de tendința de sincronizare cu nivelul cheltuielilor din statele Uniunii Europene.

Îmbunătățirea calității și accesului presupune contractarea mai multor furnizori de servicii medicale, încurajarea concurenței între aceștia, diversificarea serviciilor, utilizarea mai multor echipamente performante, investiții în imobile și salarii mai mari pentru personalul sanitar. Or, toate acestea nu pot fi în mod realist obținute cu veniturile actuale ale FNUASS.

În acest capitol prezentăm o serie de propuneri pentru creșterea resurselor publice alocate sănătății, bazându-ne atât pe experiența națională, cât și cea europeană. Pentru a fi și realizabile, propunerile au fost concepute ținând cont de contextul politic, economic, instituțional și cultural al României. Ele vizează veniturile din contribuții de asigurări, dar și subvențiile de la bugetul de stat și plățile directe. Pentru fiecare caz în parte, vom prezenta și impactul bugetar estimat a propunerilor formulate.

Veniturile FNUASS pentru anul 2012

Măsurile luate în anii 2010 și 2011 pentru creșterea veniturilor publice în sistemul de sănătate trebuiau să-și arate integral roadele în anul 2012. Ne referim, în primul rând, la modificarea bazei de impozitare a veniturilor din pensii, la taxa clawback și la preluarea de către ANAF a colectării contribuțiilor de sănătate pentru veniturile persoanelor fizice autorizate și din activități independente.

Creșterea numărului de pensionari contribuabili la FNUASS a generat venituri de 1,7 miliarde lei în anul 2011, față de 283 de milioane în anul 2010. Pentru anul 2012, prognozam 1,9 miliarde lei, însă recenta decizie a Curții Constituționale (vezi caseta 2) determină diminuarea lor la aproximativ 1 miliard lei.

În privința taxei clawback, estimările noastre se ridică la 1,1 miliarde lei, care se vor face integral venit la FNUASS[47]. Prognoza ia în calcul un consum total de medicamente de 6,8 miliarde lei atât în ambulatoriu, cât și în spitale. Valoarea este inferioară celei din anul 2011; anul trecut, numai pentru ambulatoriu, președintele CNAS anunța un consum de 6,58 miliarde lei[48]. Din cauza incertitudinii asupra veniturilor din taxă, bugetul de stat nu a prevăzut nicio sumă în contul FNUASS, urmând ca veniturile și cheltuielile să fie ajustate trimestrial, în funcție de realizări.

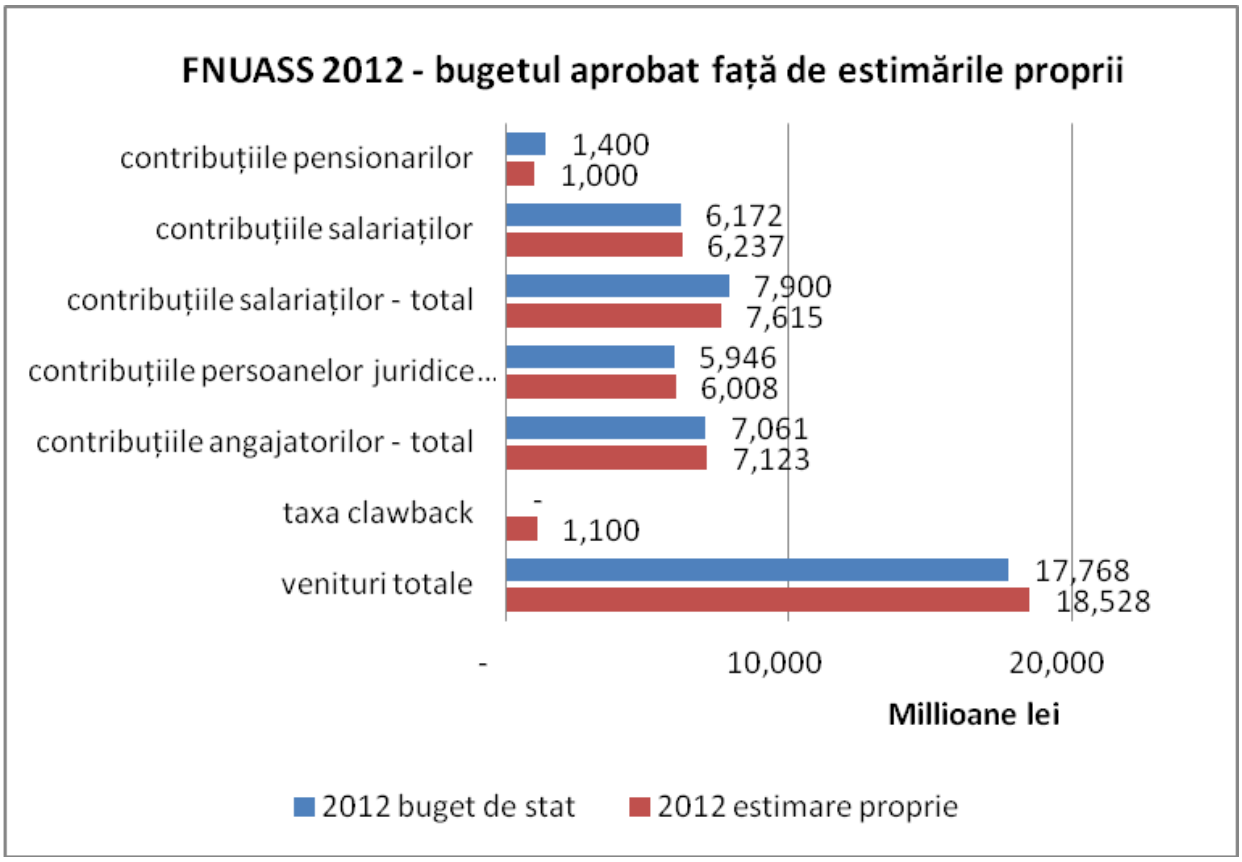


Fig 22. Comparație între veniturile FNUASS aprobate pentru anul 2012 și estimările proprii

Sursa: CNAS, M.F.P., MIND Research & Rating

[47] Estimările au la bază comunicările CNAS aferente consumului de medicamente din trimestrul IV al anului 2011 și trimestrul I al anului 2012. Cumulate, acestea se ridică la aproximativ 750 de milioane lei. Consumul comunicat nu este defalcat pe tipuri de asistență medicală, ceea ce ridică mai semne de întrebare în privința exactității sale.

[48] Materialul aferent conferinței de presă din data de 21 martie 2012, publicat pe pagina de internet www.cnas.ro. Este neclar dacă această valoare include și facturile emise în anul 2010, dar acceptate la plată la sfârșitul anului 2011, totalizând circa 500 de milioane lei.

În ceea ce privește contribuțiile pentru venituri din activități independente, transferul administrării la ANAF va aduce un plus în colectare; pentru ANAF, care are evidența tuturor veniturilor realizate de persoanele fizice, indiferent de sursă, va fi mult mai ușor să stabilească obligații de plată decât pentru CNAS. Așadar, față de cele 268 de milioane lei colectate în 2011 estimăm o creștere de o aproximativ 25%, la 330 de milioane lei.

Nu în ultimul rând, datorită majorării cu 8% a salariilor în sectorul bugetar începând cu mijlocul anului 2012, și veniturile din contribuțiile angajaților și ale angajatorilor vor crește față de valorile înregistrate anterior. Cumulat, sectorul public contribuie cu circa 26% la veniturile din contribuții de sănătate ale angajatorilor și salariaților. În cazul creșterii salariilor actuale cu 8% de la 1 iulie 2012, impactul pozitiv va fi de 125 de milioane lei.

Cumulând valorile suplimentare rezultate din estimări și luând în calcul subvențiile programate, rezultă ca FNUASS va beneficia de resurse suplimentare de circa 750 milioane lei în anul 2012, comparativ cu bugetul aprobat prin Legea nr. 293/2011 a bugetului de stat pe anul 2012[49]. În consecință, și cheltuielile vor putea fi majorate cu aceeași sumă, rămânând de selectat domeniile beneficiare.

Venituri din asigurări sociale de sănătate

După cum a arătat deja în capitolul 3.1, România are una dintre cele mai mici cote de contribuții de asigurări sociale de sănătate din Uniunea Europeană. În aceste condiții, cea mai simplă propunere ar fi, de exemplu, readucerea cotelor la valorile din anul 2007, respectiv 6% angajatorii și 6,5% asigurații. Totuși, cum impozitele nu se cresc în perioade de criză, ne-am orientat, pe termen scurt, spre alte soluții.

Din punct de vedere al ocupării, populația României este structurată în 4,4 milioane de salariați[50], 5 milioane de copii, elevi și studenți, 5,6 milioane de pensionari și circa 4 milioane de persoane care nu realizează venituri în mod oficial: șomeri, persoane ocupate în agricultură sau muncind la negru, beneficiari de ajutoare sociale, persoane aflate în concedii medicale sau de creștere a copilului, persoane cu dizabilități, invalizi și veterani de război etc.

În ciuda creșterilor de venituri preconizate pentru anul 2012, pe termen mediu și lung resursele sistemului de sănătate sunt insuficiente pentru a ajuta la realizarea obiectivelor legate de calitatea și accesul la servicii. De aceea, este important să evaluăm propuneri care ar aduce venituri suplimentare din contribuțiile de asigurări de sănătate, care sunt cele mai sustenabile și sigure surse ale FNUASS.

Îmbunătățirea colectării contribuțiilor

În ultimii 4 ani, creanțele FNUASS au crescut spectaculos, de la 3 miliarde de lei, în anul 2007, la peste 6,5 miliarde de lei, din care două treimi asupra operatorilor economici, iar restul asupra populației[51]. Cei mai mari datornici la FNUASS sunt companiile de stat; astfel, la sfârșitul semestrului I al anului 2011, datoriile restante ale acestora către Fond reprezentau 69% din total, iar primii 10 datornici 58% din total.

Nu putem evalua cât de lichide sunt creanțele FNUASS. Cel mai probabil, acestea nu vor fi recuperate curând sau vreodată, mai ales având în vedere contextul economic dificil în care ne aflăm. În ultimii ani, statul român a efectuat mai multe operațiuni de compensare (swap) între datoriile sale sau ale companiilor deținute către furnizori și creanțele acestora la bugetele publice[52]. Probabil că asemenea operațiuni vor continua și în viitor, diminuând vizibil și stocul creanțelor FNUASS.

Îmbunătățirea colectării veniturilor și reducerea economiei la negru rămân obiective dezirabile, însă capacitatea administrativă a ANAF nu se ridică încă la nivelul structurilor

[49] Dacă veniturile din pensii ar fi rămas la nivelul estimat, creșterea totală ar fi fost de peste 1,6 miliarde lei.

[50] Din care 1,2 milioane în sectorul public.

[51] De fapt, și creanțele asupra populației tot de la operatorii economici provin, care nu au virat contribuțiile aferente.

[52] Un exemplu este H.G. nr. 1086/2011, prin care s-au transferat 300 de milioane lei operatorilor de energie termică, care au achitat datorii la furnizori care aveau, la rândul lor, datorii la bugetele publice. Aceștia au stins din respectivele datorii sume echivalente cu cele primite de la operatorii de termoficare.

omoloage din Uniunea Europeană. De aceea, suntem sceptici în privința impactului semnificativ pe care l-ar putea avea demersurile de acest gen.

Contribuțiile de sănătate ale persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente

În prezent, nivelul contribuțiilor persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente este de 5,5%. Aceste persoane nu plătesc cota de 5,2% aferentă angajatorilor, ceea ce este inechitabil și încurajează forme de cvasi-evaziune fiscală. Astfel, multe companii evită să angajeze personal și preferă să stabilească relații contractuale cu persoane fizice autorizate sau convenții civile de prestări servicii, economisind astfel contribuția angajatorului de 5,2% la FNUASS.

În multe state europene[53] nu există nicio diferența între obligațiile diverselor categorii de contribuabili la asigurările de sănătate. În consecință, o posibilă propunere de creștere a veniturilor FNUASS este de a aplica și contribuția de 5,2% asupra veniturilor persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente.

În anul 2011 veniturile din aceste surse au fost colectate de CNAS, totalizând 268 de milioane lei, aferente cotei de 5,5%. Din anul 2012 ele vor fi administrate de ANAF, care va putea realiza o corelare mai bună cu veniturile impozabile declarate, cu efect pozitiv asupra calculării obligațiilor de plată și, implicit, asupra colectării.

Extinderea contribuțiilor de sănătate ale persoanelor fizice autorizate și ale celor care realizează venituri din activități independente la 10,7% ar aduce un plus de aproximativ 300 de milioane lei anual, rezultând în venituri totale de circa 650 de milioane lei anual, de 2,3 ori mai mult ca în anul 2011.

	Anul 2011 (mil. lei)	După egalizarea contribuțiilor și preluarea administrării de către ANAF (mil. lei)
Venituri realizate - cota de 5,5%	268	300 - 330
Venituri estimate - cota de 5,2%	n.c.	280 - 310
Total venituri	**268**	**580 - 640**

Tab 2. Impactul extinderii la 10,7% a contribuțiilor de sănătate ale PFA și ale celor care realizează venituri din activități independente

Sursa: MIND Research & Rating

Extinderea bazei de impozitare a veniturilor din pensii

În anul 2012, bugetul asigurărilor sociale de stat va achita 5,6 milioane de pensii, totalizând 47 de miliarde de lei. În prezent, pentru toate pensiile mai mari de 740 lei se plătește contribuția la sănătate de 5,5%, aplicată la întreaga valoare a pensiei. Veniturile realizate de FNUASS în anul 2011 au depășit 1,7 miliarde de lei, o creștere binevenită de aproape 6 ori față de anul 2010[54].

Numărul pensionarilor care contribuie la FNUASS este de 2,4 milioane, adică 42% din total. Ținând cont de faptul că pensionarii sunt și cei mai frecvenți beneficiari ai serviciilor medicale, ne propunem să evaluăm posibilitatea extinderii contribuțiilor de sănătate la mai multe venituri din pensii. Propunerea este în concordanță și cu obiectivul de a crește sustenabilitatea FNUASS prin suplimentarea numărului contribuabililor.

[53] De exemplu, Slovacia, Slovenia și Cehia.

[54] De la 1 ianuarie 2011 contribuția se calculează la întregul venit din pensie; până în 2010 baza de impozitare era numai suma ce depășea 1.000 de lei.

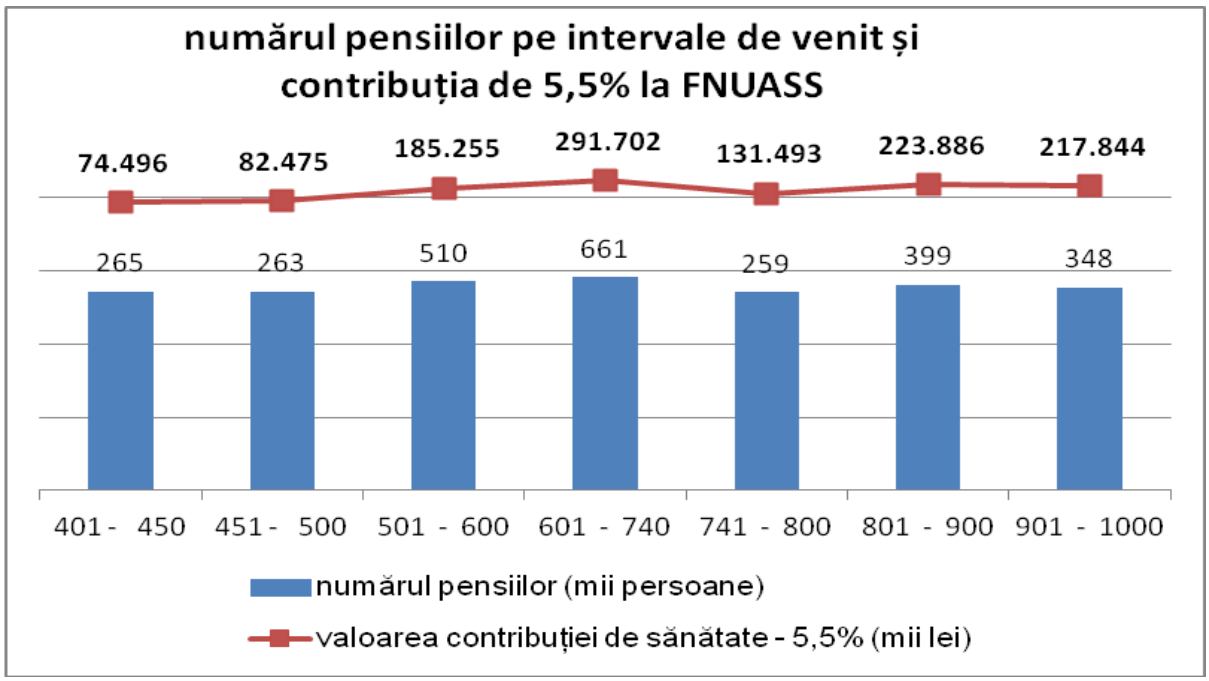


Fig 23. Impactul bugetar al extinderii contribuțiilor de sănătate la pensiile mai mici de 740 de lei

Sursa: CNPP, MIND Research & Rating

	Venituri la FNUASS	Număr contribuabili
Contribuții de sănătate din pensii mai mari de 740 lei calculate la venitul integral	2011: 1,7 miliarde lei 2012 (est.): 1,9 miliarde lei	2,35 milioane persoane
Contribuții de sănătate din pensii cuprinse între 500 și 740 lei calculate la venitul integral	2012 (est.): 476 milioane lei	1,17 milioane persoane
Contribuții de sănătate din pensii mai mici de 500 lei calculate la venitul integral	2012 (est.): 330 milioane lei	2 milioane persoane

Tab 3 - impactul extinderii contribuțiilor de asigurări de sănătate la pensiile mai mici de 740 de lei

Sursa: MIND Research & Rating

Tab 4 arată că extinderea bazei de impozitare la pensiile de până la 500 lei ar aduce un plus de contribuabili de 1,17 milioane de persoane și venituri de 470 de milioane lei. Într-o altă ipoteză, dacă și cei 2 milioane de pensionari cu venituri mai mici de 500 lei lunar ar plăti contribuția de sănătate, ar rezulta alte 330 de milioane lei la FNUASS.

Recenta decizie a Curții Constituționale (vezi Caseta 2) zădărnicește orice tentativă de extindere a contribuțiilor de sănătate din pensii utilizând sistemul actual de calcul. Totuși, cifrele din tabelul 3 rămân de referință și pentru o altă soluție (constituțională) la îndemâna Guvernului. Aceasta presupune impozitarea uniformă a tuturor pensiilor, indiferent de cuantum, dar compensarea integrală prin ajutoare sociale acordate de la Ministerul Muncii a contribuției persoanelor care, în urma reținerii, ar avea un venit net mai mic de 740 lei (sau, pentru o povară redusă a bugetului de stat, 500 de lei). Un alt sistem ar putea lua în calcul compensarea diferențiată a contribuției pentru sănătate, în funcție de tranșe de venit lunar, asemănător ajutorului de încălzire. Un ajutor similar este funcțional

Caseta 2 Impactul bugetar al neconstituționalității impozitării integrale a pensiilor mai mari de 740 de lei

Prin deciziile nr. 223, 224 și 319 din anul 2011, Curtea Constituțională a României a constatat neconstituționalitatea interpretării art. 259 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările și completările ulterioare, în sensul de a reține contribuția de sănătate la întreaga valoare a pensiilor ce depășesc 740 de lei. Astfel, Curtea a statuat că singura bază de impozitare care respectă principiile constituționale este suma care depășește valoarea de 740 de lei, aceasta din urmă fiind considerată o deducere. Decizia a fost fundamentată pe lipsa de rezonabilitate și echitate a impozitării pensiilor de peste 740 lei la valoarea integrală și a scutirii totale a celor mai mici de această sumă. În privința deducerilor, Curte a mai precizat că legiuitorul este liber să stabilească sau să nu asemenea facilități. Însă, respectarea principiului echității ar presupune ca o deducere, odată stabilită de legiuitor, să se aplice tuturor pensiilor, indiferent de cuantumul lor.

În final, Curtea a mai indicat că deciziile vor produce efecte numai pe viitor, cu excepția cauzelor aflate pe rolul instanțelor la momentul publicării deciziei, neobligând statul să returneze sumele colectate prin aplicarea contribuției de sănătate la valoarea integrală a pensiilor mai mari de 740 de lei.

Cu toate acestea, Guvernul învestit la 7 mai 2012 a declarat public că va înapoia pensionarilor sumele reținute necuvenit prin interpretarea forțată a art. 259 alin. (2), dar și restituirea pare să aibă aspecte de neconstituționalitate, din moment ce Curtea Constituțională nu a impus o asemenea măsură. Ea ar putea fi interpretată ca o majorare a pensiilor unei categorii aparte de pensionari - cei cu pensii mai mari de 740 lei -, ceea ce este, din nou, neechitabil față de ceilalți pensionari.

În cursul anului 2011, contribuțiile de sănătate totale din pensii s-au ridicat la 1,7 miliarde lei, iar în primul trimestru al anului 2012 aproximativ 500 de milioane lei. Astfel, suma care face obiectul excepției de neconstituționalitate pentru cele 16 luni de aplicare și care ar putea fi restituită de Guvern din bugetul de stat este de 1,5 miliarde lei, adică două treimi din tot ce s-a colectat în același interval.

Pentru anul 2012, însă, Codul Fiscal - la art. 296^3 lit. f) pct. 4 și 5 și la art. 296^9 - precizează clar, la alineatul (1): „pentru persoanele cu venituri din pensii care depăşesc 740 lei..., baza lunară de calcul al contribuţiei de asigurări sociale de sănătate datorate bugetului Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate o reprezintă întregul venit, cu condiţia ca pensia netă să nu fie mai mică de 740 lei.” Prin urmare, deși art. 259 alin. (2) din legea sănătății este neconstituțional dacă este interpretat în sensul larg, expus mai sus, prevederea din Codul fiscal, diferită ca formulare și fără ambiguități în privința interpretării, nu a fost declarată neconstituțională și ar trebui să fie pusă în aplicare de casele de pensii județene sau sectoriale, cel puțin până la amendarea sa. Cu toate acestea, Casa Națională de Pensii Publice a anunțat, după publicarea - la 18 aprilie - a Deciziei Curții Constituționale, că va calcula reținerile pentru sănătate numai la suma care depășește 740 lei din pensii. În consecință, dacă se menține acest mod de calcul, pentru cele opt luni rămase din anul 2012, estimăm că sumele colectate de FNUASS vor scădea de la 1,35 miliarde lei la 375 de milioane lei, cu 70% mai puțin.

în Olanda, aplicându-se nu numai pensionarilor, ci tuturor persoanelor cu venituri mai mici de un prag stabilit la nivel național[55]. Astfel, echilibrul financiar a familiilor cu pensii reduse nu ar fi afectat, iar FNUASS ar dobândi un plus semnificativ de venituri predictibile. De

[55] În Olanda, ajutorul este menit să compenseze plata primei de asigurare, se aplică diferențiat pe tranșe de venit și se acordă familiilor sau persoanelor singure. În anul 2006, o treime dintre asigurați beneficiau de ajutoare pentru asigurarea de sănătate, variind între 24 de euro și 1.155 de euro anual. În anul 2009, plafonul maxim de venituri pe familie până la care se acorda ajutorul era de 32.502 euro anual, iar valoarea maximă plătibilă de 1.461 de euro anual pe familie.

asemenea, ar determina creșterea numărului contribuabililor la sistemul de asigurări sociale de sănătate la 10 milioane de persoane.

Impactul bugetar unei asemenea măsuri ar fi un supliment anual de venituri din asigurări de sănătate la FNUASS de 800 de milioane lei de la cei 3,15 milioane de pensionari din sistemul de asigurări de stat și agricultori cu pensii mai mici de 740 de lei, care se adaugă la cei 1,9 miliarde colectați din pensiile mai mari. În schimb, bugetul de stat ar trebui să compenseze prin ajutoare sociale o bună parte a contribuțiilor plătite. Acest lucru nu este o noutate: bugetul de stat subvenționează FNUASS cu sume de ordinul miliardelor lei anual, iar în 2012 sunt prevăzuți deja 920 de milioane lei pentru compensarea asigurării de sănătate a pensionarilor cu venituri sub 740 de lei.

Rezolvarea rapidă a problemei constituționalității contribuției de sănătate din pensii conform propunerilor prezentate este imperios necesară, altfel va crea singură un deficit de circa 1 miliard lei la FNUASS numai pentru anul 2012. Suntem conștienți că efectele sociale ale unei asemenea măsuri sunt importante și că materializarea sa este dificil de luat în calcul într-un an electoral precum 2012. Totuși, impozitării pensiilor are meritul de a echilibra raportul dintre contribuabili și ne-contribuabili și de a crește predictibilitatea veniturilor FNUASS.

Creșterea contribuțiilor de sănătate odată cu reluarea creșterii economice

Una dintre regulile bine cunoscute, dar adeseori încălcate, în gestionarea perioadelor de criză economică este aceea de a nu crește impozitele, astfel încât să nu fie amplificată tendința de scădere a consumului.

Cu toate acestea, nu putem să ignorăm faptul că România are una dintre cele mai mici rate ale contribuțiilor de asigurări de sănătate din Europa, respectiv de 10,7%. În anii 2009-2011, veniturile reduse din asigurări de sănătate au creat dificultăți financiare majore FNUASS și au obligat bugetul de stat să acorde subvenții de peste 5 miliarde lei pentru acoperirea deficitelor. În cazul în care contribuțiile ar fi rămas la nivelul din anul 2007, de 12,5%, atunci veniturile FNUASS ar fi fost - caeteris paribus - mai mari cu 7 miliarde lei în anii 2009-2011, anulând nevoia de intervenție a bugetului de stat.

România a reluat creșterea economică în anul 2011, cu 2,5%, dar perspectiva pentru anul 2012 este mai redusă, de 1,7%. Putem spera la o redresare sustenabilă începând cu anii 2013-2014, când prognozele de creștere depășesc 3% anual. Atunci este momentul de a ajusta cotele de contribuții de sănătate, inițial la 12%, iar apoi chiar la 13%. O cotă de 12% în anul 2013 ar conduce la venituri suplimentare de 2 miliarde lei, iar o cotă de 13% în 2014 aproximativ 4 miliarde lei în plus față de cele preconizate de Strategia fiscal-bugetară 2012-2014 pentru anii respectivi[56].

	2012 (mld. lei)	2013 (mld. lei)	2014 (mld. lei)
Cota de 10,7%	15,7 (est. proprie)	16,9 (cf. SFB 12-14)	18,3 (cf. SFB 12-14)
Cota de 12%		18,9 (est. proprie)	
Cota de 13%			22,3 (est. proprie)

Tab 3. Impactul bugetar al creșterii cotelor de contribuție la asigurările sociale de sănătate

Sursa: MIND Research & Rating

O soluție la îndemâna Guvernului pentru a atenua impactul asupra contribuabililor ar fi stabilirea unor plafoane minime și maxime de venit în funcție de care să se aplice cota de contribuție a angajatorilor și salariaților[57]. O asemenea măsură ar putea încuraja deopotrivă formalizarea unor slujbe prost plătite și actualmente „la negru", dar și creșterea salariilor din intervalele superioare, cu efect pozitiv asupra consumului.

[56] Respectiv 0,3% și 0,6% din PIB.

[57] După exemplele Germaniei, Olandei, (vezi cap. 3.2).

Venituri fiscale din alte surse

Pe lângă veniturile din asigurări sociale de sănătate, sistemul public de sănătate beneficiază și de venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice („taxa pe viciu") și din impozitul pe veniturile realizate de producătorii, importatorii și deținătorii autorizațiilor de comercializare din vânzarea medicamentelor a căror contravaloare este suportată - integral sau parțial - de FNUASS („taxa clawback" - vezi căsuța 2).

În anul 2011, taxa pe viciu a generat venituri de 1,2 miliarde lei la bugetul Ministerului Sănătății. Ea este o acciză aplicată țigărilor, tutunului, băuturilor alcoolice spirtoase, precum și publicității la tutun și băuturi alcoolice. Deoarece depind de consum, este probabil ca în anii următori veniturile din taxa de viciu să evolueze spre 1,4 miliarde lei.

Având în vedere că nivelurile accizelor sunt deja ridicate[58], considerăm improbabile majorări ale acestora pe termen scurt. În schimb, Guvernul s-ar putea orienta spre aplicarea unei accize similare vânzărilor de bere. În prezent, nivelul accizei prevăzute în Codul fiscal este de 0,748 euro/ hl/1 grad Plato. În cazul în care „taxa de viciu" ar fi extinsă și asupra berii, cu 0,15 euro/ hl/1 grad Plato, veniturile suplimentare la bugetul Ministerului Sănătății ar fi de 150 milioane lei anual.

În privința „taxei clawback", veniturile depind de două variabile: (i) consumul de medicamente compensate și în spitale și (ii) nivelul de referință stabilit pentru vânzările de medicamente. Practic, taxa clawback virează la FNUASS întreaga valoare a consumului care depășește nivelul de referință trimestrial, actualmente fixat la 1,425 de miliarde lei. Cel mai probabil, consumul de medicamente asupra cărora se aplică taxa în prezent se situează în jurul valorii de 6,5 miliarde lei - 6,8 miliarde lei. Dacă nivelul de referință al vânzărilor se menține la 5,7 miliarde euro și în următorii ani, „taxa clawback" va aduce anual la bugetul FNUASS între 800 și 1.100 milioane lei.

Și în România există voci care susțin introducerea unei „taxe" pe alimentele și băuturile răcoritoare cu potențial de risc, în scopul ameliorării stării de sănătate a populației și reducerii nevoilor de servicii medicale. Sunt invocate exemplele Danemarcei și, mai nou, al Ungariei. Într-adevăr, Danemarca accizează încă din anii 1940 - 1960 o serie de produse alimentare - înghețată, produse pe bază de ciocolată, băuturi răcoritoare - , iar din anul 2011 produse ce conțin grăsimi saturate. Totuși, veniturile realizate nu sunt destinate cheltuielilor cu sănătatea, ci bugetului de stat, iar efectele pozitive ale acestor accize asupra stării de sănătate nu au fost demonstrate. Dimpotrivă, rata obezității a continuat să crească, iar consumul de băuturi răcoritoare de asemenea[59]. Ungaria a impus din luna septembrie 2011 accize la dulciuri, băuturi răcoritoare, gustări sărate și condimente, dar nici în acest caz veniturile nu sunt direcționate spre sănătate, ci pentru reducerea deficitului bugetar. Efectele pozitive ale impozitelor pe alimente asupra comportamentului consumatorilor nu au fost dovedite și depind de majorarea substanțială a prețurilor. Or, în această situație au de suferit în special familiile cu venituri reduse - pentru care orice creștere a prețurilor la alimente înseamnă constrângeri financiare importante - și industria alimentară, care și-ar vedea diminuată activitatea. De altfel, chiar și comisarul european pentru fiscalitate, Algirdas Šemeta, referindu-se la acciza din Ungaria, preciza că „influența impozitării asupra consumului de alimente depinde de gradul creșterii prețurilor, de elasticitatea prețului și de veniturile disponibile ale consumatorilor"[60]. Oficialul european conchidea că „nu se poate afirma că impozitarea suplimentară este o metodă eficientă de a schimba obiceiurile alimentare ale consumatorilor". Având în vedere aceste aspecte, nu recomandăm accizele pe alimente drept o sursă suplimentară de venituri la FNUASS.

---

[58] - pentru ţigarete: 10 euro/1.000 de ţigarete;

- pentru tutun destinat fumatului: 13 euro/kg;

- pentru băuturi alcoolice, altele decât bere, vinuri, băuturi fermentate, altele decât bere şi vinuri, produse intermediare: 200 euro/hectolitru alcool pur sau 2 euro/fiecare litru alcool pur;

- pentru activităţi publicitare la produse din tutun şi băuturi alcoolice: 12% din valoarea acestor încasări.

În cazul țigărilor și alcoolului, nivelurile taxei de viciu sunt suplimentare celor deja prevăzute în Codul fiscal.

[59] Asociația Națională a Băuturilor Răcoritoare, „Impozitul pe alimente - o soluție pentru sănătatea consumatorilor?", București, 2012.

[60] Răspunsul la interpelarea europarlamentarului Diogo Feio (PPE) din 27 iulie 2011, accesibil la adresa internet http://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=E-2011-007426&language=EN.

Caseta 3 Caracteristicile taxei clawback

Un instrument inechitabil și care descurajeaz dezvoltarea industriei farmaceutice în România

Taxa clawback a fost introdusă în anul 2009, ca impozit suplimentar pe valoarea vânzărilor producătorilor și importatorilor de medicamente compensate. Inspirată din practica altor state europene, cum ar fi Franța, taxa s-a dorit a fi un instrument de control al ofertei de medicamente într-o perioadă - anul 2009 - în care consumul creștea, iar veniturile FNUASS scădeau. De asemenea, a fost văzută ca o sursă suplimentară de venituri în sistem de la producătorii și importatorii de medicamente, ale căror profituri erau considerate nepotrivite pentru perioada de criză economică. Din cauza erorilor de concepție, venituri au fost colectate numai în anul 2011, și acelea totalizând doar 245 de milioane lei la bugetul Ministerului Sănătății.

La sfârșitul anului 2011 au fost legiferate schimbări în arhitectura taxei clawback, mai întâi în luna septembrie, cu aplicabilitate în trimestrul IV, și apoi în luna decembrie cu aplicabilitate din trimestrul I al anului 2012.

Formula actuală de calcul a taxei garantează returnarea la bugetul FNUASS a valorii consumului trimestrial de medicamente (compensate, acordate prin centrele de dializă și cele utilizate în spitale) care depășește o valoare de referință prestabilită, de 1,425 miliarde lei. Povara se împarte asupra plătitorilor de taxă în funcție de cota de piață și creșterea vânzărilor față de valoarea de referință aferentă anului 2011.

În ciuda obiectivelor atribuite taxei clawback, actuala sa reglementare este neechitabilă față de producătorii și importatorii de medicamente din mai multe motive:

- atribuie responsabilitatea creșterii consumului de medicamente exclusiv industriei farmaceutice, când, de fapt, ea se regăsește și în rândul furnizorilor de servicii, ca urmare a inexistenței mecanismelor de control al prescripțiilor;
- taxa se aplică la valoarea finală a medicamentelor eliberate spre consum, care include și TVA și marjele distribuitorilor și ale farmaciștilor, iar subiecții fiscali sunt producătorii și importatorii, deși veniturile acestora nu sunt egale cu valoarea de impozitare. Prin urmare, procentul suportat de cei din urmă este semnificativ mai mare decât cel rezultat din formula taxei, creând inechitate;
- taxa afectează disproporționat profitabilitatea producătorilor și importatorilor cu un portofoliu important pe listele de medicamente compensate;
- în cazul consumului de medicamente din spitale, nu distinge între cele donate și cele achiziționate, impozitând și valoarea aferentă primelor;
- valoarea de referință nu este realistă, situându-se cu mult sub nivelurile înregistrate în anii 2010 și 2011, iar consumul trimestrial comunicat de CNAS este calculat netransparent și neverificat cu industria farmaceutică. În plus, nu există un mecanism de ajustare, iar nivelul actual a fost stabilit arbitrar, opac și fără consultare cu organismele reprezentative în domeniu. Astfel, taxa clawback devine injust un instrument de acoperire a deficitelor FNUASS, rezultate din nivelul redus al cotelor de contribuții sociale de sănătate.

În concluzie, taxa conduce (neintenționat) la deteriorarea mediului de afaceri din România, descurajând investițiile străine directe în facilități de producție locale. Deoarece industria farmaceutică are un potențial major in privința cheltuielilor de cercetare, taxa poate periclita și obiectivul național de atingere a unui nivel de 1% din PIB pentru cheltuielile private de cercetare și dezvoltare.

Subvențiile de la bugetul de stat

Legislația din domeniul sănătății stabilește un număr de categorii de beneficiari ai pachetului de bază de servicii medicale scutiți de la plata asigurării obligatorii. Din punct de vedere numeric, cele mai importante categorii scutite sunt:

- copii, elevii și studenții;
- pensionarii cu venituri mai mici de 740 lei lunar;
- șomerii;
- beneficiarii de ajutor social;
- persoanele cu handicap, care nu realizează venituri din muncă;
- persoanele aflate în incapacitate temporară de muncă;
- persoanele aflate în concediu pentru creşterea copilului;
- persoanele care execută o pedeapsă privativă de libertate sau se află în arest preventiv.

Bugetul de stat și bugetele de asigurări sociale ar trebui să acopere contravaloarea scutirilor sus-menționate. Cu toate acestea, până în anul 2012 cele mai importante astfel de transferuri în compensare - cel referitor la pensionari și cel la copii, elevi și studenți - nu au fost realizate din lipsa prevederilor legale[61]. În anul 2012 au fost bugetate 920 de milioane lei în contul asigurării de sănătate pentru pensionarii care nu contribuie la FNUASS, î fără a fi prezentată o metodologie de calcul.

În ceea ce privește copii, elevii și studenții, supunem atenției Guvernului practica din sistemul de sănătate olandez, unde bugetul de stat compensează anual fondul de asigurări de sănătate cu o sumă aferentă contribuției persoanelor sub 18 ani; în anul 2009 aceasta s-a ridicat la circa 2 miliarde euro. Și în România, din moment ce bugetul de stat oricum transferă sume importante pentru acoperirea deficitelor FNUASS, ar putea fi construit un asemenea mecanism, care, corelativ, să încurajeze și participarea copiilor la învățământul obligatoriu și la cel liceal. Astfel, în schimbul renunțării la transferurile pentru acoperirea deficitelor Fondului, bugetul de stat ar putea compensa asigurarea de sănătate pentru copii de vârstă școlară care sunt înscriși și frecventează învățământul general obligatoriu[62], pentru elevii din învățământul secundar superior și pentru studenți.

Număr luni contribuție	**12**
Cota de contribuție la FNUASS	5,5%
Salariul minim pe economie (2012)	700
Număr elevi în învățământul obligatoriu - 2010 (mii)	2.210
Număr elevi în învățământul liceal/ profesional - 2010 (mii)	506
Număr studenți - 2010 (mii)	673
Sume pentru elevii din învățământul obligatoriu (mil. lei)	1.021
Sume pentru elevii din învățământul liceal/ profesional (mil. lei)	234
Sume pentru studenți (mil. lei)	311
Total transferuri pentru compensare (mil. RON)	**1.566**

Tab 4. Impactul compensării asigurării de sănătate pentru elevi și studenți

Sursa: MIND Research & Rating

[61] Cumulate, celelalte transferuri au totalizat în anul 2011 numai 160 de milioane lei.
[62] Învățământul primar și secundar inferior (clasele I-X).

Mecanismul de calcul pe care îl propunem compensarea plata contribuției de 5,5%, calculată la cuantumul salariului minim pe economie pentru elevii din învățământul obligatoriu, liceal sau profesional și pentru studenți. Sumele necesare se ridică la 1,56 miliarde lei, aferente anului 2012, luând în calcul salariul minim de 700 lei lunar și un număr potențial de 2,7 milioane de elevi și 670 de mii de studenți.

Cumulate, transferurile de la bugetul de stat către FNUASS în contul categoriilor scutite de plata asigurării de sănătate (elevi, studenți, pensionari, etc.) s-ar ridica la circa 2,5 miliarde lei anual, sumă comparabilă cu subvențiile din anul 2011, dar mai mică decât cele din anul 2010. În aceste condiții, nu ar mai fi nevoie de transferuri pentru acoperirea deficitelor FNUASS, cea mai mare parte a celor 19 milioane de asigurați contribuind - direct, prin contribuții plătite, sau indirect, prin bugetul de stat - la finanțarea serviciilor medicale[63].

Pe lângă asigurarea unor resurse predictibile FNUASS, mecanismele propuse au și meritul de a conferi transparență întregului proces bugetar, contabilizând costul fiecărei categorii de asigurați scutiți de la plata contribuției de sănătate.

Venituri nefiscale

Co-plata este un instrument necesar de temperare a apetitului românilor pentru servicii spitalicești și reorientarea lor spre medicina primară. Cu toate acestea, Legea nr. 220/2011[64] prin care sunt aprobate regulile co-plății, o fac nu numai imposibil de implementat, ci și inutilă. Cuantumul maxim al co-plății este stabilit la a douăsprezecea parte din valoarea veniturilor nete anuale realizate, ca și cum fiecare medic de familie sau spital ar avea acces la informații despre veniturile persoanelor. În plus, sunt stabilite scutiri pentru categoriile de pacienți care apelează cel mai frecvent la servicii medicale[65]. Mai mult, cuantumul și serviciile medicale aferente co-plății nu sunt specificate, fiind lăsate la latitudinea contractului-cadru. Până în prezent, nu au fost prevăzute asemenea reguli în contractul-cadru.

În forma inițiată de guvern în anul 2010, cu un nivel maxim al co-plății de 60 lei anual, erau estimate circa 200 de milioane lei venituri suplimentare la furnizori. În cele din urmă, valoarea finală va depinde de serviciile incluse și cuantumul acestora, în funcție de nivelul de asistență (primară sau spitalicească). După estimările noastre, potențialul maxim al veniturilor nete din co-plată la nivelul sistemului de sănătate se situează în jurul a 400 de milioane de lei. Suma nu este foarte mare, însă efectul principal al co-plății trebuie să fie raționalizarea accesului la serviciile medicale.

Una dintre cele mai mari cauze ale ineficienței furnizorilor publici de servicii medicale și a insatisfacției pacienților față de calitatea acestora este practica și cuantumul plăților informale. Peste 60% dintre pacienții spitalizați recurg la plăți informale, potrivit analizei funcționale a sectorului de sănătate, efectuată de Banca Mondială în anul 2011[66]. Tentativele de a le combate - prin reguli instituite în contractul-cadru - au eșuat rând pe rând. Ca nouă inițiativă propunem lansarea unei pagini internet oficiale în care pacienții care au recurs la plăți informale să publice - sub anonimat, dacă doresc - date referitoare la cadrele medicale beneficiare și sumele oferite; în paralel, Ministerul Sănătății ar trebui să implementeze o amplă campanie publică, prin care să explice pacienților motivele impunerii co-plății și să combată plățile informale[67]. Prin transparență totală este posibil ca - treptat - atât pacienții, cât și personalul sanitar să fie descurajați, iar plățile informale să-și diminueze rolul pe care îl au în sistemul de sănătate.

[63] Nu ar contribui circa 1,5 milioane de copii cu vârsta până la 6 ani, inclusiv.

[64] Legea nr. 220/2011 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii.

[65] Copii, elevii și studenții, pensionarii cu venituri sub 740 lei lunar și bolnavii cronici beneficiari ai programelor naționale de sănătate. De asemenea, co-plata nu s-ar aplica la internările în spitale prin UPU/CPU.

[66] Banca Mondială. Regiunea Europa şi Asia Centrală, România - analiză funcțională. Sectorul de sănătate, București, 2011.

[67] Eventual, co-plata poate fi prezentată și ca substitut al plăților informale.

Bilanțul propunerilor de creștere a veniturilor publice în sistemul de sănătate

Impactul bugetar al tuturor propunerilor formulate pentru creșterea veniturilor publice în sistemul de sănătate se ridică la aproximativ 7,3 miliarde de lei, respectiv 1% din PIB estimat în anul 2014 (vezi tabelul 7). Cea mai mare parte provine din creșterea contribuțiilor de asigurări de sănătate la 13% și impozitarea tuturor pensiilor la valoarea integrală. De asemenea, o propunere importantă este aceea de a compensa asigurarea de sănătate gratuită a elevilor și studenților cu transferuri anuale din bugetul de stat, cuantificate la 1,5 miliarde lei. Este adevărat că bugetul de stat a acordat oricum subvenții pentru acoperirea deficitelor FNUASS în ultimii ani, însă au fost nepredictibile, iar cuantificarea lor netransparentă. De aceea, propunem renunțarea la acest tip de subvenții și înlocuirea lor cu compensări ale gratuităților acordate prin lege la asigurarea de sănătate. Astfel, veniturile FNUASS ar fi predictibile, iar cheltuielile vor putea fi planificate multianual și în limita resurselor cuvenite.

Suntem conștienți că aceste măsuri sunt dificile din punct de vedere politic și social, însă ele sunt necesare pentru a alinia finanțarea publică a sănătății în România practicilor din Uniunea Europeană. Creșterea calității și accesului la servicii medicale nu poate fi finanțată numai din economiile realizate prin măsuri de raționalizare a cheltuielilor actuale (vezi subcapitolul 2.3).

Impactul bugetar al noilor măsuri propuse sau deja implementate de Guvern pentru creșterea veniturilor FNUASS în anul 2012 și ulterior, față de anul 2011, totalizează 1,535 miliarde lei. Totuși, dacă ținem cont de diminuarea cu 100 de milioane lei a subvențiilor totale către FNUASS[68] , de scăderea predictibilă a veniturilor din contribuțiile pensionarilor și de întârzierea implementării co-plății, creșterea netă a veniturilor în 2012, față de anul anterior, va fi de aproximativ 750 de milioane lei. În aceste condiții, în anul 2013 FNUASS nu va avea suficiente resurse pentru a respecta prevederile Directivei 7/2011 a Consiliului Uniunii Europene și Parlamentului European privind combaterea plăților întârziate în tranzacțiile comerciale[69] (vezi subcapitolul 4.3). De aceea, considerăm imperios necesară implementarea cel puțin a unora dintre propunerile sus-menționate de suplimentarea a veniturilor (vezi Tab. 7).

Măsuri de creștere a veniturilor FNUASS și MS propuse în raport	Sumă anuală estimată (mil. RON)
contribuții pentru sănătate de 10,7% la veniturile persoanelor fizice autorizate și la cele din activități independente	300
contribuții pentru sănătate din impozitarea tuturor pensiilor[70]	2000
cota asigurări de sănătate de 12% (din anul 2013, comparație cu suma prevăzută în SFB 2012-2014)	2000
cota asigurări de sănătate de 13% (din anul 2014, comparație cu suma prevăzută în SFB 2012-2014 și cota de 12%)	2000
aplicarea „taxei de viciu” la bere	150
compensarea asigurării de sănătate pentru elevi și studenți (comparație cu subvențiile pentru acoperirea deficitelor FNUASS, prevăzute pentru anul 2013 de SFB 2012 - 2014)	900
Total	**7.350**

Tab 5. Impactul bugetar al propunerilor de creștere a veniturilor în sănătate
Sursa: MIND Research & Rating

[68] Inclusiv cele prevăzute pentru compensarea asigurărilor de sănătate ale pensionarilor cu venituri sub 740 lei.

[69] Directiva impune statelor membre reducerea perioadelor de decontare a serviciilor medicale și medicamentelor la 60 de zile, plus 30 de zile pentru acceptare. În România, perioadele de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală sunt de 180 de zile (plus 30 de zile pentru verificare), iar a celor din programele naționale de sănătate 90 de zile (plus 30 de zile pentru verificare).

[70] Suma este calculată ca diferență între veniturile potențiale și cele estimate prin aplicarea metodei de calcul indicată de Curtea Constituțională.

Măsuri de creștere a veniturilor FNUASS promovate de Guvern	Sumă anuală estimată (mil. RON)
implementarea co-plății	250
taxa clawback	1.100
preluarea de către ANAF a administrării contribuției pentru sănătate din veniturile persoanelor fizice autorizate și din cele din activități independente (comparativ cu anul 2011)	60
majorarea cu 8% a salariilor în sectorul bugetar	125
Total	**1.535**
Total realist	**750**

Tab 6. Impactul bugetar al măsurilor de creștere a veniturilor FNUASS promovate de Guvern

Sursa: MIND Research & Rating

4.2 Asigurările private de sănătate

Pe lângă aspectele financiare ale sistemului de sănătate, considerăm de o importanță majoră și redefinirea relațiilor dintre finanțatori, furnizorii de servicii și pacienți. Recunoscând că actualul cadru legislativ și instituțional - în care principalii actori aparțin sectorului public - nu mai poate face progrese majore în privința calității și atenției acordate pacienților, în acest capitol analizăm propunerile de reformă prin care sectorul privat să dobândească un rol semnificativ în sistemul de sănătate din România.

Ponderea cheltuielilor private oficiale în sistemul românesc de sănătate este sub media europeană, reprezentând aproximativ o cincime din total. Din acestea, cele cu asigurările voluntare de sănătate reprezintă o parte infimă; imensa majoritate constă în plăți directe (pentru medicamente, pentru dispozitive medicale, pentru serviciile furnizorilor privați din medicina primară sau secundară).

Participarea sectorului privat la piața asigurărilor de sănătate este necesară din mai multe considerente: (i) ar aduce venituri suplimentare în sistem, pentru acoperirea unor servicii în afara pachetului de bază, (ii) ar obliga furnizorii privați și publici la respectarea unor standarde de calitate superioare și (iii) ar putea conduce la scăderea prețurilor serviciilor medicale.

Asigurările private de sănătate se pot materializa în două forme: asigurări pentru pachetul de servicii de bază și asigurări voluntare, pentru servicii rămase în afara acestuia.

Având în vedere stadiul incipient al pieței asigurărilor private, recomandăm încurajarea asigurărilor voluntare - într-o primă fază, care ar putea dura 2-3 ani - și, ulterior, trecerea la asigurări private pentru pachetul de bază. Această etapizare nu ia în calcul numai capacitatea administrativă a firmelor de asigurare, ci și schimbările de mentalitate necesare din partea furnizorilor și asiguraților. În plus, este nevoie ca reformele începute în anul 2010 să avanseze, înainte de a trece la o nouă fază de dezvoltare a sistemului medical din România.

Înainte de a discuta în detaliu cele două tipuri de asigurări private de sănătate, avertizăm că acestea trebuie reglementate mult mai amplu decât în prezent[71]. De asemenea, sunt necesare măsuri de stimulare a asigurării private voluntare, prin deduceri fiscale și campanii de informare. De aceea, oricare ar fi opțiunea Guvernului în privința etapizării asigurărilor private, primul pas trebuie să fie elaborarea - de către MS - a unei strategii de implementare, care să stabilească obiectivele, să analizeze toate aspectele importante și să prevadă soluții și resursele necesare.

[71] În Legea nr. 95/2006 există numai 15 articole despre asigurările voluntare de sănătate, iar în contractul-cadru pentru anii 2011 și 2012 niciunul.

Asigurările private voluntare de sănătate

În celelalte state ale Uniunii Europene cheltuielile în contul asigurărilor private voluntare de sănătate variază între 0,02% din PIB (Cehia, Estonia, Suedia) și peste 1% din PIB (Germania, Franța, Slovenia), cu o medie de 0,4% din PIB (Belgia, Spania, Olanda). În România, în anul 2009, conform Eurostat, cheltuielile de acest tip au reprezentat 0,01% din PIB.

Cauzele nedezvoltării asigurărilor private voluntare sunt multiple: pachetul de servicii de bază este prea amplu, reglementările sunt sumare, cultura asigurărilor private voluntare este firavă, societățile de asigurări nu au dezvoltat oferte atrăgătoare, nu există stimulente fiscale nici pentru populație, nici pentru asigurători.

Asigurările voluntare ar trebui contractate numai pentru servicii din afara pachetului de bază, pentru a evita migrarea contribuabililor înstăriți din sistemul de asigurări sociale. Odată cu elaborarea „listei negative" a serviciilor medicale neincluse în pachetul de bază, asigurările voluntare vor avea o piață clară, iar asigurătorii vor putea dezvolta polițe pentru diversele categorii de pacienți, precum și campanii de comunicare.

O precauție necesară în privința asigurărilor voluntare este excluderea posibilității asigurării pentru serviciile supuse co-plății. Rolul acesteia din urmă nu este numai de a genera venituri suplimentare în sistem, ci și de a descuraja utilizarea irațională a serviciilor. Or, în cazul decontării co-plății de către asigurători, pacienții nu vor avea nici un stimulent să-și modifice comportamentul.

Un element important de stabilit pentru încurajarea asigurărilor voluntare de sănătate este posibilitatea deducerii primelor de asigurare plătite din venitul impozabil al asiguraților. Aceasta presupune modificarea Codului fiscal și trebuie să fie aprobată imediat după publicarea, de către Ministerul Sănătății, a „listei negative" a serviciilor medicale, probabil în cursul acestui an. Dacă se întrunesc aceste cerințe, asigurările voluntare de sănătate pot lua amploare din anul 2013.

Asigurările private pentru pachetul de servicii de bază

Deschiderea pieței asigurărilor sociale de sănătate către firmele private de asigurări este o reformă profundă a sistemului, cu implicații majore asupra finanțării, contractării și furnizării serviciilor, a activității furnizorilor și relației finanțator - furnizor - pacient.

Recomandarea noastră este ca asigurările private pentru pachetul de bază să intre în vigoare după generalizarea celor voluntare, adică începând cu anul 2015 și oricum nu înaintea redefinirii pachetului de bază de servicii medicale. Până atunci, trebuie pregătite temeinic reglementările și structura instituțională publică și privată necesară, plecând de la experiențele statelor europene cu sisteme similare, de exemplu Olanda și Cehia. Trebuie știut că reglementarea sistemului de sănătate e mult mai complexă în cazul asigurărilor private deoarece trebuie să urmărească dinamica unei piețe cu mulți actori aflați în competiție și în căutarea profitului. Dintre aspectele cele mai importante de avut în vedere în construirea eșafodajului asigurărilor private obligatorii, le supunem atenției Guvernului pe următoarele:

Tab 7. Probleme de reglementat în implementarea asigurărilor private obligatorii de sănătate

Sursa: MIND Research & Rating

Cerințele de licențiere a asiguratorilor	Sunt necesare reguli clare pentru licențierea inițială, precum și reînnoirea anuală/ periodică a acesteia, prin care să fie permis numai accesul asigurătorilor care pot dovedi că au achiziționat servicii de calitate, se află într-o situație financiară bună și au utilizat rațional resursele alocate.
Cum se plătesc contribuțiile?	Prima variantă - aceea a menținerii cotelor actuale de contribuție, a colectării lor de către ANAF și repartizării veniturilor aferente către asigurători - a fost deja prezentată în proiectul de lege dezbătut de începutul anului 2012 și retras ulterior. Cea de-a doua variantă presupune menținerea contribuției angajatorilor ca venit direct al FNUASS și transformarea contribuției asiguraților în primă de asigurare, reglementată, dar

	parțial negociabilă cu asigurătorul. Veniturile din cota angajatorilor ar fi utilizate de CNAS pentru echilibrarea asigurătorilor, în funcție de profilul de risc al clienților fiecăruia, și pentru acoperirea cheltuielilor neprevăzute. Recomandarea noastră se oprește asupra celei de-a doua variante. Prima dezavantajează asigurătorii, care vor fi puși în situația de a acoperi deficitele actuale de finanțare a serviciilor medicale din veniturile proprii și de a depinde de Parlament pentru creșterea contribuțiilor. În plus, prima variantă creează dezechilibre între asigurători: deoarece contribuțiile pensionarilor nu sunt dublate de contribuții ale angajatorilor, cei cu mulți pensionari în portofoliu vor realiza mai puține venituri decât ceilalți, rezultatul fiind refuzul de a vinde polițe către vârstnici. Aceeași situație ar fi valabilă și în cazul a doi asigurători cu venituri egale, dar profile de risc diferite. Cea de-a doua variantă oferă atât flexibilitate asigurătorilor, prin prima de asigurare negociabilă, cât și FNUASS, care va dispune de un fond important de echilibrare a riscului. Astfel, refuzul de a încheia contracte cu pacienți costisitori va scădea exponențial
Cum se echilibrează profilul de risc al asigurătorilor de către FNUASS?	Formula de echilibrare trebuie să ofere mai multe venituri asigurătorilor cu clienți costisitori și/sau care apelează frecvent la servicii medicale. De aceea, formula va lua în calcul variabilele cele mai importante pentru nevoile de cheltuieli ale asigurătorilor (de exemplu: numărul persoanelor de peste 65 de ani, numărul femeilor, numărul femeilor însărcinate, numărul bolnavilor cronici, numărul bolnavilor înscriși în programe naționale de sănătate, numărul bolnavilor cu afecțiuni costisitoare - ex. scleroză multiplă în plăci, HIV/SIDA -, numărul pacienților care consumă anual servicii sau medicamente valorând - să zicem - peste 200.000 de lei, etc.). De asemenea, echilibrarea trebuie să stabilească regulile de alocare a fondurilor - anticipată sau rambursare - și regimul sumelor acordate și neutilizate. De asemenea, vor trebui prevăzute și situațiile în care un asigurător ar avea nevoi obiective de cheltuieli mai mari decât veniturile din prime și echilibrarea alocată inițial.
Care va fi regimul veniturilor din alte surse decât asigurări de sănătate: taxa clawback și subvențiile de la bugetul de stat și bugetul MS?	Trebuie stabilit dacă aceste venituri vor alimenta fondul de echilibrare, vor fi alocate unor alte cheltuieli decât ale asigurătorilor sau vor fi desființate. În plus, în ceea ce privește subvențiile de la bugetul de stat și bugetul asigurărilor sociale, trebuie stabilit dacă acestea vor mai compensa scutirile de la plata contribuției de sănătate - urmând a fi transferate de CNAS asigurătorilor respectivi - sau vor fi transformate în ajutoare sociale, beneficiarii fiind ajutați să-și achite primele de asigurare.
Contractarea furnizorilor de către asigurători	Printre întrebările la care trebuie găsite răspunsuri enumerăm: - Se utilizează un singur contract-cadru la nivel național sau fiecare asigurător își elaborează propriul contract, cu respectarea unor cerințe minime obligatorii? - Asigurătorii vor putea negocia în comun cu anumiți furnizori din domenii care nu implică o mare diversitate a serviciilor (de ex. servicii paraclinice) sau din anumite zone geografice? - Cine va reprezenta furnizorii din asistența medicală primară - mai ales medicii de familie - și farmaciile la negocierea și contractarea serviciilor? Vor fi asociații specificate în lege sau pot fi și altele care îndeplinesc un set minim de criterii de

	reprezentare? - Contractarea furnizorilor poate fi selectivă sau e generalizată? Ce se întâmplă în zone geografice în care nu a fost contractat nici un furnizor, îi va despăgubi cineva pe pacienți pentru prețurile mai mari plătite pentru servicii? - Ce se întâmplă în cazul în care reînnoirea contractului cu un furnizor esențial (de ex. spital de urgență județean sau medic de familie în mediul rural) întârzie? Cum sunt furnizate serviciile în noul an și la ce preț? - Cum se dimensionează contractele de furnizare: pe baza numărului de cazuri estimate a fi rezolvate de către furnizorul respectiv sau pe costuri istorice și capacitatea furnizorului? - În cadrul contractelor de furnizare, prețurile serviciilor sunt negociabile între asigurător și furnizor sau fixe sau parțial negociabile? Dacă sunt negociabile, este corect ca o operație de apendicită să coste diferit în același spital, în funcție de asigurătorul contractant? De asemenea, vor exista marje în interiorul cărora să poată fi negociate prețurile? - Prețurile serviciilor furnizorilor necontractați vor fi mai mari decât în cazul contractării. Cum se stabilește limita maximă a acestora și care sunt criteriile de transparență? - Pot asigurătorii să impună furnizorilor reguli suplimentare decât cele naționale în privința prescrierii rețetelor, cu scopul de a controla costurile? - Perioadele de decontare a serviciilor medicale de către asigurători vor fi stabilite prin reglementări naționale sau prin contractele de furnizare? În al doilea caz, vor exista limite maxime naționale? - Va exista un sistem național și transparent de evaluare a calității serviciilor fiecărui furnizor, care să servească asigurătorilor în contractare și pacienților în alegerea furnizorului? - Cum se garantează accesul asigurătorilor la informații deținute de furnizori pentru a evalua calitatea serviciilor prestate (de ex. procentul reinternărilor pentru aceeași afecțiune, numărul infecțiilor nozocomiale etc.)?
Relația asigurător - asigurat	Relația dintre asigurător și asigurat este deosebit de complexă, influențând decisiv percepția pacienților asupra viabilității sistemului privat de asigurări de sănătate. CNAS și Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor (CAS) le revin roluri esențiale în reglementarea și supervizarea acestui domeniu, astfel încât satisfacția pacienților să fie în limite acceptabile. Printre aspectele cele mai importante de soluționat se regăsesc: - Modul de contractare a polițelor de asigurare: va fi doar individual sau și colectiv? În caz de contractare colectivă, care vor fi formele eligibile de asociere a clienților, astfel încât anumiți asigurători să nu acumuleze riscuri excesive (de ex. un asigurător dornic de extindere pe piață nu trebuie să aibă o expunere excesivă pe categorii de clienți costisitori, de exemplu pensionari sau mineri)?[72] - Polițele de asigurare se contractează anual sau pot fi și

[72] În Olanda, contractarea colectivă e permisă numai la nivel de angajator.

	multianuale? În al doilea caz, se pot aplica reduceri? - Cum se garantează acceptarea de către un asigurător a oricărui client, indiferent de riscul prezentat de acesta?[73] - Pot asigurătorii să ofere și polițe de asigurări voluntare de sănătate odată cu cele obligatorii sau separat? Cine verifică dacă polițele de asigurări voluntare nu acoperă servicii incluse deja în pachetul de bază? - Sunt obligați asigurătorii la un anumit profil al clienților (de ex. procentul bolnavilor cronici sau al pensionarilor să nu depășească un anumit nivel)? - În ce condiții poate un asigurat să schimbe asigurătorul? După câți ani? Dar în cursul anului calendaristic? - Pot asigurătorii să descurajeze folosirea irațională a serviciilor prin impunerea unor constrângeri suplimentare pacienților (de ex. neachitarea/ nerambursarea primilor 50 lei de servicii medicale consumate, liste cu medicamente compensate preferențiale, liste cu furnizori de servicii preferențiali, chiar dacă și alții sunt contractați)? - Care sunt modurile de achitare a serviciilor medicale și medicamentelor acoperite de polițele de asigurare obligatorie: a. asigurătorul achita direct furnizorului pe baza facturii; b. pacientul achită, iar asigurătorul rambursează; c. în cazul co-plății sau a furnizorilor necontractați: i. asigurătorul achită integral și recuperează ulterior contravaloarea de la client sau ii. clientul achită partea ce ii revine? - Pot asigurătorii să solicite clienților lor utilizarea unor carduri de asigurat particularizate? - Vor fi obligați asigurătorii să realizeze evaluări ale satisfacției pacienților față de contractul de asigurare și serviciile de care au beneficiat aceștia? Vor fi făcute publice evaluările? - Cum va sprijini un asigurător pacientul nemulțumit de serviciile medicale primite?
Relația furnizor - pacient	În privința relației dintre furnizor și pacient, cel mai important aspect este satisfacția celui din urmă. De aceea, sunt foarte importante căile de acțiune în cazul în care există nemulțumiri, respectiv solicitarea intervenției asigurătorului, a CNAS, a CAS, al altor entități.
Alte aspecte importante de reglementat cu claritate	Pentru funcționarea corectă a asigurărilor obligatorii private de sănătate, și alte aspecte au importanță sistemică, și anume: - În cazul spitalelor, în contextul asigurărilor sociale private, se va menține regula bugetară actuală, conform căreia cheltuielile de personal pot reprezenta maxim 70% din sumele decontate de CNAS? - Cine și cum vor fi contractate serviciile medicale și medicamentele din cadrul programelor naționale de sănătate, de către asigurători, CNAS sau Ministerul Sănătății? Dacă vor contracta asigurătorii, cum vor fi decontați de CNAS, în cadrul sistemului de echilibrare sau

[73] În Olanda, chiar și după 4-5 ani de la implementarea reformei sistemul de asigurări de sănătate există circa 170 de mii de persoane fără asigurare, care sunt „încurajate" de asigurători să nu solicite încheierea unei polițe de asigurare deoarece ar fi clienți prea costisitori. De asemenea, există peste 200 de mii de asigurați care nu-și plătesc la timp obligațiile.

separat? Problema este importantă deoarece o bună parte a costurilor programelor naționale de sănătate este finanțată din veniturile proprii ale MS, care sunt transferate anual FNUASS. Prin compensarea costurilor asigurătorilor cu un portofoliu de clienți potențial mai costisitori, precum cei incluși în programele naționale de sănătate, se poate evita selecția solicitanților de asigurare.

- Asigurătorii vor putea deține în proprietate furnizori de servicii medicale, spitale, clinici etc.? Dacă da, ce limite vor fi impuse pentru a evita practici neconcurențiale?
- Ce se întâmplă cu casele județene de asigurări de sănătate odată cu liberalizarea pieței? Vor fi licențiate ca asigurători, scop în care Guvernul le va asigura finanțarea necesară întrunirii capitalului social minim? Vor fi ulterior privatizate? Vor fi desființate, caz în care trebuie înstrăinat patrimoniul și resursele?
- Consiliul Concurenței va reglementa și monitoriza piața asigurărilor private obligatorii de sănătate?
- Cum vor fi reglementate marjele de profit ale asigurătorilor, condițiile minime de bonitate financiară, costurile administrative acceptabile, costurile de publicitate etc.? Cine va monitoriza și controla aceste aspecte, CNAS sau CSA?

Nu în ultimul rând, este important ca, odată stabilit conținutul reformei asigurărilor obligatorii de sănătate, CNAS să treacă printr-un proces amplu de construire a capacității administrative necesare exercitării noilor sale roluri, cu precădere a sistemelor de monitorizare și control al activității asigurătorilor.

4.3 Opțiuni de raționalizare a cheltuielilor

Actualul cadru de furnizare a serviciilor și de cheltuieli al sistemului de asigurări sociale de sănătate din România nu garantează performanță în schimbul resurselor utilizate. Dimpotrivă, insatisfacția pacienților este ridicată, iar risipa generalizată.

Deși trecerea la un sistem de asigurări sociale de sănătate a fost o măsură corectă, România nu s-a aliniat practicilor europene în domeniu, menținând structuri și reguli anacronice, care azi îi frânează evoluția. Acestea trebuie înlăturate, astfel încât serviciile medicale să fie de calitate, accesibile și sustenabile financiar.

Reforma cheltuielilor publice cu sănătatea este cu atât mai necesară, cu cât, pe termen mediu și lung, nevoile nu vor scădea, ci vor crește, ca urmare a îmbătrânirii populației și creări unor noi așteptări din partea pacienților.

Propuneri de reformă au fost făcute în repetate rânduri în ultimii 4 ani, începând cu raportul din anul 2008 al comisiei prezidenţiale pentru analiza şi elaborarea politicilor din domeniul sănătăţii publice din România - „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetăţeanului” -, continuând cu analizele de sector elaborate de Banca Mondială în anii 2007 și 2011 sau raportul din 2010 al Societății Academice din România - „Criză şi reformă în sistemul de sănătate. O radiografie la zi”. Împărtășim cea mai mare parte a recomandărilor făcute în cuprinsul acestor documente și remarcăm faptul că au început să fie puse în aplicare în ultimii 2 ani, la presiunea Fondului Monetar Internațional și a Uniunii Europene. Profitând de reînceperea consultărilor asupra unui proiect de lege privind reforma în sănătate, în acest subcapitol vom analiza acele aspecte de importanță sistemică ce ar putea fi luate în considerare în elaborarea noilor propuneri legislative.

Pachetul de servicii de bază

Reforma pachetului de servicii medicale de bază pare a fi cheia de boltă pentru evoluția sistemului de asigurări sociale de sănătate din România. Pe scurt, pachetul de bază ar trebui să includă numai serviciile esențiale care pot fi finanțate cu veniturile realizabile ale FNUASS. În ultimii ani, echilibrul dintre nevoile de cheltuieli și resursele disponibile a fost rupt, ca urmare a crizei economice și a unor măsuri care au încurajat consumul de

medicamente și servicii. Ministerul Sănătății lucrează de mai bine de un an la restructurarea serviciilor de bază, promițând finalizarea demersului în anul 2012 prin publicarea „listei negative" a serviciilor neincluse și a celei conținându-le pe acelea acoperite de asigurarea obligatorie de sănătate.

Pachetul de bază condiționează și alte reforme în sistem: asigurările voluntare de sănătate, necesitatea creșterii cotelor de contribuție, revizuirea sistemelor de tarifare, eficientizarea programelor naționale de sănătate, dezvoltarea asistenței primare etc.

Totuși, reforma nu trebuie făcută în grabă, ci predictibil. Deoarece românii au fost obișnuiți să beneficieze de servicii medicale cvasi-universale, va fi necesară o campanie susținută de informare, care să trezească și interesul pentru asigurările voluntare de sănătate.

Asistența medicală spitalicească

Asistența medicală spitalicească reprezintă cea mai mare categorie de cheltuieli în orice sistem de sănătate. În Uniunea Europeană, din totalul cheltuielilor de sănătate, aceasta reprezintă 37%. În România situația nu este diferită: în totalul cheltuielilor de sănătate, ponderea serviciilor spitalicești este de peste 40% (2009)[74]. Aceste niveluri sunt mai mari decât în marea majoritate a statelor europene.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate a moștenit un sector spitalicesc supra-dezvoltat și reguli financiare și instituționale care îi încurajau extinderea pe mai departe. Din perspectiva serviciilor, această situație a cauzat subdezvoltarea asistenței primare, iar din punct de vedere financiar, cheltuieli multiplicate pentru cazuri tratabile în ambulatoriu.

În prezent există circa 350 de spitale publice, din care majoritatea în subordinea administrației locale - circa 250 -, iar restul în subordinea Ministerului Sănătății sau a altor ministere. Multă vreme spitalele au fost privite ca structuri indispensabile, dar erau rigide și nereformabile. Odată cu descentralizarea majorității lor, în anul 2010, propunerile de restructurare a sistemului spitalicesc au dobândit o audiență mai largă și deschisă la schimbare. Una dintre principalele idei promovate este privatizarea spitalelor, iar pentru aceasta viitorul proiect de lege a sănătății va permite transformarea lor în societăți comerciale sau fundații. Alături de asigurările private obligatorii de sănătate, privatizarea spitalelor reprezintă o reformă profundă a sistemului cu consecințe majore pentru calitatea serviciilor și utilizarea resurselor. În elaborarea proiectului de lege, pentru a evita disfuncționalități în implementare ce ar compromite ideea de privatizare, recomandăm ministerului să țină seama și de următoarele aspecte:

Tab 8. Probleme de reglementat în procesul de privatizare a spitalelor publice
Sursa: MIND Research & Rating

Etapele privatizării	Care spitale vor fi privatizate, oricare sau doar anumite specializări? Vor fi privatizate și spitalele clinice universitare sau numai cele municipale și județene de urgență? Privatizarea se va implementa simultan sau în etape? Dacă va fi în etape, cum vor fi selectate spitalele, în funcție de regiune/ județ sau specializare? Care vor fi regulile procesului de privatizare a spitalelor, având în vedere că proprietarii actuali sunt statul sau unitățile administrativ-teritoriale? În orice caz, ar trebuie publicat din timp un calendar al licitațiilor publice de privatizare. Vor exista limitări pentru a evita dobândirea unor poziții dominante pe piață de către anumite spitale sau anumiți acționari?
Forma de organizare	Spitalele vor fi societăți comerciale, fundații sau instituții publice. În cazul societăților comerciale, care va fi forma de organizare, cu răspundere limitată, pe acțiuni, în comandită simplă etc.? Vor exista constrângeri în privința acționariatului - de exemplu,

[74] În anul 2011 procentul cheltuielilor cu spitalele în total cheltuieli FNUASS a scăzut la 39% grație măsurilor de desființare a unor spitale, reducerii numărului de paturi și al internărilor.

	experiență dovedită în domeniu - sau a capitalului social deținut? Vor exista reguli suplimentare celor prevăzute în Legea nr. 31/1990 privind societățile comerciale, republicată? De asemenea, în cazul în care acționariatul va fi public, se vor aplica regulile referitoare la managementul și finanțele companiilor de stat? Vor exista limitări ale profitului realizabil sau ale puterilor adunării generale a acționarilor? Vor fi diminuate puterile AGA în favoarea consiliului de administrație, astfel încât să fie garantată continuitatea și calitatea serviciilor? În cazul organizării ca fundații, cine vor putea fi fondatori sau membri, statul, unitățile administrativ-teritoriale, alte spitale, societăți comerciale, alte fundații, societăți de asigurare? Ce prevederi suplimentare vor exista în legea sănătății față de O.G. nr. 26/2000 privind asociațiile și fundațiile? Cum vor fi reglementate conducerea, gestiunea financiară sau resursele umane în comparație cu o fundație pentru promovarea - să zicem - a colectării selective a deșeurilor în orașele mici? În conducerea spitalelor private vor participa de drept reprezentanți ai ministerului sănătății și ai administrației publice locale? Dacă da, vor avea aceștia drept de veto în anumite decizii privind furnizarea serviciilor medicale esențiale pentru colectivitățile locale respective?
Răspunderea pentru actul medical	Cum vor răspunde spitalele private pentru serviciile furnizate sau relațiile contractuale încheiate cu CNAS sau alți asigurători? Limita capitalului social subscris va fi identică cu a celorlalte societăți comerciale sau vor exista prevederi speciale, ca în cazul băncilor sau a societăților de asigurare? Dar în cazul spitalelor organizate ca fundații?
Serviciile furnizate	Ce avize și aprobări din partea ministerului sau a direcțiilor de sănătate publică vor fi necesare pentru schimbarea structurii organizatorice a unui spital privat? Dar pentru deschiderea sau închiderea unei secții? În cazul privatizării unui spital, ce specializări minimale va trebui să aibă? Cine le va impune? Care vor fi căile de atac în cazul în care pacienții nu vor fi mulțumiți de serviciile furnizate de un spital privat?
Contractarea serviciilor	Vor exista reguli diferite de contractare a serviciilor cu CNAS și MS, având în vedere formele diferite de proprietate și organizare, astfel încât să fie garantată utilizarea judicioasă a resurselor publice și calitatea minimă a serviciilor?
Bugetarea	Ce reguli vor fi impuse spitalelor private astfel încât să nu fie supraestimate veniturile și să fie prevenite plățile restante către furnizori? De exemplu, care va fi regimul donațiilor, al veniturilor din capital și al celor din servicii prestate în afara contractelor cu CNAS: vor putea fi programate liber, estimate pe baza realizărilor din anii precedenți sau bugetate pe măsura colectării lor? În privința subvenționării din partea bugetului de stat sau a bugetelor locale, vor fi permise asemenea ajutoare financiare? Dacă da, în ce condiții și pentru ce cheltuieli? Recomandăm ca asemenea subvenții să fie restricționare la investiții și achiziția de echipamente și să excludă cheltuielile curente, altfel oportunitatea de raționalizare a cheltuielilor va fi irosită din cauza hazardului moral. Spitalele private vor putea contracta împrumuturi? Daca da, pentru ce tip de cheltuieli? Vor exista limite de îndatorare?
Gestiunea	Vor fi menținute limitele privind cheltuielile de personal - nu mai

resurselor umane	mult de 70% din sumele decontate de FNUASS - și pentru spitalele private? Ce statut va putea avea personalul medical în spitalele private: angajat, prestator de servicii, colaborator extern? Care va fi nivelul salarizării personalului în spitalele private? Dacă va fi altul decât în instituțiile publice, vor fi aplicabile regulile din companiile de stat și pentru spitalele cu capital majoritar public? Dacă salariile vor fi negociate, vor exista limite superioare? Vor exista limite pentru cheltuielile cu personalul medical colaborator sau prestator de servicii?
Control financiar și raportare	Care vor fi regulile aplicabile controlului financiar ex-ante și ex-post în spitalele private, aceleași ca în instituțiile publice - control financiar preventiv intern și, respectiv, audit al Curții de Conturi? Administratorii spitalelor private vor fi obligați să respecte regulile aplicabile ordonatorilor de credite din instituțiile publice în utilizarea fondurilor provenind din FNUASS, bugetul de stat sau bugetele locale? Spitalele private vor avea aceleași obligații de raportare financiare sau de orice altă natură ca și spitalele publice?
Insolvența spitalelor	Cum vor fi reglementate situațiile de insolvență a spitalelor private? Vor fi aplicate aceleași reguli ca în cazul societăților comerciale sau va fi realizată o procedură accelerată, specifică - de ex. cine va prelua administrarea și din ce active va fi constituită masa credală? Ce reguli prudențiale vor fi stabilite pentru a evita aceste situații? Cum vor influența aceste reguli contractarea serviciilor? Ce se va întâmpla în cazul insolvenței unui spital de importanță sistemică sau esențial pentru o anumită regiune, cum vor fi furnizate serviciile medicale respective?
Achizițiile	Vor fi impuse norme sau liste de echipamente pentru spitalele private, în funcție de specializarea acestora? Va exista un plan național sau teritorial de achiziții de echipamente impozabil și spitalelor private? Vor fi respectate procedurile de achiziții publice de către spitalele private pentru resursele provenind de la FNUASS sau bugetele publice?
Investițiile	Care vor fi sursele legale pentru investiții în spitale private, veniturile proprii ale acestora, împrumuturi sau bugetele publice? Vor exista avize necesare lucrărilor de investiții ale spitalelor private, pentru a garanta că acestea se conformează politicii sanitare naționale sau teritoriale? În cazul finanțării din surse publice, vor exista condiții de co-finanțare?
Controlul calității, autorizare și acreditare	Vor exista reguli comune pentru controlul și evaluarea calității, autorizare și acreditare pentru toate spitalele, indiferent de forma de proprietate sau organizare?

Considerăm că înaintea privatizării spitalelor, MS și autoritățile locale trebuie să continue reformele începute în anul 2010, cu precădere cele care urmăresc reducerea capacității de internare continuă și transferul serviciilor către ambulatoriu și internare de zi. Printre cele mai importante asemenea inițiative amintim:

- fuzionarea spitalelor mari cu cele mici aflate sub aceeași autoritate;
- stabilirea unor structuri și servicii integrate de management al mai multor spitale de sub aceeași autoritate (de ex. a unui consiliu județean). Totodată, reducerea ponderii și costurilor cu personalul administrativ prin externalizarea unor servicii de acest tip;

- reducerea numărului de paturi și de internări, potrivit Planul național de paturi 2011-2013, aprobate prin H.G. nr. 151/2011. Planul prevede reducerea în etape a numărului de paturi până în anul 2013 la 123.000 de paturi;
- modificarea sistemului de tarifare DRG, pe caz rezolvat sau pe servicii medicale, astfel încât ambulatoriul și internarea de zi să devină atractive financiar pentru spitale;
- contractarea selectivă de către CNAS a spitalelor pentru serviciilor medicale suportate din fondul de asigurări sociale de sănătate. Criteriile de selecție ar trebui să fie preponderent calitative. Astfel, spitalele vor fi stimulate să amelioreze calitatea serviciilor pentru a-și păstra contractele cu CNAS;
- dimensionarea contractelor de servicii medicale cu CNAS în funcție de estimarea cazurilor rezolvate în anul în curs și diminuarea ponderii indicatorilor de capacitate de spitalizare și istorici;
- ameliorarea activităților de monitorizare a execuției bugetare a spitalelor, în scopul de a verifica respectarea regulilor finanțelor publice și a preveni acumularea de plăți restante. Publicarea pe pagina de internet a CNAS sau am MS a situațiilor financiare trimestriale ale tuturor spitalelor contractate, inclusiv a plăților restante și a activelor și datoriilor;
- măsurarea și publicarea pe pagina de internet a indicatorilor de calitate pentru fiecare spital aflat în relații contractuale cu CNAS.

Programele naționale de sănătate

Cheltuielile FNUASS cu programele naționale de sănătate totalizează circa 13% - 14%, inclusiv cele cu medicamentele de pe lista C2 de compensare și serviciile de dializă. Această categorie a avut evoluția cea mai accelerată dintre toate cheltuielile Fondului în ultimii 6 ani (+110%). Analiza funcțională sistemului de sănătate realizată de Banca Mondială[75] relevă faptul că programele naționale de sănătate în România au o pondere superioară instrumentelor similare din alte state europene. Deși impactul programelor asupra ameliorării stării de sănătate a unor categorii importante de pacienți este incontestabil, considerăm că există măsuri care ar putea crește eficiența acestora, respectiv:

- achiziția unor medicamente prin licitație publică la nivel național, cu ajutorul căreia să se obțină economii de scară;
- acordarea unei atenții mai mari programelor profilactice de către Ministerul Sănătății.

Asistența medicală primară

Pentru reuși să controleze cheltuielile de sănătate pe termen mediu și lung, România trebuie să investească acum în asistența medicală primară. Dacă în statele UE asistența primară absoarbe un sfert din cheltuielile de asigurări sociale de sănătate, în România procentul este de 12% - 13%. Reformele recente prin care ponderea tarifului pe servicii furnizate de medicii de familie a crescut la 50% sunt corecte, însă mai trebuie făcuți pași importanți, cum ar fi:

- alocarea unor sume mai mari pentru serviciile de prevenire, eventual includerea lor în serviciile decontate din FNUASS;
- încurajarea medicilor de familie și a celor specialiști să furnizeze mai multe servicii, eliminând sau relaxând actualele limite privind numărul de servicii ce pot fi decontate lunar și trimestrial;
- stimularea medicilor de familie și specialiști pentru a practica în mediul rural, astfel încât pacienții din aceste zone să nu solicite direct servicii de spitalizare;
- creșterea treptată a valorii punctelor în medicina primară pentru a încuraja migrația cadrelor sanitare dinspre asistența spitalicească, precum și alegerea acestor specialități de către tinerii medici;
- în cadrul mecanismului de co-plată, implementarea unor tarife mai reduse pentru servicii în ambulatoriu decât pentru cele care presupun internarea;

[75] Banca Mondială. Regiunea Europa şi Asia Centrală, România - analiză funcțională. Sectorul de sănătate, București, 2011.

- implementarea de către MS a unor campanii naționale susținute de promovare a medicinii de familie, de prevenire și informare asupra diferitelor riscuri la adresa sănătății.

Un ultim element de amintit în această secțiune este necesitatea dezvoltării rețelelor de cooperare la nivel zonal între medicii de familie, medicii specialiști și farmaciști. Aceste rețele ar trebui să capete or formă organizată - chiar și fără personalitate juridică - și utilizate pentru a analiza și evalua starea de sănătate, efectele prescrierilor și ale tratamentelor și provocările ce pot influența asistența medicală în arealele respective. Direcțiile județene de sănătate publică și autoritățile publice locale ar putea juca un rol important în stimularea și coordonarea acestor rețele.

Medicamentele compensate în ambulatoriu

Medicamentele compensate, inclusiv cele din programele naționale de sănătate, reprezintă a doua mare categorie de cheltuieli a FNUASS, cu o medie a ultimilor șase ani de 27% din cheltuieli. Eliminarea plafoanelor de cheltuieli cu medicamentele compensate la farmacii în anul 2008 a generat o creștere semnificativă a consumului, care pare să se fi stabilizat la circa 6 miliarde lei anual.

Deși ca pondere în total cheltuieli de sănătate medicamentele în România depășesc media de 20% din Uniunea Europeană, înregistrăm procente comparabile cu celelalte state central și est-europene (Ungaria, Slovacia, Lituania, Estonia, Polonia). Dacă analizăm din punct de vedere al consumului per capita, exprimat în euro la paritatea puterii de cumpărare, România înregistrează cea mai mică valoare de la nivelul întregii Uniuni Europene, cu 40% mai mică decât în Polonia, Lituania sau Estonia (respectiv 156 euro față de 235 - 255 de euro PPS în anul 2009).

Aceste date demontează impresia că în România consumul de medicamente compensate a atins cote alarmante, însă arată că pe viitor tendința va fi de sincronizare cu plutonul țărilor fost-comuniste, deci de creștere a cheltuielilor. Pentru ca resursele FNUASS să fie utilizate cât mai judicios, propunem Guvernului câteva măsuri cu impact sistemic:

- impunerea de plafoane orientative la prescrierea rețetelor. Măsura este deja prevăzută în contractul-cadru pentru anii 2011-2012, însă nu a fost pusă în practică până în prezent, deoarece CNAS nu a emis ordinul de implementare;
- monitorizarea practicilor de prescriere a rețelelor, verificarea și publicarea acelor cazuri care constituie abateri de la normele contractului-cadru și care depășesc cu mult plafoanele orientative.

Un alt aspect important de analizat în această secțiune se referă la Directiva 7/2011 a Uniunii Europene privind combaterea plăților întârziate în tranzacțiile comerciale. Aceasta impune statelor membre să reducă - din anul 2013 - perioadele de decontare a serviciilor și medicamentelor în domeniul sănătății la maximum 60 de zile, plus alte 30 de zile pentru verificarea facturilor. Dacă în privința serviciilor medicale România se conformează deja cerințelor directivei, perioadele de decontare a contravalorii medicamentelor compensate vor trebui reduse cu 4 luni, în cazul celor cu sau fără contribuție personală, și cu o lună, în cazul celor din programe naționale de sănătate. Această măsură presupune efectuarea de cheltuieli suplimentare cu medicamentele compensate de circa 1,6 miliarde lei în anul 2013, pe lângă cele bugetate în mod curent, totalizând probabil 7,5 miliarde lei[76]. Conformarea cu prevederile Directivei 7/2011 impune planificarea din timp a etapelor de către Ministerul Finanțelor Publice, Ministerul Sănătății și CNAS, precum și stabilirea timpurie a sursei de finanțare a celor 1,6 miliarde lei necesari reducerii perioadelor de decontare. Dacă se va recurge la un împrumut contractat de statul român, costul final va consta din dobânzi și comisioane (presupunem rata dobânzii de 5% - 6%) pentru asigurarea numerarului aferent consumului din lunile cu care se reduce perioada de decontare. Deoarece veniturile FNUASS nu vor crește în anii următori astfel încât să fie rambursat împrumutul, presupunem necesitatea refinanțării acestuia sau o perioadă de grație. Estimăm un cost de oportunitate de circa 80-100 de milioane lei pentru un împrumut de 1,6 milioane lei.

[76] Cifra de 1,6 miliarde nu include și plățile restante. Dacă România și-ar propune să reducă perioadele de decontare și să achite și plățile restante existente la momentul respectiv, atunci resursele necesare ar trebui însumate.

În ceea ce privește taxa clawback, considerăm că, odată stabilizat consumul de medicamente, implementate măsurile de control al costurilor și reluată creșterea economică, Guvernul ar putea renunța complet la aceasta sau ar putea modifica nivelul de referință al vânzărilor, astfel încât impactul ei să fie redus. Oricum, în forma sa actuală, taxa dezavantajează producătorii și importatorii în dauna celorlalți actori din industria farmaceutică, cei din urmă nesuportând nimic din povara fiscală. Impactul taxei asupra ofertei de medicamente nu este încă vizibil, însă perpetuarea sau înăsprirea sa pot cauza retragerea unor furnizori importanți de pe piața românească.

Lista medicamentelor compensate nu a mai fost modificată din anul 2008. Studiul NICE International privind analiza reglementărilor și conținutului pachetului de bază de servicii medicale din România, finalizat în ianuarie 2012, arată o serie de disfuncționalități în politica de compensare a medicamentelor, cu precădere neutilizarea evaluării tehnologiilor medicale în decizia de a include medicamente pe listele care permit compensarea[77]. Recomandarea autorilor este ca România să dezvolte și să implementeze asemenea mecanisme. Deși suntem de acord cu recomandarea în sine, considerăm că timpul trecut de la ultima actualizare a listei este deja îndelungat și că este nevoie ca pacienții români să aibă acces la medicamente lansate în ultimii 4-5 ani, care ar putea avea efecte mai bune decât cele actuale în vindecarea bolilor sau prelungirea duratei de viață. Odată cu îmbunătățirea perspectivei financiare a FNUASS, previzibilă începând cu anul 2013, considerăm necesară redeschiderea listei medicamentelor compensate.

Alte propuneri de eficientizare

Noul proiect de lege a sănătății poate promova și alte măsuri care să contribuie la creșterea eficienței serviciilor și a cheltuielilor. Deși punerea lor în practică cere o schimbare de atitudine din partea tuturor actorilor din sistem dificil de realizat, ele sunt necesare astfel încât serviciile să poată fi ameliorate continuu. Așadar, recomandăm ministerului și casei de asigurări:

- încurajarea - alături de autoritățile administrației publice locale - constituirii de rețele teritoriale sau județene ale furnizorilor de servicii medicale primare, secundare și terțiare - integrate vertical - care să garanteze accesul pacienților la nivelul de asistență corespunzător nevoilor lor reale și să evite utilizarea nejustificată a serviciilor spitalicești; prin colaborarea furnizorilor din diferite niveluri de asistență, ar putea crește și eficiența monitorizării tratamentelor post-spitalicești;
- formarea, la nivel local sau zonal, de rețele integrate orizontal între furnizorii de asistență primară - medicii de familie, specialiști, ambulatorii, laboratoare - și farmaciști; aceste rețele ar trebui să schimbe informații și să analizeze practicile de prescriere, modul în care sunt urmate tratamentele de către pacienți, dificultățile întâlnite în activitate; ar fi util ca la aceste grupuri să participe și reprezentanții autorităților locale și ai direcțiilor județene de sănătate publică;
- intensificarea consultărilor cu actorii reprezentativi în conceperea și elaborarea propunerilor de politici publice sau a proiectelor de acte normative; în acest fel, furnizorii vor deveni parte integrantă a proceselor, iar implementarea ar avea de câștigat în eficacitate.

Un ultim aspect de amintit în această secțiune se referă la gestiunea informațiilor medicale despre pacienți, tratamente, servicii și medicamente. Proiectele CNAS referitoare la cardul electronic de sănătate, prescrierea electronică a rețetelor și dosarul electronic al pacientului sunt salutare. Fără a mai intra în detaliile deja știute ale acestor inițiative, recomandăm ca CNAS să dezvolte și capacitatea de analiză și sinteză a fluxurilor de informații astfel obținute pentru a obține progrese vizibile în calitatea serviciilor și utilizarea resurselor. Nu în ultimul rând, ne dorim ca multe din informațiile colectate să fie puse și la dispoziția publicului prin intermediul paginii internet.

[77] NICE International, Asistență tehnică privind analiza reglementărilor și conținutului pachetului de bază de servicii medicale din România. Raport final și recomandări, ianuarie 2012.

5. TRANSPARENȚA ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

5.1 Prevederi actuale privind transparența în Legea sănătății și contractul-cadru și punerea lor în practică

Orice analiză din exterior asupra sistemului de sănătate din România se lovește de opacitatea CNAS și a MS, care publică foarte puține din informațiile pe care le dețin. Experiența celor 22 de ani de democrație în țara noastră arată că în orice domeniu ascuns privirilor și evaluărilor actorilor avizați din sectorul ne-guvernamental sau ale publicului se petrec derapaje majore. Sănătatea nu face excepție de la această constatare, după cum o arată însăși situația financiară a Fondului de sănătate și practicile bine-știute în prescrierea medicamentelor, în internarea unor pacienți fictivi, în neînregistrarea deliberată a facturilor la medicamente compensate etc.

CNAS a investit sute de milioane de euro în Sistemul Informatic Unic Integrat al asigurărilor de sănătate, dar pe pagina internet nu este publicată nicio statistică privind consumul de medicamente, vânzările, prescrierile, serviciile medicale furnizate sau decontate, numărul internărilor ș.a.m.d. Din când în când asemenea informații sunt strecurate în comunicate de presă, fără a prezenta problemele la adevărata lor dimensiune.

Dacă ar fi respectate prevederile legale în vigoare privind informațiile care trebuie publicate pe paginile internet ale CNAS, MS, direcțiilor de sănătate publică sau ale caselor județene de sănătate, cunoașterea proceselor și fenomenelor sistemului medical ar fi la îndemâna mai multor actori interesați, care pot aduce contribuții utile la remedierea unor probleme sau la îmbunătățirea activității FNUASS.

În tabelul 11 prezentăm o sinteză a obligațiilor de informare prin internet ale autorităților publice și asociațiilor reprezentative din sănătate. Acestea sunt extrase din legea sănătății, din contractul-cadru pentru anii 2011 și 2012 și din normele sale de implementare. Am consultat paginile ministerului, ale casei naționale și ale caselor și direcțiilor de sănătate publică din București și județe, iar concluzia clară este că niciuna dintre aceste instituții nu se achită de obligațiile legale de informare. În aceste condiții de opacitate - în ciuda existenței unui sistem informatic performant -, nu vedem cum alți actori interesați pot contribui activ la ameliorarea calității serviciilor, la combaterea fraudelor și la raționalizarea cheltuielilor de sănătate din România. De fapt, capacitatea de analiză și sinteză privind sistemul de sănătate este înăbușită din fașă.

Un necesar minim de informații utile, publicate trimestrial, pentru analiza sectorului ar include:

- sumele alocate anual și în perioada de referință pentru decontarea serviciilor și medicamentelor, pe tipuri de asistență și județ;
- valorile de contract, pe tipuri de asistență, județ și furnizor;
- sumele decontate până la data raportării în cadrul contractului de furnizare, pe tipuri de asistență, județ și furnizor;
- plățile efectuate în perioada de referință de casele județene de sănătate, pe tipuri de asistență, județ și furnizori;
- numărul serviciilor medicale acordate, pe tipuri de asistență, județe și furnizor;
- valoarea prescripțiilor eliberate în medicina primară și ambulatoriu de specialitate, pe tipuri de asistență, județe și furnizor;
- valoarea medicamentelor eliberate de farmacii, pe județe, denumire comercială și DCI;
- contul de execuție al spitalelor publice, indiferent de subordonare, inclusiv datoriile și plățile restante;
- soldul datoriilor și al plăților restante ale caselor județene de sănătate, pe tipuri de asistență, județ și furnizori.

Ne dorim ca aceste informații (actualizate) să fie oricând la îndemâna persoanelor interesate de sistemul de sănătate în ansamblu, de situația unui sub-domeniu, de cea dintr-un anumit județ sau a unui furnizor aparte. Profitând de elaborarea noului proiect de

Tab 11. Informațiile prevăzute de legislația in vigoare a fi publicate pe paginile de internet

Responsabil publicare	Informație de publicat	Constatare
Agenţia Naţională a Medicamentului şi a Dispozitivelor Medicale	informaţia privind autorizarea pentru fiecare medicament autorizat	nu
autorităţile de sănătate publică, ministerele şi instituţiile sanitare cu reţele sanitare proprii	bugetul aprobat al fiecărui spital și execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli, lunar și trimestrial.	nu
Casa Naţionale de Asigurări de Sănătate	numărul total naţional de puncte realizate, atât per capita, cât şi pe serviciu, în medicina primară	nu
casele județene de asigurări de sănătate	lista nominală a contractele cu furnizorii de servicii, dispozitive medicale și medicamente autorizaţi şi evaluaţi, cuprinzând: denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract	liste nominale, de regulă fără valorile de contract
casele județene de asigurări de sănătate	fondul aprobat la nivelul casei de asigurări de sănătate pentru decontarea medicamentelor compensate eliberate	nu
casele județene de asigurări de sănătate	valoarea definitivă a punctului pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita şi per serviciu, în medicina primară	da
casele județene de asigurări de sănătate	situaţia fondurilor lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor	nu
casele județene de asigurări de sănătate	totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente	nu
casele județene de asigurări de sănătate	să monitorizeze pe baza codului numeric personal al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relaţie contractuală şi să afişeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens	nu
casele județene de asigurări de sănătate	să verifice prescrierea medicamentelor şi recomandarea investigaţiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare, şi să afişeze lunar pe pagina web informaţii semnificative în acest sens, cu respectarea prevederilor legale în vigoare	nu
Colegiul Medicilor din România	Registrul unic al medicilor	da

Responsabil publicare	Informație de publicat	Constatare
Colegiului Farmaciştilor din România	Registrul unic al farmaciştilor din România	nu
Ministerul Sănătăţii Publice	sumele alocate pentru programele naţionale de sănătate, respectiv pentru subprograme, împreună cu bugetul de venituri şi cheltuieli şi execuţia acestuia	Nu
Ministerului Sănătăţii, pentru unităţile subordonate	bugetul aprobat al fiecărui spital și execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli, lunar și trimestrial.	Nu
unităţile sanitare cu paturi, Ministerul Sănătății	în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în norme	Nu

lege a sănătății, recomandăm ministerului stabilirea unor responsabilități și fluxuri clare de date și includerea unor sancțiuni severe pentru acele entități care nu-și respectă obligația de informare și transparență.

5.2 Parteneriatul pentru o guvernare deschisă

Parteneriatul pentru o guvernare deschisă este o inițiativă comună a opt state (Brazilia, Indonezia, Mexic, Norvegia, Filipine, Africa de Sud, Marea Britanie și Statele Unite ale Americii), din septembrie 2011, la care s-au alăturat, ulterior, alte 47 de țări, inclusiv România (în aprilie 2012).

În esență, este vorba de un angajament al Guvernului, dublat de un plan de acțiune, de a promova și practica transparența actului de guvernare, cu scopul de a atrage implicarea cetățenească, a combate corupția și îmbunătăți serviciile publice. Fiecare stat membru trebuie să adopte o declarație privind guvernarea deschisă, să prezinte un plan de acțiune, să-l pună în practică și să stabilească un mecanism de monitorizare cu participarea societății civile.

România și-a anunțat intenția de a participa și a adoptat declarația, urmând să prezinte un plan de acțiune. Deocamdată, domeniile care vor face parte din platforma e-guvernare din cadrul parteneriatului și pentru care vor fi puse la dispoziția publicului volume mari de date nu includ sănătatea. Sperăm că nu este prea târziu ca lista să fie completată și cu acest domeniu, mai ales că Sistemul Informatic Unic Integrat dispune deja de informațiile necesare, iar societatea civilă și actorii implicați și-au arătat interesul.