



MINISTERUL
FINANTELOR

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII

CASA NAȚIONALĂ
DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Anexa

RAPORT DE ANALIZĂ ȘI EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR PUBLICE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

cu tema:

*Creșterea eficienței cheltuielilor în domeniul sănătății prin
îmbunătățirea serviciilor la nivelul asistenței medicale în
ambulator*

București, 2023

La lucrările grupului de lucru a participat și dl Radu Comșa, consultant al Băncii Mondiale, căruia îi mulțumim pentru contribuția și îndrumările valoroase.

Totodată, suntem recunoscători pentru sprijinul domnului Moise Popescu, consilier cabinet secretar de stat din Ministerul Finanțelor.

Cuprins

Lista de figuri	2
Lista de tabele	2
Abrevieri	3
Introducere	4
1. Metodologia și scopul analizei de eficientizare a cheltuielilor în domeniul sănătății.....	5
1.1 Precizări metodologice	5
1.2 Scopul analizei de eficientizare a cheltuielilor publice	6
PARTEA I: DIAGNOZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA	9
1. Starea de sănătate a populației din România	9
2. Strategiile din domeniul sănătate din România.....	13
3. Serviciile de sănătate din România.....	14
3.1 Serviciile de sănătate publică din România	14
3.1.1 Asistența medicală primară	16
3.1.2 Asistența medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice și paraclinice.....	20
3.1.3 Asistența medicală spitalicească (secundară sau terțiară)	21
3.2 Pachetele de servicii de asistență medicală	23
4. Finanțarea serviciilor de sănătate publică	27
4.1 Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.....	28
4.2 Cheltuielile publice pentru sănătate	29
4.3 Finanțarea serviciilor de asistență medicală în ambulator	32
4.3.1 Finanțarea asistenței medicale primare	32
4.3.2 Finanțarea asistenței medicale în ambulatoriu -specialități clinice	35
4.3.3 Finanțarea asistenței medicale în ambulatoriu-specialități paraclinice	35
4.3.4 Finanțarea asistenței medicale spitalicești	38
4.3.5. Aspecte rezultate din analiza datelor referitoare la finanțarea asistenței în ambulator ...	38
5. Analiza indicatorilor financiari ai bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate	44
5.1 Analiza veniturilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.....	45
5.2 Analiza cheltuielilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.....	48
5.2.1 Analiza cheltuielilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate după clasificția funcțională detaliată în clasificție economică	49
5.2.2 Analiza cheltuielilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate la capitolul "Sănătate" după clasificția funcțională detaliată pe subcapitole	49
5.3 Analiza programelor bugetare derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în perioada 2018-2021	52

5.3.1 Analiza indicatorilor programelor naționale de sănătate din aria analizei, derulate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în perioada 2018-2021	53
PARTEA A II-A MĂSURILE DE EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR PUBLICE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII	55
Anexa nr.1- Fișa măsurii nr.1	61
Anexa nr.2- Fișa măsurii nr.2	62
Anexa nr.3- Fișa măsurii nr.3	63
Anexa nr.4- Fișa măsurii nr.4	64
Anexa nr.5- Fișa măsurii nr.5	65
Anexa nr.6 -Indicatori buget FNUASS	66

Lista de figuri

Fig. 1 Comparație UE-România- creșterea speranței de viață.....	9
Fig. 2 Statistică privind mortalitatea evitabilă UE-România	10
Fig. 3 Comparație pe sexe -incidența tipurilor de cancer	11
Fig. 4 Cheltuielile bugetului FNUASS, în ambulator și în unitățile sanitare cu paturi, perioada 2018-2021	22
Fig. 5 Spitalizările de zi (nr.beneficiari și nr.cazuri rezolvate), perioada 2018-2021	23
Fig. 6 Comparație: alocări pentru servicii de sănătate, UE-România	31
Fig. 7 Valoarea punctelor în asistența în ambulator, perioada 2012-trim I 2022.....	39
Fig. 8 Comparația numărului de bilete de trimitere emise și finalizate cu prestarea serviciului, perioada 2018-2021	40
Fig. 9 Numărul pacienților în monitorizare afecțiuni cornice, perioada 2020-2022.....	42
Fig. 10 Numărul de pacienți în monitorizare COVID 19 și boli cronice în perioada 2020-2022	42
Fig. 11 Structura veniturilor bugetului FNUASS în perioada 2018-2021	46
Fig. 12 Contribuțiile angajatorilor și contribuțiile asiguraților la bugetul FNUASS, perioada 2018-2021 ..	48
Fig. 13 FNUASS: veniturile curente, cheltuielile totale și diferența dintre acestea în perioada 2018-2021	48
Fig. 14 Cheltuielile cu bunuri și servicii și transferurile între unitățile administrației publice, perioada 2018-2021	49
Fig. 15 Cheltuielile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, perioada 2018-2021.....	51
Fig. 16 Cheltuielile efectuate cu serviciile medicale în ambulator, perioada 2018-2021.....	51
Fig. 17 Cheltuielile efectuate pentru asigurări și asistență socială, perioada 2018-2021	52

Lista de tabele

Tabel nr. 1 Numărul de medici de familie aflați în relație contractuală cu CNAS, pe specialități	17
Tabel nr. 2 Numărul de persoane asigurate și neasigurate, beneficiare ale pachetului minimal	17

Tabel nr. 3 Numărul cabinetelor independente de medicină de familie pe medii de rezidență, în anii 2020 și 2021	18
Tabel nr. 4 Serviciile furnizate de medicina de familie în perioada 2018-2021.....	19
Tabel nr. 5 Evoluția drepturilor restante pentru contribuțiile de asigurări de sănătate, perioada 2016-2022 și trim.I 2023	47
Tabel nr. 6 Cheltuielile pentru spitale, produse farmaceutice, materiale sanitare și dispozitive medicale, și pentru servicii medicale în ambulator.....	50
Tabel nr. 7 Cheltuielile pentru programele naționale de sănătate finanțate de la bugetul FNUASS	53

Abrevieri

MF	Ministerul Finanțelor
MS	Ministerul Sănătății
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
FNUASS	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
INS	Institutul Național de Statistică
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
CE	Comisia Europeană
BM	Banca Mondială
FMI	Fondul Monetar Internațional

Introducere

Guvernul României a aprobat, în luna august 2022, *Memorandumul de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul sănătate, în perioada 2022-2023*. Prin acest memorandum s-a stabilit cadrul general al analizei cheltuielilor în domeniul sănătate în perioada 2018-2020 urmând ca, în funcție de disponibilitatea datelor și informațiilor privind execuția bugetară, analiza să se extindă și la exercițiile bugetare următoare.

Tema analizei are ca obiectiv general, îmbunătățirea eficienței cheltuielilor publice pentru facilitarea accesului populației la serviciile din domeniul asistenței medicale în ambulator (asistența medicală primară, asistența medicală din ambulatoriul de specialitate-specialități clinice și asistența medicală din ambulatoriul de specialitate-specialități paraclinice). Obiectivele specifice asociate sunt reprezentate de analiza cheltuielilor pentru serviciile din asistența medicală primară, stabilirea unor măsuri de eficientizare a acestora și a unor indicatori de performanță, pe de o parte, respectiv analiza cheltuielilor pentru serviciile medicale din asistența medicală din ambulatoriul de specialitate-specialități paraclinice, stabilirea unor măsuri de eficientizare a acestora și a unor indicatori de performanță, pe de altă parte.

România se confruntă în continuare cu provocarea sustenabilității finanțelor publice pe termen mediu și lung, accentuată de contextul pandemiei COVID 19. Anterior izbucnirii pandemiei, România a intrat în procedura de deficit excesiv; regulile fiscale aplicabile au fost însă suspendate în anii 2021-2022, dar redevin imperative începând cu anul 2023. Corecția bugetară va fi graduală, deficitul bugetar urmând să se încadreze în ținta de deficit de 3% din PIB în anul 2024. Recomandarea Consiliului Europei stabilește că, pentru a respecta acest termen limită, „România ar trebui să atingă o țintă de deficit public de 8,0 % din PIB în 2021, de 6,2 % din PIB în 2022, de 4,4 % din PIB în 2023 și de 2,9 % din PIB în 2024, ceea ce este în conformitate cu obiectivele guvernului român”¹. Totodată, România prezintă un buget ale cărui venituri din taxe, impozite și contribuții sunt, ca pondere în PIB, cele mai reduse din UE.

În aceste condiții, îmbunătățirea eficienței cheltuielilor publice este imperativă și se asigură, în principal, prin responsabilitate fiscală, respectiv prin identificarea opțiunilor de realocare a resurselor bugetare și prin creșterea transparenței utilizării acestora.

Prin Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), Guvernul României și-a asumat realizarea, până în luna iunie a anului 2023, a analizei cheltuielilor publice în sectoarele educație și sănătate.

¹ <https://www.consilium.europa.eu/ro/press/press-releases/2021/06/18/excessive-deficit-procedure-council-adopts-recommendation-for-romania/>

1. Metodologia și scopul analizei de eficientizare a cheltuielilor în domeniul sănătății

1.1 Precizări metodologice

Analiza de eficientizare a cheltuielilor publice este o activitate relativ nouă în România, fiind realizată de către MF. Modul de realizare al acestei analize este stabilit, în principal, pe baza bunelor practici prezentate în cadrul asistenței tehnice de care a beneficiat MF², concretizat în elaborarea unei proceduri operaționale în acest sens³.

Cadrul prezentei analize, grupul de lucru, tema și obiectivele au fost stabilite prin *Memorandumul de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul sănătate*, aprobat de către Guvern anul trecut. Potrivit acestuia, au fost analizate cheltuielile aferente serviciilor de sănătate furnizate în ambulator (serviciile de medicină de familie și serviciile din ambulatoriul de specialitate clinic și paraclinic).

Grupul de lucru a fost constituit, potrivit Memorandumului, din reprezentanți ai MF, MS și CNAS. La lucrările grupului de lucru au participat și reprezentanți ai asociațiilor medicilor de familie și de ambulator, și ai Băncii Mondiale.

În urma activității grupului de lucru constituit cu scopul realizării prezentei analize, MF a elaborat prezentul Raport de analiză a cheltuielilor în domeniul sănătății. Raportul cuprinde două părți principale: documentul de diagnoză și măsurile de eficientizare a cheltuielilor publice. Atât documentul de diagnoză, cât și măsurile de eficientizare au fost însușite de instituțiile implicate în analiză și sunt supuse aprobării Guvernului, prin memorandumul la care este anexat prezentul Raport de analiză.

Documentul de diagnoză prezintă domeniul supus analizei, sub aspect social, economic și bugetar, cu accent pe sectoarele serviciilor stabilite prin tema aprobată prin Memorandum (serviciile în ambulator), precum și pe principalele zone de îmbunătățire a activității, avute în vedere de către instituțiile analizate sau care sunt surprinse în rapoartele relevante din domeniu. Acestea sunt însoțite de rezultate ale interpretărilor statistice sau ale analizelor datelor realizate în cursul analizei.

Potrivit prevederilor Memorandumului, s-au analizat date, informații, analize, acte, documente aferente perioadei 2018-2020 și punctual 2021. Întrucât perioada analizată include perioada pandemiei de COVID 19, în care s-au aplicat măsuri excepționale care au avut un impact semnificativ asupra cheltuielilor din domeniul sănătății, pentru a se atenua efectul acestora s-au luat în considerare și date din anii ulteriori perioadei analizate, acolo unde acestea au fost disponibile.

² Prin Compartimentul de Analiză și Eficientizare a Cheltuielilor Publice, MF a beneficiat de proiecte de asistență tehnică furnizate de către FMI în perioada 2015-2016 și de către Comisia Europeană în perioadele 2017-2018 respectiv 2019-2022

³ PO-10.11 *Elaborarea analizelor de eficientizare a cheltuielilor publice pe domenii/sectoare/programe/acțiuni și/sau instituții publice*, aprobată prin OMF nr.1303/18.10.2021

Măsurile de eficientizare a cheltuielilor publice cuprind acțiunile stabilite pentru atingerea obiectivului analizei. Pentru fiecare măsură de eficientizare s-au stabilit: scopul, obiectivul, responsabilii cu implementarea măsurii, calendarul de implementare, indicatorii măsurii și valorile acestora (intermediare și finale, după caz) precum și frecvența de măsurare a gradului de implementare a măsurii, realizată de către MF.

Măsurile de eficientizare a cheltuielilor urmează să fie implementate în proiectele de buget ale MS și CNAS, începând cu cele aferente anului 2024.

Zonele de îmbunătățire a activității, precum și măsurile de eficientizare a cheltuielilor au fost fundamentate de rezultatele analizei datelor necesare în acest proces. Acestea sunt date publice, utilizate în statisticile naționale și europene sau rezultate ale analizelor similare realizate de instituțiile financiare internaționale (rapoarte ale BM, Comisiei Europene, FMI).

Procesul de analiză a cheltuielilor publice a presupus colectarea și cercetarea datelor și informațiilor cu privire la cheltuirea banilor publici atât la nivelul MS și CNAS, cât și la nivelul unităților din subordinea acestora, pe care MF le-a prelucrat în colaborare cu reprezentanții celor două instituții în cadrul grupului de lucru constituit în acest scop.

Datele referitoare la cheltuielile publice au fost preluate din situațiile financiare la MF sau au fost furnizate de CNAS, date prelucrate la valoarea nominală a acestora.

S-au analizat cheltuielile cu sănătatea cuprinse în bugetele MS și FNUASS, întrucât acestea au reprezentat cea mai mare pondere în totalul cheltuielilor cu sănătatea din sistemul public.

Datele statistice utilizate în analiză sunt furnizate de CNAS, la solicitările rezultate din activitatea grupului de lucru, sau au fost preluate din bazele de date publice ale INS, Eurostat, rapoarte ale CE, BM, etc.

1.2 Scopul analizei de eficientizare a cheltuielilor publice

Analiza de eficientizare a cheltuielilor publice realizată de MF în colaborare cu MS și cu CNAS a avut ca scop identificarea modalităților pentru îmbunătățirea cheltuirii banului public de către cele două instituții, astfel încât eventualele economii identificate la unele activități să fie redistribuite pentru finanțarea serviciilor pentru care ar fi necesare alocări de fonduri mai mari.

Potrivit bunelor practici, analiza de eficientizare a cheltuielilor publice conduce la stabilirea unor măsuri de îmbunătățire a eficienței cheltuirii banilor publici pe termen mediu, pornind de la identificarea acțiunilor prin care se pot obține rezultate mai bune din perspectiva politicilor publice și programelor bugetare, sau a acelor acțiuni prin care se pot realiza economii din cheltuielile cu prioritate redusă, ineficiente sau ineficace.

Îmbunătățirea eficienței cheltuielilor publice este unul dintre obiectivele generale asumate de Guvernul României prin PNRR⁴. Reforma 3/Îmbunătățirea mecanismului de programare bugetară, prin jaloanele 201 și 203 stabilește realizarea analizelor de cheltuieli în domeniile *educație și sănătate*. Jalonul 201 cuprinde trei etape principale pentru finalizarea și publicarea până în trimestrul 2 al anului 2023 a rapoartelor analizelor cheltuielilor, iar jalonul 203 prevede implementarea măsurilor aprobate în proiectul legii bugetului de stat pe anul 2024.

Pentru realizarea jaloanelor, în luna august 2022 Guvernul a aprobat *Memorandumul de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul sănătate*, conform căruia, au fost stabilite cadrul și tema analizei cheltuielilor, obiectivele, țintele și termenii de referință ai analizei, instituțiile implicate și calendarul de lucru al grupului de lucru, constituit din reprezentanți ai MF, MS și CNAS.

Prin Ordinul comun al ministrului finanțelor, ministrului sănătății și președintelui CNAS nr.3245/2853/801/2022 au fost aprobate componența și atribuțiile membrilor grupului de lucru, desemnați de către fiecare instituție. Aceștia au colaborat, potrivit atribuțiilor și ariei de competență, pentru elaborarea documentului de diagnoză, a fișelor de măsuri de eficientizare a cheltuielilor publice și a Raportului de analiză și eficientizare a cheltuielilor publice în domeniul sănătate.

Analiza de eficientizare a cheltuielilor din domeniul sănătate a avut ca scop îmbunătățirea serviciilor la nivelul asistenței medicale în ambulator, prin întărirea rolului serviciilor furnizate de medicii de familie, pe de o parte, și al îngrijirii specializate din ambulatoriul de specialitate clinic și paraclinic, pe de altă parte, prin identificarea modalităților de îmbunătățire a serviciilor sanitare furnizate, corelând tendința de creștere a colectării resurselor bugetare cu cerințele de alocare pentru finanțarea acestor servicii, astfel încât să se îmbunătățească nivelul de sănătate al populației.

Studiile de specialitate indică faptul că creșterea calității vieții și scăderea semnificativă a cheltuielilor spitalicești dintr-un sistem de sănătate sunt rezultate ale unei prevenții eficiente și ale unui control adecvat al acutizării afecțiunilor cronice, realizate la nivelul asistenței medicale în ambulator. Din punct de vedere al finanțării însă, în România, se constată că, la nivelul sistemului de sănătate, alocarea cea mai mare este destinată asistenței spitalicești și decontării cheltuielilor cu medicamente. Pe de altă parte, pentru “gestionarea eficientă a afecțiunilor, medicii de familie și specialiștii din ambulatoriul clinic, au nevoie să cunoască rezultatele investigațiilor

⁴ PNRR, O.3 Îmbunătățirea eficienței cheltuielilor publice, prin creșterea transparenței procesului de bugetare, îmbunătățirea sistemului de monitorizare și raportare a programelor bugetare, prioritizarea proiectelor mari de investiții, efectuarea analizei cheltuielilor în toate sectoarele publice și consolidarea rolului Consiliului fiscal, cu sprijinul digitalizării procedurilor bugetare, Pilonul III -Creștere inteligentă, sustenabilă și favorabilă incluziunii, inclusiv coeziune economică, locuri de muncă, productivitate, competitivitate, cercetare, dezvoltare și inovare, precum și o piață internă funcțională, cu întreprinderi mici și mijlocii (IMM-uri) puternice, Componenta C8/Reforma fiscală și reforma sistemului de pensii, <https://mfe.gov.ro/pnrr/>

paraclinice recomandate conform ghidurilor de practică medicală într-un timp cât mai scurt, ori, în prezent, serviciile paraclinice recomandate de medicii de familie în urma consultațiilor de prevenție nu sunt asigurate cât mai aproape de momentul recomandării din cauza lipsei fondurilor din care acestea ar trebui decontate, ceea ce conduce la depistarea eventualelor afecțiuni cu întârzieri care de cele mai multe ori conduc la creșterea cheltuielilor pentru asigurarea asistenței medicale a pacienților depistați în etape de evoluție avansată a bolii”⁵.

O asistență medicală în ambulator eficientă va îmbunătăți nu doar starea de sănătate generală a populației ci și cheltuirea fondurilor publice destinate finanțării spitalelor și medicamentelor.

⁵ Memorandum de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul *sănătate*, în perioada 2022-2023

PARTEA I: DIAGNOZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

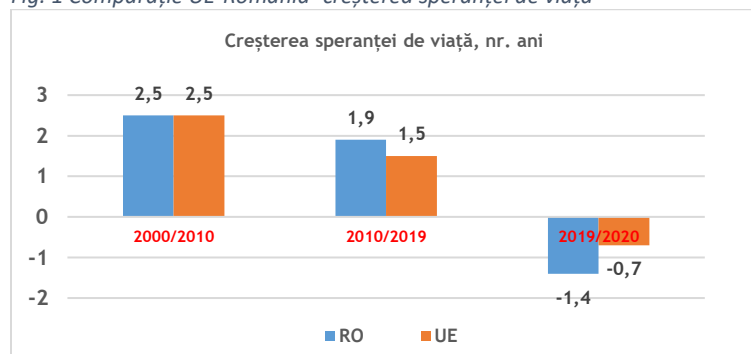
1. Starea de sănătate a populației din România

Asistența medicală din România necesită adaptarea la actualele provocări demografice și epidemiologice, caracterizate de îmbătrânirea populației, de migrație și de prevalența bolilor cronice, reflectate în valorile indicatorilor de evaluare a sistemului de sănătate: speranța de viață, mortalitatea infantilă sau mortalitatea evitabilă (influențată de prevalența bolilor cronice combinată cu ponderea redusă a serviciilor de prevenție și cu insuficiența serviciilor curative, respectiv mortalitatea din cauze prevenibile prin intervenții de sănătate publică și mortalitatea din cauze tratabile prin îngrijiri de calitate adecvată). În cazul României acești indicatori sunt deficitari, prin comparație cu valorile înregistrate la nivelul Uniunii Europene (UE).

Speranța de viață în România⁶ este printre cele mai scăzute din UE, de 75,3 ani față de valoarea medie, de 80,9 ani, cauza principală a deceselor fiind, în anul 2019, bolile cardiovasculare (boala cardiacă ischemică și accidentul vascular cerebral), urmate de cancer (în principal cancer pulmonar, colorectal și cancer de sân). Dintre bolile transmisibile, incidența cea mai ridicată o cunosc tuberculoza (cea mai mare incidență din UE, în 2017) și rujeola, pe fondul gradului scăzut al ratei de imunizare (în 2018, o rată de 102,1 cazuri la 1 milion de locuitori, comparativ cu 26,2 cazuri înregistrate la nivelul UE).

„În perioada 2000-2019, speranța de viață în România a crescut cu mai mult de 4 ani, dar s-a redus temporar cu 1,4 ani în 2020, din cauza impactului COVID 19. Bolile cardiovasculare sunt principala cauză a mortalității în timp ce cancerul pulmonar este cea mai frecventă cauză de deces din cancer”⁷.

Fig. 1 Comparație UE-România- creșterea speranței de viață



Sursa: Comisia Europeană

⁶ European Commission, https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_romania_romanian_0.pdf

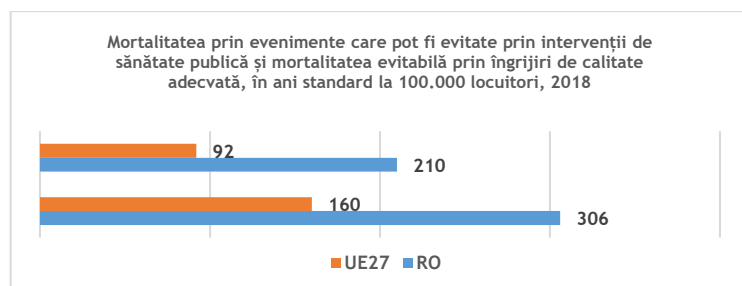
⁷ State of Health in the UE-Romania, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_romania_romanian.pdf

Datele statistice⁸ indică faptul că, în anul 2019, una din patru persoane de 2 ani și peste din România suferă de cel puțin o boală cronică sau de o problemă de sănătate de lungă durată. Cu cât vârsta e mai mare cu atât crește posibilitatea ca o persoană să sufere de cel puțin o boală cronică; cele mai frecvente boli înregistrate la persoane de peste 15 ani sunt hipertensiunea arterială, afecțiunile zonei lombare, diabetul zaharat și afecțiunile zonei cervicale.

„Mortalitatea evitabilă este a treia cea mai ridicată din Europa și se datorează în principal bolilor cardiovasculare, cancerului pulmonar și bolilor legate de consumul de alcool. **Mortalitatea evitabilă prin îngrijiri de calitate adecvată** este mai mult decât dublă față de media EU și include decese cauzate de cancer de prostată și cancer de sân, ambele fiind afecțiuni tratabile”⁹.

În timp ce legătura dintre sistemul de sănătate și mortalitatea generală este de obicei slabă, legătura cu mortalitatea evitabilă este mai puternică. Aceasta din urmă constă în decese care pot fi prevenite, care sunt evenimente care pot fi evitate prin intervenții de sănătate publică și prin îngrijiri de calitate adecvată, cum ar fi screening-ul sistematic pentru cancerul de col uterin și decesele din cauze tratabile, care sunt evenimente care pot fi evitate dacă sistemele de sănătate oferă tratamente medicale eficiente și în timp util¹⁰.

Fig. 2 Statistică privind mortalitatea evitabilă UE-România



Sursa: BM

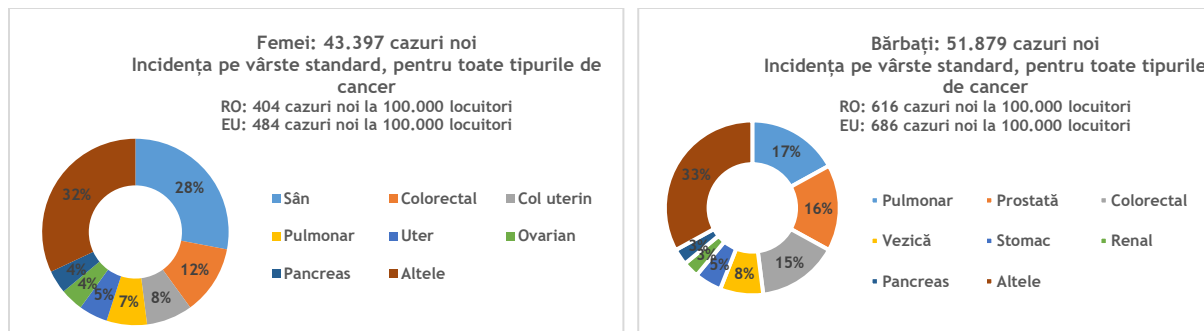
În reprezentarea grafică de mai jos, raportul *State of Health România- 2021*, prezintă repartizarea pe sex și pe tipuri de cancer pentru cele aprox.95.000 de cazuri noi, depistate în anul 2020. Cancerul de piele, altul decât melanomul, este exclus, iar cazurile de cancer uterin nu includ cazurile de cancer de col uterin.

⁸ Cercetare INS, *Starea de sănătate a populației din România în anul 2019*, 15.03.2021, <https://insse.ro/cms/ro/content/starea-de-sănătate-populației-din-românia-1>

⁹ *State of Health in the UE-Romania*, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

¹⁰ Banca Mondială, “ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY”, volumul 2, iunie 2021, p.103

Fig. 3 Comparație pe sexe -incidența tipurilor de cancer



Sursa datelor: ECIS -European Cancer Information System.

De asemenea, BM constată, în urma unei analize¹¹, că screening-ul sistematic pentru cancerul de col uterin din România a dat rezultate foarte slabe. Screening-ul pentru cancerul de col uterin este gestionat printr-un program național de sănătate dedicat, organizat la nivel județean, sub coordonarea spitalelor cu implicarea specialiștilor în ambulatoriu, medicilor de familie și laboratoarelor. Acesta are ca scop screening-ul femeilor cu vârsta cuprinsă între 25 și 64 de ani la fiecare cinci ani. De la implementare, performanța programului a fost redusă, în primii cinci ani au fost testate doar 11% dintre femeile eligibile, iar rata a scăzut la 4% în perioada 2015-2019.

În ceea ce privește prevenția, deși s-au făcut eforturi în acest sens, rezultatele programului de vaccinare au fost modeste, în ultimii ani. Vaccinarea este gestionată de MS printr-un program național de sănătate dedicat. Administrarea vaccinurilor se realizează de către medicii de familie. În acest scop, aceștia identifică toate persoanele din lista lor care îndeplinesc criteriile de eligibilitate pentru fiecare vaccin, primesc vaccinurile de la direcțiile de sănătate publică județene, efectuează imunizări și raportează registrului național de vaccinare. Comunicarea publică cu privire la vaccinare este realizată de MS și INSP. BM constată, în același studiu, faptul că în perioada analizată performanța programului de vaccinare pentru copii a fost sub-optimală: deși unele îmbunătățiri au fost vizibile în 2019, acestea au fost inversate în 2020, probabil din cauza scăderii cererii în contextul pandemiei de COVID 19.

Datele analizate în cuprinsul rapoartelor INSP¹² reflectă aceeași evoluție. Astfel, „în anul 2020, acoperirea vaccinală...indică o acoperire cu 3 doze de vaccin cu componentă difterică de 86,7% la vârsta de 18 luni, cu 1,1 procente mai scăzută decât cea din anul 2019. În anul 2021, acoperirea vaccinală cu 3 doze de vaccin cu componentă difterică a fost de 86,3% la vârsta de 18 luni, cu 0,4 procente mai scăzută decât cea din anul 2020.” De asemenea, începând cu anul 2005, pentru vaccinul combinat rujeolă- rubeolă- oreion (ROR), acoperirea vaccinală „s-a menținut peste 95% (ținta OMS); din 2010 valorile acestor acoperiri vaccinale au avut o tendință

¹¹ Banca Mondială, “ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY”, volumul 2, iunie 2021, p.118-119

¹² INSP, Analiza bolilor transmisibile aflate în supraveghere (Raport pentru anul 2020-2021), <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-supraveghere-si-control-al-bolilor-transmisibile-cnscbt/rapoarte-anuale/>

descrescătoare, situându-se în 2020 la 87,3% (doza 1) și la 75,1% (doza a-2-a), iar în 2021 la 86,2% (doza 1) și la 74,6% (doza a-2-a)... Contextul pandemic a influențat acoperirile vaccinale inclusiv pentru ROR în 2020 și 2021, în sensul scăderii acestora față de valorile înregistrate în perioada pre-pandemică.”

Procesul de îmbătrânire demografică a continuat să se accentueze în România. Problema îmbătrânirii populației României (respectiv creșterea ponderii segmentului 65 de ani și peste în totalul populației), se manifestă constant și gradual de o bună perioadă de timp. Fenomenul este generalizat la nivelul UE; potrivit unui studiu al Eurostat realizat pentru UE-27¹³, în anul 2019, peste o cincime din populație (20,3%) e în vârstă de 65 de ani sau peste. Studiul indică pentru România faptul că, în perioada 2009-2019, ponderea populației în vârstă de peste 65 de ani a crescut cu 2,4%. Scăderea natalității și creșterea speranței de viață la nivelul UE, precum și migrația populației adulte din România accentuează modificarea structurii populației în sensul celor de mai sus.

Factorii de risc comportamentali sunt asociați unui număr semnificativ de decese¹⁴, iar în România sunt înregistrate valori semnificative ale incidenței acestora: fumatul, consumul excesiv de alcool sau obezitatea, mai puțin răspândită în România, dar cu incidență importantă la populația tânără.

Concluzii:

Sistemul de sănătate din România necesită în continuare adaptarea la provocările demografice, epidemiologice și de sănătate ale populației.

Cheltuielile sociale legate de îmbătrânirea și de starea de sănătate a populației, sub formă de pensii, servicii de asistență medicală, centre de plasament, etc., vor continua să urmeze tendința de creștere de la nivelul UE, cu caracteristici specifice în cazul României.

În acest context, **îmbunătățirea eficienței cheltuielilor** din sectorul sănătății are un rol esențial în creșterea calității vieții printr-o mai bună poziționare a României în raport cu indicatorii medii de sănătate a populației înregistrați la nivel european (creșterea speranței de viață, reducerea mortalității prin evenimente care pot fi evitate prin intervenții de sănătate publică și prin îngrijiri de calitate adecvată, sporirea prevenției).

Decalajul mare dintre mortalitatea evitabilă din România și media UE, precum și disponibilitatea serviciilor de sănătate publică și curative, indică faptul că România ar putea obține beneficii semnificative dacă ar investi mai mult în prevenție, tratament precoce și în managementul serviciilor acordate pacienților bolnavi cronic.

¹³ Eurostat, august 2020, *Structura și îmbătrânirea populației*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview

¹⁴ *State of Health in the UE-Romania*, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

Prevenția ar trebui realizată într-o manieră integrată, combinând servicii de sănătate publică și curative care să acopere întregul spectru de servicii, de la promovarea sănătății (care se adresează factorilor determinanți ai sănătății), la prevenția primară (reducerea expunerii la factori de risc specifici, de exemplu, prin vaccinare), prevenția secundară (depistarea precoce a afecțiunilor prin screening) și prevenția terțiară (prin tratamente curative care reduc impactul bolii asupra pacienților)¹⁵.

Rolul asistenței în ambulator este esențial. Principalele intervenții de sănătate publică ar trebui intensificate în ceea ce privește serviciile de prevenție și de monitorizare activă prin plan de management integrat al bolilor cronice cu prevalență ridicată, unde medicina în ambulatoriu de specialitate are cel mai important rol.

Măsurile preventive, având ca efect pe termen lung îmbunătățirea stării de sănătate a populației, prin reducerea mortalității evitabile, sunt:

- Susținerea instituțională și financiară pe termen lung a unei educații pentru sănătate prin medicul de familie pentru reducerea riscurilor comportamentale și promovarea sănătății.

- Stabilirea unor pachete de servicii de prevenție la nivelul asistenței în ambulatoriu de specialitate, care să devină accesibile tuturor grupelor de vârstă și de gen și grupurilor vulnerabile.

2. Strategiile din domeniul sănătate din România

Obiectivele documentelor strategice din domeniu (Strategia Națională de Sănătate, Planul Strategic Instituțional, în curs de elaborare, sau Planul Național de Redresare și Reziliență-Pilonul V, Sănătate), converg, în principal, spre creșterea calității și accesului populației României la servicii de asistență sanitară. Îmbunătățirea accesului populației la serviciile de asistență medicală, potrivit acestor documente, se bazează pe îngrijirile medicale acordate prin asistența medicală primară, comunitară și în ambulatoriu de specialitate.

Unul dintre livrabilele Acordului privind serviciile de asistență tehnică pentru consolidarea capacității de planificare și de bugetare și sprijinirea introducerii bugetării pe criterii de performanță, încheiat de către Guvernul României cu Banca Mondială, îl constituie Planul Strategic Instituțional 2019-2022 al Ministerului Sănătății¹⁶, care reprezintă o revizuire a planului elaborat anterior, în 2017. Acesta stabilește obiective, programe și măsuri pe termen mediu din domeniul sănătății, însoțite de bugetele necesare și de un cadru de evaluare a performanței implementării acestora.

¹⁵ Banca Mondială, "ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY", volumul 2, iunie 2021, p.103-104

¹⁶ <https://sgg.gov.ro/1/wp-content/uploads/2019/11/MS-RO.pdf>

Strategia Națională de Sănătate¹⁷ evidențiază principalele provocări, priorități și obiective ale sectorului evidențiate în Planul de acțiune detaliat aferent, care cuprinde activități, indicatori și nevoi financiare estimate pentru toate componentele domeniului sănătate.

PNRR prevede, în domeniul sănătății, obiective ambițioase privind investițiile (peste 2,4 miliarde euro), precum și reforme în gestionarea fondurilor publice, a managementului sanitar și al resurselor umane din sănătate.

3. Serviciile de sănătate din România

3.1 Serviciile de sănătate publică din România

Dreptul la ocrotirea sănătății în România este un drept fundamental, garantat prin Constituție¹⁸, indiferent de calitatea de asigurați sau neasigurați a titularilor acestuia.

Sistemul de sănătate din România este organizat pe trei niveluri - național, județean și local - reflectând structura administrativă a țării. Nivelul național (MS, CNAS) este responsabil pentru stabilirea obiectivelor generale, iar nivelul județean (direcțiile județene de sănătate publică, casele județene de asigurări de sănătate), este responsabil pentru asigurarea prestării serviciilor. La nivel local, autoritățile publice locale înființează și administrează servicii de îngrijire comunitară și gestionează majoritatea spitalelor publice¹⁹.

Instituțiile centrale ale sistemului de sănătate din România sunt MS și CNAS.

Ministerul Sănătății este administratorul sistemului și principala sursă de reglementări; direcțiile de sănătate publică județene reprezintă MS la nivel județean. Totodată, MS este principala instituție responsabilă pentru elaborarea strategiei și reglementarea sistemului de sănătate din România, având totodată un rol important în finanțarea și furnizarea de servicii de asistență sanitară. În subordinea MS funcționează, la nivel național, numeroase unități sanitare/instituții²⁰.

MS finanțează și serviciile publice medicale de urgență și implementează 15 programe naționale de sănătate publică (de prevenție), precum și o parte semnificativă din investițiile spitalelor publice.

¹⁷ Strategia a fost aprobată prin *Hotărârea Guvernului nr. 1028/2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014-2020 și a Planului de acțiuni în perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale*

¹⁸ Art.34 din Constituția României din anul 2003, republicată

¹⁹ Banca Mondială, "ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY", volumul 2, iunie 2021, p.101

²⁰ <http://www.ms.ro/organizare/#tab-id-2>. În funcție de modalitatea de finanțare, sunt: unități finanțate de la bugetul de stat : 42 direcții de sănătate publică și a municipiului București (în subordinea direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București funcționează centrele județene de întreținere și reparare a aparaturii medicale și policlinicile cu plată, finanțate integral din venituri proprii) și 8 instituții publice (agenții, institute) la care se adaugă serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București-Ilfov; unități finanțate din venituri proprii din contracte încheiate prin sistemul de asigurări sociale de sănătate : 58 de spitale/institute; unități finanțate din venituri proprii și subvenții de la bugetul de stat : 6 institute de medicină legală și Academia de Științe Medicale.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România. CNAS asigură aplicarea politicilor și programelor în domeniul sănătății, în coordonarea MS. Ea are în subordine 42 de case județene de asigurări de sănătate (inclusiv a municipiului București) și Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Sistemul sanitar din România este reglementat de o gamă complexă de acte normative, cel mai important fiind Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare. În afara acesteia, numeroase acte normative la nivel de lege și de regulamente stabilesc prevederi referitoare la organizarea, furnizarea, finanțarea și evaluarea serviciilor și instituțiilor sanitare. Complexitatea legislației și frecventele modificări afectează adeseori comportamentul furnizorilor de servicii și al organismelor de reglementare și, ca urmare, are un impact semnificativ asupra calității și accesului la servicii²¹.

Serviciile de sănătate din România: asistența medicală din România include asistența comunitară, asistența medicală primară, asistența medicală de specialitate în ambulatoriu, asistența medicală spitalicească (care include spitalizarea continuă, spitalizarea de zi și ambulatorul de recuperare, asistența medicală de urgență), serviciile medicale la domiciliu, îngrijirile paliative și serviciile de asistență de recuperare și reabilitare a sănătății²².

Deși sistemul de sănătate este prezent la nivelul întregului teritoriu, serviciile sunt caracterizate de o repartizare neuniformă, existând un decalaj pronunțat între zonele urbane și cele rurale, accentuat de accesul inegal înregistrat în cazul anumitor segmente ale populației. Decalajul se adâncește în cazul unor zone defavorizate, iar anumite categorii ale populației, uneori, în practică, nu beneficiază de asistență sanitară. Pe de altă parte, este evidentă dezvoltarea serviciilor de asistență sanitară în jurul celor 6 mari centre universitare existente, în București și în alte 5 județe, unde, practic, se regăsesc concentrate servicii și resurse de toate categoriile și la toate nivelurile.

Disponibilitatea diferențiată a serviciilor de asistență sanitară este cauzată în bună măsură de resursa umană deficitară în cazul României. De exemplu, în anul 2019, medicii de familie au reprezentat 24,5% din întregul personal sanitar, sub media UE (26,5%²³). În raportul Comisiei Europene *State of Health Romania 2021* se arată că România pregătește suficient personal medical și medici, însă mulți aleg să plece din țară, pentru salariu și condiții de muncă mai bune. Densitatea de medici și asistenți medicali rămâne sub media UE: în anul 2019, existau 3,2 medici practicanți la 1.000 de locuitori, una dintre cele mai scăzute valori din UE (media UE fiind de 3,9) și 7,5

²¹ Plan Strategic Instituțional 2019-2022 pentru Ministerul Sănătății, <https://sgg.gov.ro/1/wp-content/uploads/2019/11/MS-RO.pdf>

²² Banca Mondială, "ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY", volumul 2, iunie 2021, p.101

²³ *State of Health in the UE-Romania*, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

asistenți la 1.000 locuitori (media UE fiind de 8,4). Pe de altă parte, în același an, sistemul de învățământ al României a generat al cincilea cel mai mare număr de absolvenți de medicină (4.967) și al treilea cel mai mare număr de absolvenți ai asistenței medicale (17.549) din UE. Dar fenomenul migrației a contribuit la scăderea numărului de personal din domeniul sănătății, la concentrarea personalului rămas, în general, în zona centrelor universitare, iar acești factori afectează negativ accesul populației la îngrijire. Totuși, densitatea personalului sanitar a crescut în ultimii ani. Potrivit datelor statistice publicate în rapoartele INS²⁴, numărul de personal medico-sanitar ce revine la 1.000 locuitori s-a îmbunătățit: astfel, în anul 2020, la 1.000 locuitori s-au înregistrat 3,4 medici (față de 3,3 medici în anul 2019) și 7,9 persoane cu pregătire sanitară medie (față de 7,8 în anul 2019).

Serviciile de sănătate din România sunt, în funcție de nivelul la care sunt oferite, *primare, secundare sau terțiare*.

3.1.1 Asistența medicală primară

Asistența medicală primară se adresează întregii populații și reprezintă acel segment al asistenței sanitare care poate contribui efectiv la mutarea pacienților din spitale, pentru o mai bună eficacitate a îngrijirii și o mai mare eficiență în utilizarea resurselor. Este considerată cea mai echitabilă modalitate a serviciilor de asistență medicală comparativ cu asistența acordată în urgențe sau spitale și este cea mai bine poziționată pentru a face față în mod eficient poverii tot mai mari a bolilor cronice care decurg din îmbătrânirea rapidă a populației din România²⁵.

În cadrul acestui segment de asistență medicală, medicul de familie are rolul cel mai important. Ca prim punct de contact al sistemului de sănătate cu pacientul, asistența medicală primară este acordată de medicii de familie individual sau prin cabinete sau asocieri de medicină de familie.

Din analiza datelor disponibile în perioada 2018-2021 rezultă faptul că, cu foarte puține excepții, numărul medicilor de familie aflați în relație contractuală cu CNAS s-a redus de la an la an, atât pe total, cât și pe specialități, indiferent dacă vorbim de mediul urban sau rural, scăderea fiind mai accentuată în mediul rural.

²⁴ Institutul Național de Statistică, "Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2020", pag.22, publicat în anul 2021, https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_rețelei_sanitare_in_anul_2020.pdf

²⁵ Banca Mondială, "ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY", volumul 2, iunie 2021, p.123

Tabel nr. 1 Numărul de medici de familie aflați în relație contractuală cu CNAS, pe specialități

Nr. de medici de familie aflați în relație contractuală cu CNAS, pe specialități, din care:	2018	2019		2020		2021	
	Număr	Număr	Variația față de anul precedent (%)	Număr	Variația față de anul precedent (%)	Număr	Variația față de anul precedent (%)
Primari	6.100	6.400	4,92%	6.410	0,16%	6.328	-1,28%
urban	4.170	4.332	3,88%	4.334	0,05%	4.282	-1,20%
rural	1.930	2.068	7,15%	2.076	0,39%	2.046	-1,45%
Specialiști	4.306	3.827	-11,12%	3.688	-3,63%	3.497	-5,18%
urban	2.377	2.134	-10,22%	2.054	-3,75%	2.002	-2,53%
rural	1.929	1.693	-12,23%	1.634	-3,48%	1.495	-8,51%
Medici	464	453	-2,37%	453	0,00%	429	-5,30%
urban	180	175	-2,78%	177	1,14%	171	-3,39%
rural	284	278	-2,11%	276	-0,72%	258	-6,52%
Medici angajați	515	499	-3,11%	478	-4,21%	436	-8,79%
urban	390	378	-3,08%	360	-4,76%	316	-12,22%
rural	125	121	-3,20%	118	-2,48%	120	1,69%
Total, din care:	11.385	11.179	-1,81%	11.029	-1,34%	10.690	-3,07%
urban	7.117	7.019	-1,38%	6.925	-1,34%	6.771	-2,22%
rural	4.268	4.160	-2,53%	4.104	-1,35%	3.919	-4,51%

Sursa: CNAS

Pe de altă parte, începând cu anul 2020, numărul de beneficiari de servicii medicale furnizate de medicii de familie înregistrează, de asemenea, o scădere, după cum reiese din datele cuprinse în tabelul de mai jos:

Tabel nr. 2 Numărul de persoane asigurate și neasigurate, beneficiare ale pachetului minimal

Indicator	2018	2019		2020		2021	
	Număr	Număr	Variația față de anul precedent (%)	Număr	Variația față de anul precedent (%)	Număr	Variația față de anul precedent (%)
Nr. de persoane asigurate înscrise în listele medicilor de familie	15.817.631	16.514.194	4,40%	16.486.960	-0,16%	16.183.251	-1,84%
Nr. de persoane beneficiare ale pachetului minimal (neasigurate)	3.743.827	3.812.886	1,84%	3.817.032	0,11%	3.747.289	-1,83%

Sursa: CNAS

Cea mai mare parte a serviciilor furnizate de medicii de familie se acordă în cabinete individuale (private) aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Pentru a oferi servicii de urgență în afara orelor de program, medicii de familie se pot alătura centrelor de permanență, care sunt finanțate prin contracte de servicii încheiate cu CNAS²⁶.

La nivel teritorial, cabinetele de medicina familiei sunt distribuite neuniform între mediul rural și cel urban, ceea ce are ca efect accesul inegal al populației la serviciile de asistență medicală primară.

²⁶ Banca Mondială, "ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY", volumul 2, iunie 2021, p.101

Astfel, din datele cuprinse în analizele INS²⁷, rezultă faptul că în mediul urban a funcționat în perioada 2020-2021 un număr mai mare de cabinete de medici de familie, de 6,3 mii cabinete față de 4,2 mii cabinete în mediul rural, în anul 2020, respectiv 4,1 mii cabinete în anul 2021. Densitatea la 10.000 locuitori este, în mediul urban, de 6,2 cabinete, în anii 2020 și 2021, față de mediul rural, unde numărul acestora a fost de 4,8 cabinete, în anul 2020, respectiv 4,6 cabinete, în anul 2021. Totodată, în aceeași perioadă, „în mediul rural, unui cabinet de medicină de familie i-au revenit de 1,3 ori mai mulți locuitori (aparținând populației rezidente) comparativ cu un cabinet din mediul urban”.

Tabel nr. 3 Numărul cabinetelor independente de medicină de familie pe medii de rezidență, în anii 2020 și 2021

Tipul de unitate	Total		din care:			
			mediu urban		mediu rural	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Cabinete independente de medicină de familie (unități)	10652	10470	6385	6333	4267	4137
-cabinete de medicină de familie la 10.000 locuitori	5,5	5,5	6,2	6,2	4,8	4,6
-numărul mediu de locuitori care revine unui cabinet de medicină de familie	1809	1834	1625	1626	2084	2153

Sursa: INS

Totodată, potrivit datelor furnizate de către CNAS, la data de 30.06.2022 un număr de 188 de localități nu aveau medic de familie sau puncte de lucru ale cabinetelor medicilor de familie din alte localități.

Ca efect, numărul mediu al asiguraților din mediul rural înscriși pe listele medicilor de familie este mai mare decât în mediul urban, fapt care influențează accesul și calitatea serviciilor furnizate de către aceștia.

Medicii de familie acordă asistență pacienților înscriși pe listele lor, prin servicii din pachetul de bază finanțat de sistemul de asigurări sociale de sănătate și servicii din anumite programe naționale de sănătate.

În primul caz, principalele servicii se referă la îngrijirea afecțiunilor acute, monitorizarea de bază a pacienților cronici, prevenția și managementul de caz pentru unele boli cronice. În ultima perioadă s-a insistat mult pe rolul medicului de familie, de punct de contact pentru obținerea adeverințelor medicale, a trimerilor necesare pentru efectuarea de analize și de investigații sau pentru internări în spitale, pentru eliberarea rețetelor de medicamente, în baza recomandărilor medicilor specialiști, pentru eliberarea și/sau avizarea certificatelor de concediu medical, etc., fapt care, alături de alte activități specifice de raportare, au condus la birocratizarea activității acestora.

²⁷ Institutul Național de Statistică, „Activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății în anul 2021”, comunicat de presă nr.167/1 iulie 2022, pag.1-2, https://insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/activ_unit_sanitare21r.pdf

În programele naționale de sănătate, medicii de familie vaccinează copiii și alte categorii de populație eligibile și trimit femeile eligibile pentru screening-ul sistematic al cancerului de col uterin și pentru alte investigații de urmărire.

Din analiza datelor transmise de către CNAS, rezultă că, în perioada 2018-2021, cea mai mare parte a activității medicilor de familie este destinată furnizării serviciilor curative, serviciile de prevenție și profilactice având o pondere redusă (2,44% din totalul numărului de servicii acordate în anul 2021).

Tabel nr. 4 Serviciile furnizate de medicina de familie în perioada 2018-2021

Nr.crt.	Indicator	2018		2019			2020			2021		
		Valoare indicator	Pondere în total	Valoare indicator	Pondere în total	Variația față de anul precedent (%)	Valoare indicator	Pondere în total	Variația față de anul precedent (%)	Valoare indicator	Pondere în total	Variația față de anul precedent (%)
	Total număr de servicii și defalcat pe tip serviciu	52.466.688	100,00%	53.538.890	100,00%	2,04%	54.789.524	100,00%	2,34%	54.691.096	100,00%	-0,18%
1	Servicii medicale curative*	49.051.284	93,49%	50.061.528	93,50%	2,06%	51.641.791	94,25%	3,16%	51.919.260	94,93%	0,54%
2	Servicii medicale preventive și profilactice**	1.607.201	3,06%	1.550.186	2,90%	-3,55%	1.533.134	2,80%	-1,10%	1.333.423	2,44%	-13,03%
3	Consultații la domiciliul asiguraților	1.668.796	3,18%	1.774.256	3,31%	6,32%	1.371.701	2,50%	-22,69%	1.222.455	2,24%	-10,88%
4	Servicii medicale aditionale***	0	0,00%	0	0,00%	0,00%	0	0,00%	0,00%	23.926	0,04%	0,00%
5	Alte servicii****	48.592	0,09%	63.903	0,12%	31,51%	75.429	0,14%	18,04%	60.961	0,11%	-19,18%
6	Servicii medicale pentru situații de urgență medico-chirurgicală	67.856	0,13%	70.479	0,13%	3,87%	101.332	0,18%	43,78%	61.866	0,11%	-38,95%
7	Supraveghere	5.756	0,01%	4.182	0,01%	27,28%	46.494	0,08%	1009,11%	50.413	0,09%	8,43%
8	Consultații de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei	10.655	0,02%	8.449	0,02%	20,70%	9.763	0,02%	15,55%	11.120	0,02%	13,90%
9	Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială	2.530	0,00%	2.030	0,00%	19,76%	2.680	0,00%	32,02%	2.440	0,00%	-8,96%
10	Servicii de prevenție	3.280	0,01%	3.104	0,01%	-5,37%	6.306	0,01%	103,16%	4.296	0,01%	-31,87%
11	Constatări decese	738	0,00%	773	0,00%	4,74%	894	0,00%	15,65%	936	0,00%	4,70%

*Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice, management de caz

**Consultații periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani, consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic

***Serviciile aditionale au fost introduse în pachet din semestrul II 2021

****Constatarea deces, administrare schemă tratament direct observat(DOT) pentru bolnavul TBC, confirmare caz oncologic

***** Potrivit prevederilor lit. A pct. 1 subpunctele 1.1 și 1.2. din anexa nr.1 la OMS/CNAS nr.1068/627/2021

Sursa: CNAS

Pentru îmbunătățirea rezultatelor sistemului de sănătate, s-au făcut eforturi pentru implicarea activă a medicilor de familie în activități de prevenție și de

monitorizare activă²⁸ prin plan de management a bolilor cronice cu prevalență ridicată, care în prezent reprezintă o mică parte din activitatea raportată²⁹ de către aceștia.

3.1.2 Asistența medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice și paraclinice

Alături de medicina de familie, asistența medicală ambulatorie răspunde obiectivelor referitoare la creșterea accesibilității și îmbunătățirea serviciilor de sănătate pentru populație, la nivelul întregului teritoriu, precum și la degrevarea spitalelor de cazurile care pot fi rezolvate cu succes la acest nivel al îngrijirilor de sănătate.

Potrivit Legii nr.95/2006³⁰, asistența medicală în acest segment este acordată de personalul specializat și autorizat în condițiile legii, precum și de către medicii specialiști, în cabinete medicale de specialitate și unități specializate, care funcționează ca unități de sine stătătoare, în structura spitalelor sau în cadrul universităților sau facultăților de medicină și farmacie autorizate. În această categorie intră și furnizorii autorizați pentru îngrijiri medicale la domiciliu. În unitățile medicale ambulatorii de specialitate sunt incluse și laboratoarele de analize medicale/de radiologie și imagistică medicală, centre de diagnostic și tratament, centre medicale și centre de sănătate multifuncționale, etc. Legea prevede că serviciile din această categorie se acordă și prin alte tipuri de unități specializate (dispensare TBC, cabinete medicale mobile, cabinete de medicină dentară, etc.).

Aria de servicii acoperită de această categorie este vastă: sunt prevăzute, în principal, servicii curative, de investigații, analize și diagnostic, de reabilitare medicală, activități conexe actului medical, intervenții de primă necesitate în urgențele medico-chirurgicale. Medicii specialiști din ambulatoriile de specialitate acordă servicii medicale de examen clinic, investigații, tratamente profilactice și curative.

La nivelul asistenței ambulatorie de specialitate există un real potențial de îmbunătățire a asistenței sanitare acordate cetățenilor, cu efecte atât asupra stării generale de sănătate a populației, cât și în ceea ce privește eficiența cheltuielilor din sistem. Prin reducerea timpilor de așteptare generați de lipsa finanțării sau de supraaglomerarea din ambulatoriul clinic/paraclinic, s-ar depista, mai rapid, afecțiunile, efectul fiind atât creșterea șanselor de tratare a acestora în fazele incipiente, evitarea apariției complicațiilor, cât și reducerea cheltuielilor cu

²⁸ Art.261, alin.(1[^]1)-(1[^]3) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

²⁹ Strategia Națională de Sănătate 2022-2030 -document în consultare publică, https://www.ms.ro/wp-content/uploads/2022/04/SNS_consultare-public%C4%83.pdf

³⁰ Titlul V din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

spitalizările și medicamentele inerente tratării afecțiunilor depistate cu întârziere, atunci când devin simptomatice. În plus, cetățenii nu s-ar mai adresa serviciilor de urgențe, care nu pot refuza pacienții, sau spitalelor, care oferă aceleași servicii, având însă ca efect creșterea cheltuielilor și, adesea, supraîncărcarea nejustificată a spitalelor/centrelor de urgențe. Totodată, nivelul redus al serviciilor post spitalizare și de reabilitare, în special post-evenimente medicale acute, și al serviciilor paliative sau al celor de îngrijiri de lungă durată, la domiciliu, pentru persoane dependente, favorizează excesul de spitalizare.

Referitor la îngrijirea ambulatorie, raportul Comisiei Europene *State of Health in the UE-Romania 2021*, indică faptul că, deși aceasta este în principiu gratuită, pentru pacient, impactul cheltuielilor cu medicamentele este semnificativ. Serviciile acoperite de sistemul actual de asigurări de sănătate, incluse în pachetele de servicii de sănătate, se referă și la îngrijirea primară și la majoritatea medicamentelor, pentru anumite boli grave și pentru afecțiuni acoperite de programele naționale de sănătate. Pacienții beneficiază de compensarea prețului medicamentelor în ambulatoriu. Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din bugetul FNUASS este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință. Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare denumirilor comune internaționale (DCI) prevăzute în sublista A este de 90% din prețul de referință, a celor din sublista B este de 50% din prețul de referință, a celor din sublista D este de 20% din prețul de referință, iar a celor din secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100% din prețul de referință, iar pentru cele din sublista C2 regimul de compensare este de 100% din prețul de decontare (medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista C2 sunt cele de care beneficiază asigurații incluși în programele naționale de sănătate cu scop curative); sublistele A, B, C1 - C3 și D sunt prevăzute în H.G. nr. 720/2008, (*republicată*) pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

În perioada 2018-2020, România a introdus noi programe de screening, dar cheltuielile pe cap de locuitor pentru prevenție au continuat să scadă, valoarea acestora fiind a doua cea mai scăzută din UE³¹.

3.1.3 Asistența medicală spitalicească (secundară sau terțiară)

Asistența medicală secundară sau terțiară este acordată de către medicii specialiști, după caz, în cadrul spitalelor generale sau în spitalele specializate, cu

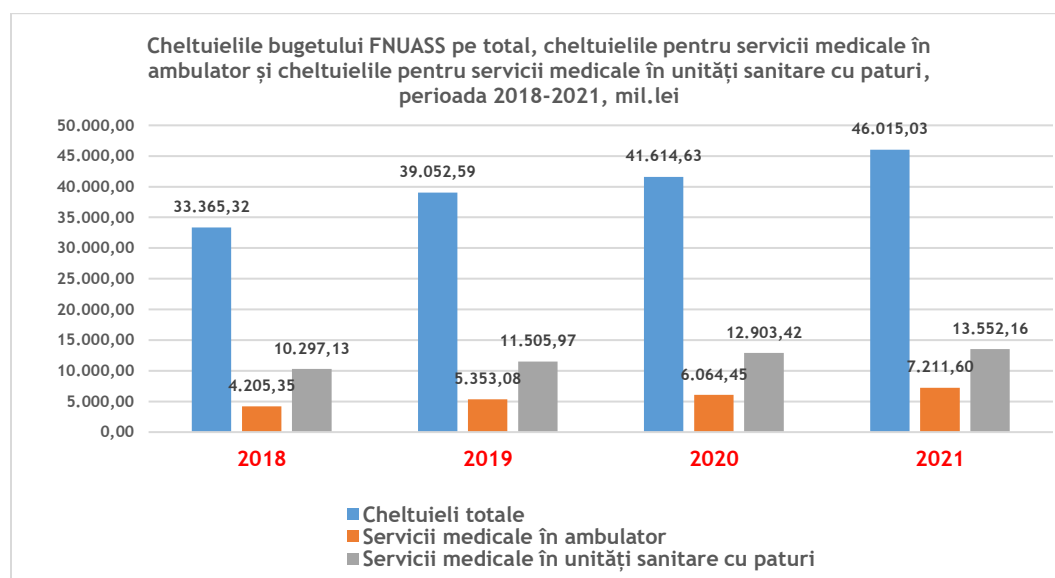
³¹ Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HCHF_custom_5995150/default/bar?lang=en

facilități de diagnostic și tratament pe care nu le au spitalele generale, medicii fiind de înaltă specializare în afecțiuni care nu sunt accesibile tratamentului în spitalele generale.

Raportul CE³² indică în cazul României faptul că îngrijirile spitalicești și produsele farmaceutice, materialele și dispozitivele medicale sunt activități relativ costisitoare, care consumă o proporție importantă din bugetul sănătății, accentuată de faptul că fondurile acestui buget sunt limitate.

Spitalele concentrează, în continuare, în proporție semnificativă, acordarea asistenței medicale din România, precum și cheltuielile din sistem. Din reprezentarea grafică a datelor financiare din perioada 2018-2021, rezultă ponderea semnificativă a cheltuielilor alocate pentru serviciile în unități sanitare cu paturi în totalul cheltuielilor, precum și faptul că atât alocările pentru serviciile în ambulator cât și cele pentru serviciile în unități sanitare cu paturi au crescut în întreaga perioadă.

Fig. 4 Cheltuielile bugetului FNUASS, în ambulator și în unitățile sanitare cu paturi, perioada 2018-2021

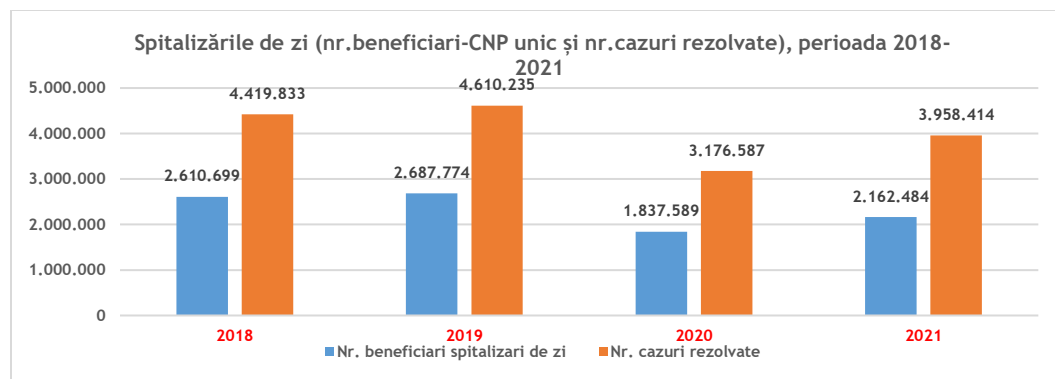


Sursa: MF

Totuși, există o preocupare de întărire a rolului asistenței medicale în ambulator, care poate contribui la reducerea cheltuielilor din spitale prin creșterea prevenției și prin furnizarea unei părți din serviciile acordate pacienților prin spitalizările de zi. Analiza datelor din perioada 2018-2021 arată creșterea, atât sub aspectul numărului de beneficiari, cât și a numărului de cazuri rezolvate a serviciilor de spitalizare de zi, mai puțin în anul 2020 când, ca efect al pandemiei COVID 19, acestea scad; creșterea însă se reia începând cu anul 2021.

³² State of Health in the UE-Romania, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

Fig. 5 Spitalizările de zi (nr.beneficiari și nr.cazuri rezolvate), perioada 2018-2021



Sursa: CNAS

3.2 Pachetele de servicii de asistență medicală

Serviciile de asistență medicală sunt acordate de furnizorii de servicii autorizați de MS și sunt cuprinse în pachete de servicii, finanțate din bugetul FNUASS, la care au dreptul asigurații, precum și persoanele neasigurate.

Serviciile din componența pachetelor sunt stabilite prin contract-cadru elaborat de către CNAS, avizat de MS și aprobat prin hotărâre a Guvernului, și includ, alături de servicii medicale, materiale sanitare, dispozitive și medicamente.

Pachetele de servicii diferă în funcție de calitatea de asigurat sau neasigurat a beneficiarului. Sunt asigurate persoanele care au plătit contribuția de asigurări sociale de sănătate, precum și categoriile de persoane care beneficiază de asigurare fără plata contribuției (prevăzute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare). Acestea beneficiază de serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază. Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

Pentru asistența medicală primară, ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice și paraclinice, serviciile incluse în aceste pachete sunt:

Pachetul minimal:

- În asistența medicală primară: persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de familie, precum și costurile activităților de suport, altele decât cele legate de eliberarea certificatului de deces și de eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap.

Serviciile incluse acoperă mai multe arii: servicii de urgență medico-chirurgicală, în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își

desfășoară activitatea medicul de familie; servicii de depistare și supraveghere de boli cu potențial endemo-epidemic; servicii de monitorizare a evoluției sarcinii și lăuziei; consultații de planificare familială; servicii de prevenție (consultația preventivă pentru persoanele în vârstă de peste 18 ani pentru prevenirea bolilor cu consecințe majore în morbiditate și mortalitate, de care beneficiază o dată la 3 ani).

Începând cu anul 2023 a fost extins pachetul minimal din asistența medicală primară pentru persoanele neasigurate (măsură care conduce la creșterea acoperirii cu servicii de asistență medicală primară pentru populația insuficient deservită), cu precizarea că sursa de finanțare pentru aceste servicii este bugetul de stat prin bugetul aprobat MS sub formă de transferuri către bugetul FNUASS.

Pachetul minimal din asistența medicală primară este asemănător cu pachetul de servicii de bază, cu excepția unor activități de suport și a serviciilor adiționale. În consecință, începând cu anul 2023, serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal sunt: servicii de urgență medico-chirurgicală, în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie; servicii medicale curative (consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice / consultații pentru bolile cu potențial endemo-epidemic / consultații pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice / consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2, astm bronșic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC și boală cronică de rinichi); servicii medicale preventive și profilactice, cu precizarea că acestea se acordă: o dată la 3 ani calendaristici pentru persoanele asimptomatice cu vârsta 18 - 39 ani, anual pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt, anual pentru persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani; consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei; supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic; consultații la domiciliu; servicii diagnostice și terapeutice; unele activități de suport; servicii de administrare de medicamente.

- În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice: persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigațiile paraclinice recomandate și tratamentul prescris de medicii de specialitate.

Serviciile incluse sunt: servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală, direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, acordate în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate; supravegherea și depistarea de boli cu potențial endemo-epidemic, de la examenul clinic și diagnosticul prezumtiv, până la trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament; consultații pentru

supravegherea evoluției sarcinii și leuzie: o consultație pentru fiecare trimestru de sarcină și o consultație în primul trimestru de la naștere.

Pachetul de bază

• În asistența medicală primară: principalele categorii de servicii incluse sunt:

1.1. Servicii medicale curative: servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală (o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât și pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate), consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice, consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice, consultații de monitorizare activă pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronhic; boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC și boala cronică de rinichi;

1.2. Servicii medicale preventive și profilactice : consultații periodice oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani (la externarea din maternitate, la 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni, respectiv o dată pe an de la 4 la 18 ani); consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților din populația generală - fără semne de boală: o dată la 3 ani pentru toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă și sex (maximum două consultații/asigurat, anual); anual pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate cu risc înalt (maximum două consultații/asigurat, anual); anual pentru toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani (1 - 3 consultații/asigurat/pachet prevenție ce se acordă anual);

1.3. Consultații la domiciliu: se acordă asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu;

1.4. Servicii medicale adiționale, servicii diagnostice și terapeutice: servicii care se pot acorda exclusiv asiguraților de pe lista proprie;

1.5. Activități de suport: se referă la eliberarea documentelor medicale, ca urmare a unui act medical propriu: certificat de concediu medical; bilete de trimitere; prescripții medicale; adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri; etc. ;

1.6. Servicii de administrare de medicamente.

• În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice: servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală; servicii medicale curative: consultații medicale de specialitate pentru afecțiuni acute, subacute, acutizări ale bolilor cronice, precum și consultații de specialitate pentru

afecțiuni cronice; servicii de depistare a bolilor cu potențial endemo-epidemic examen clinic, diagnostic prezumtiv și trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare și tratament; consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială; consultații medicale de îngrijire paliativă; servicii diagnostice și terapeutice; servicii de sănătate conexe actului medical, furnizate de psihologi, logopezi și fizioterapeuți; servicii de supraveghere a sarcinii și lăuziei; servicii medicale în scop diagnostic-caz (acestea sunt servicii de spitalizare de zi, acordate în ambulatoriu de specialitate clinic).

- În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: lista include investigații paraclinice- analize medicale de laborator și investigații paraclinice, de radiologie, imagistică medicală și medicină nucleară.

Concluzii:

- Serviciile de asistență sanitară din România sunt diversificate și acoperă toate nivelurile de asistență medicală, însă sunt repartizate inegal la nivel teritorial. Asistența primară continuă să fie sub-utilizată în timp ce există o suprautilizare a serviciilor spitalicești, reflectată de nivelul finanțării.

- Principalele motive pentru care populația se adresează cu precădere spitalelor sunt accesul limitat la serviciile de asistență primară, manifestat cu precădere în mediul rural, pe seama lipsei de personal, și proporția redusă a serviciilor de prevenție și de management de caz în totalul serviciilor de asistență primară furnizate de medicii de familie. Ca urmare, pacienții dezvoltă afecțiuni și/sau complicații care fac necesare îngrijirile spitalicești.

- S-au făcut eforturi în ceea ce privește accesibilitatea serviciilor de prevenție pentru populație. Astfel, aceste servicii sunt incluse atât în pachetul minimal de servicii medicale în asistența primară, cât și în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară. Începând cu anul 2021, analizele de laborator prescrise de medicii de familie în cadrul consultațiilor acordate în scopul prevenției sunt suportate de la bugetul FNUASS, iar pentru adulții cu vârsta de peste 40 de ani analizele de laborator recomandate pentru prevenție sunt suportate din FNUASS indiferent de plafoanele lunare de finanțare. De asemenea, începând cu anul 2022, medicii de familie pot iniția tratamentul cu metforminum pentru pacienții asigurați adulți cu pre-diabet, diagnosticați în cadrul consultațiilor preventive anuale. În luna august 2022, s-a reglementat extinderea pachetului minimal de servicii în medicina de familie, până la nivelul pachetului de servicii de bază; începând cu data de 1 a lunii următoare, în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sunt aprobate, prin transferuri de la bugetul de stat prin bugetul

aprobat Ministerului Sănătății, sume pentru plata serviciilor medicale³³. Ca urmare, persoanele neasigurate au acces la aceleași servicii de medicină de familie ca persoanele asigurate, cu excepția medicamentelor compensate și a investigațiilor prescrise de medicul de familie, începând cu anul 2023.

- Începând cu luna aprilie din anul 2022, în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au fost introduse două noi analize medicale de laborator care pot fi acordate persoanelor asigurate: TTGO (test de toleranță la glucoză per os) și HBA1c, prescrise de medicii de familie pentru pacienții adulți asimptomatici, în cadrul serviciilor medicale de prevenție.

- Măsurile menite să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populației și la raționalizarea pe termen mediu a serviciilor de spitalizare evitabilă la nivelul asistenței sanitare în ambulator, sunt:

- Asigurarea, în cât mai multe comunități locale, a accesului populației la servicii de medicină primară, disponibilă cât mai aproape de domiciliul cetățenilor.

- Creșterea rolului medicului de familie în furnizarea serviciilor de prevenție, într-o manieră simplificată administrativ și birocratic.

- Asigurarea unor servicii ambulatorii de diagnostic, tratament și monitorizare, disponibile cât mai aproape de pacient, într-o modalitate care să reducă constant timpii de așteptare, deplasările inutile, serviciile și investigațiile redundante și care să limiteze astfel serviciile de spitalizare evitabilă și serviciile de spitalizare de zi, nejustificate din punct de vedere medical.

- Asigurarea unor servicii ambulatorii, care să preia cât mai rapid pacienții care au avut nevoie de spitalizare continuă și care să continue post-spital coordonarea și integrarea îngrijirilor acordate acestora, în vederea reducerii reinternărilor, prevenirii complicațiilor și reducerii dizabilității asociate bolilor cronice invalidante.

4. Finanțarea serviciilor de sănătate publică

Serviciile de sănătate din România sunt finanțate din bugetul FNUASS, bugetul de stat, bugetele autorităților publice locale, din venituri proprii și din alte surse stabilite prin lege (inclusiv fonduri externe nerambursabile, plăți directe, donații, legate, etc.). Prin legislația complexă din domeniu sunt stabilite sursele de finanțare pentru cheltuielile aferente asistenței medicale în ambulator, pentru programele naționale de sănătate, pentru serviciile de urgență sanitară, pentru investiții în

³³ Ordonanța Guvernului nr. 37 din 31 august 2022 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Legii nr. 227/2015 privind Codul fiscal, precum și stabilirea unor alte măsuri în domeniul sănătății

infrastructură și aparatură, medicamente și dispozitive medicale, spitale și alte unități sanitare cu paturi, precum și pentru alte cheltuieli aferente serviciului public de asigurare a asistenței medicale (centre de asistență comunitară, vaccinuri, centre de permanență, asistența medicală transfrontalieră, carantină, indemnizații pentru concedii medicale sau maternitate, etc.).

4.1 Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România

Sistemul actual de asigurări de sănătate din România se bazează în principal pe plata contribuției obligatorii³⁴ datorată de către persoanele angajate. În cadrul bugetului FNUASS, ponderea cea mai importantă în totalul veniturilor o înregistrează contribuțiile asiguraților și ale angajatorilor.

Înainte de anul 2017, plata contribuțiilor era împărțită între angajați și angajatori, însă unii dintre aceștia din urmă nu și-au plătit constant contribuțiile. În anul 2017 legislația s-a modificat și, de la acel moment, angajații suportă contribuția pentru asigurările de sănătate, într-o primă etapă salariile acestora fiind majorate cu partea de contribuție suportată anterior de angajator.

Alături de persoanele angajate, există categorii de persoane asigurate, fără plata contribuției, dintre care exemplificăm: copiii până la vârsta de 18 ani sau tinerii cu vârsta până la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenții de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenicii sau studenții; femeile însărcinate și lăuzele, în anumite condiții; șomerii; pensionarii; persoanele care beneficiază de prestații sociale; persoanele deținute care nu înregistrează venituri etc.

Din totalul populației care beneficiază de serviciile de sănătate, doar o treime plătește contribuții la sănătate. Dintre categoriile scutite de plata contribuției, cel puțin două categorii realizează venituri regulate, și anume muncitorii în construcții (500.000 persoane) și pensionarii (5,5 milioane persoane).³⁵

Cetățenii străini, inclusiv cetățenii ucrainieni, sau apatrizii care provin din zona conflictului armat din Ucraina și care intră pe teritoriul României din Ucraina, în condiții legale, și care nu solicită o formă de protecție, potrivit Legii nr.122/2006 privind azilul în România, cu modificările și completările ulterioare, beneficiază de aceleași servicii medicale ca și asigurații români, fără plata contribuției de asigurări sociale de sănătate, precum și de medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și serviciile cuprinse în programe naționale de sănătate curative³⁶.

Aproximativ 11% din populație rămâne neasigurată, în special în zonele rurale.³⁷

³⁴ Art.219 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

³⁵ Banca Mondială, "ROMANIA: POLICIES IN SUPPORT OF A FISCALLY SUSTAINABLE RECOVERY", volumul 2, iunie 2021, p.125

³⁶ Art.1, alin(4) din OuG nr.15/27.02.2022 privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare

³⁷ *State of Health in the UE-Romania*, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

Toată populația, indiferent de statutul de asigurare, are acces la servicii, medicamente și dispozitive furnizate în cadrul programelor naționale de sănătate.

Întreaga populație are dreptul la servicii de urgență, inclusiv transport sanitar neasistat, și îngrijire în structurile de urgență ale spitalelor. Începând cu anul 2022, prin înscrierea pe listele medicului de familie, persoanele neasigurate pot accesa inclusiv servicii de prevenție.

În afara contribuțiilor plătite de populația activă angajată sau care realizează anumite tipuri de venituri, veniturile bugetului FNUASS se constituie și din sumele provenite din protocoale încheiate de CNAS cu deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții legali ai acestora, din sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor CE emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr.1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, din subvențiile de la bugetul de stat, precum și din sumele provenite din angajamentele obligatorii asumate de deținătorii de autorizație de punere pe piață, potrivit deciziilor CE emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr.1/2003 al Consiliului din 16 decembrie 2002 privind punerea în aplicare a normelor de concurență prevăzute la articolele 81 și 82 din tratat, din subvențiile de la bugetul de stat, precum și din alte venituri - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului CNAS și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii³⁸.

Dependența de contribuțiile angajaților și populația activă în scădere³⁹ influențează semnificativ bugetul FNUASS și finanțarea întregului sistem de sănătate.

4.2 Cheltuielile publice pentru sănătate

Statisticile europene, elaborate în luna noiembrie 2022, arată că, față de media europeană înregistrată în anul 2020, de 10,9% din PIB, România alocă pentru sănătate 6,3% din PIB, situându-se pe penultimul loc⁴⁰, înaintea Luxemburg (stat care, în schimb, înregistrează în același an, cea mai mare valoare a cheltuielilor cu sănătatea/locuitor). Pe de altă parte, în aceleași statistici se menționează că România și țările baltice au înregistrat, în perioada 2012-2020, cea mai mare creștere exprimată procentual a cheltuielilor cu sănătatea/locuitor.

Eforturile bugetare în ceea ce privește creșterea finanțării sectorului sănătății au început cu mult timp în urmă. În perioada 2011-2017, cheltuielile din sănătate au crescut de la 26,28 miliarde lei la 44,19 miliarde lei (+68,2%) iar în anul 2017 față de

³⁸ Art.220 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

³⁹ *State of Health in the UE-Romania*, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

⁴⁰ Potrivit datelor statistice din sănătate aferente anului 2020, publicate pe site-ul https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics

anul 2016, cu 15,6%, în principal pe seama creșterii cheltuielilor curente de sănătate finanțate din fonduri publice (75,7% din creștere)⁴¹.

Prin bugetele anului 2023, cheltuielile în sănătate au crescut cu 45,1% față de execuția anului 2019, respectiv de la 51,1 miliarde lei în 2019 la 74,1 miliarde lei în 2023.

Și rapoartele elaborate la nivelul Comisiei Europene sau OECD reflectă eforturile importante realizate în ceea ce privește creșterea alocărilor pentru sănătate și indică faptul că cheltuielile cu sănătatea din România au crescut sistematic, de la an la an.

Raportul *OECD of Health in the EU-Romania-Country Health Profile 2021* indică faptul că alocările în domeniul sănătății din România au crescut semnificativ, în perioada 2015-2019, în medie cu 10,3% pe an, ceea ce reprezintă cea mai mare creștere a acestor cheltuieli din UE⁴². Mai mult decât atât, statisticile europene⁴³ menționează că, în perioada 2012-2020, România a înregistrat, între toate statele europene, cea mai mare creștere procentuală a cheltuielilor pentru sănătate pe locuitor (+127%).

Cu toate acestea, România rămâne una dintre țările UE cu cele mai reduse cheltuieli pentru sănătate, atât pe cap de locuitor, cât și ca pondere în PIB. Astfel, potrivit raportului Comisiei Europene⁴⁴, în anul 2019, România a cheltuit pentru sănătate mai puțin de jumătate din cheltuiala medie pe locuitor din țările UE (1.310 EUR față de 3.523 EUR, valori ajustate cu paritatea puterii de cumpărare-PPP). Din totalul cheltuielilor, 80% sunt finanțate din fonduri publice, ceea ce este în linie cu media UE, dar plățile directe, suportate de beneficiari, de 18,9% din totalul cheltuielilor, sunt peste media UE, care este de 15,4%. Totodată, Eurostat prezintă în analiza datelor statistice publicate pentru anul 2020, faptul că România înregistrează cea mai redusă cheltuială pentru sănătate pe locuitor la nivel european, de 713 EUR⁴⁵. La polul opus, Luxemburg și Danemarca înregistrează valori mult mai ridicate, de 5.875 EUR/locuitor, respectiv 5.642 EUR/locuitor. În aceeași analiză, cheltuielile ajustate în funcție de paritatea puterii de cumpărare (PPS) nu modifică situația României, care se clasează tot pe ultima poziție, cu 1.428 PPS/locuitor; disparitatea în raport cu prima clasată, Germania (4.831 PPS/locuitor), este de 3,4:1, mai bună decât aceea calculată pe baza ponderii cheltuielilor curente din sănătate în PIB, de 8,24:1 (în raport cu prima clasată, Luxemburg).

⁴¹ INSE, *Sistemul conturilor de sănătate (SCS) în România - anul 2017, 2019*, pag.27, https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/sistemul_conturilor_de_sanatate_in_romania_in_anul_2017_editia_2019.pdf

⁴² OECD, *State of Health in the EU-Romania-Country Health Profile 2021*, p.9, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/74ad9999-en.pdf?expires=1683182898&id=id&accname=guest&checksum=921221ADDC7516A01C399429C425C462>

⁴³ Eurostat statistics 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure

⁴⁴ *State of Health in the UE-Romania*, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

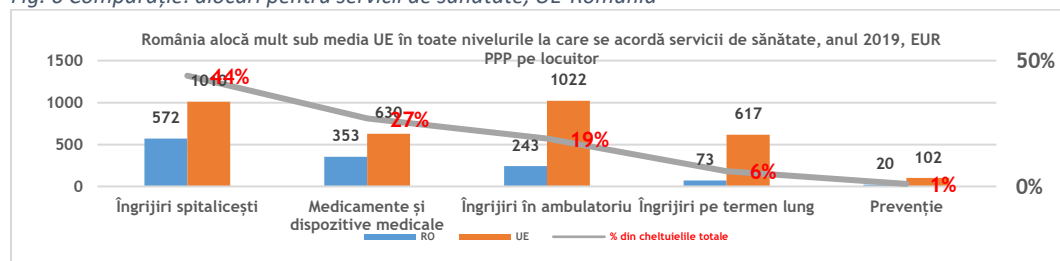
⁴⁵ Eurostat statistics, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure

Referitor la cheltuielile legate de pandemia COVID 19, în raportul CE⁴⁶ se menționează faptul că MS a finanțat o parte din cheltuielile neacoperite de CNAS, cum ar fi cheltuielile cu medicamentele, echipamentele, consumabilele și costul izolării pacienților în unități special desemnate. În anul 2021, Guvernul a rectificat bugetul pentru a asigura fondurile necesare pentru plata serviciilor COVID 19, inclusiv a bonusurilor pentru personalul angajat în domeniul sănătății, care tratează cazurile de COVID 19, precum și pentru plata majorărilor salariale, pentru cei care se ocupă de prevenirea și controlul bolii. Pe lângă resursele bugetare, s-au utilizat fonduri suplimentare, de la UE, din alocațiile necheltuite din fondurile structurale și de investiții din anul 2019 (aprox.483 mil. EUR) și din anul 2020 (aprox.637 mil. EUR), pentru achiziționarea de echipamente individuale de protecție, teste și echipamente medicale, servicii medicale și sociale la domiciliu pentru persoane în vârstă, produse de igienă și bonusuri pentru lucrătorii din sănătate. Alte fonduri suplimentare au provenit din donații.

În ceea ce privește cheltuielile care fac obiectul prezentei analize, Raportul CE⁴⁷ arată că ponderea, de 18,6%, a cheltuielilor pentru îngrijirea medicală primară și în ambulatoriu în totalul cheltuielilor de sănătate din România este redusă, clasându-se pe locul doi în Europa, după Bulgaria, atât ca pondere, cât și ca valoare absolută, în ciuda eforturilor de întărire a rolului asistenței medicale primare. Din totalul cheltuielilor cu sănătatea, îngrijirile spitalicești dețin cea mai mare pondere, iar nivelul lor este în creștere. În comparație cu media înregistrată la nivelul UE, de 29%, România alocă spitalelor o cotă de 44% din totalul cheltuielilor din sănătate. Față de anul 2010, în anul 2019 această a crescut cu 3%.

O cotă de 27% din cheltuielile cu sănătatea o reprezintă cheltuielile cu produsele farmaceutice, materialele sanitare specifice și dispozitivele medicale, în scădere față de nivelul din anul 2013, dar care încă depășește media UE. În valoare absolută, cheltuielile pe cap de locuitor cu produsele farmaceutice, materialele sanitare specifice și dispozitivele medicale, sunt de 353 EUR, printre cele mai scăzute din UE.

Fig. 6 Comparatie: alocări pentru servicii de sănătate, UE-România



Sursa: Comisia Europeană

⁴⁶ State of Health in the UE-Romania, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

⁴⁷ State of Health in the UE-Romania, Country Health Profile 2021, https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_romania_english.pdf

Potrivit datelor publicate de Eurostat⁴⁸ pentru anul 2020, România alocă îngrijirilor în spitale cea mai mare parte din cheltuielile curente pentru sănătate (48%, cea mai mare la nivel european, față de media de 37,4%), în timp ce asistența în ambulator beneficiază de 13,6% (față de media europeană, de 24,8%), iar prevenția, 0,2% (față de media europeană, de 1,6%).

4.3 Finanțarea serviciilor de asistență medicală în ambulator

Finanțarea asistenței medicale primare din România este diversificată și se asigură, în principal, pe baza contractelor încheiate de furnizorii de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate, cu direcțiile de sănătate publică sau instituțiile publice din subordinea Ministerului Sănătății (pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică), dar și pe baza contractelor încheiate cu autoritățile teritoriale de sănătate publică, pentru serviciile de medicină comunitară⁴⁹.

Serviciile din aria analizată sunt reglementate prin contractul încheiat de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii, în baza căruia se finanțează aceste servicii de la bugetul FNUASS. Distinct de acestea, programele naționale de sănătate curativă, finanțate tot de la bugetul FNUASS, sunt reglementate separat, prin prevederi cuprinse în lege⁵⁰ și, subsecvent, prin hotărâre a Guvernului⁵¹, care stabilește programele și condițiile în care acestea urmează să se realizeze în perioada următoare, precum și prin ordine emise de ministrul sănătății și de președintele CNAS, prin care sunt aprobate norme tehnice de aplicare.

Modalitatea de decontare a serviciilor medicale din bugetul FNUASS, la nivelul fiecărui nivel al asistenței sanitare, este reglementată potrivit legislației secundare din domeniu, respectiv prin hotărâre a Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și prin Normele metodologice de aplicare a acesteia aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS. În măsura în care se urmărește implementarea unor politici de sănătate noi sau pentru prioritizarea anumitor acțiuni de sănătate publică, acest set de acte normative sunt instrumentele de punere în aplicare a obiectivelor urmărite.

4.3.1 Finanțarea asistenței medicale primare

Referitor la asistența medicală primară, potrivit Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021 privind

⁴⁸ Eurostat statistics 2020, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure

⁴⁹ Art.85 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

⁵⁰ Titlul II din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată

⁵¹ HG nr.423/2022 privind aprobarea programelor naționale de sănătate

aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, denumit în continuare "Ordin", sunt reglementate 2 modalități de plată: *per capita*, prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane asigurate înscrise în listele medicilor de familie, și plata prin tarif pe serviciu medical, exprimat în puncte pentru unele servicii medicale prevăzute de Ordin. În **Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru** sunt detaliate serviciile medicale cuprinse în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii de bază.

Serviciile de volum mare ale medicilor de familie, cum sunt consultațiile pentru afecțiuni acute, monitorizarea pacienților cronici și prevenția, sunt plătite prin tarif pe serviciu medical. Numărul de consultații plătite pentru fiecare episod de îngrijire este limitat. În plus, pentru prevenție și pentru managementul cazurilor, medicii de familie trebuie să respecte prevederile care condiționează validarea acestor servicii în vederea decontării.

Suma convenită prin plata *per capita* se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în funcție de numărul și structura pe grupe de vârstă și de gen a persoanelor asigurate înscrise pe lista medicului de familie, ajustat în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea și în raport cu gradul profesional al medicului, și valoarea garantată (exprimată în lei), stabilită pentru un punct.

Numărul de puncte per capita, acordat pentru o persoană asigurată înscrisă în lista medicului de familie este stabilit în raport cu vârsta persoanei asigurate înscrise, punctaj care este majorat, potrivit criteriilor prevăzute de reglementările legale în vigoare, respectiv: calitatea de persoană instituționalizată a asiguratului, calitatea de persoană pensionată pentru cazuri de invaliditate.

În funcție de numărul de asigurați înscriși pe lista medicului de familie și numărul de puncte per capita realizat/an sunt stabilite criterii de ajustare pe tranșe.

Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical, ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.

În Ordin se stabilesc, urmând să fie aplicate pe întregul an, valoarea garantată, în lei, a punctului *per capita*, și valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, unice pe țară.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul anual aprobat pentru asistența medicală primară are următoarea structură: 50% pentru plata per capita - 50% pentru plata pe serviciu medical, după ce se scade suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o localitate.

Începând cu 1 iulie 2023 sunt aplicabile reglementări prin care se modifică structura fondului anual aprobat pentru asistența medicală primară în favoarea plății serviciilor medicale, pentru care se alocă un procent de 65% față de 50%; pentru plata per capita se alocă un procent de 35% față de un procent de 50%. În plus, consultațiile la distanță acordate pentru monitorizarea bolilor cronice, sunt incluse în plata per capita. Totodată, începând cu anul 2025 se constituie un fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele destinate medicilor nou-veniți.

Pentru a încuraja acoperirea cu servicii medicale în asistența medicală primară și implicit accesul populației la serviciile medicale acordate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în localitățile din mediul rural fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, începând cu 1 iulie 2023 medicul de familie nou-venit într-o astfel de unitate administrativ-teritorială din mediul rural, beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sumele de care beneficiază medicul nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială urbană, la care se adaugă un spor de 100%. Pentru menținerea medicilor nou-veniți pe termen lung în aceste localități, casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul și-a constituit-o, în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depășește venitul calculat conform convenției; în caz contrar se prelungește durata de valabilitate a convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției. Condiția de a înscrie pe listă un procent din populația aferentă unității administrativ-teritoriale are rolul de a stimula medicul să acorde serviciile medicale cuprinse în pachetele de servicii din asistența medicală primară în condițiile unui venit garantat.

În Ordin⁵² sunt precizate numărul, frecvența și condițiile specifice, după caz, pentru consultațiile și serviciile prevăzute în pachetul de servicii de bază și pachetul minimal de servicii medicale de la nivelul asistenței medicale primare, inclusiv limitele stabilite în raport cu programul de lucru al medicului de familie (ex: nr. de consultații în medie pe zi ce pot fi acordate în raport cu programul de lucru; nr. maxim de servicii adiționale ce pot fi efectuate într-o oră; numărul maxim de consultații la domiciliu pe lună și limita maximă pe zi, etc.).

4.3.2 Finanțarea asistenței medicale în ambulatoriu -specialități clinice

Similar medicinei de familie, pentru asistența medicală în ambulatoriu se aprobă prin Ordin serviciile oferite la acest nivel, în funcție de calitatea beneficiarului, de persoană neasigurată (caz în care va beneficia de serviciile din pachetul minimal de servicii oferite în asistența medicală ambulatorie de specialitate), sau de persoană asigurată (caz în care va beneficia de serviciile incluse în pachetul de bază de servicii din asistența medicală ambulatorie de specialitate). Totodată, Ordinul reglementează procedurile diagnostice și terapeutice, punctajul aferent, specialitățile care pot efectua serviciul în ambulatoriul de specialitate, serviciile de sănătate conexe actului medical, specialitățile clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate, condițiile de acces la consultații (cu sau fără bilet de trimitere), etc.

Modalitățile de plată prevăzute prin Ordin pentru asistența medicală în ambulatoriu-specialități clinice sunt fie prin tarif pe serviciu medical, cuantificat în puncte, fie prin tarif pe serviciu medical consultație/caz, exprimat în lei.

Ordinul stabilește valoarea garantată, unică pe țară, pentru un punct pe serviciu medical.

Și în acest caz sunt prevăzute limitări în ceea ce privește stabilirea sumelor de plată, cum ar fi: numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu, care nu poate depăși un număr de consultații/un număr de puncte pentru servicii rezultat, conform programului de lucru. În acest sens, în Ordin este prevăzut: numărul de consultații în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi; numărul de puncte în medie pe zi corespunzător serviciilor efectuate și raportate corespunzător unui program de 7 ore/zi; punctajul pentru serviciile de sănătate conexe actului medical, în medie pe zi, ce poate fi raportat; numărul de servicii în scop diagnostic caz efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic (care poate fi raportat cu încadrarea în suma contractată), în funcție de tipul fiecărui serviciu și de durata acestuia, precum și în funcție de programul de lucru al cabinetului care oferă aceste servicii (maximum 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile tip spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriul de specialitate clinic); etc.

4.3.3 Finanțarea asistenței medicale în ambulatoriu-specialități paraclinice

Condițiile acordării pachetului de bază de servicii medicale și modalitățile de plată sunt prevăzute și în acest caz, prin Ordin.

Serviciile sunt prevăzute distinct, pe categorii, în lista investigațiilor paraclinice analize de laborator și lista investigațiilor paraclinice de radiologie, imagistică medicală

și medicină nucleară. Pentru fiecare investigație se prevede tariful decontat de casa de asigurări de sănătate precum și limitările aplicabile, privind, după caz: numărul de teste/set, numărul maxim de seturi decontate, condiții speciale de decontare care decurg din rezultatul unor investigații, condiții referitoare la beneficiari (recomandări), afecțiunile pentru care se recomandă anumite investigații, serviciile de imagistică care pot fi acordate și de medicii de familie sau de medicii de specialitate din specialități clinice.

Potrivit prevederilor Ordinului, plata serviciilor asistenței medicale în ambulatoriu-specialități paraclinice se realizează prin tarif pe serviciu medical, exprimat în lei. La stabilirea sumei contractate de furnizorii de servicii medicale paraclinice, de furnizorii de servicii medicale clinice, de furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și reabilitare, de medicii de familie sau de furnizorii de servicii de medicină dentară, se au în vedere numărul de investigații paraclinice și tarifele pentru analizele de laborator/tarifele investigațiilor paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară menționate în listele de mai sus. Aceste sume, contractate de casele de asigurări cu furnizori, se împart pe trimestre și luni, urmând ca decontarea serviciilor respective să se realizeze cu obligația încadrării în plafonul lunar de contract stabilit pe tipuri de servicii (analize de laborator, anatomie patologică, radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară). Și aici, Ordinul stabilește limitări, cu titlu de exemplu, numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate într-o oră de medicii cu specialitățile medicale clinice nu poate fi mai mare de 3.

În Ordin sunt prevăzute distinct, pe fiecare categorie de servicii (analize de laborator, investigații de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară), criteriile de selecție a furnizorilor de servicii medicale paraclinice, de repartizare a sumelor și de defalcare a numărului de investigații pe furnizori de servicii medicale paraclinice.

Cu privire la **laboratoarele de analize medicale și punctele de lucru ale acestora** se prevede că acestea trebuie să fie autorizate, potrivit legii, să fie evaluate și acreditate și să aibă capacitatea tehnică necesară pentru toate tipurile de analize de laborator prevăzute; să aibă încheiat un contract cu casa de asigurări de sănătate, pe toată durata programului de activitate, pentru un număr minim de ore; să îndeplinească cerințele referitoare la criteriul calității: din lista investigațiilor paraclinice, care cuprind 90 de investigații medicale paraclinice, trebuie ca minimum 43 de analize să îndeplinească cerințele pentru calitate și competență, respectiv cerințele de participare la schemele de testare a competenței.

Cu privire la repartizarea sumelor și defalcarea numărului de analize de laborator pe total județ, se au în vedere criteriul de evaluare a resurselor și criteriul de calitate, fiecare având o pondere de 50%. Pentru fiecare furnizor se calculează un punctaj, stabilit pe baza unei metodologii cuprinsă în Ordin, în urma evaluării capacității resurselor tehnice, a logisticii și a resursei umane. Pentru fiecare criteriu se

stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor. Se calculează valoarea unui punct pentru fiecare criteriu prin împărțirea sumei rezultate ca urmare a aplicării procentelor aferente la numărul de puncte corespunzător fiecărui criteriu. Valoarea unui punct obținută pentru fiecare dintre criterii se înmulțește cu numărul de puncte obținut de un furnizor corespunzător fiecărui criteriu, rezultând sumele aferente fiecărui criteriu pentru fiecare furnizor, iar prin însumarea acestor sume rezultă valoarea totală contractată pentru fiecare furnizor.

Cu privire la selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, în vederea repartizării sumelor și defalcării numărului de investigații, furnizorii trebuie să îndeplinească cumulativ criteriile de selecție prevăzute în Ordin: să fie autorizați și acreditați potrivit dispozițiilor legale în vigoare, să facă dovada capacității tehnice de a efectua investigațiile de radiologie - imagistică medicală și/sau medicină nucleară pe care doresc să le contracteze, să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate prin certificare în conformitate cu standardele adoptate în România. Totodată, trebuie să facă dovada că pe toată durata programului de lucru solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate (care nu poate fi mai mică de 6 ore pe zi - de luni până vineri) își desfășoară activitatea medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară într-o formă legală de exercitare a profesiei, care să acopere o normă întreagă (6 ore).

Referitor la repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații de radiologie-imagistică medicală și medicină nucleară, stabilit pe total județ, se au în vedere două criterii pentru care sunt prevăzute ponderi: criteriul de evaluare a resurselor (90%) și criteriul de disponibilitate (10%).

Trebuie subliniat faptul că, începând cu luna iulie 2021, investigațiile recomandate de medicul de familie, în cadrul consultațiilor de prevenție, acordate pentru toate categoriile de vârstă, se decontează din fondul alocat de casele de asigurări de sănătate pentru investigații paraclinice, în limita valorilor din contractele încheiate cu furnizorii de servicii paraclinice. A fost prevăzut un mecanism care permite, excepțional, ca analizele medicale de laborator recomandate de medicul de familie, în cadrul consultațiilor de prevenție oferite asiguraților din lista proprie cu vârsta de peste 40 de ani, să poată fi acordate de furnizorii de servicii paraclinice și peste valoarea de contract, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice. Astfel, în situația în care fondurile alocate de casa de asigurări de sănătate au fost epuizate la momentul în care asiguratul solicită acordarea serviciilor recomandate, acesta va beneficia de investigații, urmând ca furnizorul să primească ulterior contravaloarea lor, peste valoarea de contract, prin încheierea unui act adițional, în baza documentelor care

justifică acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie pentru evaluarea stării de sănătate a asiguratului asimptomatic cu vârsta de peste 40 de ani⁵³.

Pentru asistența în ambulatoriu Ordinul prevede un pachet distinct, de servicii de asistență medicală destinat pacienților din statele membre UE/Spațiului economic european/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord, titulari de card european de asigurări de sănătate, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr.883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, și pacienților din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

4.3.4 Finanțarea asistenței medicale spitalicești

Nu face obiectul prezentei analize însă, din punct de vedere al alocărilor bugetare, deține o pondere semnificativă în totalul cheltuielilor de sănătate.

Finanțarea⁵⁴ spitalelor publice este complexă, prezentând surse multiple în funcție de: tipul spitalului, de subordonarea acestuia (există ministere/instituții cu rețea proprie de spitale) sau apartenența la universități de medicină și farmacie acreditate, de încheierea contractelor de implementare a programelor naționale de sănătate, de destinația cheltuielilor (pentru salarii, pentru furnizarea de servicii medicale, pentru bunuri și servicii, pentru investiții sau reparații capitale, servicii de natură administrativă etc.).

4.3.5. Aspecte rezultate din analiza datelor referitoare la finanțarea asistenței în ambulator

Spre deosebire de perioada pentru care s-a realizat analiza, se constată că, începând cu anul 2022, pachetele de servicii din asistența în ambulator s-au îmbunătățit, urmărindu-se ca, de exemplu, pacientul să aibă acces mai facil la tratamente și să nu fie nevoit ca pentru anumite servicii să se deplaseze de la domiciliu. De asemenea, în ceea ce privește prevenirea, depistarea și tratamentul diabetului zaharat, în anul 2022, s-a prevăzut posibilitatea ca medicul de familie să includă pacientul în programul național și să inițieze tratamentul cu DCI Metforminum⁵⁵, aceste

⁵³ Potrivit art.2, alin.(4) din Anexa nr.18 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare

⁵⁴ Cu titlu de exemplu, art.191, 193, 199 și 206 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

⁵⁵ <https://cnas.ro/2022/04/01/comunicat-norme-de-aplicare-ale-contractului-cadru-in-vigoare-de-la-1-aprilie-2022/>

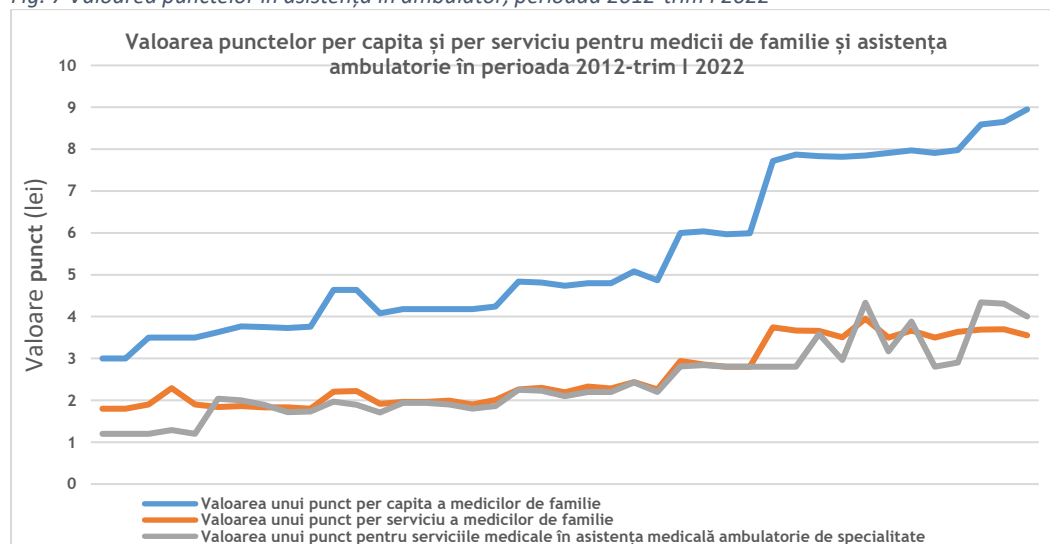
servicii fiind anterior furnizate de medicul specialist. De asemenea, s-au îmbunătățit serviciile referitoare la recomandarea analizelor de laborator de către medicul de familie, precum și cu privire la îngrijirile paliative ce pot fi acordate de medicul de familie care are atestat de studii complementare pentru acest tip de îngrijiri.

Prin suplimentarea cu 22% a bugetului alocat pentru medicina de familie, s-a reușit ca, începând cu 1 aprilie 2022, să se asigure o creștere a valorii garantate a punctului *per capita* (10 lei față de 8,5 lei), precum și a valorii garantate a punctului pe serviciu (4 lei față de 3,5 lei, cât era la acel moment).

Începând cu 1 iulie 2023, la nivelul asistenței medicale primare, valoarea garantată a punctului per capita este majorată de la 10 lei la 12 lei, iar valoarea garantată a punctului pe serviciu este majorată de la 4 lei la 8 lei. Totodată, în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, valoarea garantată a punctului pe serviciu este majorată de la 4 lei la 4,5 lei.

Din analiza valorii punctului⁵⁶, stabilită pentru servicii decontate per capita și pe serviciu, pentru medicii de familie, respectiv pe serviciu, pentru asistența furnizată de ambulatoriile de specialitate, se observă faptul că se fac eforturi pentru îmbunătățirea finanțării asistenței în ambulator, tariful fiind în creștere, mai pronunțată în ceea ce privește medicina de familie.

Fig. 7 Valoarea punctelor în asistența în ambulator, perioada 2012-trim I 2022



Sursa: CNAS

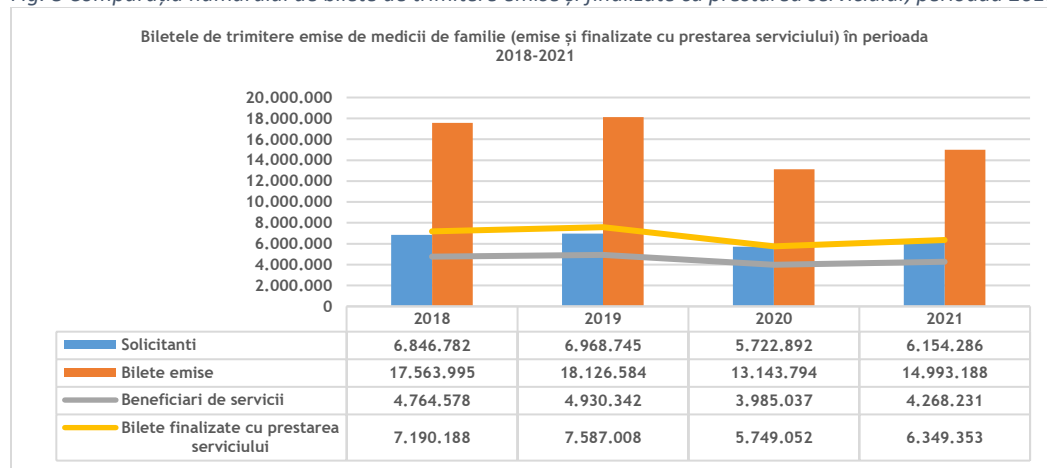
Referitor la rezultatele în ambulator, pentru activitatea de monitorizare a afecțiunilor cronice în perioada 2018-2021, s-a analizat numărul de trimiteri emise de medicul de familie pentru analize/investigații și numărul de trimiteri finalizate cu prestarea și decontarea din FNUASS a serviciului (analiză, investigație, consultație).

⁵⁶ <http://cas.cnas.ro/casmb/page/valoarea-punctului.html>

Calculul s-a realizat pe baza datelor disponibile (raportate de furnizori, caselor de asigurări de sănătate, în vederea decontării din FNUASS), prin însumarea numărului de beneficiari de servicii clinice cu numărul de beneficiari de servicii paraclinice, fără ajustarea în funcție de serviciile de care au beneficiat efectiv aceștia (clinice, paraclinice sau combinații ale acestora), respectiv fără luarea în considerare o singură dată a beneficiarului de servicii multiple.

Din analiză rezultă că, în întreaga perioadă, se finalizează cu prestarea și decontarea din FNUASS a serviciului (consultație, analize sau investigații) mai puțin de jumătate din numărul de bilete de trimitere emise (41%-44%), numărul de beneficiari ai acestor servicii fiind în proporție de cel mult 70% din numărul de solicitanți de bilete de trimitere. Acest lucru, în ceea ce privește analizele de laborator și investigațiile imagistice este determinat, în principal, de indisponibilitatea sumelor necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice la momentul solicitării sau într-un interval de timp rezonabil în raport cu tipul afecțiunii (acut/subacut/cronic), datorită epuizării valorii lunare de contract a furnizorilor de servicii medicale paraclinice. În ceea ce privește consultațiile acordate de medicii de specialitate în ambulatoriul clinic de specialitate, datorită deficitului de medici de specialitate din sistemul asigurărilor sociale de sănătate existent în majoritatea unităților administrativ-teritoriale (cu excepția centrelor universitare), listele de așteptare sunt semnificative. Ca efect al pandemiei de COVID 19, analiza valorii indicatorilor indică o reducere a acesteia în anul 2020 comparativ cu anul 2019. Numărul de solicitanți se reduce cu 17,9%, numărul de bilete emise scade cu 27,5%; rezultatele urmează aceeași tendință (numărul de beneficiari ai serviciilor scade cu 24,2% iar numărul biletelor finalizate cu prestarea serviciilor scade cu 19,2%). Ulterior, în anul 2021, valoarea indicatorilor se îmbunătățește, însă nivelul acesteia este sub nivelul înregistrat în anul 2018 (numărul de beneficiari ai serviciilor este mai mic cu 10,4%, numărul biletelor de trimitere finalizate cu prestarea serviciilor, mai mic cu 11,7%).

Fig. 8 Compararea numărului de bilete de trimitere emise și finalizate cu prestarea serviciului, perioada 2018-2021



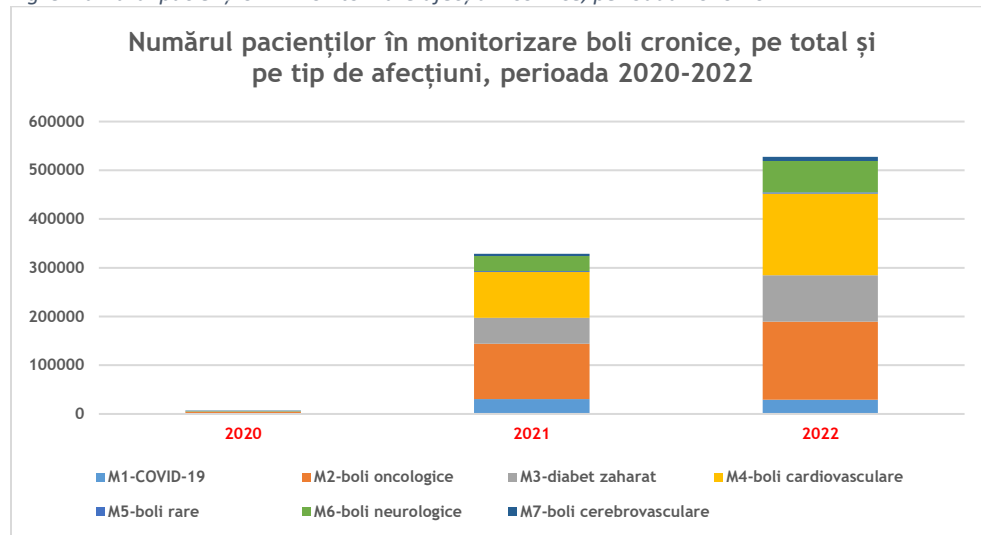
Sursa: CNAS

Potrivit dispozițiilor art.11 din OUG nr.20/2021 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul evoluției situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, precum și pentru abrogarea unor prevederi din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 70/2020 privind reglementarea unor măsuri, începând cu data de 15 mai 2020, în contextul situației epidemiologice determinate de răspândirea coronavirusului SARS-CoV-2, pentru prelungirea unor termene, pentru modificarea și completarea Legii nr.227/2015 privind Codul fiscal, a Legii educației naționale nr.1/2011, precum și a altor acte normative, pentru modificarea și completarea Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și pentru modificarea Legii farmaciei nr. 266/2008, aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, pacienții pot beneficia de servicii medicale paraclinice efectuate în regim ambulatoriu potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID 19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, pentru care furnizorii de servicii medicale paraclinice au evidențe distincte. Aceste investigații pot fi efectuate inclusiv după epuizarea valorii de contract a furnizorului de servicii medicale paraclinice.

Pentru situațiile în care se recomandă investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID 19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, sau investigații medicale paraclinice, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare - pentru afecțiunile respective, tipul monitorizării poate fi: "Monitor 1" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu COVID 19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare; "Monitor 2" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli oncologice; "Monitor 3" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților cu diabet zaharat; "Monitor 4" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cardiovasculare; "Monitor 5" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli rare; "Monitor 6" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli neurologice; "Monitor 7" - dacă investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cerebrovasculare.

În perioada 2020-2022, pe total, numărul pacienților care au beneficiat de aceste servicii a crescut semnificativ, de la an la an, cu 60,4% în anul 2021 și cu 63,5% în anul 2022.

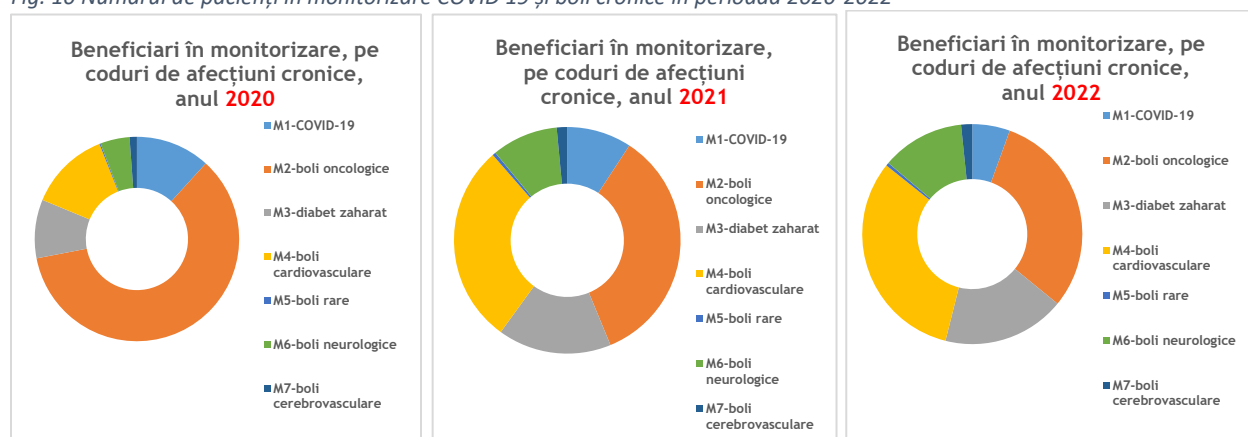
Fig. 9 Numărul pacienților în monitorizare afecțiuni cronice, perioada 2020-2022



Sursa: CNAS

În structură, evoluția este diferită, de la un an la altul: cu excepția numărului de pacienți în monitorizare pentru COVID 19, care scade, începând cu anul 2021, pentru toate celelalte afecțiuni crește numărul de beneficiari, în întreaga perioadă. Cel mai ridicat număr de beneficiari de servicii în monitorizare se înregistrează pentru boli cardiovasculare și pentru boli oncologice, după cum reiese din reprezentările grafice de mai jos, ceea ce este în concordanță cu prevalența acestor afecțiuni în rândul populației generale.

Fig. 10 Numărul de pacienți în monitorizare COVID 19 și boli cronice în perioada 2020-2022



Sursa: CNAS

Concluzii:

Deși s-au făcut eforturi, în timp, pentru creșterea alocărilor bugetare, sistemul de sănătate din România încă se poziționează pe ultimele locuri din clasamentul european, atât în ceea ce privește ponderea cheltuielilor cu sănătatea în PIB, cât și

ca nivel al cheltuielilor cu sănătatea/locuitor. Îngrijirile spitalicești concentrează cea mai mare pondere din alocările bugetare.

Principala sursă de finanțare a sistemului de sănătate o reprezintă contribuțiile pentru sănătate plătite la bugetul FNUASS. Din totalul populației beneficiare a serviciilor de sănătate, doar o treime plătește contribuțiile, în condițiile în care dintre categoriile scutite de plată cel puțin două realizează venituri regulate (muncitorii în construcții și pensionarii).

În cazul medicilor de familie, consultațiile pentru afecțiuni acute, monitorizarea pacienților cronici, și prevenția, precum și majoritatea tipurilor de servicii acordate sunt plătite prin tarif pe serviciu medical, iar numărul de consultații plătite pentru fiecare episod de îngrijire este limitat. În plus, numărul de consultații decontate prin tarif pe serviciu medical în cadrul pachetelor de bază este limitat, potrivit reglementărilor legale în vigoare, în raport cu programul de lucru. Consultațiile raportate de medicii de familie sunt în mare parte îngrijiri acute și monitorizări ale pacienților cronici, în detrimentul prevenției. Pentru susținerea plății per capita, de la 1 iulie 2023, consultațiile la distanță pentru afecțiuni cronice sunt incluse în plata per capita.

Se fac eforturi în vederea creșterii rolului asistenței medicale în ambulator, care are un rol foarte important, atât în ceea ce privește accesul populației la serviciile de asistență medicală, cât și în ceea ce privește creșterea eficienței cheltuielilor din domeniul sănătate, prin contribuția acestui segment la prevenție și la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, precum și prin optimizarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale acordate la nivelul spitalelor sau serviciilor de urgență. Prin prevenție, mai puțin costisitoare decât tratamentul ca atare, se reduce riscul de îmbolnăvire și de mortalitate, prin preîntâmpinarea apariției bolilor sau prin tratarea acestora, în fază incipientă, reducându-se, astfel, apariția complicațiilor și impactul negativ al bolii asupra calității vieții pacienților.

Din punct de vedere normativ, pachetele de servicii disponibile la nivelul asistenței medicale în ambulator sunt complexe, acoperind numeroase aspecte ale depistării și tratamentului afecțiunilor, însă, din prisma rezultatelor obținute, serviciile nu sunt pe deplin accesibile și nu se pune încă accent suficient pe prevenție. Acest lucru se datorează în mare parte nefinalizării circuitului pacientului, de la depistarea/suspiciunea unei afecțiuni, până la diagnosticul de certitudine și inițierea tratamentului, datorită imposibilității efectuării serviciilor medicale paraclinice într-un interval de timp optim, atâta timp cât efectuarea acestora trebuie să se încadreze în valoarea de contract a furnizorului de servicii medicale paraclinice.

Referitor la finanțarea asistenței acordată în ambulator, analiza în dinamică a valorii punctului pentru serviciile furnizate de medicii de familie (atât per capita cât și pe serviciu) respectiv a valorii punctului pentru serviciile furnizate de ambulatoriile de specialitate, indică faptul că există o preocupare pentru stimularea acestor

sectoare, însă aceasta se realizează diferențiat, medicina de familie beneficiind de un tarif mai mare, datorat în principal creșterii tarifului per capita.

Măsurile de la nivelul asistenței medicale în ambulator, care să contribuie la eficientizarea cheltuielilor bugetare, sunt:

- Îmbunătățirea raportului finanțării asistenței medicale în ambulator față de finanțarea serviciilor medicale în spitale, prin continuarea procesului de furnizare a serviciilor în regim de spitalizare de zi, atunci când internările în spitale nu sunt necesare, precum și prin stimularea asistenței medicale în ambulatorii de specialitate, în preluarea cazurilor externate, în vederea monitorizării și reabilitării stării de sănătate a pacienților;

- Creșterea veniturilor bugetului FNUASS, în principal pe seama contribuțiilor de sănătate (identificarea unor noi surse, reanalizarea scutirilor de la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru categoriile exceptate, care realizează venituri);

- Stimularea medicinei de familie în vederea furnizării unui număr cât mai mare de servicii de prevenție, prin stabilirea unui tarif pe serviciu stimulat, care să reducă treptat importanța plății per capita;

- Diversificarea serviciilor acordate de medicul de familie, conform curriculei de pregătire a acestuia, astfel încât să se rezolve, la nivelul comunității, o proporție din ce în ce mai mare a afecțiunilor cronice, cu impact major asupra stării de sănătate a populației, concomitent cu adaptarea protocoalelor terapeutice;

- Stimularea asistenței medicale în ambulatoriile de specialitate pentru specialitățile clinice, în special în ceea ce privește nivelul tarifului pe serviciu, printr-o alocare bugetară anuală prin legea bugetului de stat, care să permită acest lucru, astfel încât acestea să furnizeze serviciile de diagnostic, tratament și monitorizare adecvate;

- Efectuarea analizelor de laborator și a investigațiilor imagistice într-un timp optim necesar pentru stabilirea conduitei terapeutice de către medicul de familie sau medicul de specialitate din ambulatoriul clinic de specialitate, prin eliminarea limitărilor impuse de valoarea de contract prestabilită, prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

5. Analiza indicatorilor financiari ai bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

Potrivit *Memorandumului de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul sănătate*, prin această analiză s-au avut în vedere datele și informațiile financiare și statistice din perioada 2018-2020 și, în măsura disponibilității, punctual, datele aferente anului 2021.

Ca urmare, s-au analizat, sub toate aspectele semnificative potrivit obiectivului și ariei analizei, datele din contul de execuție a bugetului FNUASS, precum și alocările bugetare și execuția programelor anexate la buget și ale indicatorilor asociați acestora, în perioada stabilită prin Memorandum.

Sursa datelor o reprezintă situațiile financiare anuale⁵⁷ ale bugetului FNUASS din perioada 2018-2020 existente în baza de date a Ministerului Finanțelor și datele financiare ale bugetului FNUASS publicate pe <https://cnas.ro/fnuass/>. Punctual, s-au utilizat și date relevante disponibile aferente anului 2021, mai ales pentru interpretarea tendințelor. În Anexa nr.6 sunt prezentate datele utilizate la realizarea analizei și indicatorii calculați pe baza acestora.

În continuare, sunt analizați indicatorii financiari aferenți veniturilor și cheltuielilor bugetului FNUASS, precum și indicatorii de performanță ai programelor anexate la acesta.

5.1 Analiza veniturilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

Veniturile bugetului FNUASS provin, în principal, din contribuții ale asiguraților, subvenții de la bugetul de stat și sume din bugetul Ministerului Sănătății⁵⁸. Conform clasificăției bugetare, acestea sunt grupate în venituri curente, subvenții și alte venituri, detaliate pe capitole, subcapitole și paragrafe, după caz.

În total venituri ale bugetului FNUASS, ponderea cea mai mare o au veniturile curente.

Subvențiile primite de la bugetul de stat au fost alocate pentru echilibrarea bugetului FNUASS, fiind ca mărime, alături de veniturile curente, a doua sursă de venituri bugetare.

Cercetarea veniturilor bugetului FNUASS prezintă importanță pentru prezenta analiză din prisma evoluției principalelor surse de venit ale bugetului FNUASS și evoluției cheltuielilor FNUASS în raport cu veniturile curente.

1. Evoluția principalelor surse de venit ale bugetului FNUASS

Evoluția indicatorilor financiari ai bugetului FNUASS, la venituri și cheltuieli este prezentată sintetic în Anexa nr.6.

Din analiza datelor se desprind următoarele concluzii:

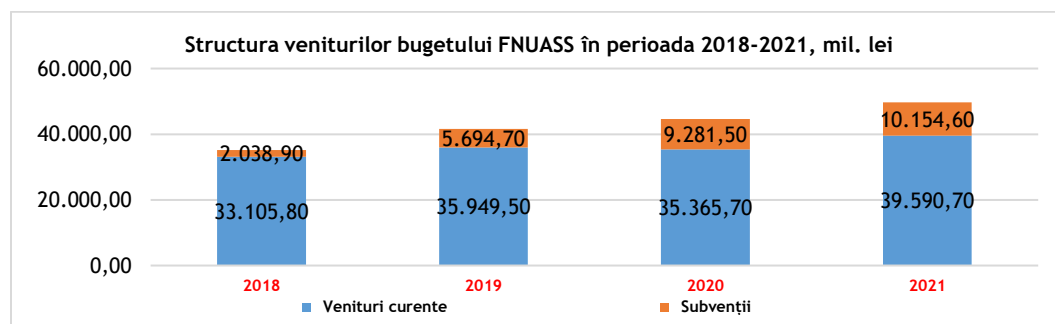
⁵⁷ Potrivit prevederilor art.36 alin.(7) din Legea contabilității nr.82/1991, republicată, cu modificările și completările ulterioare, autoritățile publice, ministerele și celelalte organe de specialitate ale administrației publice centrale, instituțiile publice finanțate integral din venituri proprii, ai căror conducători au calitatea de ordonatori principali de credite, au obligația depunerii situațiilor financiare centralizate trimestriale și anuale la Ministerul Finanțelor, în conformitate cu condițiile stabilite de acesta din urmă prin norme metodologice aprobate prin ordin al ministrului finanțelor

⁵⁸ Art.265 alin.(1) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

- În perioada 2018-2021, veniturile încasate la bugetul FNUASS au crescut, pe total, cu 14.161,3 mil. lei (+39,7%), atât pe seama veniturilor curente, care au crescut cu 6.484,9 mil. lei (+19,59%), cât și a subvențiilor, care au crescut cu 8.115,7 mil. lei (+398%).

- În ceea ce privește subvențiile, acestea sunt formate în principal din subvenții de la bugetul de stat, care în perioada analizată au crescut cu 8.216,7 mil. lei (+424%)⁵⁹, în principal ca urmare a măsurilor luate în vederea contracarării efectelor pandemiei de COVID 19.

Fig. 11 Structura veniturilor bugetului FNUASS în perioada 2018-2021



Sursa: MF

- Principalele surse din care s-au constituit veniturile curente sunt contribuțiile de asigurări, în cea mai mare proporție, la care se adaugă alte impozite și taxe generale și veniturile nefiscale. Contribuțiile de asigurări sunt: contribuțiile angajatorilor, inclusiv veniturile din contribuția asiguratorie pentru muncă, pentru concedii și indemnizații, și contribuțiile asiguraților. Cea mai mare pondere o au veniturile din contribuțiile asiguraților. Acestea au crescut, în anul 2021 față de anul 2018, cu 7.809,2 mil. lei (+29,5%). Contribuțiile angajatorilor s-au redus, în perioada analizată, ca urmare modificărilor care au legiferat mutarea contribuțiilor de la angajatori la angajați. Astfel, contribuțiile datorate de angajatori au scăzut, în anul 2021 față de anul 2018, cu 2.126,6 mil. lei (-55,2%), iar drepturile constatate din anii precedenți (restanțe la bugetul FNUASS), au înregistrat anual valori între 4,8 miliarde lei în anul 2018, scăzând simbolic până la 4,5 miliarde lei în anul 2021, situație care ar trebui să fie supusă procedurii de transparență instituțională prin postarea pe site-uri a listei datornicilor, a măsurile întreprinse pentru încasare, eliminarea oricăror facilități acordate restanțierilor, a măsurile de executare silită a datornicilor etc.

- Situația privind evoluția drepturilor restante constatate din anii precedenți pentru contribuțiile de asigurări de sănătate pe perioada 2016-2022-trim. I 2023, este prezentată în tabelul de mai jos:

⁵⁹ Potrivit datelor din anexa nr.6

Tabel nr. 5 Evoluția drepturilor restante pentru contribuțiile de asigurări de sănătate, perioada 2016-2022 și trim.I 2023

-milioane lei-

Data	Încasări buget		din care, de la:							
	Total an	Medie lunară	Angajator				Angajați			
			Total an	Medie lunară	Drepturi restante	Nr. luni	Total an	Medie lunară	Drepturi restante	Nr. luni
A	1=3+7	2=1:12 luni	3	4=3:12 luni	5	6=5:4	7	8=7:12 luni	9	10=9:8
31 decembrie 2016	21.067	1.755	10.238	853	4.240	5	10.829	902	3.212	3,6
31 decembrie 2017	23.029	1.919	11.574	965	4.815	5	11.456	955	3.433	3,6
31 decembrie 2018	27.448	2.287	1.415	118	4.767	40	26.032	2.169	3.213	1,5
31 decembrie 2019	29.492	2.458	127	11	4.726	446	29.364	2.447	3.401	1,4
31 decembrie 2020	29.747	2.479	79	7	4.528	697	29.669	2.472	3.878	1,6
31 decembrie 2021	33.352	2.779	73	6	4.506	739	33.279	2.773	5.363	1,9
31 decembrie 2022	37.050	2.088	115	10	4.390	457	36.935	3.078	5.222	1,7
31 martie 2023	9.712	3.237	34	11	4.341	388	9.679	3.226	5.373	1,7

Sursa: MF

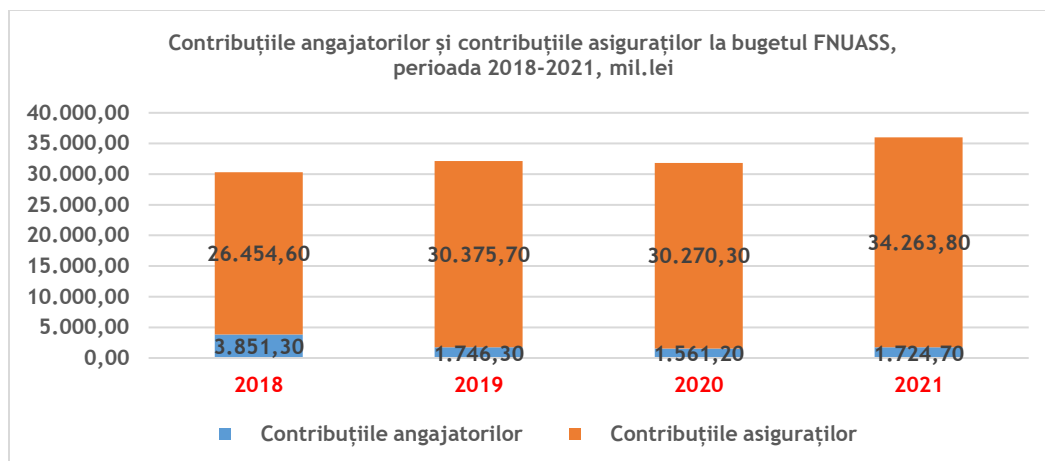
Din tabelul de mai sus rezultă următoarele:

a) totalul anual al contribuțiilor datorate de angajatori și asigurați, în perioada 2018-2022, în care s-a aplicat actuala legislație, a avut un trend crescător de la 27,4 miliarde lei la 37,1 miliarde lei;

b) la schimbarea sistemului de contributivitate (anul 2017), angajatorii, la 31 decembrie 2018, figurau cu drepturi restante din anii precedenți, de 4,8 miliarde lei, din care, în perioada 2019-2022, au încasat doar 394 milioane lei, respectiv aproximativ a 12-a parte din totalul mediu anual al datoriiilor. În ritmul în care se încasează aceste datorii, totalul lor se va recupera într-un interval de maximum 739 de luni, respectiv 62 de ani și de minimum 446 de luni respectiv 37 de ani, afirmații susținute și de execuția bugetului FNUASS pe trimestrul I 2023 prin care s-au încasat numai 34 milioane lei;

c) la schimbarea sistemului de contributivitate (anul 2017), angajații, la 31 decembrie 2018, figurau cu drepturi restante din anii precedenți, de 3,2 miliarde lei, restanțe care începând cu anul 2019 au crescut de la un an la altul, ajungând la 5,2 miliarde lei la finele anului 2022, situație care se explică prin faptul că datoriiile către buget sunt reținute la sursă, respectiv de angajatori, și aceștia nu plătesc contribuțiile la scadența prevăzută de lege, întârziind cu 1 până la 2 luni, întârzieri care afectează finanțările din bugetul FNUASS, dar mai ales afectează deficitul bugetar, pentru care Guvernul întreprinde măsuri de reducere a cheltuielilor, pentru ținerea acestuia sub control.

Fig. 12 Contribuțiile angajatorilor și contribuțiile asiguraților la bugetul FNUASS, perioada 2018-2021

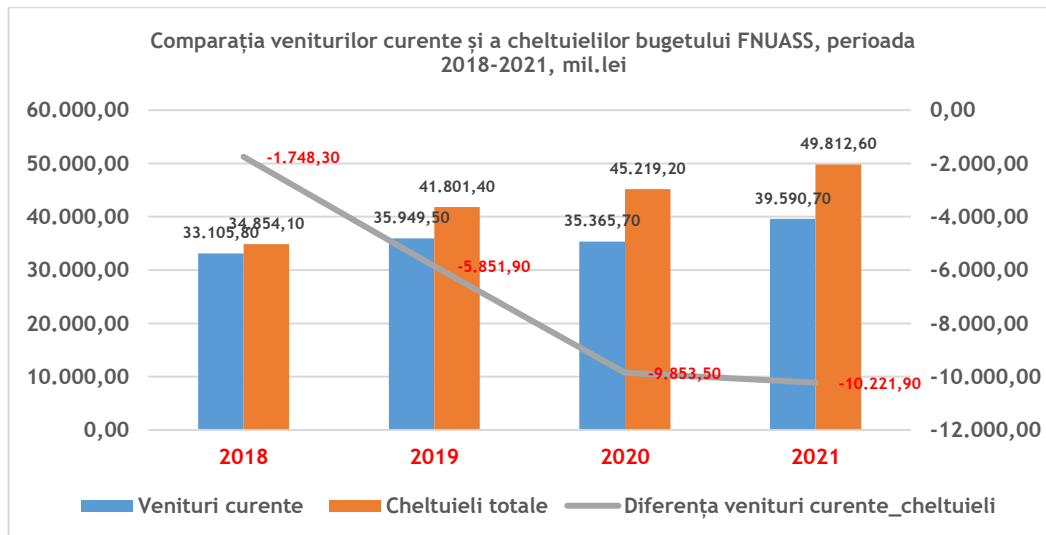


Sursa: MF

2. Evoluția veniturilor curente în raport cu cheltuielile bugetului FNUASS:

- În perioada 2018-2021, diferența dintre veniturile curente și cheltuielile totale, încasate și plătite de bugetul FNUASS, în anii de început și de sfârșit ai perioadei, a crescut cu 8.476,6 mil. lei (+385,7%).

Fig. 13 FNUASS: veniturile curente, cheltuielile totale și diferența dintre acestea în perioada 2018-2021



Sursa: MF

5.2 Analiza cheltuielilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

În perioada 2018-2021, din bugetul FNUASS s-au finanțat cheltuieli curente și cheltuieli de capital, detaliate conform clasificăției bugetare pe capitole, subcapitole, titluri, articole și alineate.

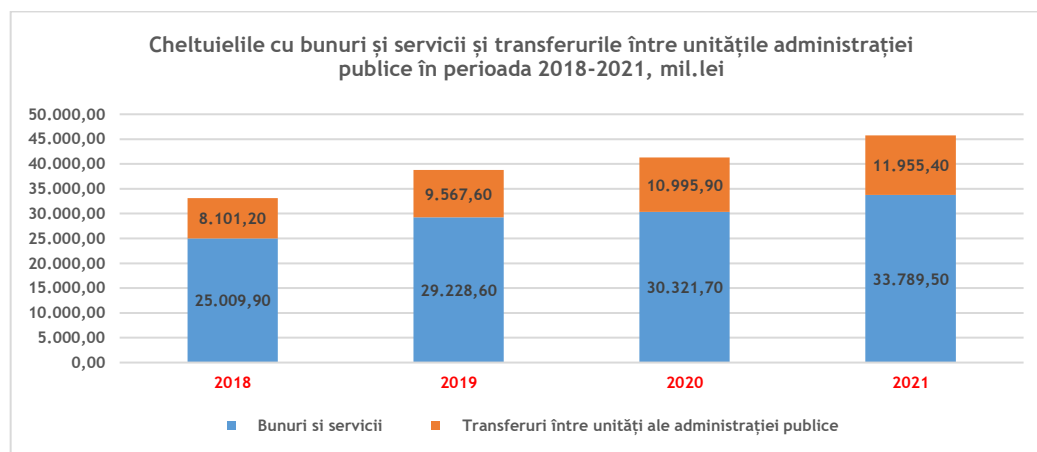
Cheltuielile totale au crescut, în anul 2021 față de anul 2018, cu 14.958,5 mil. lei (+42,9%). Cheltuielile curente, respectiv cheltuielile de personal, cheltuielile cu bunuri și servicii, transferurile între unitățile administrației publice și asistența socială, au crescut, în anul 2021 față de anul 2018, cu 14.970,7 mil. lei (+42,9%).

5.2.1 Analiza cheltuielilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate după clasificarea funcțională detaliată în clasificare economică

Din analiza datelor prezentate în Anexa nr.6 rezultă următoarele:

- Plățile efectuate la capitolul Sănătate au crescut, în anul 2021 comparativ cu anul 2018, cu 12.649,7 mil. lei (+37,9%). În cadrul acestor plăți, cea mai mare pondere, o dețin cheltuielile cu bunuri și servicii (între 75% și 73%), urmate de transferurile între unitățile administrației publice (24% și 26%), cărora per total, în fiecare an, le-au revenit alocări de peste 99% din bugetul fondului.
- Plățile efectuate pentru bunuri și servicii au crescut, în anul 2021 față de anul 2018, cu 8.779,6 mil. lei (+35,1%). În cadrul acestor plăți, ponderea cea mai ridicată o dețin plățile efectuate pentru materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional (peste 99% în fiecare an al perioadei).
- Transferurile între unitățile administrației publice au crescut, în anul 2021 comparativ cu anul 2018, cu 3.854,2 mil. lei (+47,6%). În cadrul acestora, ponderea cea mai ridicată o dețin transferurile către unitățile sanitare pentru acoperirea creșterilor salariale (peste 99% în fiecare an al perioadei).

Fig. 14 Cheltuielile cu bunuri și servicii și transferurile între unitățile administrației publice, perioada 2018-2021



Sursa: MF

5.2.2 Analiza cheltuielilor bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate la capitolul "Sănătate" după clasificarea funcțională detaliată pe subcapitole

Din analiza datelor prezentate în Anexa nr.6 rezultă următoarele:

- Pe total, cheltuielile au crescut, în anul 2021 comparativ cu anul 2018, cu 12.649,7 mil. lei (+37,9%), așa după cum am prezentat la pct. 6.2.1 de mai sus.
- Din totalul cheltuielilor pentru "Sănătate", plățile efectuate au înregistrat următoarele ponderi:
 - a) sub 0,5%, plățile pentru servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar, precum și pentru îngrijiri medicale la domiciliu;
 - b) peste 73%, plățile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale; servicii medicale în ambulator; servicii medicale în unități sanitare cu paturi; prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale, care dețin împreună cea mai mare pondere din totalul cheltuielilor;
 - c) sub 26% plățile pentru administrația centrală și serviciile publice descentralizate (inclusiv creșterile salariale ale medicilor).
- Din analiza datelor reiese faptul că, pe întreaga perioadă analizată, mai mult de jumătate din cheltuielile totale s-au efectuat pentru cheltuielile cu serviciile medicale în unități sanitare cu paturi și pentru cheltuielile cu produsele farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale.

Tabel nr. 6 Cheltuielile pentru spitale, produse farmaceutice, materiale sanitare și dispozitive medicale, și pentru servicii medicale în ambulator

Indicator (mil.lei)	2018	2019	2020	2021	% 2021 2018
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale	9.895,70	12.948,50	12.859,60	14.198,80	143,4
<i>% în total cheltuieli</i>	<i>29,66%</i>	<i>33,16%</i>	<i>30,90%</i>	<i>30,86%</i>	
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	10.297,10	10.769,00	11.505,90	12.903,40	125,3
<i>% în total cheltuieli</i>	<i>30,86%</i>	<i>27,58%</i>	<i>27,65%</i>	<i>28,04%</i>	
Servicii medicale în ambulator	4.205,30	4.898,30	5.353,10	6.064,50	144,2
<i>% în total cheltuieli</i>	<i>12,60%</i>	<i>12,54%</i>	<i>12,86%</i>	<i>13,18%</i>	

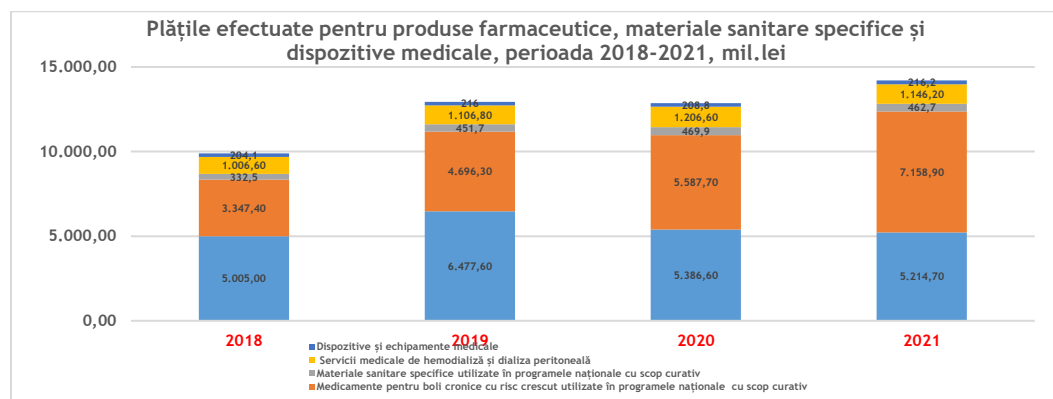
Sursa: MF

- În cadrul produselor farmaceutice, materialelor sanitare specifice și dispozitivelor medicale, plățile efectuate pentru medicamentele cu și fără contribuție personală, și plățile efectuate pentru medicamentele pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale de sănătate cu scop curativ, dețin ponderea cea mai mare. Pe total, aceste două categorii de cheltuieli cresc, de la an la an. Din totalul creșterii plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, numai plățile efectuate pentru medicamentele pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale de sănătate cu scop curativ înregistrează creșteri semnificative, ajungând ca în anul 2021 să crească cu 3.811,5 milioane lei față de anul 2018, deținând astfel 88,6% din creșterea totală, de 4.303,1

mil. lei a cheltuielilor aferente produselor farmaceutice, materialelor sanitare specifice și dispozitivelor medicale.

Graficul plăților anuale pentru produsele farmaceutice, materialele sanitare specifice și dispozitivele medicale, detaliate pe paragrafe de cheltuieli, se prezintă în figura de mai jos:

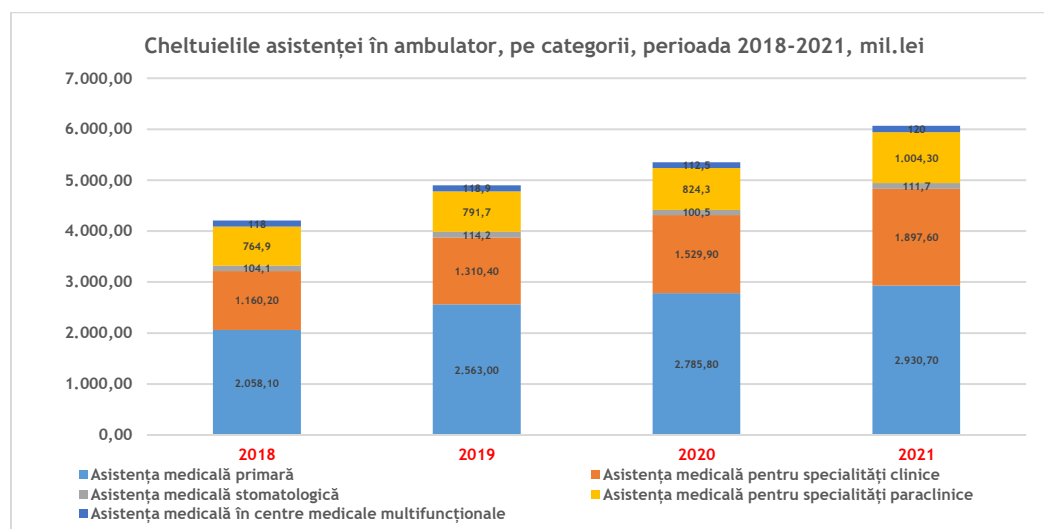
Fig. 15 Cheltuielile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, perioada 2018-2021



Sursa: MF

• Plățile efectuate pentru serviciile în ambulator au crescut, în perioada 2018-2021, atât în sumă absolută, cu 1.859,2 mil. lei (+44,2%), cât și ca pondere în total cheltuieli. În cadrul acestora, plățile efectuate pentru asistența medicală primară, asistența medicală pentru specialități clinice și asistența medicală pentru specialități paraclinice, au înregistrat cele mai mari valori, atât în valoare absolută cât și ca pondere în totalul cheltuielilor, în întreaga perioadă analizată.

Fig. 16 Cheltuielile efectuate cu serviciile medicale în ambulator, perioada 2018-2021

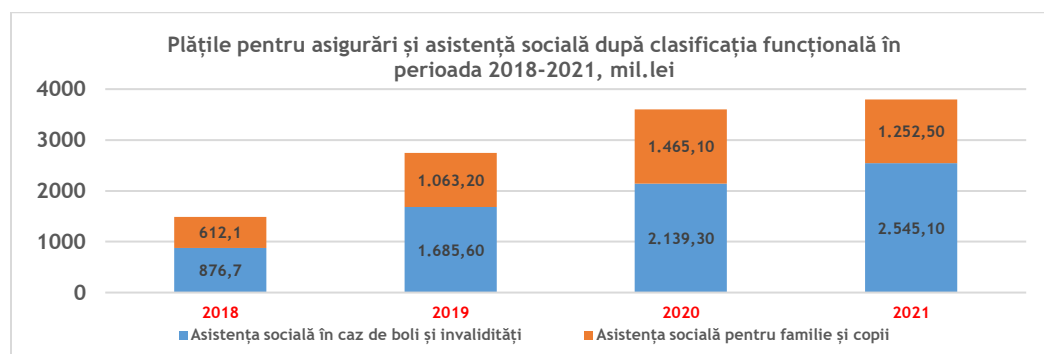


Sursa: MF

- Referitor la Cap. "Asigurări și asistență socială", ("asistență socială în caz de boli și invalidități" și "asistență socială pentru familie și copii"), din analiza datelor, rezultă că plățile efectuate pentru această categorie de cheltuieli au crescut semnificativ, în anul 2021 față de anul 2018, cu 2.308,8 mil. lei (+55,1%). Din această creștere, plățile efectuate pentru asistență socială în caz de boli și invalidități au crescut cu 1.668,4 mil. lei (+90,3%), iar plățile efectuate pentru asistență socială pentru familie și copii au crescut cu 640,4 mil. lei (+104,6%).

Grafic, cele de mai sus se prezintă după cum urmează:

Fig. 17 Cheltuielile efectuate pentru asigurări și asistență socială, perioada 2018-2021



Sursa: MF

5.3 Analiza programelor bugetare derulate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în perioada 2018-2021

În perioada 2018-2021, CNAS, a finanțat următoarele programe:

- 1. Programele naționale de sănătate curativă (PNSC)** sunt derulate de CNAS, care asigură și finanțarea acestora din bugetul FNUASS. În perioada supusă analizei, finanțarea PNSC a fost realizată strict din bugetul FNUASS, prin alocări de credite de angajament potrivit legii bugetului de stat aferentă fiecărui an calendaristic, precum și potrivit rectificărilor bugetare. Prin aceste programe sunt asigurate medicamente și/sau materiale sanitare specifice, precum și servicii medicale paraclinice pentru boli cronice cu risc crescut. Rezultat așteptat: îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea speranței de viață a bolnavilor.

- 2. Programul național privind asigurarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de sănătate:** destinat asigurării finanțării: medicamentelor cu și fără contribuție personală, dispozitivelor și echipamentelor medicale, serviciilor medicale în ambulator, asistenței medicale stomatologice, asistenței medicale în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare), serviciilor de urgență prespitalicești și de transport sanitar, serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi, serviciilor profilactice, îngrijirilor medicale la domiciliu, precum și prestațiilor medicale acordate în baza documentelor

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte. Programul se finanțează din bugetul FNUASS, inclusiv prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății.

3. Programul privind medicamentele care fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat: destinat asigurării finanțării, pe baza de prescripție medicală, în ambulatoriu sau în spital, a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat. Programul urmărește să asigure accesul pacienților la medicamentele inovative ce fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat. Programul se finanțează din bugetul FNUASS.

Din analiza datelor și informațiilor privind cele 3 programe derulate de CNAS în perioada analizată, se desprind următoarele concluzii:

- În perioada 2018-2021 plățile efectuate din bugetul FNUASS pentru cele trei programe se prezintă astfel:

Tabel nr. 7 Cheltuielile pentru programele naționale de sănătate finanțate de la bugetul FNUASS

-milioane lei-

Programe	Anii				Total
	2018	2019	2020	2021	
A	1	2	3	4	5=1+2+3+4
I. TOTAL SĂNĂTATE DIN BUGET FNUASS	33.365	39.052	41.614	46.015	160.046
1. Programele naționale de sănătate curative (PNSC)	4.343	5.730	6.320	7.418	23.811
2. Programul național privind asigurarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de sănătate	19.035	20.918	21.414	23.897	85.264
3. Programul privind medicamentele care fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat	1.571	2.520	2.525	2.408	9.024
II. TOTAL PROGRAME	24.949	29.168	30.259	33.723	118.099
III. TOTAL ALTE CHELTUIELI (I - II)	8.416	9.884	11.355	12.292	41.947

Sursa: MF

- Din tabelul de mai sus reiese că din bugetul FNUASS s-au finanțat, în principal, cele trei programe, ale căror cheltuieli atât pe fiecare program, cât și pe totalul acestora, au înregistrat creșteri de la un an la altul.

5.3.1 Analiza indicatorilor programelor naționale de sănătate din aria analizei, derulate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în perioada 2018-2021

1. Programele naționale de sănătate curativă (cod 530)

- Indicatori de finanțare: cheltuieli cu "bunuri și servicii" a căror execuție bugetară a fost de 99,9% în toată perioada analizată.

- Indicatorii de eficiență, exprimați sub forma costurilor medii pentru medicamente, materiale sanitare și pentru servicii furnizate în cadrul PNSC, au fost în creștere de la an la an, în întreaga perioadă analizată.

- În ceea ce privește indicatorii de rezultat asociați PNSC, aceștia sunt exprimați în număr de beneficiari ai medicamentelor, ai materialelor sanitare specifice și ai

serviciilor medicale aferente, iar valorile acestora au înregistrat variații de la an la an, în întreaga perioadă analizată.

2. Programul național privind asigurarea serviciilor medicale, a medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de sănătate: (cod 659)

- Indicatori de finanțare: cheltuieli cu "bunuri și servicii" a căror execuție bugetară este de 99,9% în toată perioada analizată.
- Similar PNSC, acest program prevede indicatori de eficiență, exprimați în costuri medii aferente serviciilor sanitare, și indicatori de rezultat, exprimați în număr de beneficiari.

Concluzii:

În perioada 2020-2021, unele măsuri pentru susținerea sistemului sanitar reflectate în valoarea datelor analizate, au avut caracter excepțional, ca răspuns la pandemia de COVID 19.

Analiza **veniturilor** bugetului FNUASS prezintă importanță din prisma creșterii gradului de acoperire a cheltuielilor din veniturile curente ale FNUASS.

Cheltuielile totale ale bugetului FNUASS au crescut semnificativ în perioada 2018-2021, cu aproximativ 37,9%.

Analiza cheltuielilor din bugetul FNUASS indică creșteri, în perioada 2018-2020, atât la Sănătate, cât și la Asigurări și asistență socială. Începând cu anul 2020, cheltuielile cu asistența socială în caz de boli și invalidități au crescut semnificativ, în contextul aplicării măsurilor pentru contracararea efectelor pandemiei de COVID 19.

În cadrul cheltuielilor cu bunuri și servicii, ponderile cele mai importante au fost înregistrate de cheltuielile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, de cheltuielile cu **servicii medicale în unități sanitare cu paturi** și de cheltuielile cu serviciile medicale în ambulatoriu.

Cheltuielile cu produsele farmaceutice, materialele sanitare specifice și dispozitivele medicale au deținut o pondere importantă în totalul cheltuielilor cu bunuri și servicii, devansând cheltuielile cu servicii medicale în unități sanitare cu paturi, începând cu anul 2019.

Plățile efectuate pentru **serviciile medicale în ambulator** au crescut sistematic în perioada analizată, evoluție înregistrată atât de plățile efectuate pentru asistența medicală primară, în principal, cât și de plățile pentru asistența medicală pentru specialități clinice și pentru asistența medicală pentru specialități paraclinice.

PARTEA A II-A MĂSURILE DE EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR PUBLICE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII

Potrivit Memorandumului⁶⁰, prezenta analiză are ca obiectiv general îmbunătățirea eficienței cheltuielilor publice pentru a facilita accesul populației la serviciile medicale în ambulator, respectiv: asistența medicală primară, asistența medicală din ambulatoriul de specialitate (specialități clinice) și asistența medicală din ambulatoriul de specialitate (specialități paraclinice).

Serviciile furnizate de medicii de familie și asistența medicală pentru specialitățile clinice și paraclinice constituie fundamentul îngrijirilor de sănătate. Acestea, prin serviciile pe care le furnizează, pot contribui efectiv la asigurarea treptată a acoperirii cât mai multor nevoi medicale ale populației.

De asemenea, între direcțiile strategice din planurile regionale de servicii de sănătate, elaborate pentru întreg sistemul de sănătate din România, se regăsesc atât consolidarea asistenței primare, prin integrarea serviciilor de sănătate pe verticală (asistența medicală primară - asistență ambulatorie - spital), și pe orizontală (asistență medicală primară - promovarea sănătății și prevenirea bolilor - terapie - reabilitare), cât și revizuirea traseului pacientului pentru anumite boli cronice. „O prevenție eficientă și un control adecvat al acutizărilor afecțiunilor cronice cu impact major asupra stării de sănătate a populației conduc nu numai la creșterea calității vieții dar și la scăderea cheltuielilor sistemului de sănătate pentru serviciile medicale în ambulatoriu, respectiv spitalicești, contribuind la inversarea piramidei serviciilor de sănătate”⁶¹.

Alocarea resurselor financiare conform necesităților bunei funcționări a serviciilor medicale, în ambulatoriul de specialitate - specialități paraclinice, asigură servicii de prevenție și de gestionare a bolilor cronice, atât la nivelul asistenței medicale primare, cât și la nivelul ambulatoriului de specialitate - specialități clinice, care să permită, atât detectarea precoce cât și tratarea bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației, înainte de a deveni simptomatice, precum și pentru a evita complicațiile bolilor cronice deja diagnosticate.

Obiectivele specifice ale analizei au avut în vedere:

1. analiza cheltuielilor pentru serviciile medicale în ambulator, respectiv asistența medicală primară, pentru stabilirea unor măsuri de eficientizare a acestora și a unor indicatori de performanță;

⁶⁰ Memorandumul de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul sănătate, în perioada 2022-2023, aprobat de Guvernul României în data de 03.08.2022

⁶¹ Memorandumul de aprobare a cadrului de analiză a cheltuielilor publice și a temei analizei în domeniul sănătate, în perioada 2022-2023, aprobat de Guvernul României în data de 03.08.2022

2. analiza cheltuielilor pentru serviciile medicale din asistența medicală din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice și paraclinice, pentru stabilirea unor măsuri de eficientizare a acestora și a unor indicatori de performanță.

Măsurile stabilite în urma analizei au următoarele ținte:

i. Îmbunătățirea accesului populației la serviciile preventive de asistență medicală primară.

ii. Îmbunătățirea accesului populației la consultațiile acordate de medici cu specialitate clinică necesare stabilirii unui diagnostic de certitudine care să permită inițierea tratamentului în stadii incipiente de boală.

iii. Îmbunătățirea accesului populației la consultațiile acordate de medici cu specialitate clinică pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, precum și extinderea categoriilor de afecțiuni cronice ce beneficiază de monitorizare și pentru afecțiunile cronice renale.

iv. Îmbunătățirea accesului populației la servicii medicale paraclinice necesare diagnosticării precoce a afecțiunilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației, precum și la serviciile medicale paraclinice necesare monitorizării acestor afecțiuni.

v. Identificarea pacienților cu factori de risc pentru monitorizarea acestora.

vi. Reducerea numărului de cazuri spitalizate, precum și al zilelor de spitalizare continuă.

vii. Reducerea numărului de zile de concediu medical.

Impactul estimat al acestor măsuri, pe termen lung, are în vedere:

a) creșterea ponderii cazurilor diagnosticate precoce în total cazuri diagnosticate, pentru bolile cu impact major asupra stării de sănătate a populației;

b) reducerea incidenței bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației;

c) reducerea numărului de internări în regim de spitalizare continuă⁶².

Măsurile de eficientizare a cheltuielilor publice identificate în urma analizei și propuse spre aprobare, Guvernului, sunt:

1. Creșterea numărului de consultații preventive⁶³ acordate de medicii de familie persoanelor înscrise în listele proprii.

⁶² Potrivit adresei Ministerului Sănătății nr.SG529/2022, prin care se comunică propunerea temei analizei de eficientizare a cheltuielilor în domeniul sănătății

⁶³ HG nr.521/2023 pentru aprobarea [pachetelor de servicii](#) și a [Contractului-cadru](#) care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, stabilește, la art.1, alin.(1), pachetele de servicii, respectiv pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, care, potrivit prevederilor de la Capitolul I /A. Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară și de la Capitolul II/A. Pachetul de servicii de bază în asistența medicală primară, se referă la următoarele tipuri de consultații preventive oferite la nivelul asistenței medicale primare:

1.2.1.Consultații preventive periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani, privind:

a) creșterea și dezvoltarea;

Scopul măsurii:

Măsura urmărește creșterea numărului de pacienți cărora medicul de familie le acordă servicii de prevenție și optimizarea modului de efectuare a serviciilor medicale, de calitate. Totodată, măsura urmărește îmbunătățirea stării de sănătate a populației și a sistemului de decontare a serviciilor medicale prestate de medicii de familie.

Justificarea măsurii:

Medicul de familie, ca prim contact al pacientului cu sistemul de sănătate, trebuie să se orienteze într-o mai mare măsură spre prevenție, acțiuni care trebuie să aibă ca rezultat:

- creșterea numărului de cazuri diagnosticate precoce în total cazuri diagnosticate pentru bolile cu impact major asupra stării de sănătate a populației;
- scăderea numărului de cazuri de îmbolnăviri cronice sau de complicații ale afecțiunilor existente, care necesită spitalizare continuă.

În prezent, pentru decontarea serviciilor medicale pentru asistența medicală primară, sunt reglementate 2 modalități de plată: *per capita*, prin tarif pe persoană asigurată, conform listei proprii de persoane asigurate înscrise în listele medicilor de familie și plata *prin tarif pe serviciu medical*, exprimat în puncte pentru unele servicii medicale.

Suma convenită prin *plata per capita* se calculează prin înmulțirea numărului de puncte rezultat în funcție de numărul și structura pe grupe de vârstă și de gen a persoanelor asigurate înscrise pe lista medicului de familie, ajustat în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea și în raport cu gradul profesional al medicului și valoarea garantată (exprimată în lei) stabilită pentru un punct.

Suma convenită pentru serviciile medicale a căror plată se realizează *prin tarif pe serviciu medical* exprimat în puncte, se calculează prin înmulțirea numărului de puncte pe serviciu medical ajustat în funcție de gradul profesional, cu valoarea garantată stabilită pentru un punct.

Prin atingerea rezultatelor, din perspectivă financiară, această măsură va conduce la creșterea eficienței cu care sunt cheltuite fondurile publice în sectorul de sănătate.

Obiectivul măsurii:

b) starea de nutriție și practicile nutriționale;

c) depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex.

1.2.3. Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie- fără semne de boală, care nu sunt în evidența medicului de familie cu boală/boli cronice.

1.2.6. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 și 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7. Consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulților înscrși pe lista medicului de familie și care sunt deja înregistrați la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

Măsura propune reanalizarea limitărilor prevăzute prin cadrul legal existent în ceea ce privește consultațiile, prin stabilirea unui tarif pe serviciu stimulativ pentru toate serviciile furnizate de medicul de familie, cu accent asupra consultațiilor preventive.

Corelat cu reanalizarea criteriilor și condițiilor pentru *plata prin tarif pe serviciu medical*, măsura impune modificarea cadrului legal existent.

Avându-se în vedere prevederile art.386 alin.(5) și (6)⁶⁴ din Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, această măsură trebuie corelată cu alocarea bugetară pentru segmentul de asistență ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, prin gestionarea eficientă a bugetului aprobat.

Indicatorii de implementare și instituțiile responsabile cu implementarea măsurii:

i) indicatorii de implementare:

✓ acte normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial;

✓ încheierea de convenții/contracte noi de furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, într-un an calendaristic;

✓ ieșirile de medici de familie din sistem (prin pensionare, boală, emigrare, altele), într-un an calendaristic;

✓ consultațiile și serviciile prestate de medicii de familie, din care consultații preventive, într-un an calendaristic;

✓ beneficiarii de consultații și servicii acordate de medicii de familie, din care beneficiarii de consultații preventive, într-un an calendaristic;

✓ depistarea precoce a îmbolnăvirilor cu afecțiuni cu impact major asupra stării de sănătate a populației, pe tipuri de afecțiuni, într-un an calendaristic;

✓ cazurile de spitalizare continuă și de spitalizare de zi, într-un an calendaristic.

ii) instituțiile responsabile:

✓ CNAS și MS.

✓ CNAS va furniza anual la solicitarea MF, datele referitoare la implementarea măsurii.

Celelalte elemente ale măsurii sunt prezentate în Anexa nr.1.

⁶⁴ Legea nr.95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, art. 386: (...) (5) În vederea exercitării dreptului de liberă practică, casele de asigurări de sănătate încheie un contract cu medicul specialist într-o specialitate clinică prevăzut la alin. (1) lit. b), pentru specialitățile clinice pentru care casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale, prin care acesta dobândește dreptul de a elibera bilete de trimitere pentru specialități clinice, biletele de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin hotărâre a Guvernului.

(6) Proiectul de hotărâre a Guvernului prevăzut la alin. (5) se elaborează cu consultarea Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Stomatologi din România și Colegiului Farmaciștilor din România, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022. **)

** Termenul prevăzut la art. 386 alin. (6) a fost prorogat succesiv prin art. II din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 145/2021 și prin art. XLIII din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 168/2022 până la împlinirea termenului de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2025.

2. Stimularea medicilor de familie și a medicilor din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice, pentru monitorizarea pacienților cu afecțiuni cronice.

Având în vedere că medicul de familie este medicul de prim contact, acesta are rolul de coordonare și integrare a serviciilor medicale furnizate de el sau de către alți furnizori de servicii de sănătate, precum și răspunderea monitorizării celor cu boli cronice, cu asigurarea accesului acestora la analizele și tratamentele adecvate și monitorizarea răspunsului la aceste tratamente⁶⁵.

Din datele prezentate de CNAS, a rezultat că, în perioada 2018-2021, din totalul biletelor de trimitere emise de medicii de familie pacienților cu afecțiuni cronice aflați în monitorizare, doar 41-44% din acestea s-au finalizat cu prestarea și decontarea din FNUASS a serviciului (servicii medicale clinice/paraclinice). Pentru îmbunătățirea acestor rezultate, furnizorii de investigații paraclinice ar trebui să-și optimizeze activitatea, inclusiv prin înființarea de puncte externe de recoltare și puncte mobile de recoltare, mai ales în mediul rural, astfel încât pacienții să fie programați și să realizeze cât mai rapid analizele prescrise. Astfel, se va realiza o monitorizare operativă a bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației, prevenindu-se apariția eventualelor complicații. Măsura ar avea efect nu doar cu privire la creșterea calității vieții pacienților cronici ci și în ceea ce privește eficientizarea cheltuielilor cu spitalizarea continuă.

Termenul de implementare a măsurii: 2024-2027.

Celelalte elemente ale măsurii sunt prezentate în Anexa nr.2.

3. Raționalizarea cheltuielilor cu concediile medicale, prin stabilirea unui quantum realist al indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate aferente concediului medical pentru incapacitate temporară de muncă, precum și a celor aferente concediilor medicale acordate în anumite situații speciale.

Persoanele fizice care se află în concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, acordate potrivit Ordonanței de urgență a Guvernului nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr.399/2006, cu modificările și completările ulterioare, nu datorează contribuție de asigurări sociale de sănătate, astfel că, s-a ajuns în situația în care quantumul indemnizațiilor, pentru care legea stabilește un procent de calcul a indemnizației de 100% din baza de calcul, să depășească nivelul veniturilor din salarii realizate în mod normal, dacă nu ar interveni situația pentru care se acordă concediu medical.

Celelalte elemente ale măsurii sunt prezentate în Anexa nr.3.

4. Îmbunătățirea sustenabilității sistemului de asigurări sociale de sănătate

⁶⁵ Art.65 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare

Îmbunătățirea eficienței și a calității îngrijirilor de sănătate sunt strâns legate de resursele disponibile; avându-se în vedere caracterul limitat al acestora, este necesar ca acestea să fie colectate și utilizate în mod eficient.

După cum s-a arătat în prezentul raport, o treime din populația României plătește contribuția de asigurări de sănătate. Pe de altă parte, oricare cetățean poate beneficia de servicii, indiferent de calitatea de asigurat sau neasigurat.





Din analiza contului anual de execuție a bugetului FNUASS, pe perioada 2018-2022, și trimestrul I 2023, a rezultat că drepturile constatate din anii precedenți (restanțe la bugetul FNUASS), au înregistrat anual valori între 4,8 miliarde lei, în anul 2018, scăzând simbolic anual până la 4,5 miliarde lei în anul 2021, situație care s-a continuat și în anul 2022, și în primul trimestru al anului 2023.

Celelalte elemente ale măsurii sunt prezentate în Anexa nr.4.


5. Optimizarea modului de prescriere/decontare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală (atât de către medicii de familie cât și de către medicii de specialitate), inclusiv prin modificarea procentului de compensare a medicamentelor din Lista de medicamente.



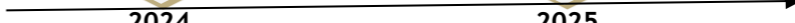
Măsura urmărește prescrierea, cu prioritate, a medicamentelor biosimilare și eliberarea, cu prioritate, a medicamentelor generice, în vederea influențării în mod pozitiv a industriei farmaceutice autohtone, precum și reevaluarea procentului de compensare al medicamentelor rambursate 100%, 90% sau 50% din prețul de referință, utilizate pentru tratarea bolilor altele decât bolile cu impact major asupra stării de sănătate a populației, care să permită o utilizare mai eficientă a sumelor alocate în bugetul FNUASS cu această destinație.




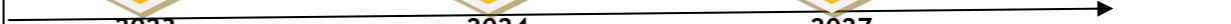
Elementele măsurii sunt prezentate în Anexa nr.5.

<p>Măsura: Creșterea numărului de consultații preventive acordate de medicii de familie persoanelor înscrise în listele proprii.</p> <p>Obiective:</p> <ul style="list-style-type: none"> >identificarea pacienților cu factori de risc, în vederea monitorizării acestora; >îmbunătățirea stării de sănătate a populației; >degrevarea spitalelor de internările evitabile; >reducerea cheltuielilor cu serviciile medicale pentru pacienții cu afecțiuni cronice acordate în spitale, inclusiv în cele din urgență. <p>Actiuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> >Începând cu a doua jumătate a anului 2023, plățile per capita se vor reduce treptat, sub nivelul reglementat în primul semestru al anului 2023, astfel încât, de la 1 ianuarie 2027, plățile per capita vor fi reduse la 20%, iar acest fapt se va reflecta în cadrul legal referitor la condițiile acordării pachetelor de servicii medicale pentru asistența medicală primară. >Începând cu anul 2024, cadrul legal privind condițiile acordării pachetelor de servicii medicale pentru asistența medicală primară va include noile criterii și condiții pentru plata prin tarif pe serviciu. 	<p>Indicatori de monitorizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ numărul de acte normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial; ✓ cheltuielile totale pentru plata per capita și cheltuielile totale pentru plata prin tarif pe serviciu medical, într-un an calendaristic; ✓ numărul total, pe țară, de convenții/contracte noi de furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, într-un an calendaristic; ✓ numărul de medici de familie ieșiți din sistemul de sănătate (pensionare, boală, emigrare, altele), într-un an calendaristic; ✓ cel puțin 1.265.000 de consultații preventive pe an, oferite de medicii de familie, începând cu anul 2025⁶⁶; ✓ raportul dintre numărul total de consultații și servicii și numărul de consultații preventive oferite de medicii de familie, într-un an calendaristic; ✓ raportul dintre numărul de beneficiari de consultații preventive și numărul total de beneficiari de consultații și servicii prestate de medicii de familie, într-un an calendaristic; numărul de pacienți noi înscrși în PNSC (numai pentru PNSC pentru care consultațiile preventive acordate de medicul de familie conduc la înrolarea bolnavilor în programe în stadii incipiente de boală sau nu mai fac necesară înrolarea în program prin realizarea unei prevenții riguroase), pe tipuri de afecțiuni, într-un an calendaristic; ✓ cheltuielile pe tipuri de PNSC și cheltuielile spitalelor, începând cu anul 2024, anual și pentru următorii 3 ani; ✓ cheltuielile anuale cu spitalizarea de zi și continuă. Începând cu anul 2025, cheltuielile cu spitalizarea continuă ar trebui să scadă, cu minimum 0,5%/an.
<p>Beneficii estimate:</p> <p>Implementarea măsurii urmărește în principal creșterea numărului de consultații preventive acordate de medicii de familie pacienților înscrși în listele proprii și a numărului de cazuri depistate timpuriu, în vederea monitorizării acestora, reducerii cheltuielilor cu serviciile în spitalizarea continuă, prin diminuarea numărului de cazuri de spitalizare continuă, și, ulterior, înregistrarea unui trend descrescător al cheltuielilor pe PNSC(numai pentru PNSC pentru care consultațiile preventive acordate de medicul de familie conduc la înrolarea bolnavilor în programe în stadii incipiente de boală sau nu mai fac necesară înrolarea în program prin realizarea unei prevenții riguroase) și spitale.</p>	<p>Instituții responsabile : CNAS, MS.</p>
<p>Aspecte specifice:</p> <ul style="list-style-type: none"> >Pentru atingerea obiectivelor menționate pentru această măsură este necesar ca începând cu anul 2024, serviciile medicale paraclinice recomandate de medicii de familie ca urmare a consultațiilor preventive, precum și ca urmare a consultațiilor acordate de medicii cu specialități clinice din ambulatoriul de specialitate pentru confirmarea diagnosticului și stadializarea afecțiunii, să fie decontate pe baza îndeplinirii criteriilor de performanță de către furnizorul de servicii medicale paraclinice, astfel încât să se realizeze un diagnostic precoce al afecțiunilor cronice și o intervenție rapidă în stadii incipiente ale afecțiunilor. Astfel, conduita terapeutică va putea fi stabilită într-un interval de timp optim din momentul suspiciunii afecțiunii până la confirmarea diagnosticului și stadializarea afecțiunii, necesare pentru inițierea tratamentului. >Anual, până la finalul anului 2027, CNAS va furniza la solicitarea MF, datele referitoare la implementarea măsurii. 	<p>Calendar:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>Reducerea nivelului plății per capita.</p>  <p>2023</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Cadrul legal modificat: criterii și condiții noi pentru plata prin tarif pe serviciu.</p>  <p>2024</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>- Cel puțin 1.265.000 de consultații preventive pe an, oferite de medicii de familie. -Scăderea cheltuielilor anuale cu spitalizarea continuă, cu minimum 0,5%/an.</p>  <p>2025</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>- Plățile per capita vor fi reduse la 20% din nivelul reglementat în primul semestru al anului 2023. - Finalul perioadei de raportare a monitorizării implementării de către MF, pe baza datelor solicitate CNAS.</p>  <p>2027</p> </div> </div>

⁶⁶ Corelat cu Componenta C.12 Sănătate -jalonul 374 din PNRR, după finalizarea investițiilor propuse în cabinetele medicale și asocierile de cabinete ale medicilor de familie

<p>Măsura: Stimularea medicilor de familie și a medicilor din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice, pentru monitorizarea pacienților cu afecțiuni cronice.</p> <p>Obiective:</p> <p>Optimizarea procesului de monitorizare a pacienților cu afecțiuni cronice, prin îmbunătățirea colaborării dintre medicii de familie, medicii specialiști din ambulatoriile de specialitate și furnizorii de servicii medicale paraclinice, în vederea îmbunătățirii stării de sănătate a populației, pentru creșterea calității vieții pacienților și pentru prevenirea complicațiilor afecțiunilor existente.</p> <p>Acțiuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ actele normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial; ✓ creșterea procentului de finalizare, cu prestarea serviciului și decontarea din FNUASS a serviciului prescris de medicii de familie pacienților în monitorizare afecțiuni cronice, pentru servicii de specialități clinice/paraclinice, într-un an calendaristic. 	<p>Indicatori de monitorizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ numărul de acte normative de modificare a cadrului legal existent, publicate anual în Monitorul Oficial până la data de 30 iunie 2024, prin care se stabilește un mecanism de creștere a accesului la serviciile medicale furnizate de furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor paraclinice recomandate de către medicii de familie pacienților cu boli cronice, pentru monitorizare, cu creșterea procentului de finalizare a biletelor de trimitere emise cu prestarea serviciului; ✓ raportul, anual, dintre numărul biletelor de trimitere emise de medicii de familie, pacienților în monitorizare, pentru servicii de specialități clinice/paraclinice, finalizate cu prestarea și decontarea din FNUASS a serviciilor, și numărul total al biletelor de trimitere, emise de medicii de familie, pentru servicii de specialități clinice/paraclinice. Până la finalul anului 2027, cel puțin 70% din biletele de trimitere emise de medicii de familie, pacienților în monitorizare, pentru servicii de specialități clinice/paraclinice, să fie finalizate cu prestarea și decontarea serviciului din FNUASS; ✓ raportul, anual, dintre numărul pacienților cu afecțiuni cronice, aflați în monitorizare, care au beneficiat de servicii pentru specialități clinice/paraclinice decontate din FNUASS, în baza biletelor de trimitere emise de medicul de familie, și numărul total de pacienți cărora li s-au emis bilete de trimitere, pentru specialități clinice/paraclinice.
<p>Beneficii estimate:</p> <p>Creșterea procentului de finalizare a serviciilor medicale clinice/paraclinice prescrise în biletele de trimitere emise de medicii de familie pacienților cu afecțiuni cronice aflați în monitorizare.</p>	<p>Instituuții responsabile : CNAS, MS.</p>
<p>Aspecte specifice:</p> <p>>CNAS implementează proiectul SIGMASMART cu componenta de programare electronică prin care pacienții cu afecțiuni cronice sunt programați pentru realizarea investigațiilor/analizelor necesare, în termene optime corelate cu fondurile alocate cu această destinație.</p> <p>> CNAS va furniza anual la solicitarea MF, datele referitoare la implementarea măsurii.</p>	<p>Calendar:</p> <p>Cadrul legal modificat: se stabilește un mecanism de creștere a accesului la serviciile medicale furnizate de furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigațiilor paraclinice recomandate de către medicii de familie pacienților cu boli cronice, pentru monitorizare, cu creșterea procentului de finalizare a biletelor de trimitere emise, cu prestarea serviciului.</p> <p>-Cel puțin 70% din biletele de trimitere emise de medicii de familie, pacienților în monitorizare, pentru servicii de specialități clinice/paraclinice, să fie finalizate cu prestarea și decontarea serviciului din FNUASS.</p> <p>- Finalul perioadei de raportare a monitorizării implementării de către MF, pe baza datelor solicitate CNAS.</p> 

<p>Măsura: Raționalizarea cheltuielilor cu concediile medicale, prin stabilirea unui cuantum realist al indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate aferente concediului medical pentru incapacitate temporară de muncă, precum și a celor aferente concediilor medicale acordate în anumite situații speciale.</p> <p>Obiective:</p> <p>Stabilirea cuantumului acestor indemnizații, astfel încât acesta să nu depășească nivelul venitului realizat din salarii, prin modificarea procentelor actuale de calcul a indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă.</p> <p>Acțiuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ actele normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial; ✓ modificarea procentelor actuale de stabilire a indemnizației, astfel încât aceasta să nu depășească nivelul venitului din salarii, realizat în anul anterior, și nici veniturile pe care asigurații le-ar fi obținut în situația în care ar fi avut capacitate de muncă. Dacă în anul anterior asiguratul nu a realizat venit din salarii, în stabilirea indemnizației se va lua în considerare salariul de bază minim brut pe țară garantat în plată, valabil în anul anterior; ✓ stabilirea indemnizației de asigurări sociale de sănătate pentru primele 10 zile de concediu medical, în cotă unică, pentru toate situațiile în care se acordă concediu medical; ✓ proiectul de buget pentru anul 2024 se elaborează cu luarea în considerare a modificării cadrului legal referitor la stabilirea indemnizațiilor pentru incapacitate temporară de muncă. ✓ CNAS va furniza anual la solicitarea MF, datele referitoare la implementarea măsurii. După 6 luni de la aplicarea măsurii, MF analizează execuția lunară a cheltuielilor cu concediile medicale. 	<p>Indicatori de monitorizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ numărul de acte normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial; ✓ numărul anual de zile de concedii medicale acordate începând cu data de 1 ianuarie 2024; ✓ procentele de stabilire a indemnizației, modificate, astfel încât aceasta să nu depășească veniturile pe care asigurații le-ar fi obținut în situația în care ar fi avut capacitate de muncă, și nici nivelul venitului din salarii, realizat în anul anterior; ✓ cotă unică pentru stabilirea indemnizației de asigurări sociale de sănătate pentru primele 10 zile de concediu medical, pentru toate situațiile în care se acordă acesta; ✓ diminuarea cheltuielilor cu concediile medicale efectuate începând cu anul 2024, raportat la execuția anului precedent.
<p>Beneficii estimate:</p> <p>Raționalizarea cheltuielilor cu concediile medicale.</p>	<p>Instituții responsabile : CNAS, MS.</p>
<p>Aspecte specifice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indemnizațiile de asigurări sociale au ca scop înlocuirea veniturilor de care persoana este lipsită pe perioada în care se află în concediu medical/maternitate, și nu obținerea unor venituri suplimentare pe care asiguratul nu le-ar fi obținut în situația în care ar fi avut capacitate de muncă. <p>Măsura urmărește modificarea cadrului legal existent astfel încât:</p> <ul style="list-style-type: none"> -indemnizația să fie cel mult egală cu nivelul venitului realizat din salarii în anul anterior, și -pentru primele 10 zile de concediu medical, cuantumul indemnizației de asigurări sociale de sănătate să fie stabilit în aceeași cotă pentru toate situațiile în care se acordă concediu medical; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modificarea cadrului legal existent va intra în vigoare cel târziu la 1 ianuarie 2024, și va fi luată în considerare la elaborarea proiectul de buget aferent anului 2024. 	<p>Calendar:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Actele normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial.</p>  <p>2024</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>- După 6 luni de la aplicarea măsurii, MF analizează execuția lunară a cheltuielilor cu concediile medicale.</p> <p>-CNAS va furniza anual la solicitarea MF, datele referitoare la implementarea măsurii.</p>  <p>2025</p> </div> </div> 

<p>Măsura: Optimizarea modului de prescriere/decontare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală (atât de către medicii de familie cât și de către medicii de specialitate), inclusiv prin modificarea procentului de compensare a medicamentelor din Lista de medicamente.</p> <p>Obiective:</p> <p>Creșterea, anuală, începând cu anul 2024, a prescrierilor de medicamente biosimilare și a volumelor eliberate pentru medicamentele generice, cu 5% față de anul precedent, precum și reevaluarea procentelor de compensare, aferente medicamentelor cuprinse în Lista de medicamente, astfel încât sumele aprobate în bugetul FNUASS să fie utilizate progresiv, într-o proporție mai mare, pentru decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise pentru tratarea afecțiunilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației.</p> <p>Actiuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ actele normative de modificare a cadrului legal existent, publicate în Monitorul Oficial; ✓ modificările procentelor de compensare pentru medicamente; ✓ variațiile prescrierilor de medicamente biosimilare și ale volumelor eliberate pentru medicamentele generice; ✓ CNAS va furniza anual la solicitarea MF, datele referitoare la implementarea măsurii. 	<p>Indicatori de monitorizare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ numărul de acte normative de modificare a cadrului legal existent, referitor la procentele de compensare, publicate în Monitorul Oficial. Prima modificare să fie publicată până la finalul anului 2023; ✓ numărul de medicamente (substanțe active- DCI) cărora li s-a modificat procentul de compensare după intrarea în vigoare a Contractului-Cadru și a noii Liste de medicamente, într-un an calendaristic; ✓ numărul prescrierilor de medicamente biosimilare și a volumelor eliberate pentru medicamentele generice, dintr-un an calendaristic. Începând cu anul 2024, acesta să crească anual, cu 5%, raportat la anul precedent.
<p>Beneficii estimate:</p> <p>Prescrierea, cu prioritate, a medicamentelor biosimilare și eliberarea cu prioritate a medicamentelor generice, în vederea influențării în mod pozitiv a industriei farmaceutice autohtone, precum și ajustarea procentului de compensare al medicamentelor utilizate pentru tratarea bolilor altele decât bolile cu impact major asupra stării de sănătate a populației, care să permită o utilizare mai eficientă a sumelor alocate în bugetul FNUASS cu această destinație.</p>	<p>Instituții responsabile : MS, ANMDMR, CNAS.</p>
<p>Aspecte specifice:</p> <p>> Monitorizarea implementării măsurii se va realiza până la sfârșitul anului 2027, de către CNAS, anual, având ca luni de referință ianuarie, februarie și martie, începând cu bugetul anului 2024.</p>	<p>Calendar:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>- Modificarea cadrului legal existent. Până la finalul anului 2023 prima modificare să fie publicată în Monitorul Oficial.</p>  <p>2023</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>. Creșterea, anuală, începând cu anul 2024, a prescrierilor de medicamente biosimilare și a volumelor eliberate pentru medicamentele generice, cu 5% față de anul precedent.</p> <p>-Începerea monitorizării implementării măsurii de către CNAS.</p>  <p>2024</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Monitorizarea implementării măsurii realizată anual de către CNAS se va finaliza. Lunile de referință: ianuarie, februarie și martie.</p>  <p>2027</p> </div> </div> 

BUGETUL FONDULUI NAȚIONAL UNIC DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE
 pe perioada 2018-2021

-milioane lei-

Denumire indicator financiar	Realizări				% 2021 2018
	2018	2019	2020	2021	
VENITURI-TOTAL din care:	35.651,30	41.801,40	44.776,40	49.812,60	139,72%
Curente din acestea:	33.105,80	35.949,50	35.365,70	39.590,70	119,59%
Contribuțiile angajatorilor	3.851,30	1.746,30	1.561,20	1.724,70	44,78%
Contribuțiile asiguraților	26.454,60	30.375,70	30.270,30	34.263,80	129,52%
Subvenții din acestea:	2.038,90	5.694,70	9.281,50	10.154,60	498,04%
De la bugetul de stat	1.937,80	5.694,70	9.281,50	10.154,50	524,02%
de la alte administrații	101,1	-	-	0,1	0,10%
CHELTUIELI-TOTAL din care:	34.854,10	41.801,40	45.219,2	49.812,60	142,92%
Cheltuieli curente din acestea:	34.888,50	41.858,40	45.242,70	49.859,20	142,91%
Cheltuieli de personal	282,9	307,4	306,8	305,4	107,95%
Bunuri si servicii	25.009,90	29.228,60	30.321,70	33.789,50	135,10%
Transferuri între unități ale administrației publice	8.101,20	9.567,60	10.995,90	11.955,40	147,58%
Asistență socială	1.489,40	2.749,70	3.605,80	3.800,00	255,14%
Cheltuieli de capital	130,4	3	5	3,9	2,99%
După clasificarea funcțională detaliată în clasificarea economică					
SANATATE detaliată în clasificarea economică	33.365,30	39.052,60	41.614,60	46.015,00	137,91%
Cheltuieli de personal	282,9	307,4	306,8	305,4	107,95%
Bunuri si servicii, din care:	25.009,90	29.228,60	30.321,70	33.789,50	135,10%
Materiale și prestări de servicii cu caracter funcțional	24.956,30	29.175,20	30.267,2	33.730,30	135,16%
Transferuri între unități ale administrației publice	8.101,20	9.567,60	10.995,90	11.955,40	147,58%
Către unitățile sanitare pentru acoperirea creșterilor salariale	8.101,20	9.567,60	10.661,60	11.895,50	146,84%
După clasificarea funcțională detaliată pe subcapitole	33.365,30	39.052,60	41.614,60	46.015,00	137,91%
Administrația centrală	59,3	54,9	67,4	68	114,67%
Servicii publice descentralizate	8.384,90	9.862,70	11.309,30	12.257,10	146,18%
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, din care:	9.895,70	12.948,50	12.859,60	14.198,80	143,48%
- Medicamente cu și fără contribuție personală	5.005,00	6.477,60	5.386,60	5.214,70	104,19%
- Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	3.347,40	4.696,30	5.587,70	7.158,90	213,86%
- Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	332,5	451,7	469,9	462,7	139,16%

- Servicii medicale de hemodializă și dializa peritoneală	1.006,60	1.106,80	1.206,60	1.146,20	113,87%
- Dispozitive și echipamente medicale	204,1	216	208,8	216,2	105,93%
Servicii medicale în ambulator	4.205,30	4.898,30	5.353,10	6.064,50	144,21%
Asistența medicală primară	2.058,10	2.563,00	2.785,80	2.930,70	142,40%
Asistența medicală pentru specialități clinice	1.160,20	1.310,40	1.529,90	1.897,60	163,56%
Asistența medicală stomatologică	104,1	114,2	100,5	111,7	107,30%
Asistența medicală pentru specialități paraclinice	764,9	791,7	824,3	1.004,30	131,30%
Asistența medicală în centre medicale multifuncționale	118	118,9	112,5	120	101,69%
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	37,6	37,4	37,8	45,5	121,01%
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	10.297,10	10.769,00	11.505,90	12.903,40	125,31%
Spitale generale	10.248,70	10.722,50	11.465,00	12.862,70	125,51%
Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	48,4	46,5	40,9	40,6	83,88%
Îngrijiri medicale la domiciliu	38,9	35,9	38,9	40,3	103,60%
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	446,4	445,7	442,5	437,5	98,01%
ASIGURĂRI ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ detaliată în clasificarea economică	1.488,80	2.748,80	3.604,40	3.797,60	255,08%
Asistență socială	1.488,80	2.748,80	3.604,40	3.797,60	255,08%
După clasificarea funcțională detaliată pe subcapitole	1.488,80	2.748,80	3.604,40	3.797,60	255,08%
Asistența socială în caz de boli și invalidități	876,7	1.685,6	2.139,30	2.545,10	290,30%
Asistența socială pentru familie și copii	612,1	1.063,2	1.465,10	1.252,50	204,62%