

Reforma sistemului sanitar din România

dr. Maria POENARU

1. Preliminarii

În secolul XX au fost consemnate mai multe generații de reforme ale sistemelor de sănătate, motivate nu numai de corectarea problemelor de sănătate ale populației, așa cum au fost ele percepute în diferite perioade, ci și de cerințele legate de realizarea unei eficiențe mai mari în sistem, de corectitudine și responsabilitate față de așteptările oamenilor în ceea ce privește îngrijirea sănătății. În ultimele două decenii, numeroase țări vest-europene au procedat la reformarea sistemelor de sănătate. Unul dintre elementele aflate în centrul atenției, în toate țările din Europa Occidentală și care a generat preocupări serioase pentru reforme în acest domeniu a fost *problema costurilor* cu îngrijirea sănătății. Ea s-a conturat ca o rezultată a presiunii creșterii cererii de servicii de sănătate ca urmare a procesului de îmbătrânire și a sporirii veniturilor populației, a scumpirii actului medical, ca o consecință a progreselor înregistrate în științele medicale etc. Cheltuielile cu îngrijirea sănătății absorb în țările din Uniunea Europeană în jur de o cincime din resursele publice sau echivalentul a 6-9% din produsul intern brut. Aceasta, în contextul în care fiecare țară membră a UE a fost și este în situația de a "controla" evoluția cheltuielilor publice cerută de "criteriile de convergență" fixate pentru integrarea în Uniunea Monetară.

Alături de problema costurilor, care a generat *obiectivul ca respectivele cheltuieli de sănătate să reprezinte echivalentul unui anumit procent din produsul intern brut*, au fost semnalate și alte obiec-

tive comune ale reformelor sistemelor de sănătate din țările dezvoltate¹. Între cele mai importante se consideră:

- *accesul adecvat și echitabil la îngrijirea sănătății*, adică necesitatea acordării unui minimum de îngrijire a sănătății tuturor cetățenilor, iar tratamentul trebuie să fie în concordanță cu nevoile, cel puțin în segmentele sistemului de sănătate finanțate din fonduri publice;
- *protecția veniturilor* ceea ce înseamnă că mărirea plăților pentru îngrijirea sănătății să fie legată de capacitatea de cumpărare a indivizilor și că pacienții trebuie exonerati de plăți suplimentare. Aceasta ar implica cel puțin trei tipuri de transfer sub formă de: asigurare (nevoia de îngrijire nu poate fi prevăzută); economisire (vârștii utilizează mai multe servicii de îngrijire comparativ cu tinerii) și redistribuirea veniturilor (bolnavii sunt adesea cei săraci);
- *eficiența microeconomică*; trebuie ales un set de servicii sanitare care să maximizeze rezultatele în ceea ce privește starea sănătății populației și satisfacția consumatorilor în raport cu partea din PIB cheltuită pentru serviciile de sănătate (eficiența resurselor alocate). La acestea se pot adăuga: *libertatea de alegere de către consumator și autonomia furnizorilor de servicii* ca mijloace menite să sprijine atingerea obiectivelor menționate, în special în probleme de inovare medicală și de organizare.

¹ OECD, *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies No. 2, Paris, 1992, p. 14.

Aceste obiective generale implică judecări de valoare care diferă de la o țară la alta și variază în cadrul unei țări de la o regiune sau zonă la alta. Se poate spune că în cazul țărilor dezvoltate, în special al celor europene, reformele sistemelor de îngrijire a sănătății din ultima perioadă au avut ca *obiectiv comun, realizarea unor performanțe cât mai înalte ale sistemului sanitar din punctul de vedere al standardelor de sănătate și al accesului echitabil la servicii de îngrijire, în condițiile unor costuri cât mai mici.*

Țările din Europa Centrală și de Est, inclusiv România, s-au confruntat în epoca socialistă cu grave probleme de sănătate. Deteriorarea condițiilor de viață în anii '80 și deficiențele sistemului medical au accentuat problemele de sănătate ale populației și au redus eficiența sistemului de îngrijire a sănătății. Reforma sistemului sanitar are de rezolvat, în această categorie de țări, atât problemele grave de sănătate moștenite de la vechiul regim sau apărute în perioada tranziției, cât și pe cele legate de sistemul instituțional a cărui reconstrucție și funcționare trebuie să conducă la ameliorarea stării de sănătate a populației și a întregii activități în domeniul sanitar, la o mai bună alocare a resurselor și la o utilizare mai eficientă a acestora.

Date fiind diferențele mari între țări în ceea ce privește standardele atinse referitoare la starea sănătății populației, la volumul resurselor alocate și la utilizarea acestora, modalitățile concrete de abordare și soluțiile adoptate în cadrul reformelor sistemelor sanitare au fost și sunt diferite, particularizându-se de la o țară la alta. Dacă în țările dezvoltate, reformarea sistemelor de sănătate urmărește mai degrabă reducerea sau frânarea creșterii costurilor (apreciate ca deosebit de ridicate și cu o tendință de creștere în viitor) prin corecții aduse mecanismelor de funcționare, în România reforma sistemului sanitar vizează modificări mai profunde

care să conducă atât la îmbunătățirea stării de sănătate a populației, cât și la utilizarea mai eficientă a resurselor alocate în noile condiții ale economiei de piață.

La începutul perioadei de tranziție în România s-a pus problema reformării sistemului de îngrijire a sănătății care trebuia să se ocupe atât de bolile acumulate și netratate, cât și de reformele instituțiilor de sănătate, în scopul ameliorării eficienței lor și al alocării de resurse suplimentare programelor de sănătate. Acest studiu conține o evaluare a transformărilor funcționale înregistrate până în acest moment de sistemul sanitar, în contextul reformei aflate în derulare, și referiri la principalele probleme cu care acesta se confruntă.

2. Cadrul general al reformei

Ca și în celelalte țări cu sisteme economico-sociale centralizate, reforma sistemului sanitar din România la începutul perioadei de tranziție a fost inițiată cu dublu scop. Pe de o parte, transformarea mecanismelor economice de susținere și de funcționare a sistemului sanitar¹ și, pe de altă parte, îmbunătățirea

¹ Înainte de 1990 și în primii ani ai tranziției din România, sistemul de îngrijire a sănătății a fost organizat pe principii similare cu cele din celelalte țări foste socialiste. Principala caracteristică consta în aceea că statul finanța, din resursele sale bugetare, serviciile de îngrijire medicală acordate întregii populații. Serviciile medicale erau furnizate de instituții publice: dispensare, policlinici și spitale. Din 1983 a existat posibilitatea utilizării de către populație a unor servicii medicale plătite, acordate de către medici în cadrul unor policlinici speciale. Modul de furnizare a serviciilor medicale era caracterizat prin rigiditate. Populația era arondată unor dispensare locale sau de întreținere, policlinici și spitale. Cu excepția unor servicii furnizate de policlinicile cu plată sau de către medici particulari (sistem care era, de altfel, foarte slab dezvoltat) nu exista nici o posibilitate ca pacienții să-și aleagă

performanțelor și a eficienței sistemului de îngrijire medicală. Moștenirea în ceea ce privește starea sănătății populației și a sistemului de acordare a serviciilor de îngrijire a sănătății, în special dotarea cu echipamente, a fost foarte grea și s-a înrăutățit în primii ani ai tranziției. *Indicatorii cu ajutorul cărora este caracterizată starea de sănătate a populației sau mărirea și configurația resurselor alocate sistemului sanitar arată marile probleme acumulate și existente în acest domeniu*¹.

Sectorul sanitar, ca de altfel și alte sectoare, a trebuit să se adapteze la un mediu politic radical schimbat în care rolul statului a slăbit și s-a redefinit. Așa cum sublinia un analist al reformelor în domeniul sanitar din țările în tranziție², au avut loc tentative ambițioase de a iniția reforme în aproape toate sectoarele de activitate, inclusiv în domeniul sanitar, în condițiile în care resursele financiare și administrative erau puține și a lipsit experiența necesară pentru asemenea transformare. Complexitatea și iregularitățile procesului de tranziție, scăderea producției și a resurselor publice, criza economică și socială, inflația înaltă și persistentă, șomajul și sărăcia au definit, în esență, mediul în care instituțiile sectorului sanitar au trebuit să funcționeze. În aceste condiții, cei care s-au angajat în reformarea sectorului sanitar s-au confruntat cu câteva *sfidări de natură politică*. Este vorba despre: coordonarea între reforma din sistemul economic și din sectorul sanitar; asigurarea compati-

medicul. Aceasta a constituit una dintre cauzele scăderii interesului pentru calitatea actului medical. Nici medicii nu aveau posibilitatea unor inițiative, din cauza totalei absențe a mediului concurențial necesar.

¹ Maria Poenaru, *Resurse și performanțe ale sistemelor de sănătate. Analiză comparativă, Revista română de economie, nr. 1/2002.*

² Christopher Davis, *Réformes et performances du système médical, Problèmes économiques, nr. 2371/2001.*

bilității reformelor întreprinse în diferite compartimente sau instituții care au legătură cu sistemul sanitar (de exemplu, industria medicamentelor, farmaciile); coordonarea între politica națională, legată de transformarea sistemului de sănătate, și numeroasele proiecte în acest domeniu promovate sau susținute de organisme străine guvernamentale, multinaționale și neguvernamentale.

Reforma sistemului sanitar se află în plină desfășurare. Transformările de până acum au trasat cele mai importante coordonate care definesc modul de funcționare a sistemului sanitar în noile condiții. În procesul de reformă s-a urmărit în mod concret schimbarea principiului de construcție și funcționare, și anume trecerea de la un sistem medical cu acoperire universală și finanțat direct din resurse ale bugetului de stat (taxe și impozite) la unul fondat pe principiul asigurărilor sociale obligatorii prin care, de regulă, sunt protejate categorii de persoane bine precizate, iar finanțarea, furnizarea și plata prestațiilor să se realizeze potrivit unor reguli specifice, în cadrul cărora un loc aparte ocupă mecanismele economiei de piață. În continuare prezentăm o evaluare a celor mai importante transformări funcționale ale sistemului sanitar până la acest moment (finele anului 2002): etapele parcurse în construcția instituțională; coordonatele definiției pentru noul sistem (organizare, eligibilitate, prestații acordate, furnizorii de prestații, finanțare); relațiile dintre pacienți și furnizorii de prestații; relațiile dintre casele de asigurări și furnizorii de prestații; progresele și punctele slabe ale sistemului de îngrijire a sănătății, în contextul reformei.

3. Principalele etape

Încă din prima parte a anilor '90 au fost întreprinse unele inițiative care anunțau intenții de transformare a sistemului de sănătate, transformări legate în special de organizare și de funcționare, prin crearea unor instituții, de modificare a

mecanismului de finanțare de creștere a volumului resurselor și schimbare a modalităților de alocare a acestora, de introducere a unor elemente de piață care să conducă la creșterea performanțelor în sistem. Cele mai importante inițiative, cu suport guvernamental și legislativ, care au avut un rol esențial și un impact semnificativ în procesul de transformare a sistemului sanitar până în prezent, pot fi grupate în trei etape principale.

a) O primă etapă extrem de importantă, cu rol pregător pentru trasarea coordonatelor de bază ale reformei, poate fi considerată perioada 1991-1993. Ea fost declanșată la finele anului 1991, o dată cu încheierea Acordului de împrumut dintre România și Banca Mondială pentru Reconstrucție și Dezvoltare¹ pentru finanțarea Proiectului de reabilitare a sectorului sanitar.

Caseta nr. 1

Proiectul de reabilitare a sectorului sanitar

Obiectivele proiectului au fost: (a) reabilitarea și modernizarea sistemului de acordare a asistenței medicale primare și (b) sprijinirea începerii unei restructurări majore a conducerii, organizării și finanțării sectorului sanitar, în scopul realizării pe termen mediu a unui sector eficient de îngrijire a sănătății.

Proiectul a avut următoarele două componente:

A. Reabilitarea și modernizarea îngrijirii medicale primare prin:

(1) reabilitarea a aproximativ 420 de dispensare din zona rurală, în conformitate cu criteriile de acoperire demografică, necesitățile locale, sprijinirea comunităților locale și asigurarea cu cadre medicale (16,7 milioane de dolari SUA);

(2) îmbunătățirea serviciilor de îngrijire a sănătății femeii gravide, cu accent deosebit pe îngrijirea sănătății mamei și a copilului, și asigurarea unui acces sporit la serviciile de planificare familială (32,1 milioane de dolari SUA);

(3) îmbunătățirea pregătirii profesionale a asistenților medicali și a medicilor în domeniile de bază ale îngrijirii primare a sănătății (0,9 milioane de dolari SUA);

(4) introducerea unui program de promovare a îngrijirii sănătății, cu un accent deosebit pe medicina preventivă (4,5 milioane de dolari SUA);

(5) asigurarea unor cantități suficiente de medicamente esențiale, vaccinuri și produse derivate din sânge – inclusiv pregătirea unui plan de restructurare a industriei farmaceutice (83,2 milioane de dolari SUA);

(6) îmbunătățirea serviciilor medicale de urgență, prin organizarea unei noi rețele de 96 de centre rurale de îngrijire medicală de urgență și îmbunătățirea sistemelor de comunicații și de transport (20 milioane de dolari SUA).

B. Restructurarea finanțării și managementului sistemului sanitar prin:

(7) pregătirea și aplicarea primei faze a unei reforme majore a sistemului de finanțare a sistemului medical prin care să se definească: rolul sectorului sanitar public și al celui privat; cadrul legislativ; organizarea și managementul sistemului sanitar; dezvoltarea sistemului instituțional. În plus, s-a prevăzut asistența pentru un proiect-pilot destinat descentralizării managementului sistemului sanitar, și îmbunătățirea sistemului de alocare a resurselor (2,8 milioane de dolari SUA);

(8) dezvoltarea unui sistem informațional în domeniul sanitar pentru sprijinirea Ministerului Sănătății și a organelor de conducere locale în stabilirea obiectivelor, alocarea resurselor, anticiparea necesităților și monitorizarea performanțelor (2,8 milioane de dolari SUA);

(9) dezvoltarea Institutului de Management al Serviciilor Sanitare, ca instituție responsabilă cu pregătirea cadrelor de conducere în domeniul îngrijirii sănătății (2,9 milioane de dolari SUA).

Sursa: Legea nr. 79 din 23 decembrie 1991, publicată în M. Of. nr. 267 din 31 decembrie 1991 și Biroul Băncii Mondiale în România.

¹ Acordul de împrumut nr. 3409 RO semnat la 7 octombrie 1991 și ratificat prin legea nr. 79 din 23 decembrie 1991 (M. Of. Nr. 267 din 31 decembrie 1991). Proiectul a fost în valoare de 207,5 milioane de dolari SUA, din care 150 milioane de dolari împrumutați prin acest Acord, diferența de 57,5 milioane de dolari fiind acoperită din resurse publice.

Trebuie menționat că inițial s-a stabilit că Proiectul se va încheia la 31 decembrie 1995, ulterior termenul fiind prelungit în două etape, până la 31 iunie 1997 și apoi până în 1999.

În cadrul acestui proiect a fost elaborat și un studiu care să fundamenteze *Proiectul de strategie națională a României în domeniul sănătății "Un viitor sănătos"*. Acest studiu a fost finalizat în 1993 și a propus o serie de recomandări grupate în următoarele categorii problematice¹:

- **finanțarea:** s-a recomandat stabilirea unui fond comun pentru finanțarea sănătății, care să reunească diferitele surse de finanțare (ex. taxe, contribuții) și să le aloce administrațiilor locale; resursele financiare pentru sănătate publică să fie înglobate în acest fond;
 - **descentralizarea:** s-a considerat necesară acordarea unei mai mari responsabilități și autonomii autorităților locale, în vederea identificării priorităților în domeniul sănătății și al organizării serviciilor de sănătate pe plan local;
 - **îngrijirea medicală primară:** este necesar să fie pus un accent mai mare pe îngrijirea primară, dar aceasta să fie finanțată separat de spitale; de asemenea trebuie stimulată activitatea furnizorilor de servicii de asistență medicală primară;
 - **autonomia spitalelor:** trebuie să existe o mai mare autonomie în utilizarea resurselor și o mai mare motivație pentru profesioniști și pentru controlul calității actului medical;
 - **acreditarea;** alături de o autonomie largită, trebuie să se acorde o mai mare importanță acreditării.
- Potrivit unor analiști², între realizările

importante ale acestei etape se numără: reabilitarea fizică și dotarea tehnică a unui număr de 400 de dispensare medicale; crearea rețelei naționale de planificare familială; crearea centrelor de sănătate rurală având ca rol și asigurarea asistenței de urgență și a celei permanente; reabilitarea asistenței medicale de urgență prespitalicești prin crearea serviciilor județene de ambulanță și a unităților de primire a urgențelor în cadrul spitalelor; înființarea de farmacii și puncte farmaceutice în mediul rural.

b) *Cea de-a doua etapă* s-a desfășurat în perioada 1994-1998, pe două planuri.

Un prim plan poate fi considerat cel al *testării unora dintre propunerile de reformare a sistemului sanitar*. Este cazul unui experiment în opt județe, prin care s-a încercat transformarea asistenței medicale primare și a sistemului de finanțare a serviciilor în acest segment, astfel:

- au fost transferate responsabilitățile privind finanțarea și administrarea dispensarelor de la spitale către Direcțiile Sanitare Județene. Acestea au început să încheie contracte cu medicii de familie (contract individual sau de grup) cu specificarea serviciilor și standardelor;
- sistemul de plată pentru medicii de familie a fost schimbat, stabilindu-se sistemul "per capita" și "per serviciu";
- s-a accentuat rolul medicilor de familie ca "filtru" al sistemului de trimeri în spitale;
- s-au introdus elemente de competitivitate în sistem, prin alegerea medicului de familie de către pacienți și prin noua metodă de remunerare;
- Direcțiile Sanitare au obținut un control mai mare asupra finanțării și administrării dispensarelor.

Un al doilea plan a vizat *sistemul instituțional*, respectiv, crearea unor instituții noi, importante pentru modul de funcționare a sistemului de sănătate în

¹ Cristian Vlădescu; Silviu Rădulescu; Victor Olsavszky, *Sisteme de sănătate în tranziție. România, Observatorul European al Sistemelor de Sănătate*, Editor Reinhard Busse, 2000, p. 70.

² Petru Armean, *Evoluția sistemului de sănătate în România după anul 1990, Management în sănătate, anul V, nr. 4, decembrie 2001.*

ansamblul său și restructurarea celor care au fost specifice vechiului sistem de sănătate. Între cele mai importante *instituții apărute în noua arhitectură a sistemului sanitar* menționăm pe cele necesare introducerii noțiunii de furnizori autonomi de servicii de sănătate, care încheie contracte de furnizare și pe cele care îl reprezintă pe finanțator:

- *Colegiul Medicilor din România*¹ este o organizație profesională cu reprezentare la nivel național și județean,

creată cu scopul de a reprezenta, în noua configurație instituțională, pe medici în calitatea lor de furnizori de servicii de îngrijire a sănătății. Între cele mai importante atribuții ale Colegiului Medicilor (CM) se numără: negocierea contractului – cadru cu Casele de asigurări de sănătate (caseta nr. 2), acesta constituind baza tuturor contractelor individuale dintre CASJ și furnizorii de servicii.

Caseta nr. 2

Contractul-cadru

În fiecare an, CNAS și CM negociază și semnează un contract-cadru care stă la baza tuturor contractelor care se încheie între CASJ și furnizorii de servicii medicale: cabinete medicale, dispensare, centre de diagnostic și tratament, centre medicale (policlinici), spitale și unitățile ambulatorii etc.

În contractul cadru sunt prevăzute condițiile de furnizare a serviciilor de sănătate referitoare la:

- lista serviciilor medicale, a medicamentelor și altor servicii pentru asigurați;
- parametrii calității și eficacității serviciilor;
- criteriile și modul de plată a serviciilor medicale;
- costurile, modul de decontare și actele necesare în acest scop;
- asistența medicală primară;
- internarea și externarea pacienților;
- justificarea și durata spitalizării;
- asigurarea tratamentului în spital sau a îngrijirilor de recuperare;
- condițiile pentru tratamentul în ambulatorii;
- prescrierea medicamentelor, a procedurilor terapeutice, protezelor etc.;
- condițiile de plată pentru serviciile stomatologice;
- informarea bolnavilor.

Anual se elaborează câte un contract-cadru pentru fiecare tip de asistență medicală: primară, de specialitate ambulatorie, spitalicească. Fiecare contract este însoțit de norme de aplicare, oferind detalii necesare pentru încheierea de contracte individuale cu furnizorii. Pentru a deveni operațional, contractul-cadru are nevoie de avizul MSF și de aprobare prin decizie guvernamentală.

- *Colegiul farmaciștilor din România*² este ca și CM o organizație profesională cu rețea la nivel național și județean, creată cu scopul de a reprezenta, în noua configurație instituțională, pe farmaciști în calitatea lor de furnizori de medicamente. Pe lângă rolul

de a acorda dreptul de practică și de acreditare a unităților specifice domeniului, Colegiul Farmaciștilor (CF) are sarcina de a aviza lista elaborată de MSF și CNAS, cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală, cu sau fără contribuție personală și de a fi consultat în legătură cu modalitățile de compensare și condițiile de plată.

¹ *Legea nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România.*

² *Legea nr. 81/1997 privind exercitarea profesiei de farmacist, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Farmaciștilor din România.*

- *Casele de asigurări de sănătate* sunt instituții nou create ca urmare a deciziei de natură politică de a transforma vechiul sistem de sănătate bazat pe administrare centralizată și pe finanțare din resurse ale bugetului de stat, într-un sistem descentralizat, bazat pe principiul asigurării sociale.

– *Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)* este instituția cea mai importantă, creată ca urmare a adoptării Legii asigurărilor sociale de sănătate¹. CNAS a fost înființată la 1 ianuarie 1999. Din 1997 când a fost adoptată Legea asigurărilor sociale de sănătate până la 1 ianuarie 1999 (când s-a creat CNAS) a fost o perioadă tranzitorie în care Ministerul Sănătății a fost organismul care a îndeplinit rolul unui Fond național de asigurări de sănătate. CNAS a fost concepută ca o instituție publică specializată care stabilește regulile de funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate. Între principalele atribuții se numără: negocierea cu Colegiul Medicilor a contractului-cadru prin care se stabilește pachetul de prestații la care au dreptul persoanele asigurate și resursele alocate în acest scop; stabilirea mecanismelor de redistribuire a resurselor financiare între județe; elaborarea unor norme pentru asigurarea coerenței sistemului; participarea, împreună cu MSF, CM, Ministerul Muncii și Solidarității Sociale, Ministerul Finanțelor Publice, la soluționarea unor probleme de interes comun. În octombrie 2002 Guvernul României a decis prin Ordonanța nr.

¹ Legea nr. 145 din 24 iulie 1997 privind asigurările sociale de sănătate, publicată în M. Of. nr. 178 din 31 iulie 1997.

150/2002 trecerea CNAS în cadrul Ministerului Sănătății și Familiei, ceea ce pare a fi un pas înapoi în privința independenței și responsabilizării acestei instituții nou create în utilizarea cu raționalitate și eficiență a resurselor publice colectate pentru a fi utilizate cu această destinație².

La nivel de județ au fost create *Casele de Asigurări de Sănătate Județene (CASJ)*, ca structuri teritoriale ale CNAS. Acestea au următoarele atribuții principale: colectarea contribuțiilor pentru asigurări sociale de sănătate de la angajații și de la angajatorii din județul respectiv; efectuarea plăților către furnizorii locali de servicii de sănătate (medici sau instituții medicale – spitale, centre de tratament ambulatoriu etc.)

Alături de CNAS care acoperă cea mai mare parte a asiguraților, au fost create Case de asigurări de sănătate autonome pentru anumite categorii profesionale, și anume:

- *Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASAOPSNAJ)*³ și,
- *Casa Asiguraților de Sănătate a Transporturilor (CAST)*⁴.

² Menționăm că în țările europene în care sistemele de sănătate funcționează pe principiul asigurărilor sociale, Casele de asigurări de sănătate sunt instituții independente. În Franța de exemplu, CNAMTS cea mai mare casă de asigurări de sănătate nu se află în subordinea guvernului. Ea este reglementată de guvernul central în legătură cu ceea ce este esențial din punctul de vedere al funcției sale publice. În particular, este vorba de ratele de contribuție și de scala de tarife negociată cu furnizorii de servicii.

³ Ordonanța Guvernului României nr. 56 din 19 august 1998, publicată în M. Of. nr. 308 din 25 august 1998.

⁴ Ordonanța de Urgență a Guvernului României nr. 41 din 26 noiembrie 1998, publicată în M. Of. nr. 456 din 26 noiembrie 1998.

Aceste două Case menționate, sunt instituții publice autonome cu personalitate juridică și desfășoară activități de asigurări sociale de sănătate pentru personalul ministerelor și instituțiilor afiliate la fiecare din aceste Case.

- *Ministerul Sănătății și Familiei (MSF)* se numără printre instituțiile care au continuat să funcționeze, dar care și-au redus și remodelat atribuțiile pe măsură ce au fost create noi instituții responsabile, în special, cu finanțarea și cu furnizarea de servicii medicale. MSF are ca principală responsabilitate¹ elaborarea, promovarea și aplicarea strategiei și politicii Guvernului în domeniul ocrotirii și asigurării sănătății populației și al realizării reformei în sectorul sanitar; îndeplinește, de asemenea, rolul de autoritate centrală de stat în domeniul sănătății publice².

Pentru îndeplinirea responsabilităților sale majore, MSF a fost investit cu o serie de atribuții legate, în special, de: *stabilirea etapelor și măsurilor concrete de realizare a obiectivelor în domeniul sănătății populației și ale reformei sistemului sanitar*; coordonarea și controlul activităților de sănătate publică, de medicină preventivă, asistență de urgență și de medicină legală; îmbunătățirea și asigurarea coerenței cadrului legal și urmărirea aplicării legislației de către instituțiile și organismele cu responsabilități în domeniul sănătății populației; alocarea și administrarea bugetului pentru sănătate; elaborarea, coordonarea și implementarea programelor naționale de sănătate publică etc.

MSF este sprijinit în profil teritorial de *Direcțiile de Sănătate Publică Județene*

¹ Potrivit Hotărârii Guvernului României nr. 1332 din 14 decembrie 2000 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, publicată în M. Of. nr. 698 din 27 decembrie 2000.

² Legea nr. 100/1998 privind asistența de sănătate publică.

create începând cu 1999 prin transformarea fostelor Direcții sanitare județene. Fiecare județ are o asemenea structură administrativă aflată sub autoritatea prefectului județului respectiv.

- c) *Cea de-a treia etapă* a transformării sistemului sanitar se poate considera că a început o dată cu elaborarea în 1997 a *strategiei de reformă a sistemului de ocrotire a sănătății și cu aplicarea, din 1998 a Legii asigurărilor sociale de sănătate*. Elaborarea strategiei în acest domeniu a prilejuit evidențierea zonelor critice și evaluarea necesităților sistemului, fiind identificate principalele probleme legate de organizare, de resursele financiare, materiale și umane. Au fost, de asemenea, definite următoarele *principii ale politicii în domeniul sanitar*:

- îngrijirile de sănătate trebuie să fie accesibile tuturor cetățenilor României, indiferent de caracteristicile fizice, geografice, economice sau socioculturale;
- acoperirea universală a populației trebuie menținută în concordanță cu politicile Uniunii Europene și cu tradiția din România;
- promovarea solidarității în finanțarea serviciilor de sănătate, ca responsabilitate comună a generațiilor, a persoanelor cu niveluri de venit diferite și cu stare de sănătate diferită;
- creșterea cheltuielilor publice de sănătate, astfel încât să reprezinte echivalentul a 5-7% din produsul intern brut;
- libertatea alegerii medicului de către pacient; în stadiul inițial al reformei, acest principiu trebuie să se aplice numai pentru asistența medicală primară;
- autonomia profesională a celor care prestează servicii de sănătate;
- cooperarea cu alte sectoare implicate în protejarea stării de sănătate a populației.

Obiectivele definatorii în contextul reformei au vizat: pe termen scurt, menținerea funcționării sistemului în contextul în care se operează unele ajustări compatibile cu orientările viitoare, iar pe termen lung, să se urmărească:

- elaborarea unui cadru legal pentru reforma sistemului sanitar;
- schimbarea și diversificarea surselelor financiare și transparență în alocarea inter și intrasectorială a fondurilor publice, precum și stimularea dezvoltării sectorului privat;
- efectuarea de plăți separate pentru furnizorii de servicii de sănătate, pe baza unui sistem contractual în cadrul asigurărilor de sănătate;
- realizarea unui echilibru între sectoarele sistemului sanitar prin întărirea sectorului ambulatoriu, în special al celui de asistență medicală primară;
- descentralizarea sistemului instituțional din sectorul sanitar; acordarea de atribuții și responsabilități, stabilirea de relații și între autoritățile centrale și locale, între furnizorii de servicii și organismele finanțatoare, între beneficiarii de servicii și furnizorii de servicii de sănătate.

Concluzii privind construcția instituțională. Cei mai importanți pași făcuți în această perioadă și principalele preocupări de reformă în domeniu se referă la:

- Finalizarea în cursul anului 2000 a obiectivului de furnizare a asistenței medicale primare în cadrul conceptului de medicină de familie cu plata prestațiilor efectuate de medici în sistem contractual cu Casele de asigurări de sănătate. În sprijinul acestui proces a venit cadrul legislativ care a permis înființarea cabinetelor medicale¹.

¹ Ordonanța Guvernului României nr. 124/1998 de organizare și funcționare a cabinetelor medicale.

- Trecerea pe un plan prioritar a preocupărilor pentru reforma asistenței medicale acordată în spitale. Reabilitarea asistenței medicale spitalicești este un proces complex și de durată care, între altele, presupune evaluarea și acreditarea spitalelor, înnoirea echipamentelor medicale, un management eficient.
- Având în vedere că îngrijirea în spital absoarbe cea mai mare parte a resurselor sistemului sanitar, una dintre problemele centrale ale reformei în spitale este finanțarea care se face în prezent utilizând instrumentul cunoscut și practicat pe scară largă, sub denumirea de buget global². Date fiind problemele mari pe care le pune (sub)finanțarea spitalelor, în prezent (2002) se analizează posibilitatea de a utiliza pentru alocarea resurselor necesare tratamentului în spitale un instrument nou numit Sistemul Grupelor Diagnostice (DRG - Diagnostic Related Groups)³, un sistem de finanțare pe categorii de diagnostic.

4. Coordonate definatorii: Organizare, eligibilitate, prestații, finanțare

Principiul de construcție al noului sistem de ocrotire a sănătății populației din România este, așa cum am precizat anterior, cel al asigurărilor sociale. Asigurarea socială de sănătate este obligatorie și se constituie ca ramură distinctă de securitate socială (alături de asigurarea pentru pensie și pentru șomaj). Legea asigurărilor sociale de sănătate⁴

² Legea nr. 146/1999 privind organizarea, funcționarea și finanțarea spitalelor.

³ În prezent (2002) se desfășoară un proiect-pilot de aplicare a noului sistem DRG, pe baza căruia se vor putea trage unele concluzii legate de acest subiect (proiectul-pilot cuprinde 22 de spitale).

⁴ Legea nr. 145 din 24 iulie 1997, publicată în M.Of. nr. 178 din 31 iulie 1997.

stipulează faptul că pe lângă sistemul public al asigurărilor de sănătate pot funcționa și alte forme de asigurări de sănătate (private) care acoperă riscuri individuale în situații speciale; acest tip de asigurare nu este obligatoriu.

Organizare

În prezent există mai multe organisme implicate în funcționarea sistemului sanitar, între care s-a conturat un sistem de relații proiectate să conducă la îmbunătățirea îngrijirii sănătății populației și la creșterea eficienței sistemului. Cele mai importante dintre aceste instituții (vezi și paragraful 2.2.) sunt:

- Ministerul Sănătății și Familiei (MSF), responsabil cu politica în domeniul sănătății și cu rezolvarea problemelor de sănătate publică; la nivel județean MSF acționează prin Direcțiile de Sănătate Publică Județene;
- Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNSAS), Casele de asigurări de sănătate județene în număr de 41 și a Municipiului București care acoperă cea mai mare parte a asiguraților, au ca principală responsabilitate colectarea contribuțiilor de asigurări de sănătate și alocarea resurselor pentru finanțarea cheltuielilor efectuate de către furnizorii de servicii de sănătate sau de medicamente. La nivel național, CNAS are dreptul de a realoca județelor subfinanțate până la 25% din fondurile colectate la nivel de județ.
- Furnizorii de servicii de sănătate: servicii de sănătate publică, medicii de îngrijire primară și în ambulatoriu, spitale, farmacii. Furnizorii împreună cu casele stabilesc, pe baze contractuale, modalitățile de plată a serviciilor prestate de aceștia. Și serviciile de sănătate publică, cum sunt de exemplu cele privind bolile transmisibile sunt finanțate tot prin casele de asigurări.

Eligibilitate

Accesul la serviciile de sănătate este definit de Legea asigurărilor sociale de sănătate. Sunt îndreptățite să beneficieze de servicii de sănătate:

- persoanele asigurate (cetățeni români cu domiciliul în țară și cetățeni străini cu rezidența în România), care plătesc o contribuție lunară pentru asigurările sociale de sănătate¹;
- persoanele care beneficiază de asigurare de sănătate fără plata contribuției:
 - copii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi studenți și dacă nu realizează venituri din muncă;
 - persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei;
 - pensionarii;
 - soțul, soția, părinții și bunicii, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;
 - persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 (persecutate din motive politice, deportate în străinătate și constituite în prizonieri), Legea nr. 44/1994 (referitoare la veteranii de război, invalizii și văduvele de război) și Legea nr. 42/1990, art. 2 (referitoare la drepturile urmașilor eroilor martiri din decembrie 1989, ale celor care au dobândit calitatea de revoluționar).

Din enumerarea de mai sus rezultă că teoretic întreaga populație are acoperire cu servicii de sănătate, cu condiția să aibă calitatea de asigurat cu sau fără

¹ Persoanele asigurate cu plata contribuției de asigurări de sănătate sunt în principal cele care au statut de salariat; de asemenea, șomerii care primesc alocația de șomaj, cei care desfășoară activități liberale, obțin venituri din agricultură (fără a avea calitatea de salariat) sau din alte surse specificate de lege (OG nr. 150/2002).

plata contribuției. Deși la acest moment nu putem evalua gradul de acoperire a populației cu servicii de sănătate în acest sistem, realitatea arată însă există cetățeni neacoperiți. Din această categorie fac parte, în general, cei care nu se încadrează în nici una dintre categoriile prevăzute de legea asigurărilor de sănătate și nu încheie un contract de asigurare, cum ar fi de exemplu, foștii șomeri care au ieșit din evidențele ministerului de resort sau cea mai mare parte a celor care lucrează pe piața neagră a forței de muncă, care nu plătesc contribuții de asigurări sociale.

Prestații acordate

Persoanele acoperite în cadrul asigurării de sănătate au dreptul să primească următoarele categorii de prestații: servicii medicale, medicamente și materiale sanitare.

- *Servicii medicale:* asistență medicală preventivă, asistență medicală ambulatorie, servicii medicale spitalicești, servicii de asistență stomatologică, servicii medicale de urgență, servicii medicale complementare pentru reabilitare, asistență medicală pre, intra și postnatală;
 - ⇒ *Asistența medicală preventivă* se acordă copiilor cu scopul prevenirii sau depistării precoce a bolilor care pot afecta dezvoltarea fizică și mentală a acestora. De servicii stomatologice preventive beneficiază fără restricții copiii sub 16 ani, de două ori pe an, tinerii de 16-20 ani și o dată pe an adulții. Persoanele asigurate în vârstă de peste 30 ani au dreptul la un control medical anual pentru prevenirea bolilor cu impact major asupra morbidității și mortalității.
 - ⇒ *Asistența primară ambulatorie* se acordă persoanelor asigurate cu condiția ca acestea să fie înscrise la un medic de familie, la alegere.

⇒ *Asistența medicală de specialitate ambulatorie* se acordă persoanelor asigurate care au obținut anterior o recomandare de la medicul de familie, pacientul având posibilitatea liberei alegeri a unui medic specialist acreditat. Asistența medicală ambulatorie se referă la: diagnostic, tratament medical, asistență medicală, reabilitare, medicamente și materiale sanitare.

⇒ *Asistența medicală de specialitate în spitale acreditate* se acordă persoanelor asigurate pentru care tratamentul ambulatoriu se dovedește ineficient. Aceasta înseamnă spitalizare totală sau parțială, cu consultații și investigații medicale sau tratament chirurgical, îngrijiri acordate de personalul mediu sanitar, medicamente, materiale sanitare, cazare și masă.

- *Medicamente.* Persoanele asigurate au dreptul la medicamentele prescrise de medici, care pot fi cumpărate din farmacia cu o compensare totală sau parțială a prețului de vânzare de către Casele de asigurări. Anual, CNAS și Ministerul Sănătății și Familiei, la recomandarea Colegiului Medicilor și a Colegiului Farmaciștilor, elaborează o listă (pozitivă) cu medicamentele care se compensează total sau parțial.
- *Materiale sanitare și dispozitive ortopedice* se acordă asiguraților care au nevoie pentru corectarea vederii și a auzului, pentru protezarea membrelor etc., pe baza prescrierii medicale.

Acordarea prestațiilor în sistemul asigurărilor de sănătate se face cu respectarea anumitor condiții precizate în Contractele-cadru¹, acest act fiind cel care

¹ Anual, între furnizori de servicii de sănătate (primară, în spitale, îngrijire la domiciliu, servicii de urgență etc.) și Casele de asigurări de sănătate sunt stabilite condițiile de acordare a serviciilor și modalitățile de plată, pe baza unui act normativ numit Contract-cadru. Fiecare tip de Contract-cadru urmează să fie

stabilește, anual, prestațiile de care beneficiază persoanele acoperite de sistemul de asigurări de sănătate.

Furnizorii de prestații de sănătate

Sunt considerați furnizori de servicii de sănătate instituțiile responsabile cu serviciile de sănătate publică, medicii de îngrijire primară și în ambulatoriu, spitale, farmacii.

- *Serviciile de sănătate publică* sunt furnizate de o serie de instituții care se află sub autoritatea Ministerului Sănătății și Familiei. Dintre acestea menționăm:
 - Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului, care oferă consultanță Ministerului în legătură cu standardele de sănătate pentru mamă și copil și participă la programele de sănătate;
 - Institutele de sănătate publică din principalele centre universitare (București, Cluj, Iași, Timișoara) care oferă, în principal, asistență tehnică în probleme care au tangență cu sănătatea publică;
 - Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate creat în anul 1991 care efectuează cercetare, acordă asistență tehnică, activități de pregătire profesională etc.;
 - Direcțiile de Sănătate Publică Județene care se ocupă cu: elaborarea și implementarea programelor de sănătate publică, monitorizarea stării de sănătate a populației, în corelație cu factorii de risc de mediu, inspecția sanitară și medicină preventivă.
 - O rețea de centre responsabile cu sănătatea reproducerii și cu planificarea familială;
 - O rețea de promovare a sănătății și educație pentru sănătate (Centrul Național pentru Promovarea Să-

Însoțit de Norme metodologice de aplicare prin care sunt precizate în detaliu relațiile între părțile contractante.

nătății și Educație pentru Sănătate care coordonează programele naționale de promovare a sănătății și educație pentru sănătate și pregătește personalul implicat, iar la nivel județean laboratoarele de promovare a sănătății și educație sanitară).

Programele de sănătate publică¹ se adresează unor domenii ca: infecția HIV, educația sexuală și planificarea familială, prevenirea și controlul tuberculozei, cancerului, bolilor cardiovasculare, diabetului etc.

- *Medicii de îngrijire primară (de familie)* reprezintă începând cu anul 1999, primul furnizor al serviciilor de sănătate și îndeplinește un rol de filtru în selecția pacienților care urmează să fie tratați în clinici ambulatorii și în spitale. Ei au statut de practicanți independenți care lucrează pe bază de contract cu Casa de asigurări și își administrează cabinetele în regim privat.
- *Medicii de îngrijire în ambulatoriu*²

¹ Pentru anul 2002 au fost stabilite următoarele programe: Programul comunitar de sănătate publică; Programul de prevenire și control al bolilor netransmisibile; Programul de sănătate a copilului și familiei; Programul de reformă; Politici de sănătate și administrare sanitară (Hotărârea Guvernului privind derularea programelor finanțate din bugetul MSF și din bugetul Fondului de asigurări sociale de sănătate, în anul 2002 publicată în M.Of. nr. 66/30.I.2002).

² Rețeaua de ambulatorii este alcătuită din: a) ambulatorii de specialitate (cabinet medical individual, cabinete medicale grupate, cabinete medicale asociate, societate civilă medicală), b) ambulatorii de spital, c) centre de diagnostic și tratament și centre medicale, d) ambulatoriul de specialitate în care se desfășoară activitate de învățământ medical (Conform Ordinului MSF privind reorganizarea asistenței medicale în ambulatoriul de specialitate și în ambulatoriul de spital – M. Of. nr. 63/29.I.2002). Anterior anului 1990 asistența medicală secundară în ambulatoriu era furnizată de policlinici, în majoritatea lor fără plată.

trebuie să aibă autorizație de liberă practică și o autorizație de funcționare pentru unitatea în care se prestează serviciile medicale. Relațiile cu Casele de asigurări sunt de asemenea stabilite pe baze contractuale.

- *Spitalele*¹ ca furnizori de servicii de specialitate trebuie să fie acreditate de MSF, prilej cu care se stabilesc responsabilitățile spitalului. Cheltuielile curente (salarii, tratamente, întreținere) se finanțează din fondurile asigurărilor de sănătate. Spitalele intră în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate care plătesc îngrijirea pacienților internați.
- *Farmaciile* reprezintă principalul furnizor de medicamente pentru pacienții care se tratează în ambulatoriu. Ele sunt în prezent în totalitate în sectorul privat și stabilesc anual relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru medicamentele al căror preț este suportat, parțial sau total, din resursele acestora. CNAS și MSF stabilesc o listă pozitivă de medicamente pe care farmaciile le pot furniza în cadrul acestor relații contractuale.

Finanțare

Sistemul de finanțare a înregistrat modificări substanțiale, de la finanțarea

¹ Spitalele sunt grupate în patru categorii în funcție de locul de amplasare, numărul de paturi și de tipul de servicii pe care le furnizează: spitale rurale, cu minimum 120 de paturi pentru servicii de medicină generală și pediatrie; spitale orașenești și municipale cu un minimum de 250 și, respectiv, 400 de paturi care furnizează servicii de medicină internă chirurgie, obstetrică-ginecologie și pediatrie; spitale județene care furnizează în plus servicii de ortopedie, terapie intensivă, oftalmologie; unități specializate fie în cadrul unor spitale (universitare), fie de sine-stătătoare, cum ar fi, de exemplu, Institutul Oncologic.

centralizată de la bugetul de stat exclusivă până în anul 1991, la o finanțare, tot din surse publice, cea mai mare parte colectate separat în acest scop, din contribuțiile de asigurări sociale plătite de persoanele asigurate și de angajatori. *Modificările* efectuate în această perioadă au fost:

- Crearea în anul 1992 a Fondului Special pentru Sănătate (extrabugetar) alimentat din contribuția de 2% aplicată la salarii și din taxe pe vânzările de țigări, alcool și pe publicitate. Acest fond a fost destinat subvenționării parțiale a prețului medicamentelor prescrise în cazul îngrijirii ambulatorii.
 - Descentralizarea parțială a finanțării unor cheltuieli, prin transferarea în anul 1993 a finanțării anumitor cheltuieli materiale (altele decât cele pentru medicamente), a serviciilor de sănătate publică și a cheltuielilor de întreținere curentă, de la bugetul de stat către bugetele locale.
 - Introducerea, prin Legea asigurărilor sociale de sănătate din anul 1997, a noului sistem de finanțare, aplicat din 1998 când angajații și angajatorii plăteau, fiecare, contribuții de asigurări de sănătate, reprezentând 5% din veniturile salariale; s-a fixat de asemenea o contribuție plătită de pensionari în valoare de 4% din drepturile individuale.
 - Creșterea în anul 1999, a mărimii ratelor de cotizare la 14% din salariu în cazul salariaților (7% angajați și 7% angajatori) și la 7% în cazul liber-profesioniștilor, agricultorilor, pensionarilor și șomerilor.
 - Reducerea la începutul anului 2003 a contribuțiilor de asigurări de sănătate aferente salariaților cu 0,5 pp și exonerarea pensionarilor de la plata contribuției.
- Fondul Asigurărilor Sociale de Sănătate este și în prezent un fond extrabu-

getar. În utilizarea veniturilor acestuia un cuvânt greu de spus l-a avut Ministerul Finanțelor Publice, astfel că deși sistemul de sănătate românesc a fost confruntat cu mari probleme de finanțare în anii 2000, 2001 și 2002 acest fond a înregistrat excedente. În anul 2001 de exemplu, Fondul Special pentru Asigurări de Sănătate s-a închis cu un excedent în sumă de 4311 miliarde de lei, reprezentând 0,4% din PIB¹, utilizat în special pentru acoperirea parțială a deficitului bugetului de stat și a bugetului asigurărilor sociale de stat.

5. Relațiile dintre pacienți și furnizorii de prestații de sănătate

Alegerea medicului. În România alegerea de către pacient a medicului de familie și a specialistului de practică independentă este liberă. Medicul trebuie să aibă încheiat un contract cu Casa de asigurări de sănătate și să obțină o acreditare din partea Colegiului Medicilor. Pentru accesul pacientului la consultație sau tratament ambulatoriu nu se percep tarife pe care să le plătească persoana asigurată. Plata medicului se face din resursele (veniturile) Caselor de asigurări. Sistemul de plată pentru medici de familie se bazează pe o combinație între plata per capita și plata per serviciu, precizată în fiecare an în Contractul-cadru.

Accesul la tratament în spital al unei persoane asigurate se află, potrivit Contractului-cadru, sub controlul medicului de îngrijire ambulatorie, în sensul că asistența medicală spitalicească se asigură în situații justificate din punct de vedere medical și care nu pot fi rezolvate prin asistență medicală ambulatorie. Costurile îngrijirii în spital sunt suportate integral de Casa de asigurare cu care spitalul a stabilit o relație contractuală.

¹ Banca Națională a României, Raport anual 2001, p. 48.

Excepție fac internările pentru tratament în sanatorii balneare, pentru care pacienții asigurați plătesc o contribuție de 25-30% din costul unei zile de spitalizare în funcție de tipul de asistență și de durata tratamentului.

Medicamente. Achiziționarea de către pacienți a medicamentelor pentru tratament ambulatoriu, modul de plată a acestora de către pacienți și/sau de către Casa de asigurări constituie o problemă extrem de dificilă și controversată. Persoanele asigurate aflate în tratament ambulatoriu au acces, conform legii asigurărilor de sănătate, la medicamente compensate. CNAS și MSF au stabilit o listă pozitivă de medicamente, care a suferit numeroase modificări, listă pe baza căreia pacienții îndreptățiți le pot procura de la farmacii în mod gratuit sau cu plată parțială. În legătură cu acest subiect există două categorii de probleme. O categorie se referă la mărimea acestei liste, tipul și proveniența medicamentelor care împreună determină mărimea prețului. Cea de-a doua categorie de probleme derivă din suma insuficientă în raport cu nevoile, a resurselor alocate de Casele de asigurări pentru acest capitol de cheltuieli, ceea ce conduce inevitabil la epuizarea medicamentelor compensate în primele zile ale fiecărei luni, la nemulțumiri, la blocaje și la birocrație.

6. Relațiile dintre organismele de finanțare și furnizorii de prestații de sănătate

Una dintre cele mai spinoase probleme existente în acest moment în sistemul sanitar este legată de finanțare mai precis de gradul de asigurare a resurselor necesare, de modalitățile și eficiența cu care acestea sunt cheltuite în contextul relațiilor dintre instituțiile finanțatoare, pe de o parte, și furnizorii de servicii de sănătate – medici de familie, medici specialiști și spitale, pe de altă parte. De mo-

dalitatea în care sunt plătite serviciile de sănătate depinde remunerarea medicilor, factor important al calității actului medical, iar constrângerea bugetară impune soluții de alocare a resurselor care să nu conducă la creșterea costurilor serviciilor de sănătate.

Principalul organism finanțator al serviciilor de sănătate este constituit din Casele de asigurări ale căror resurse sunt formate din contribuțiile plătite de asigurați și de angajatori¹. Alături de acesta, Ministerul Sănătății și Familiei, din resurse obținute de la bugetul de stat acoperă o parte din cheltuielile acestui sector, în special cele necesare programelor naționale de sănătate publică.

Conform estimărilor noastre în anul 1999, când cheltuielile totale pentru sănătate s-au ridicat la 20575 miliarde de lei², 16962 miliarde de lei (82%) au provenit din Fondul asigurărilor de sănătate și 3613 miliarde de lei (18%) din resursele bugetului de stat și ale bugetelor locale. Reamintim că Fondul asigurărilor de sănătate a înregistrat în anul 2001 un excedent de 4311 miliarde de lei.

Plata furnizorilor de servicii de sănătate se face pe baza prevederilor conținute în Contractele-cadru³, negociate în

fiecare an de CNAS și de Colegiul Medicilor și aprobate prin decizie guvernamentală, respectiv prin Hotărâre de Guvern.

Plata serviciilor medicilor de familie și a medicilor specialiști se face conform unui contract care se încheie între Casa de asigurări de sănătate și furnizorul de servicii. În anul 2002, plata medicilor de familie se făcea după o formulă care combină plata "per capita" (calculată pe baza numărului de puncte determinat în funcție de numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților de pe listă și a valorii punctului unic pe țară) cu tariful pe serviciul medical acordat asiguraților, cuantificat în puncte. Plata medicilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin tarif pe serviciu medical.

Plata serviciilor spitalicești contractate cu casele de asigurări de sănătate poate fi efectuată, potrivit Contractului-cadru din anul 2002 utilizând bugete globale conform unei metodologii care se fondează pe coordonate ca: tarif pe zi de spitalizare, tarif pe persoană internată – tip "caz rezolvat" și tarif pe serviciu medical. În normele metodologice atașate Contractului-cadru se prevede în detaliu modul de calcul al sumelor contractate de către spitale cu casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale în cazurile de spitalizare, de exemplu, cheltuielile se determină luând în considerare: numărul de cazuri de spitalizare (metoda istorică), durata optimă de spitalizare și tariful pe zi. Mecanismul de finanțare a spitalelor este foarte complicat și generează mari probleme desfășurării activi-

¹ Casele de asigurări de sănătate la nivel județean colectează contribuțiile din care rețin 25% pentru CNAS, în scopul redistribuirii acestora către județele cu resurse insuficiente.

² Cifra a fost estimată pe baza datelor referitoare la cheltuielile bugetului general consolidat (212110 miliarde de lei) și la ponderea cheltuielilor pentru sănătate în acest buget (9,7%). Sursa: Raportul Național al Dezvoltării Umane. România 2001, anexe, p. 31.

³ Pentru anul 2002 de exemplu, au fost adoptate trei H.G. pentru aprobarea: a) Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței primare (M. Of. nr. 830/21.XI.2001); b) Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în asistența ambulatorie de specialitate (H.G. nr. 1245/2001); c) Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale spitalicești, îngrijirilor la domiciliu, serviciilor de urgență prespitalicești și al-

tor tipuri de transport medical, serviciilor de recuperare – reabilitare a sănătății (M. Of. nr. 38/21.I.2002). Fiecare dintre aceste acte normative sunt însoțite de norme metodologice de aplicare elaborate de CNAS și de Colegiul Medicilor, publicate, de asemenea, în Monitorul Oficial al României.

tății din acest domeniu, cel mai adesea fiind invocată subfinanțarea spitalelor. Trebuie amintit faptul că reforma spitalelor este în derulare, unul dintre obiectivele urmărite fiind alocarea și utilizarea eficientă a resurselor.

Concluzii

Evidențierea principalelor obiective ale reformei sistemului sanitar, a etapelor parcurse în cadrul procesului de reformă, în special în ceea ce privește construcția instituțională și relațiile dintre factorii implicați în sistem, precum și problemele constatate în legătură cu nevoile de ameliorare a stării sănătății populației, oferă posibilitatea unor *remarci* care surprind într-o anumită măsură *specificul reformei sistemului de sănătate în perioada tranziției din România*.

Deși intenția de reformare a sistemului sanitar a fost exprimată în primii ani ai tranziției, în practică reforma a început după un lung stagiul de pregătire o dată cu adoptarea legislației și crearea instituțiilor care reprezintă suportul necesar funcționării sistemului sanitar pe baza unor mecanisme noi, derivate din introducerea principiului asigurărilor în sistem și a mecanismelor specifice economiei de piață în general.

Măsurile de reformă s-au concentrat pe definirea unor noi fluxuri financiare în cadrul sistemului. Pe de o parte, pe cele care contribuie la alimentarea fondurilor din care se finanțează cheltuielile implicate de îngrijirea sănătății populației, respectiv contribuții de asigurări sociale plătite de persoanele asigurate și de angajatori și fonduri provenite de la bugetul public. Pe de altă parte, fluxurile care se constituie pentru plata furnizorilor de servicii de sănătate și alocarea resurselor disponibile între diferitele segmente ale sistemului de sănătate. Legat de acest aspect, trebuie menționat faptul că a fost legiferată exercitarea medicinei în sistem

privat și că furnizarea serviciilor de sănătate se face pe o bază contractuală.

Experiența de până acum arată că există o serie de dificultăți în ceea ce privește colectarea contribuțiilor de asigurări de sănătate în special din partea marilor întreprinderi, ceea ce duce uneori la întreruperi ale fluxurilor normale de plată a furnizorilor de servicii de sănătate și de medicamente.

Deși bugetul asigurărilor de sănătate a fost în ultimii doi ani excedentar, finanțarea sistemului de sănătate este mult scăzută în raport cu nevoile, precum și în comparație cu țările membre ale Uniunii Europene și cu țările din zonă. În această problemă Ministerul Finanțelor Publice are un rol important. Pe de o parte, utilizează o parte a resurselor sistemului de sănătate în alte scopuri decât cele pentru care au fost stabilite și colectate, iar, pe de altă parte, menține cotele de contribuții de asigurări de sănătate la un nivel înalt, împovăraător pentru asigurați și pentru angajatori. Menționăm și faptul că există situații în care o persoană poate fi un plătitor multiplu de asigurări de sănătate.

Legislația în domeniul sănătății este foarte complicată și stufoasă, ceea ce creează numeroase confuzii și dificultăți în procesul de luare a deciziilor. Instabilitatea legislativă complică procesul de reformă și împiedică definirea unor responsabilități clare ale instituțiilor implicate în acest proces și în realizarea obiectivelor legate de îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Un exemplu recent este trecerea CNAS sub autoritatea MSF.

Recesiunea prelungită a îngreunat transformarea vechiului sistem de îngrijire a sănătății într-unul mai eficient, atât din cauza insuficienței resurselor alocate acestui domeniu, cât și a noilor probleme de morbiditate și de acces la serviciile de sănătate și la medicamente.

Bibliografie

- Armean, Petru, *Evoluția sistemului de sănătate în România după anul 1990*, IMSS, Management în sănătate nr. 4, 2001.
- Davis, Christopher, *Réformes et performances du système médical*, Problèmes économiques, no. 2731, 2001.
- Panduru, Filofteia; Porojan, Dumitru (coordonatori) ș.a., *Starea de sănătate a populației din România*, INS, București, 2001.
- Poenaru, Maria, *Integrarea europeană și sistemele de sănătate*, în vol. Orientări actuale privind reformele în domeniul social în vederea compatibilizării cu UE, Grupul ESEN-2, INCE/CIDE, București, 2002.
- Poenaru, Maria, *Resurse și performanțe ale sistemelor de sănătate. Analiză comparativă*, Revista română de economie, nr. 1/2002.
- Vlădescu, Cristian; Rădulescu, Silviu; Olsavszky, Victor, *Sisteme de sănătate în tranziție. România*, Editor: Busse Reinhard, 2000.
- Vlădescu, Cristian (coordonator), *Managementul serviciilor de sănătate*, Editura Expert, București, 2000.
- Vlădescu, Cristian; Predescu, Mioara; Stoicescu, Emanuil, *Sănătate publică și management sanitar*, Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, București 2002.
- *** Acte normative referitoare la sistemul sanitar din România, publicate în Monitorul Oficial al României.
- Banca Națională a României, *Raport anual 2001*.
- OECD, *The reform of Health Care. A comparative Analysis of Seven OECD Countries*, 1992.
- UNICEF/INS, *Tendențe sociale*, București, 2001.
- WHO, *World Health Report 1998*, 2000.