

**Modalități de finanțare
pentru
sistemul public de sănătate
- prezent și perspective**

octombrie

2011

CUPRINS:

Introducere.....	3
1. Principii de funcționare a sistemului de finanțare a serviciilor de sănătate.....	4
2. Finanțarea sistemului de sănătate din România.....	15
3. Asistența medicală, componentă a protecției sociale în diferite state din Europa Occidentală.....	25
4. Experiența internațională în domeniul parteneriatului public-privat în sănătate.....	30
5. Concluzii.....	37
6. Propuneri.....	46
7. Bibliografie.....	55

INTRODUCERE

Finanțarea unui sistem de sănătate se referă la modul în care sunt colectate fondurile necesare desfășurării activității în sectorul sanitar, precum și la modalitatea în care aceste fonduri sunt alocate și apoi utilizate. Modalitatea de finanțare aleasă, combinată cu tipul de organizare a sistemului sanitar, determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, costul acestor îngrijiri, eficiența productivă și nu în ultimul rând calitatea serviciilor oferite.

Pentru finanțarea oricărui sistem de sănătate este necesar să se colecteze bani de la populație pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale. Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale între persoanele bolnave și cele sănătoase și de a modula lor în funcție de resursele de care fiecare individ dispune. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în cadrul Uniunii Europene conform căruia *sănătatea nu poate fi abandonată mecanismelor pieții*.

Performanța unui sistem de sănătate (OMS) se axează în jurul a trei piloni fundamentali:

- ameliorarea sănătății;
- creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației;
- asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară.

Capacitatea unei țări de a mobiliza fonduri, folosind diferite modalități de finanțare, este strâns legată de venitul acesteia pe cap de locuitor. Acesta determină capacitatea fiecărei gospodării de a plăti pentru sănătate și implicit cererea pentru aceste servicii.

Țările sărace se confruntă, din punct de vedere al colectării fondurilor, cu o problemă majoră, reprezentată de dezvoltarea economiei subterane care, conform estimărilor economiștilor, poate ajunge la 50% din produsul intern brut, în timp ce în țările bogate, aceasta ajunge la ~ 10%.

1. PRINCIPII DE FUNCȚIONARE A SISTEMULUI DE FINANȚARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Performanța unui sistem de sănătate (OMS) se axează în jurul a trei piloni fundamentali:

- ameliorarea sănătății;
- creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației;
- asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară.

Soluția ideală de finanțare ar putea fi un sistem de îngrijiri de sănătate cu trei niveluri:

- *pentru bunuri și servicii publice de sănătate cu impact major asupra stării de sănătate*, respectiv finanțarea prin impozitare generală;
- *pentru serviciile de sănătate necesare, derivate din riscul individual de îmbolnăvire*, prin finanțarea publică prin impozitare specială sau asigurarea socială de sănătate;
- *pentru servicii cu necesitate redusă* (cu eficiență nedovedită, de lux, la cererea pacientului etc.) pe baza finanțării private a sănătății sau plata directă.

Sistemele de sănătate pot fi susținute prin intermediul a cinci **modalități principale de finanțare**:

- I. finanțarea de la bugetul de stat;
- II. finanțarea prin asigurările (sociale și/sau private) de sănătate;
- III. finanțarea prin plăți directe;
- IV. finanțarea comunitară.

I. FINANȚAREA DE LA BUGETUL DE STAT

Prin această modalitate de finanțare, fondurile sunt colectate la bugetul de stat, fiind apoi alocate sectorului sanitar. Acoperirea populației este generală, persoanele contribuind în funcție de venit și nu în funcție de riscul individual.

Există mai multe surse de proveniență a fondurilor:

- ◆ **impozite generale;**
- ◆ taxe cu destinație specială pentru sănătate;
- ◆ alte venituri bugetare.

Impozitele generale provin din trei surse principale:

- ◆ taxe de import/export;
- ◆ impozite aplicate agenților economici;
- ◆ impozite pe salarii, precum și pe venitul global.

Fondurile astfel colectate nu constituie, de multe ori, o sursă stabilă de finanțare a sănătății deoarece pentru unele guverne, sănătatea nu reprezintă un domeniu prioritar, ceea ce, combinat cu instabilitatea economică a țărilor în tranziție, conduce la o criză a fondurilor alocate sectorului sanitar.

Donațiile și împrumuturile externe pot proveni de la organizații internaționale, cum sunt OMS, UNICEF, Banca Mondială, care asigură sprijin financiar și logistic destinat sectorului sanitar din țările sărace. Motivul pentru care sunt cuprinse în această secțiune este acela că rambursarea creditelor se realizează de la bugetul de stat.

Indiferent de tipul de sistem de sănătate, bugetul de stat reprezintă o sursă de finanțare. Atunci când aceasta este însă principala metodă de finanțare, vorbim despre *sisteme naționale de sănătate*.

Ele funcționează în țări precum: Marea Britanie, Canada, Spania, Irlanda, Grecia, Țările Scandinave, Noua Zeelandă, Australia. Mare Britanie, de exemplu, este percepută ca o națiune al cărei sector sanitar se sprijină în totalitate pe bugetul de stat. În realitate însă, numai 76% din fondurile sale pentru sănătate provin de la buget, 11% din fonduri aparțin asigurărilor sociale de sănătate, 10% asigurări private, iar 2% din plăți directe.

Un caz particular este cel al Canadei, al cărei sistem de sănătate, numit **Sistemul Național de Asigurări** și dezvoltat la începutul anilor 60, în realitate este tot sistem național de sănătate. Acesta beneficiază de finanțare de la bugetul federal, precum și de contribuții din partea bugetului fiecărei provincii. Un asemenea sistem întâlnim și în Australia.

II. FINANȚAREA PRIN ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În general, asigurările îndeplinesc două roluri importante: pun laolaltă riscurile individuale ale unui număr mare de persoane, fiecare dintre acestea având o probabilitate mică a unui eveniment nedorit, iar pe de altă parte, oferă posibilitatea fiecărei persoane incluse de a-și transfera riscul financiar asupra societății de asigurări, prin plata unei prime în contul căreia asigurătorul acceptă să plătească anumite beneficii, atunci când se produce un eveniment nedorit și care este prevăzut în polița de asigurare.

Asigurarea de sănătate este o modalitate prin care multe din țările cu venituri medii sau mari își acoperă într-o proporție semnificativă cheltuielile din sectorul sanitar.

Există două mari tipuri de asigurări de sănătate: asigurarea socială, respectiv asigurarea privată.

Asigurarea socială de sănătate

Două caracteristici importante diferențiază asigurarea socială de asigurarea privată. În primul rând, asigurarea socială este obligatorie. Fiecare persoană din grupul eligibil trebuie să se înscrie și să plătească prima corespunzătoare. În al doilea rând, primele și beneficiile prevăzute prin asigurarea socială sunt stabilite prin legislația în vigoare, motiv pentru care acestea pot fi modificate cu mai multă ușurință decât cele incluse în asigurarea privată, care fac obiectul unui contract cu valoare juridică semnat de comun acord între părți.

Faptul că asigurarea socială este obligatorie ar putea genera confuzii legate de diferențele dintre sistemul asigurărilor sociale de sănătate și sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale.

Deosebirile cele mai importante dintre acestea sunt următoarele:

◆ asigurarea socială nu este un drept al tuturor cetățenilor, ci doar al acelor care sunt eligibili și își plătesc contribuția;

- ◆ asigurații percep faptul că ei plătesc o primă în schimbul serviciilor de care ar putea beneficia la un moment dat, devin deci conștienți că „sănătatea costă”;
- ◆ contribuțiile sunt destinate fondului asigurărilor sociale de sănătate, fiind astfel separate de fondurile guvernamentale, obținute, așa cum am arătat, prin impozite și taxe. Aceasta ar trebui să conducă, cel puțin teoretic, la imposibilitatea deturnării acestor fonduri, ele neputând lua o altă destinație decât cea pentru care au fost colectate;
- ◆ valoarea primelor de asigurare, precum și pachetul de servicii prevăzut nu pot fi schimbate printr-o decizie unilaterală a executivului. Aceste prevederi pot fi modificate doar prin intermediul legislației, lucru care presupune punerea de acord a tuturor părților interesate;
- ◆ spre deosebire de sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale, sistemul asigurărilor sociale de sănătate este obligat să își mențină solvabilitatea prin mijloace proprii. Cei care îl administrează sunt răspunzători pentru colectarea și gestionarea fondurilor, existând deci o mai mare transparență față de contribuabili.

Finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate se realizează prin contribuții obligatorii, de obicei în părți egale, din partea angajaților (sub forma unui procent din salariu) și a angajatorilor. În unele țări, în scopul includerii și a celor care lucrează în afără sectorului oficial, contribuția poate fi calculată ca procent din venitul global al persoanelor respective (ex. agricultori).

În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, guvernul contribuie cu fonduri de la bugetul de stat, în scopul finanțării unor obiective precise, care nu sunt suportate de asigurați: programe de sănătate de interes național, construcții și reabilitări în sectorul sanitar, dotarea cu aparatură de înaltă performanță, etc. Tot în sarcina guvernului ar trebui să cadă și grupurile defavorizate care nu sunt incluse în asigurările sociale de sănătate.

Tipuri de asigurări sociale de sănătate

Din punct de vedere al administrării fondurilor, există două mari tipuri de asigurări sociale de sănătate:

- ◆ asigurări sociale de sănătate administrate de către guvern, prin agenții guvernamentale;
- ◆ asigurări sociale de sănătate administrate de către casele de asigurări, publice sau private.

Asigurările sociale de sănătate administrate prin agenții guvernamentale sunt cele în cazul cărora guvernul stabilește nivelul contribuției, precum și pachetul de servicii oferite. Unitățile sanitare incluse în planul de asigurări pot fi exclusiv în proprietatea guvernului, sau pot fi mixte, guvernamentale sau private, în acest ultim caz asiguratul având libertatea de alegere. Este evident că primul model, cel al monopolului statului asupra furnizorilor de servicii, are multe dezavantaje, printre care birocrăția și absența libertății de alegere din partea beneficiarului, ambele ducând la scăderea calității actului medical.

Dezavantajul major al acestui tip de sistem ar fi legat de presiunile politice la care este supus. Acestea afectează alocarea resurselor, precum și modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale. Pe de altă parte, politicienii pot promite, în schimbul sprijinului electoral, pachete de servicii nerealiste, care pe fondul îmbătrânirii populației și a creșterii continue a costurilor în sectorul sanitar, vor constitui o povară greu de suportat pentru generațiile viitoare. Exemple de asemenea sisteme de asigurări sociale de sănătate întâlnim în țările Americii Latine.

Asigurări sociale de sănătate administrate prin intermediul caselor de asigurări de sănătate, publice sau private (modelul Bismarck)

În cadrul acestui tip de sistem, rolul guvernului este acela de a declara asigurarea obligatorie pentru toate persoanele eligibile. Cetățenii au libertatea de a alege între mai multe fonduri de asigurări, publice sau private. În multe țări, aceste fonduri se numesc „fonduri de boală”, ele putând fi organizate și de către marile consorții industriale sau de către sindicate.

Organizarea acordării îngrijirilor de sănătate poate varia în funcție de diferitele scheme de asigurare socială. De exemplu, în Japonia, majoritatea specialiștilor din asistența terțiară sunt salariați ai spitalelor, în timp ce în

Germania și Franța, plățile sunt efectuate separat pentru medici, respectiv spitale, de către fondurile de asigurări. Aceasta conduce la o integrare redusă a serviciilor spitalicești, precum și la o coordonare mai slabă între medici și conducerea spitalelor, având ca rezultat o scădere a eficienței.

Avantajele acestui tip de sistem, comparativ cu cel al asigurărilor sociale de sănătate administrat de către guvern, ar fi următoarele:

- ◆ neamestecul politicului;
- ◆ reducerea birocrăției;
- ◆ competiție între fondurile de asigurări, ducând la creșterea calității actului medical.

Totuși, problemele cu care se confruntă acest tip de sistem sunt legate de apariția selecției adverse, fondurile de asigurări încercând să atragă persoanele sănătoase în detrimentul celor bolnave, pe tineri în detrimentul vârstnicilor. Exemple de sisteme de asigurări sociale de sănătate de tip bismarckian întâlnim în Germania, Franța, Japonia, Benelux, Austria și, de curând, în România.

Asigurarea de sănătate privată, voluntară

Asigurarea privată de sănătate este oferită de companii de asigurare non-profit sau for profit, pe baze individuale sau de grup. În ceea ce privește asigurarea privată individuală, prima este calculată în funcție de riscul propriu de boală. Valoarea contribuției depinde, de asemenea, de pachetul de servicii care vor fi furnizate, la care se adaugă cheltuielile administrative, precum și marginea de profit. Ultimele două reprezintă aproximativ 40-50% din valoarea primei de asigurare. Costurile administrative mari se explică, în principal, prin costurile de marketing foarte ridicate, necesare pentru a vinde asigurarea cât mai multor indivizi.

Asigurarea privată poate fi oferită și unor grupuri de persoane, de obicei salariați ai aceluiași angajator sau membri ai unor sindicate. În scopul minimizării selecției adverse, companiile de asigurări adesea solicită ca un procent minim de indivizi (~75%) să intre în asigurare.

În ultimii ani, în lumea întregă se remarcă o creștere a interesului pentru asigurările private, văzute indiscutabil ca un mijloc de creștere a veniturilor

pentru sănătate. Totuși, implementarea unui asemenea sistem pe o piață a îngrijirilor de sănătate, ridică o serie de probleme, cum ar fi dacă asigurarea ar trebui gândită pentru indivizi sau pentru grupuri de indivizi, dacă societățile de asigurare să fie for-profit sau non-profit.

Cele mai importante aspecte sunt însă legate de rolul guvernului. Sarcina cea mai importantă a acestuia este de a stabili cadrul legislativ fără de care nici o societate de asigurări nu poate funcționa.

De asemenea, executivul se poate implica într-o serie de probleme, cum ar fi: constituirea unor fonduri de rezervă ale companiilor de asigurări, asemănătoare celor din sistemul bancar, în scopul prevenirii oricărei fraude. Se pune întrebarea dacă autoritățile ar trebui să exercite vreun control asupra relațiilor dintre asiguratorii privați și furnizorii de servicii de sănătate, asupra regulilor de stabilire a primelor, sau dacă ar trebui să se implice în combaterea fenomenului selecției riscurilor.

Ceea ce este cu siguranță foarte clar este faptul că opțiunea asigurărilor private nu degreveză guvernul de responsabilitatea implicării în finanțarea sistemului de sănătate. Dimpotrivă, asigurările private ridică o serie de probleme suplimentare, legislative și de management.

Asigurările private reprezintă într-adevăr o sursă suplimentară de venituri pentru sănătate. Totuși, ele ridică probleme legate de costurile administrative ridicate, precum și probleme de echitate. Implementarea asigurărilor private necesită reglementări precise, însoțite de o supraveghere atentă și constantă, cerințe pe care multe țări nu sunt în măsură să le respecte.

Singurul stat din lume care are un sistem de sănătate bazat majoritar pe asigurările private sunt SUA, consecința puternicelor interese politice de grup și al lobby-ului susținut al comunității medicale, ca și al societăților de asigurări. Chiar și aici, guvernul asigură asistență medicală grupurilor defavorizate, prin intermediul a două programe: Medicaid, destinat celor foarte săraci, și Medicare, destinat vârstnicilor și persoanelor cu handicap. Ultimul program acoperă cam 38 de milioane de persoane, iar 15% din americani nu au nici o formă de asigurare medicală.

III. FINANȚAREA PRIN PLĂȚI DIRECTE

Există mai multe tipuri de plată directă:

- ◆ plata în totalitate a serviciilor;
- ◆ co-plata (o sumă fixă pentru fiecare vizită medicală);
- ◆ co-asigurarea (un anumit procent din costul vizitei).

Plata directă, în totalitate, a serviciilor medicale se realizează de regulă în sectorul privat, în timp ce co-plata și co-asigurarea sunt întâlnite cu precădere în sectorul public al furnizării serviciilor medicale.

Efecte pozitive ale acestor modalități de plată ar putea fi:

- ◆ reducerea serviciilor non-necesare, prin responsabilizarea atât a pacienților, cât și a medicilor;
- ◆ creșterea calității serviciilor;
- ◆ creșterea eficienței alocative.

Problemele care apar însă sunt legate de faptul că, populația săracă sau vârstnică, principala beneficiară a serviciilor medicale, și-ar putea reduce consumul de îngrijiri necesare datorită imposibilității de a plăti.

În ciuda aparențelor optimiste, studiile efectuate au arătat că introducerea modalităților directe de plată nu a condus la o creștere semnificativă a fondurilor pentru sănătate, creștere estimată la mai puțin de 10%. Mai mult decât atât, nu s-a constatat nici o îmbunătățire vizibilă a calității serviciilor furnizate.

În concluzie, deși în ultimul timp se remarcă o tendință de introducere a plății directe, există multe posibile efecte negative ale acestei metode de finanțare. Este prin urmare important să se înțeleagă care sunt limitele metodei, precum și impactul sau, mai ales în contextul specific al fiecărei țări.

IV. FINANȚAREA COMUNITARĂ

Este o metodă care se poate aplica în general comunităților rurale. Ea presupune ca membrii unei comunități să plătească în avans o contribuție în

scopul obținerii unui pachet de servicii medicale, atunci când acestea vor fi necesare. Contribuția acoperă de regulă o parte a costurilor, restul fiind subvenționat de către guvern. Contribuții se pot obține și din industria locală, acolo unde aceasta există. Finanțarea comunitară își propune, de cele mai multe ori, să acopere costurile îngrijirilor primare, costurile cu medicamentele, precum și o parte din cheltuielile de spitalizare.

Finanțarea comunitară are la bază două principii: cooperarea între membrii comunității și încrederea dintre aceștia. Recunoscând îngrijirile pentru sănătate ca pe o necesitate de bază, ca și faptul că prin eforturi conjugate poate fi obținută bunăstarea economică și socială a membrilor comunității, aceștia sunt mobilizați în scopul finanțării, organizării și conducerii îngrijirilor de sănătate. Finanțarea comunitară poate fi susținută și încurajată de guvern prin inițiative legislative, asistență tehnică și financiară. Totuși, ideal este ca organizarea finanțării comunitare să fie independentă de autoritățile locale sau centrale.

Statele membre ale UE-27 ar putea fi împărțite în trei categorii distincte, în funcție de modalitatea predominantă de finanțare a sistemului de sănătate, după cum urmează:

1. Țări care își finanțează sectorul de sănătate majoritar prin **contribuții la asigurările sociale**: Austria, Belgia, Cehia, Estonia, Franța, Germania, Ungaria, Lituania, Luxemburg, Olanda, Polonia, România, Slovacia și Slovenia.
2. Țări care își finanțează sănătatea prin **impozite**: Danemarca, Finlanda, Irlanda, Italia, Malta, Portugalia, Spania, Suedia și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.
3. Țări care încă își finanțează sectorul sanitar predominant din **plăți directe**: Bulgaria, Cipru, Grecia și Letonia.

Există țări cu un volum ridicat al cheltuielilor cu sănătatea, cum ar fi Suedia și Irlanda, precum și țări ale căror cheltuieli reale cu sănătatea se situează în intervalul 2000-3000 euro/cap de locuitor anual: Finlanda, Elveția, Olanda și Franța. Nu se poate stabili însă o corelație între nivelul acestor cheltuieli și tipul sistemului de sănătate existent în țările.

respective.

România se află pe penultima poziție a acestui clasament, alocând anual sub 200 euro/cap de locuitor acestui sector, depășind doar Bulgaria, cu sub 100 euro/cap de locuitor. Astfel, cheltuielile pentru sănătate scot și mai mult în evidență nivelul de dezvoltare al unei țări.

Cercetările întreprinse în toate țările membre ale Uniunii Europene relevă deci o certă insatisfacție vis-a-vis de modalitățile de finanțare și furnizare a serviciilor medicale.

Principalele probleme comune – care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale – le reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul serviciilor medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control a calității serviciilor medicale. Aceste preocupări comune conduc la strategii convergente sau specifice de caz.

Putem conchide că, asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele în vârstă, mai bine adaptate la nevoile lor, privilegiată fiind cercetarea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești.

Deoarece îmbătrânirea populației se traduce printr-o progresie de afecțiuni cronice, acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor ușor evitabile cu sau fără îngrijiri medicale. Îngrijirile preventive constituie o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare, respectiv creșterea accentului pus pe medicina alternativă. Adevărata economie de resurse se realizează prin prevenire și informare.

Am văzut că toate statele membre pun în practică politicile de stăpânire a cheltuielilor pentru îmbătrânirea populației, analizând implicațiile financiare de dezvoltarea tehnologică comparativ cu așteptările crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut asupra sistemelor de sănătate. Raționalizarea și optimizarea serviciilor de sănătate se echivalează prin mai multe îngrijiri și rezultate sanitare pe un euro cheltuit, printr-un mai bun raport cost-eficacitate.

Prioritățile în reformarea sistemelor de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit ar trebui axate pe :

- descentralizarea sistemului de sănătate;
- modificarea metodelor de planificare și gestionare;
- menținerea unei largi accesibilități;
- dezvoltarea serviciilor de sănătate comunitare;
- dezvoltarea serviciilor preventive bazate pe factori de risc prevalenți;
- îmbunătățirea sistemului de formare a personalului de sănătate.

2. FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

În România, până în 1997 a funcționat un sistem național de sănătate, bazat pe colectarea fondurilor prin impozite. Ulterior a fost adoptată Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate (L.A.S.S.), moment care a marcat trecerea la un nou sistem, cel al asigurărilor sociale de sănătate. Acesta a început efectiv să funcționeze abia din 1999.

În România există două surse principale de venituri pentru sănătate și anume **fondurile asigurărilor sociale de sănătate**, completate cu bani de la **bugetul de stat**.

Nivelul redus al **cheltuielilor publice** alocate pentru sănătate în *România* a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii a persoanelor cu venituri reduse – din care fac parte majoritatea persoanelor vârstnice. Procentul din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate în *România*, în perioada 2000-2009, a fost :

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,5	3,9	3,7

Se poate constata o variație a procentului din P.I.B. destinat sănătății în jurul valorii de 3% - 4%, printre cele mai mici din Europa. Nu sunt disponibile date privind cheltuielile de sănătate pe categorii de vârstă, dar este cert că acestea cresc la categoriile de vârstă înaintată întrucât îngrijirea medicală a vârstnicilor implică tehnologii mai scumpe, spitalizare îndelungată, îngrijiri și supraveghere mai costisitoare.

2.1. SURSE DE FINANȚARE

Finanțarea prin asigurările sociale de sănătate (A.S.S.)

Constituirea fondurilor A.S.S. constă în principiu din contribuția în procente din partea angajaților și a angajatorilor. Fondurile sunt destinate plății furnizorilor de servicii medicale, deși în ultima vreme s-a constatat și o tendință

de împovărare a asigurărilor de sănătate cu obiective care ar trebui să fie finanțate de la bugetul de stat (programe naționale de sănătate, plata unor drepturi salariale).

Finanțarea de la bugetul de stat

Suplimentar față de sistemul asigurărilor sociale de sănătate, funcționează în continuare și un sistem al impozitării directe (pe venit, pe profit) și indirecte (T.V.A., accize).

Destinația sumelor provenite de la buget, conform L.A.S.S. :

- ◆ construcția sau repararea unităților sanitare;
- ◆ achiziționarea de aparatură medicală performantă;
- ◆ activitatea de diagnostic, curativă, reabilitare de importanță națională, recuperarea capacității de muncă.

Pe lângă aceste două modalități principale de colectare a veniturilor pentru sănătate (asigurări sociale de sănătate, bugetul de stat), mai pot exista și alte surse de bani :

- ◆ plăți directe ale pacienților către furnizorii de servicii medicale (clinici private, costuri ale unor servicii ce nu sunt decontate de către casele de asigurări și care sunt prevăzute în Contractul Cadru) ;
- ◆ coplăți ;
- ◆ contribuții voluntare, în viitor, odată cu apariția caselor de asigurări private.

Problemele sistemului românesc sunt legate în principal de dificultățile intervenite în colectarea fondurilor. Pe fondul absenței unor prevederi legale clare, casele județene de asigurări întâmpină mari greutăți în strângerea banilor (marile întreprinderi de stat, în mod tradițional datoare, atât la bugetul de stat, cât și la fondul asigurărilor sociale de sănătate) .

2.2. ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA: CARACTERISTICI

Sistemul de asigurare a sănătății în România a fost până în 1989 și câțiva ani după aceea, un sistem caracterizat prin centralism și limitarea libertății de opțiune. Legat de acest aspect, scopurile declarate ale reformei au vizat:

- creșterea eficienței în folosirea resurselor;
- îmbunătățirea relației medic-pacient;
- îmbunătățirea stării de sănătate a populației;
- creșterea nivelului de satisfacție a pacienților și a furnizorilor de servicii medicale.

Sintetizate, *principiile* care ghidează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România implică:

- alegerea liberă a Casei de Asigurări de Sănătate: asiguratul nu este legat de comuna, orașul sau județul în care locuiește, banii și informațiile îl vor urma indiferent de alegerea pe care o face;
- solidaritatea și subsidiaritatea în colectarea și utilizarea fondurilor;
- participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- concurența rezultată din libertatea alegerii, medicii care dau dovadă de profesionalism fiind avantajați, solicitați de asigurat;
- acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
- confidențialitatea actului medical.

Funcțiile sistemului asigurărilor sociale de sănătate reunesc: colectarea fondurilor, administrarea și utilizarea acestora.

Plățile directe îmbracă trei mari forme: plata serviciilor care nu sunt acoperite prin pachetul de beneficii de bază acordat; coplățile pentru anumite servicii acoperite doar parțial prin pachetul de stat și, desigur, plățile informale.

Sistemul de sănătate românesc răspunde în continuare ineficient problemelor majore de sănătate ale românilor, inclusiv ale vârstnicilor, modelul actual punând accentul pe asistență curativă și preponderent pe cea spitalicească, în defavoarea celei ambulatorii și de asistență primară. Câteva considerații critice privind reforma sistemului de asigurare a sănătății în România vizează:

- subfinanțarea sistemului sanitar;
- utilizare arbitrară a resurselor;

- lipsa de integrare a serviciilor de sănătate;
- managementul deficitar al informațiilor din sănătate;
- lipsa unui sistem viabil de asigurare a calității serviciilor de sănătate.

Găsirea de soluții urgente, trebuie să ia în calcul următoarele recomandări cu privire la finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România :

- creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate din România;
- dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor în sănătate bazat pe criterii transparente și pe evidențe medicale;
- introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical.

Asigurările voluntare de sănătate reprezintă o potențială alternativă la sistemul de asigurări sociale de sănătate. Prin contractul de asigurare voluntară de sănătate, cei asigurați în sistemul privat vor avea garanția unor servicii medicale de calitate. În plus, vor avea parte de "acces real" la toate categoriile de servicii pentru care se asigură. **În prezent piața românească a asigurărilor voluntare de sănătate înregistrează un nivel modest datorită lipsei de educație financiară și sanitară, salariilor mici, lipsei stimulentele fiscale și recenta criză financiară.**

Reforma sistemului de sănătate din România, este dependentă de reforma sistemului economic, de transformarea lui prin descentralizarea proprietății, consolidarea și dezvoltarea proprietății private, ca resursă și centru motric. Strategia de reformă a sănătății în România, demarată în 1998 și care continuă încă, a vizat domenii precum:

- organizarea structurală și conducerea sistemului;
- finanțarea sistemului;
- asigurarea serviciilor necesare sănătății populației;
- utilizarea rațională a resurselor fizice și umane.

Cu privire la finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România, recomandările propuse de reformare a sistemului sunt axate pe creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate, dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor bazat pe criterii transparente și evidențe medicale

și respectiv introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical.

Totodată, studiile întreprinse au conturat ca și o soluție alternativă viabilă dezvoltarea pieței asigurărilor voluntare de sănătate.

Când finanțarea publică a sectorului sanitar prin asigurări sociale de sănătate întâmpină dificultăți în anumite perioade actuala criză economică acutizându-le (ex. perioade cu rate crescute ale șomajului, când numărul contribuabililor este redus, etc.) este necesară intervenție de la bugetul statului. Pe de altă parte cu toate alternativele de finanțare existente, necesitatea existenței unui sistem public de servicii medicale în România nu poate fi, cel puțin deocamdată, pusă la îndoială. Iar contribuția fiecărei persoane active – direct și prin intermediul angajatorului - la formarea fondului de asigurări sociale de sănătate este obligatorie. În prezent, numărul celor care și-au făcut asigurări private de sănătate este destul de redus. Pe lângă aceștia, mai există o categorie, ceva mai extinsă, a celor care au abonamente de sănătate.

Ca regulă generală, la baza elaborării execuției bugetare stau principiile universalității, publicității, unității, anualității, specializării bugetare și unității monetare.

Privitor la elaborarea și execuția bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate prezentăm mai jos specificitatea acestora:

- **principiul universalității** implică cuprinderea în bugetul **Fondului** a veniturilor și cheltuielilor acestui sector de activitate cu sumele lor totale (integrale). Acest principiu presupune că toate veniturile și toate cheltuielile de asigurări sociale de sănătate să se realizeze numai în cadrul bugetului **Fondului**.

Elaborarea bugetului **Fondului** cu aplicarea acestui principiu are avantajul că permite cunoașterea, cât mai exactă și reală, a volumului total al veniturilor și al cheltuielilor în sume brute, precum și a corelației ce există între anumite venituri și cheltuieli care sunt în conexiune strânsă.

- **principiul publicității bugetare** instituie cerința ca bugetul și contul anual de execuție a **Fondului** să fie aduse la cunoștință opiniei publice prin

mijloace de publicitate. În timpul dezbaterilor parlamentare, cifrele proiectelor de buget sunt examinate și comentate de presă, radio și televiziune.

Dupa ce a fost adoptat, bugetul **Fondului** este publicat, ca anexă la Legea bugetului de stat, în Monitorul Oficial al României sau în culegeri legislative.

- **principiul unității** bugetare implică înscrierea într-un singur act (document) a tuturor veniturilor și cheltuielilor de asigurări sociale de sănătate. Un buget unitar, care cuprinde toate veniturile și cheltuielile **Fondului** asigură o prezentare de ansamblu și deci, o cunoaștere clară a surselor de venituri, a destinației cheltuielilor și a naturii echilibrate sau deficitare a bugetului. Totodată, permite exercitarea unui control al Parlamentului asupra politicii guvernului privind perceperea contribuțiilor și modul de cheltuire a fondului de asigurări sociale de sănătate, precum și asupra unității și oportunității măsurilor din acest domeniu, pe care le inițiază.

În practica legislativă actuală, acest principiu este aplicat de Legea privind finanțele publice, care consacră regula elaborării și adoptării unei legi bugetare anuale, care prevede totalitatea veniturilor și cheltuielilor de asigurări sociale de sănătate, precum și structura acestora.

- **principiul anualității** - înseamnă ca durată de timp, pentru care Parlamentul autorizează Guvernul să încaseze veniturile și să efectueze cheltuielile bugetare este limitată, de obicei, la un an. Conform principiului anualității, bugetul **Fondului** (și celelalte bugete care fac parte din bugetul public) trebuie aprobat în fiecare an de către Parlament. Anualitatea oferă posibilitatea Parlamentului să examineze proiectul de buget și, odată cu aceasta, să exercite și un control asupra politicii executivului.

Exercițiul bugetar este, deci, anual și coincide cu anul calendaristic, așa cum prevede legea privind finanțele publice.

În consecință, toate drepturile dobândite, operațiunile efectuate în cursul unui an, inclusiv obligațiile și drepturile ce-i revin direct sau indirect unui buget în perioada anului respectiv aparțin exercițiului corespunzător de execuție a bugetului **Fondului**.

Legea privind finanțele publice prevede ca pentru toți agenții economici anul financiar are aceeași durată ca și exercițiul bugetar, adică de un an calendaristic.

- **principiul specializării bugetare**, conform căruia veniturile și cheltuielile bugetare se înscriu și se aprobă în buget, pe surse de proveniență și, respectiv, pe categorii de cheltuieli, grupate după natura lor economică și destinația acestora, potrivit clasificăției bugetare.

- **principiul unității monetare**, presupune obligația ca toate operațiunile bugetare să fie exprimate în moneda națională.

Etapele de elaborare a proiectului de buget al fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

În mod practic, elaborarea proiectului bugetului **Fondului** se realizează, potrivit prevederilor legii privind finanțele publice, de către Ministerul Finanțelor Publice, dar pe baza propunerilor ordonatorului principal de credite (calitatea de ordonator principal de credite cu delegație pentru administrarea și gestionarea fondului o are, conform legii, președintele CNAS). Atribuția de avizare a proiectului bugetului **Fondului** și de supunere a acestuia spre aprobare ordonatorului principal de credite cu delegație revine Consiliului de Administrație al CNAS.

Bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat și bugetele fondurilor speciale se aprobă de Parlament pe ansamblu, pe părți, capitole, subcapitole, titluri, articole, precum și alineate, după caz, și pe ordonatorii principali de credite pentru anul bugetar.

Executarea bugetului fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

Exercițiul bugetar este anual și coincide cu anul calendaristic.

Execuția bugetară înseamnă încasarea integrală și la termenele legale a tuturor contribuțiilor și a altor venituri de asigurări sociale de sănătate și efectuarea cheltuielilor în concordanță deplină cu destinația stabilită.

Legea privind finanțele publice stabilește în mod concret atribuții importante pentru Ministerul Finanțelor Publice, cum sunt cele cu privire la

repartizarea pe trimestre a veniturilor și cheltuielilor din bugetul **Fondului**, deschiderea de credite bugetare, introducerea unor modificări în bugetul **Fondului**, pe baza dispozițiilor legale, anularea unor credite constatate ca fără justificare, elaborarea lucrărilor privind contul anual de execuție a bugetului **Fondului**, controlul preventiv și de gestiune asupra veniturilor și cheltuielilor de asigurări sociale de sănătate, conducerea trezoreriei naționale.

Pentru organizarea execuției bugetului **Fondului** un rol important îl are repartizarea pe trimestre a veniturilor și cheltuielilor bugetare stabilite prin legea bugetara anuală.

Repartizarea pe trimestre a veniturilor și cheltuielilor de asigurări sociale de sănătate are loc în funcție de:

- termenele legale de încasare a veniturilor;
- termenele și posibilitățile de asigurare a surselor de finanțare a deficitului bugetar;
- perioada în care este necesară efectuarea cheltuielilor.

Prin repartizarea pe trimestre, cu respectarea prevederilor menționate mai sus se asigură realizarea echilibrată a bugetului, deoarece prin ea se pot surprinde eventuale disproporții dintre veniturile și cheltuielile anumitor trimestre și se procedează la repartizarea cheltuielilor în funcție de proporția realizării veniturilor în fiecare trimestru.

Execuția veniturilor presupune în primul rând respectarea prevederilor din legea privind finanțele publice care stipulează că veniturile cuprinse în buget sunt stabilite prin lege; încasarea de impozite, taxe sau alte obligații de natura acestora este interzisă, dacă acestea nu au fost stabilite prin lege.

Nerespectarea termenelor de plată a sumelor datorate bugetului **Fondului** atrage, obligația calculării și încasării majorărilor de întârziere, al căror quantum este stabilit prin lege.

Totodată, în vederea efectuării controlului asupra sumelor cuvenite bugetului **Fondului**, legea privind finanțele publice prevede obligația contabilizării

operațiunilor patrimoniale, potrivit normelor legale privind sistemul contabil unificat al economiei naționale.

Suma aprobată prin buget, reprezentând limita maximă până la care se pot ordona și efectua plăți în cursul anului bugetar pentru angajamentele contractate în cursul exercițiului bugetar poartă denumirea de credit bugetar. Prin legea bugetară anuală se aprobă creditele bugetare pentru cheltuielile fiecărui exercițiu bugetar, precum și structura funcțională și economică a acestora, având o destinație precisă și fiind repartizată pe titulari. Aceste credite bugetare se repartizează pe trimestre și nu pot fi depășite.

Operațiunile specifice angajării, lichidării și ordonanțării cheltuielilor sunt în competența ordonatorilor de credite și se efectuează pe baza avizelor compartimentelor de specialitate ale instituției publice. Angajarea și ordonanțarea cheltuielilor se efectuează numai cu viza prealabilă de control financiar preventiv propriu, potrivit dispozițiilor legale.

Efectuarea plăților din bugetul **Fondului** în limita creditelor bugetare aprobate, se face numai pe bază de acte justificative, întocmite în conformitate cu dispozițiile legale, care să confirme primirea bunurilor materiale, prestarea serviciilor și a altor drepturi bănești, plata obligațiilor față de bugete, precum și a altor obligații, potrivit legii.

Față de cele prezentate, rezultă că execuția de casă a bugetului **Fondului** presupune un proces bugetar complex, care constă în încasarea, păstrarea și eliberarea resurselor bugetului în vederea efectuării cheltuielilor.

Sub aspectul tehnic-organizatoric execuția de casă a bugetului **Fondului** se realizează prin serviciul de trezorerie care cuprinde toate operațiunile bănești, financiare și bugetare efectuate de organele financiare de asigurări sociale de sănătate și alte organe financiare pentru procurarea, păstrarea, administrarea și utilizarea mijloacelor bănești necesare realizării obiectivelor și funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Încheierea execuției bugetare are loc la data de 31 decembrie a fiecărui an, întrucât, așa cum am văzut, exercițiul bugetar este anual și coincide cu anul calendaristic.

Efectele încheierii exercițiului bugetar sunt foarte importante, atât cu privire la venituri, cât și la cheltuieli. Ele sunt următoarele:

- orice venit neîncasat până la 31 decembrie se va încasa în contul bugetului pe anul următor, în rezultatele cărora urmează a se reflecta.
- orice cheltuială angajată, lichidată și ordonanțată, în cadrul prevederilor bugetare și neefectuată până la 31 decembrie se va putea efectua numai în contul bugetului pe anul următor dacă, desigur, acel buget va conține prevederi în acest sens.

Legea privind finanțele publice instituie obligația Guvernului de a prezenta **contul general anual de execuție a bugetului de stat** și odată cu acesta a bugetului **Fondului**.

În acest sens, ordonatorul principal de credite al bugetului **Fondului**, are obligația de a întocmi și prezenta la Ministerul Finanțelor Publice un exemplar din situația financiară trimestrială și anuală (dare de seamă contabilă) la termenele stabilite de acesta.

Ministerul Finanțelor Publice, pe baza acestor situații financiare și a conturilor privind execuția de casă a bugetului **Fondului** prezentate de CNAS, elaborează lucrările privind contul general anual de execuție a bugetului de stat, pe care îl prezintă Guvernului, odată cu celelalte bugete componente ale bugetului public.

Guvernul este obligat să analizeze lucrările elaborate de Ministerul Finanțelor Publice și să definitiveze contul general anual de execuție a bugetului de stat și odată cu acesta a bugetului **Fondului**. Guvernul trebuie să prezinte acest cont spre aprobare Parlamentului până la data de 1 iulie a anului următor celui de execuție. Contul general anual de execuție a bugetului de stat și a bugetului **Fondului** se aprobă prin lege, după verificarea de către Curtea de Conturi. Competența de a aproba contul general anual de execuție a bugetului aparține Parlamentului.

3. ASISTENȚA MEDICALĂ, COMPONENTĂ A PROTECȚIEI SOCIALE ÎN DIFERITE STATE DIN EUROPA OCCIDENTALĂ

Prezentăm în continuare câteva exemple referitoare la modul de organizare al sistemului de sănătate în țările europene:

1. Modelul scandinav: Suedia

Începând cu 1955 ocrotirea sănătății se realizează prin două componente: sistemul național de sănătate și sistemul public de asigurări de boală. În baza rezidenței, cetățenii au acces egal și practic gratuit la îngrijirea sănătății, indiferent de situația lor economică.

Suedia alocă sistemului de sănătate aproximativ 8% din produsul intern brut. Finanțarea este realizată preponderent prin fiscalitate (în proporție de 71% impozite locale), iar o proporție minoră (3%) reprezintă plata serviciilor (mai ales spitalicești) de către pacienți. Sistemul de sănătate este administrat în mod descentralizat: fiecare nivel sanitar acordă asistență populației dintr-un teritoriu dat. Competențele puterii centrale se limitează la planificarea și definirea principiilor fundamentale ale serviciilor de sănătate .

Asistența medicală (prestații în natură):

- legislația fundamentală*: Legea din 1962 privind protecția socială generală, modificată;
- principiul finanțării*: impozite percepute de autoritățile regionale și municipale; plăți ale pacienților;
- cuprinderea*: toate persoanele cu domiciliul în Suedia;
- perioada de acordare*: de la debutul bolii, pe o durată nelimitată;
- participarea pacientului la plata medicului*: a) pentru vizita medicului generalist; b) pentru plata specialistului;
- participarea pacientului la plata costurilor de spitalizare*;

- *participarea pacientului la plata asistenței stomatologice*: gratuitate în sistemul public până la vârsta de 20 de ani; plata unei părți variabile (75% - 30%) din cheltuieli în sistem privat;
- *participarea pacientului la plata medicamentelor*: pentru primul medicament prescris și pentru fiecare din următoarele;
- *alegerea medicului*: libera alegere a medicului din sistemul public și a celor din sistemul de asigurări;
- *spitalizarea*: în spitale publice, stabilite de autoritățile regionale; în clinici private cu care autoritățile regionale au încheiat acorduri;
- *remunerarea medicilor*: medicii angajați în instituțiile publice au un venit fix; medicii privați afiliați la asigurările de boală primesc onorarii care au fost negociate între guvern și Consiliul Ordinului Medicilor.

Indemnizații de boală (prestații în bani):

- *legislația fundamentală*: Legea din 1962 privind protecția socială generală, modificată; Legea din 1992 privind plata indemnizațiilor de boală;
- *principiul finanțării*: contribuții la sistemul asigurărilor de boală și asumarea unor cheltuieli (primele 14 zile de concediu medical) de către angajator;
- *contribuția*: angajator - 6,23% ; contribuție generală - 2,95%. Contribuția se plafonează la 7,5 cwantumuri de bază (27,3 ECU);
- *cuprinderea*: salariații și persoanele care lucrează pe cont propriu;
- *condiții de obținere*: a) incapacitate de muncă atestată de un medic; b) vârsta de minimum 16 ani; c) venit anual de peste 614 ECU; d) înregistrarea la un birou de asigurări de boală; e) declararea bolii în prima zi de absență, la biroul de asigurări; f) nu se prevede o vechime minimă în muncă sau de participare la sistemul de asigurări de boală;
- *perioada de acordare*: nu există limita oficială în privința duratei maxime, dar indemnizația de boală poate fi transformată în pensie de invaliditate dacă durata bolii se prelungește;

- *cuantumul prestațiilor:* a) în perioada platită de angajator (ziua a 2a - ziua a 14a) se acordă 75% din salariu pentru primele două zile (a 2-a și a 3-a) și 90% pentru următoarele; b) în perioada platită de asigurări se acordă o sumă egală cu 80% din venitul care dă dreptul la indemnizația de boală, iar după 365 de zile prestația reprezintă de regulă 70% din venitul de referință;
- *alte prestații:* alocația de reinserție, platită dacă persoana bolnavă urmează o formare profesională; cuantumul este egal cu indemnizația de boală;
- *impozitare:* prestațiile sunt impozabile în totalitate și nu există condiții de reducere a impozitului;

2. Modelul anglo-saxon: Marea Britanie

De la înființarea sa (1946-1948), Sistemul Național de Sănătate (*National Health System - NHS*) din Marea Britanie a devenit prototipul sistemelor naționale europene. Modelul se regăsește într-o altă țară anglo-saxonă, Irlanda, dar și în țări scandinave sau în cele din zona Europei de sud. Asistența medicală se acordă pe baza rezidenței britanice, fiind un serviciu cu caracter universal. Finanțarea sistemului se realizează din impozite, sumele fiind utilizate pentru a-i plăti pe cei care prestează actul medical (asociații profesionale ale medicilor sau medici cu libera practică) și pentru infrastructura serviciilor medicale (spitale, echipament, etc.). Îngrijirea medicală este gratuită, dar pacientul plătește o sumă fixă pentru fiecare produs farmaceutic prescris și, cu excepția categoriilor care beneficiază de reduceri, achita contravaloarea unor aparate corective.

Prestațiile în bani acordate în caz de boală sunt de două tipuri: indemnizația reglementară de boală (*Statutory Sick Pay - SSP*) și indemnizația pentru incapacitate temporară (*Lower Rate Short-Term Incapacity Benefit*). Prima este suportată în principal de angajator, iar cea de-a doua este platită de la fondul de asigurări. Sistemul indemnizațiilor de boala a cunoscut în 1995 o serie de schimbări menite să simplifice gestionarea sa, să reducă cheltuielile patronatului și să amelioreze situația celor cu venituri mici .

3. Modelul continental: Germania

Asigurările de boală reprezintă, în ordinea importanței, cel de-al doilea element al cheltuielilor sociale. Cheltuielile pentru sănătate au crescut până la 8% din PIB. În compoziția acestei categorii de cheltuieli, ponderile cele mai importante le dețin asigurările de sănătate (71%). Prestațiile în bani (continuarea plății salariului și alocațiile de boală) reprezintă aproximativ o treime din totalul cheltuielilor pentru sănătate. Prin extinderea dreptului la continuitatea salariului și la categoria muncitorilor (inițial acest drept era rezervat doar salariaților), cheltuielile pentru sănătate ale firmelor au crescut, iar partea aferentă alocației de boală prin sistemul asigurărilor s-a diminuat în mod corespunzător. Partea cea mai dinamică a cheltuielilor pentru sănătate este cea compusă din prestațiile în natură și din serviciile medicale. Creșterea cheltuielilor pentru această categorie a atins un vârf în anii '70. La această evoluție au contribuit reglementările privind ameliorarea prestațiilor, complexitatea tehnologică, costul sporit al actului medical precum și creșterea numărului de medici.

Explozia costurilor din sectorul sănătății a determinat adoptarea unor măsuri de limitare a cheltuielilor de acest tip. Astfel, au fost reduse unele prestații, au fost limitate serviciile acoperite de asigurări și a fost impusă o modalitate corporatistă (incluzând asociațiile medicilor și fondurile de asigurări) de negociere a onorariilor, în relație directă cu evoluția salariilor la nivelul economiei naționale.

Asigurările de sănătate sunt organizate, asemeni asigurărilor de pensii, în trei fonduri și sunt finanțate prin contribuția egală a angajatorului și angajaților. Cota de contribuție variază între 11% și 13% din salariul brut, în funcție de Casa de asigurări .

Prin includerea în asigurările de boală și a categoriilor care nu sunt active din punct de vedere economic (membrii familiei persoanei asigurate, pensionari, studenți, persoane handicapate), acest sistem reușește să ofere protecție mării majorității a populației și a condus, de asemenea, la un acces aproape generalizat la serviciile de sănătate. Totuși, acces egal nu înseamnă utilizare egală.

4. Modelul sud-european (mediteranean): Portugalia

Accesul la asistența medicală a cunoscut mutații importante în anii '80. Actualul Serviciu Național de Sănătate, înființat prin legea din 1979, funcționează pe principiile gratuității și universalității. Cu toate acestea, începând cu 1992, a fost introdusă participarea pacientului la costurile îngrijirii medicale, gratuitatea completă fiind menținută numai pentru categoriile defavorizate. Pe de alta parte, existența unui sector privat la care apelează persoanele din regimul pensiilor profesionale (funcționarii publici, avocații) și încurajarea competiției cu sectorul public riscă să favorizeze apariția unui sistem cu 'două viteze' în asistența medicală portugheză. Analistii remarcă, de asemenea, că accesul gratuit și universal nu se realizează pe deplin în practică .

Indemnizațiile de boală sunt prestații contributive, stabilite ca proporție din câștigurile medii ale perioadei de referință, dar nu mai puțin de 30% din salariul minim. Atât durata cât și cuantumul sunt mai mari în cazul tuberculozei, boală care a încetat să mai constituie o problemă în majoritatea celorlalte state membre.

4. EXPERIENȚA INTERNAȚIONALĂ ÎN DOMENIUL PARTENERIATULUI PUBLIC-PRIVAT ÎN SĂNĂTATE

Parteneriatul cu sectorul privat a avansat o cale nouă de reforme, în mare parte din cauza constrângerilor resurselor în sectorul public. Există o tendință tot mai puternică de implicare a sectorului privat în furnizarea și finanțarea serviciilor de sănătate.

Analiza rapoartelor autohtone în domeniul parteneriatului public-privat a permis identificarea și reliefaarea necesităților de implementare a parteneriatului public-privat, care categorizate sunt reprezentate de următoarele: calitatea serviciilor de sănătate restante (situația privind asigurarea populației cu diferite tipuri de servicii de sănătate este nesatisfăcătoare, iar calitatea lor nu corespunde necesităților consumatorului din cauza managementului defectuos, tehnologiilor învechite etc.), politica tarifară, uzura fondurilor fixe (lipsa surselor bugetare suficiente pentru a investi în domeniul reparațiilor capitale a instituțiilor medico-sanitare etc.), corupția.

Parteneriatul public-privat reprezintă un instrument și un mecanism pentru autoritățile din sănătate de a încheia contracte cu sectorul privat pentru furnizarea de servicii de sănătate pentru pacienții din sistemul public.

Există două dimensiuni care fundamentează ameliorarea funcționării sistemelor de sănătate prin implementarea parteneriatului public-privat:

- cea economică presupunând înlocuirea structurii de management direct și ierarhic cu relații contractuale dintre furnizori și consumatori, fapt ce va duce la creșterea transparenței prețurilor, cantității și calității serviciilor de sănătate, precum și concurența, care în consecință vor determina o creștere a eficienței;
- cea politică – în contextul reformelor sistemelor sociale, descentralizarea serviciilor ar trebui să fie realizată cu participarea tuturor actorilor în dezvoltarea și implementarea serviciilor.

Sectorul privat este implicat în furnizarea serviciilor publice timp îndelungat, însă, introducerea PPP la începutul anilor '90 a determinat apariția unui concept de furnizare a serviciilor publice care a redefinit rolurile atât a sectorului public cât și a celui privat.

PPP în sănătate a înregistrat într-un timp scurt succese mari în Spania, Franța și Germania, unde au existat grupuri de operatori privați cărora li s-a încredințat gestiunea serviciilor pe timp îndelungat și care au fost recunoscuți timp de foarte mulți ani ca parte importantă a mediului economic.

În continuare sunt prezentate câteva experiențe de PPP în sănătate pentru diferite tipuri de servicii clinice și non-clinice.

Serviciul ambulatoriu de dializă din România

- Creșterea cererii pentru serviciile de dializă a impus identificarea noilor soluții pentru finanțarea, modernizarea infrastructurii și creșterea calității serviciilor.
- Guvernul a transferat în gestiunea operatorilor privați prin intermediul unui tender public, pentru o perioadă inițială de patru ani, 8 centre ambulatorii de dializă din țară, care acoperă 25% din pacienții cu dializă la nivel național.
- Tranzacția PPP prevedea managementul centrelor, precum și modernizarea și extinderea centrelor de dializă. Instituțiile private și-au asumat întreaga responsabilitate privind reînnoirea echipamentului (în decurs de 90 zile), renovarea și modernizarea unităților (în decurs de 18 luni), exploatarea și întreținerea echipamentului, angajarea și instruirea personalului transferat, furnizarea tuturor serviciilor.
- Ministerul Sănătății, în baza unui studiu privind prețurile la nivel regional, a stabilit o taxă fixă de 110 EUR pentru fiecare tratament de hemodializă și o taxă anuală de 11.000 EUR pentru fiecare pacient cu dializă peritoneală.

Monitorizarea și controlul calității serviciilor și activității centrelor:

- Ministerul Sănătății a instituit raportarea lunară obligatorie și inspectarea regulată a centrelor;

- Obligațiile contractuale prevăd acordarea serviciilor complete, existența standardelor de calitate în îngrijirea pacienților, personal medical cu înaltă calificare, instruire continuă și standarde de certificare a personalului;
- Implementarea normelor și standardelor noi în domeniul dializei, în conformitate cu standardele UE.
- Opțiunea de prelungire a contractului, pentru o perioadă de trei ani, prevedea construcția noilor centre necesare pentru a asigura creșterea capacității serviciului, reducerea listelor de așteptare și îmbunătățirea accesului prin înlăturarea barierelor geografice.
- A fost înregistrată o eficiență economică semnificativă în raport cu spitalele publice, iar economiile Casei Naționale de Asigurări în Sănătate sunt estimate la 4 milioane EUR.
- Procentul de clinici care se conformează standardelor naționale pentru realizarea testelor diagnostice pentru sânge a crescut de la 50–63% la 100%.
- Calitatea serviciilor și gradul de satisfacție a pacienților au crescut ca urmare a costurilor mai mici, noilor standarde implementate, dotării adecvate cu echipament și managementului performant.

Serviciul regional de sterilizare în Vorarlberg, Austria

- Înființarea unei noi companii responsabile de sterilizarea echipamentului medical a trei spitale regionale, în care cota de participare a partenerului public este de 51%, iar a partenerului privat - 49%.
- În scopul atingerii obiectivelor privind calitatea, siguranța și sustenabilitatea financiară s-a optat pentru echiparea unei noi locații, în defavoarea modernizării unităților de sterilizare a celor 3 spitale.
- Reducerea costurilor este estimată la 2 milioane EUR din contul realizării unui serviciu de sterilizare comun.
- Volumul suplimentar al afacerilor externe se așteaptă să reducă costul pentru fiecare casoletă cu 27%, în următorii 8 ani, și să genereze economii de 1 milion EUR pe an.

Portalul național de e-Sănătate, Danemarca

- Realizarea unui parteneriat public-privat în domeniul de e-Sănătate care ar asigura accesarea registrelor electronice de sănătate (EHR), comunicarea electronică dintre consumatorii de servicii de sănătate și lucrătorii medicali, etc.

Rezultatele au constat în extinderea sistemului informațional integrat în sănătate și reducerea costurilor aferente:

- 2.30 EUR economie pentru fiecare comunicare dintre instituția medicală și compania de asigurări;
- 66% reducere la convorbirile telefonice ale spitalului;
- 50 minute pe zi economisite în practica medicală;
- 100% prescripții transmise electronic către farmacii;
- 97% din rezultatele investigațiilor de laborator transferate electronic;
- 84% extrase de externare transmise electronic la oficiile medicilor de familie.

PPP la spitalul BerlinBuch, Germania

- În 2001, Helios-Kliniken, cel de al doilea spital privat din Germania ca mărime, a semnat un contract de PPP de tip BOO (construcție-posesie-operare) pentru spitalul Berlin-Buch.

- În baza contractului de concesiune, Helios-Kliniken a preluat licența spitalului, activele și pasivele unităților existente (24 clinici și 6 institute de cercetare, 167 cladiri și 1.100 paturi).

- Spitalul își păstrează statutul de instituție cu activitate didactică și de cercetare, iar conform contractului, cercetarea și instruirea vor fi finanțate de stat și se vor afla în administrarea Universității Charité.

- Managementul personalului instituției a revenit în sarcina operatorului, cu înghețarea reducerilor de personal pentru o perioadă de patru ani.

- Calitatea serviciilor este asigurată prin intermediul supravegherii guvernamentale, Rapoartelor Medicale Anuale și DRG.

- În baza aceluiași nivel de finanțare, s-a înregistrat creșterea volumului de pacienți

- Eficiența operațională a determinat scăderea costurilor de personal cu peste 10%, păstrând numărul de personal la același nivel.
- Calitatea serviciilor de asistență medicală a pacienților a sporit în lipsa creșterii cheltuielilor de funcționare și rambursării prin sistemul DRG.

Planificarea unei tranzacții PPP implică o evaluare exhaustivă și o supraveghere a riscurilor financiare, mecanismelor de luare a deciziilor și responsabilităților și cadrului contractual. Mecanismele de monitorizare și evaluare, indicatorii de performanță, obiectivele și rezultatele, precum și orice garanții, facilități sau bonusuri de performanță trebuie discutate deschis, incluse în contract și aduse la perfecțiune în faza ex-ante a proiectului. Este esențial ca partenerul public să aibă suficientă capacitate pentru supraveghere și pentru a face ajustările necesare la timp.

Costurile implicate în parteneriatul public-privat sunt deseori subapreciate, iar în acest sens prezentăm câteva tranzacții PPP care s-au confruntat cu probleme financiare serioase.

Spitalul Alzira, Valencia, Spania

În 1999 un consorțiu format din companii de asigurări, bănci și companii de construcții a semnat cu administrația publică regională un contract PPP pentru construcția unui spital. Spitalul a înregistrat nivele înalte în ceea ce privește standardele de performanță, însă a suferit dezechilibre semnificative în raporturile de muncă. Evaluările au evidențiat finanțarea nesustenabilă a proiectului, fapt ce a necesitat un acord de refinanțare.

Campusul Medical din Paddington, Londra, Anglia

PPP a fost selectat ca mecanism de consolidare a spitalelor din vestul Londrei. Inițial, contractul a fost estimat la 300 milioane £ pentru o perioadă de șase ani. Reevaluarea bugetului proiectului, în momentul falimentării schemei financiare inițiale, a stabilit costurile la 894 milioane £ și o prelungire pentru încă 7 ani. Proiectarea tranzacției eșuate a costat 15 milioane £. Raportul oficial a

evidențiat neclarități semnificative ce țin de responsabilitățile părților, precum și eșecul partenerului public în susținerea efectivă a proiectului.

Spitalul Regional La Trobe, Melbourne, Australia

Guvernul statului Victoria a încheiat cu o companie privată un contract PPP, pe un termen de 20 de ani, privind construcția spitalului regional La Trobe care să înlocuiască activitatea unor spitale publice vechi. În 1999 spitalul a înregistrat pierderi de 6 milioane AUD, iar proiecțiile economice demonstau pierderi continue. Concluziile rapoartelor oficiale ale Ministerului Sănătății din statul Victoria au vizat pierderi financiare masive, situație care a determinat incapacitatea spitalului de a garanta calitatea serviciilor.

Tranzacțiile PPP nu trebuie să fie extrapolate, deoarece fiecare țară înregistrează anumite particularități specifice de organizare și funcționare a sistemului de sănătate și a celui juridic, posedă anumite capacități de expertiză, monitorizare și evaluare etc. Însă, experiența internațională în acest domeniu definește o serie de reguli generale, aplicabile pentru toate tranzacțiile PPP:

- PPP necesită reguli clare și o expertiză adecvată atât la etapa de planificare cât și la cea de implementare;
- Este critică identificarea și definirea riscurilor și responsabilităților partenerilor public și privat, fezabilitatea termenelor și obiectivelor;
- Partenerul privat trebuie să demonstreze capacitatea globală de a realiza proiectul de PPP;
- Mecanismele de asigurare a calității și monitorizare a performanței trebuie să fie dezvoltate și integrate în procesul de management al contractului PPP;
- Optarea pentru pilotarea tranzacției PPP în condițiile existenței unui context favorabil;
- Stabilirea unei comunicări eficiente între toți partenerii și la toate etapele de derulare a tranzacției PPP;

- Stabilirea unui cadru de garanții și compensații pentru partenerul privat, și a condițiilor (drepturilor) de preluare în cazul în care operatorul intră în incapacitate de plată.

Dezvoltarea și implementarea PPP în sănătate este un proces complex și multidimensional. Pentru a atinge obiectivele urmărite prin tranzacțiile PPP este necesar existența unui cadru normativ explicit și dezvoltat suficient, unei strategii/politici în domeniu și a unui plan de măsuri pe termen scurt, termen mediu și termen lung,

deoarece măsurile de politică parțiale și incomplete generează rezultate neadecvate, creând distorsiuni severe în sistem.

1. Dezvoltarea cadrului normativ privind parteneriatul public-privat în sănătate, în special în direcția elaborării normelor de monitorizare și evaluare a proiectelor PPP,

standardelor de calitate, reglementărilor pentru domenii specifice, etc., deoarece cadrul legal la momentul actual asigură, într-o măsură mai mare, reglementarea controlului asupra modului de realizare a contractului PPP și într-o măsură mai mică a furnizării serviciilor de sănătate în context calitativ și cantitativ.

2. Definirea de către Ministerul Sănătății a priorităților și ariilor pentru PPP, precum și a măsurilor pe termen scurt, termen mediu și termen lung necesare realizării acestora.

3. Promovarea și stimularea tranzacțiilor PPP în sănătate de interes public local.

5. CONCLUZII

Nivelul cheltuielilor de sănătate dintr-o societate reprezintă o trăsătură determinantă pentru nivelul acesteia de dezvoltare. Țările cu economii avansate alocă resurse importante pentru finanțarea sectorului de sănătate, ca premiză pentru o dezvoltare economică sustenabilă pe termen lung. În schimb, în țările emergente din Europa în general, inclusiv România, nivelul cheltuielilor cu sănătatea, ca procent din produsul intern brut (PIB) se situează la un nivel mult sub media Europeană. **România se situează pe ultimul loc din Uniunea Europeană la capitolul ponderea în PIB a cheltuielilor cu sănătatea și totodată avem slabe șanse de convergență pe planul calității sistemului sanitar cu statele dezvoltate în viitorul previzibil.**

Cheltuielile cu sănătatea au crescut în toate țările europene, într-un ritm mai rapid decât creșterea PIB-ului, rezultând creșterea părții alocate din PIB cheltuielilor cu sănătatea

Procentele **cheltuielilor totale cu sănătatea** în PIB¹, în anul 2008, pentru țările UE-27, au fost următoarele:

	%										
Țara	Austria	Belgia	Bulgaria	Cehia	Cipru	Danemarca	Estonia	Finlanda	Franța	Germania	Letonia
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	9,7	9,8	6,9	6,9	5,8	9,3	5,9	8,0	10,7	10,3	6,2
Țara	Lituania	Luxemburg	Olanda	Polonia	Portugalia	România	Slovacia	Slovenia	Spania	Suedia	Ungaria
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	6,3	6,2	8,9	6,6	9,2	5,3	7,0	7,9	8,7	8,8	7,1

Prin comparație, rezultă în mod clar că **România** are cel mai mic procent din PIB alocat pentru sănătate, situându-se pe ultimul loc, cu 5,3%, pe primele poziții sunt Franța (10,7%), Germania (10,3%), Belgia (9,8%) și Austria (9,7%).

¹Sursa: bazele de date Eurostat. Date disponibile 2007: Austria Belgia Danemarca Franța Letonia Olanda și date disponibile 2006: Portugalia și Slovacia

În România, finanțarea sănătății se face într-o măsură disproporționat de mare de la bugetul public, ceea ce limitează drastic posibilitatea creșterii finanțării în acest sector. La nivelul celorlalte țări din Uniunea Europeană, participarea sectorului privat la cofinanțarea cheltuielilor de sănătate se situează la un nivel mult mai ridicat decât în România. Ca urmare, creșterea finanțării cheltuielilor de sănătate ar trebui să se bazeze într-o mai mare măsură pe creșterea contribuției sectorului privat, lucru care ar duce și la rezolvarea (parțială) a problemelor structurale existente în sectorul public de sănătate din România.

Sănătatea nu pare să fi fost niciodată o prioritate de politică publică; pe de altă parte, statul nici nu poate aloca mai mulți bani câtă vreme România colectează mult mai puțin la buget decât oricare altă țară din UE. Nivelul veniturilor bugetare consolidate în România este mult mai redus comparativ cu media Uniunii Europene, lucru care înseamnă o constrângere majoră în capacitatea guvernului de a finanța în mod corespunzător serviciile publice. Nivelul veniturilor bugetare consolidate a fost în medie de 32,6% din PIB în România între 2000 - 2009 în timp ce media UE-27 a fost de 44,5% din PIB în aceeași perioadă. Acest lucru explică însă doar parțial de ce alocările resurselor publice în România pentru finanțarea sectorului public de sănătate se situează la un nivel foarte scăzut în comparație cu celelalte țări din Uniunea Europeană. Dacă ne uităm cum se alocă banul public pe diferite priorități în țările din UE, observăm că pentru sănătate în România se cheltuiau doar 10% din total cheltuieli publice (2007), lucru care ne plasează pe ultimele locuri într-un clasament al țărilor din Uniunea Europeană, înaintea doar a Letoniei și Estoniei .

Alocarea responsabilităților de finanțare din surse publice a sănătății nu este foarte clară, existând adesea mai multe surse de finanțare pentru aceeași acțiune sau program de sănătate. Asemenea suprapuneri sunt rezultatul experienței finanțărilor istorice insuficiente și a planificării bugetare imprecise, astfel că orice sursă potențială de fonduri este menționată în speranța că nevoile de cheltuieli vor fi acoperite până la urmă. Din punct de vedere al

eficienței în alocare, această practică este păguboasă deoarece permite oricărui actor responsabil să se eschiveze invocând răspunderea altora.

În ultimii 4 ani, raportat la 2010, România a redus contribuțiile de sănătate de la 13,5% la 10,7%, respectiv cu o cincime. Suplimentările ad-hoc ale angajamentelor legale sau ale subvențiilor de la bugetul de stat au creat un hazard moral în rândul furnizorilor de medicamente și servicii, precum și al caselor de asigurări de sănătate; aceștia au impresia că pot depăși cu impunitate plafoanele alocărilor deoarece la un moment dat vor fi salvați de Guvern pentru că "sănătatea este indispensabilă și o prioritate națională". În acest fel, România a ajuns la stadiul în care consumă mai mult decât poate finanța.

Una dintre explicațiile standard și pentru inechitatea de acces o reprezintă finanțarea necorespunzătoare a medicinei primare, lucru care face ca pacientul din mediul rural să ajungă târziu la medic, necesitând tratament mai scump, iar calitatea slabă a dotării medicului de familie la țară face ca pacientul din rural să fie trimis la spital și să necesite spitalizare inclusiv ca serviciu hotelier (o analiză simplă durând 3 zile, internare, analiză, așteptat rezultate). Întărirea asistenței primare și construcția de stimulente adecvate pentru tratamentul efectiv la nivelul medicului de familie (de pildă, plata într-o măsură mai mare după tratament decât după număr de persoane înscrise) ar contribui la o mai mare echitate și eficiență a sistemelor de sănătate.

Ineficiențele de alocare a banilor fac ca rezultatele la nivel macro să fie mai slabe decât ar fi cazul, chiar proporțional cu nivelul de finanțare dat; observăm că după acest criteriu stăm mai prost decât Bulgaria. O măsură a eficienței cheltuielilor cu sănătatea într-o țară o reprezintă variabile de output precum speranța medie de viață la naștere, sau indicatori privind starea de sănătate a populației. Deși speranța medie de viață la naștere depinde și de mulți alți factori, există o legătură între resursele financiare alocate de o țară pentru sănătate și speranța medie de viață. Ca să măsurăm eficiența folosirii unei anumite sume de bani, considerăm o țară eficientă dacă pentru un anumit nivel de resurse utilizate (input), nu există altă țară care să obțină un rezultat (output) mai bun. În cazul nostru, input-ul este dat de cheltuielile publice cu

sănătatea la PPS în perioada 2003-2008. Output-ul este cuantificat prin speranța medie de viață. Frontiera eficienței este o curbă convexă care reunește toate combinațiile optime (în sensul descris mai sus) între intrări și ieșiri. Observăm că România nu se plasează pe curba de eficiență. Bulgaria obține la un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice cu sănătatea un rezultat superior (speranță de viață mai mare).

Echitatea în sistemul sanitar privește accesul la servicii medicale indiferent de venit sau de starea socială; din acest punct de vedere, sistemul românesc eșuează în a oferi servicii medicale de calitate categoriilor celor mai defavorizate, în special persoanelor vârstnice. Asta, în condițiile în care sistemele bazate pe solidaritate și echitate (cum se pretinde și al nostru) au ca obiectiv tocmai accesul tuturor la pachetul de servicii medicale. Din datele din anchetele bugetelor de familie, accesul la servicii medicale în România s-a ameliorat în ultimii ani, însă rămâne neuniform. Astfel, dacă în 1996 aproximativ 40% din populație nu a solicitat asistență medicală la nevoie (boală / accidente / dizabilități), proporția a scăzut la sub 30% în 2008. Cu toate acestea, accesul nu s-a îmbunătățit uniform pentru toate quintilele de venit: doar jumătate din populația din quintila cea mai săracă are acces la servicii medicale, cam tot atât cât în 1996, în timp ce accesul categoriei celei mai bogate a crescut de la 65% la peste 80% . Aceleași disparități se constată și între mediul urban și cel rural, iar accesul la servicii medicale este mult mai prost decât media UE (Banca Mondială, 2009).

Motivele pentru care accesul categoriilor celor mai defavorizate la servicii medicale este mai scăzut sunt diverse: gradul de informare, distribuția inegală a resurselor și serviciilor medicale, distribuția personalului medical.

O sursă de inegalitate, caracteristică sistemelor bazate pe eficiență economică dar nu celor bazate pe solidaritate, provine din nevoia de a plăti din buzunar pentru servicii medicale, lucru care este accesibil doar într-o mică măsură persoanelor vârstnice.

Sursa majoră a inechității din sistem o reprezintă excesul de cerere (un pachet de servicii prea generos raportat la capacitatea sistemului de

finanțare), iar sistemul sanitar românesc eșuează în a oferi acest pachet de servicii supradimensionat tuturor. Serviciile medicale din pachetul asigurat sunt detaliate într-un contract cadru încheiat de CNAS și furnizori și avizat de Minister. Pachetul este întotdeauna definit în termeni generali și nu există priorități. Deoarece pachetul depășește resursele, acest lucru duce la un exces de cerere, adică pacienții intră în competiție pentru a obține serviciul respectiv.

Descentralizarea este o oportunitate, dar lipsesc mecanisme de coordonare locală. Așadar, sistemul sanitar românesc eșuează atât pe partea de eficiență a cheltuielilor, cât și în încercarea de a oferi un acces echitabil la serviciile medicale tuturor categoriilor de beneficiari cărora li se promite acest lucru. Iar aceste probleme vor fi greu de rezolvat atâta timp cât va rămâne **dificilă coordonarea serviciilor de sănătate într-o anume arie geografică**, cu asigurarea urmăririi pacientului și continuității actului medical. Nu este bine instituționalizată cooperarea continuă a asistenței primare cu cea spitalicească, și a ambelor cu serviciile de îngrijire de lungă durată, de îngrijire la domiciliu, cu medicina paleativă, cu programele de prevenție sau cu serviciile de asistență socială ale autorităților locale. Sistemul de finanțare actual nu încurajează asemenea abordare integrată sau echipele multi-disciplinare.

Reformarea acestei structuri este dificilă atâta vreme cât regulile actuale de finanțare leagă atât sumele alocate, cât și numărul de personal de caracteristicile fizice ale spitalului și de o anume repartizare moștenită a capacității clinice pe specialități.

În România reforma sistemului public de sănătate s-a concretizat prin promovarea **Legii nr. 95 din 14 aprilie 2006**, care redefinește principalele aspecte privind domeniul sanitar cu scopul de a realiza un sistem de sănătate modern, eficient și compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană.

Scopul asistenței de sănătate publică îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții. Strategia sistemului sănătății publice urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul unor comunități sănătoase. Asistența de sănătate publică este o componentă a sistemului de sănătate publică și este garantată de stat și finanțată de la bugetul

de stat, bugetele locale, fondul național unic de asigurări sociale de sănătate sau din alte surse.

Legislația românească în domeniul sanitar a cunoscut periodic modificări, atât anual, odată cu aprobarea contractelor-cadru, cât și punctual pentru îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate, iar impactul acestor intervenții nu a fost întotdeauna în beneficiul consumatorilor de servicii medicale și medicamente, în rândul cărora persoanele vârstnice reprezintă o categorie importantă din cauza polipatologiei prezente la vârsta a treia .

Populația vârstnică reprezintă o categorie semnificativă de beneficiari ai sistemului de sănătate publică vizând o gamă largă de servicii ce decurg din caracteristicile stadiului involutiv pe care îl parcurg. De aceea este necesară o intervenție specializată atât în ceea ce privește serviciile curative și paliative pentru afecțiuni diverse, cât și o orientare spre programe și cercetare în domeniul geriatric pentru prevenirea efectelor îmbătrânirii populației.

În condițiile în care *speranța de viață a crescut* în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii medicale - în totalul populației, *medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare*, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate, eficientizarea sistemului de sănătate fiind o temă de dezbateri la nivel european.

Realitatea cu care se confruntă persoanele vârstnice este în contradicție cu principiile asumate în contextul aderării la Uniunea Europeană și promovate prin Legea cadru privind reforma sistemului de sănătate.

Asistența medicală este, de asemenea, deficitară pentru persoanele vârstnice atât în raport cu medicii de familie, cât și cu unitățile sanitare (policlinici, centre de recoltare, spitale etc) :

- Medicii de familie nu respectă în totalitate programul de lucru existând numeroase sesizări în acest sens. Controalele medicale periodice care ar trebui să fie obligatorii nu se efectuează, iar controalele periodice de reevaluare a bolilor cronice nu se realizează decât la inițiativa pacientului. Menționăm că aceste controale sunt foarte importante mai

ales în ceea ce privește prevenția primară și secundară la persoanele vârstnice.

- Examenele paraclinice și de laborator se fac pe bază de programare și listă de așteptare, care în unele cazuri poate dura peste două sau trei luni fără a se avea în vedere gravitatea bolii, adesea bolnavii vârstnici fiind obligați să le efectueze contra-cost.
- Internarea în spitale este un procedeu foarte greu și de cele mai multe ori tratamentele și materialele sanitare din timpul spitalizărilor sunt suportate de persoanele vârstnice sau de familia acestora.

Vârstnicii din mediul rural sunt dezavantajați în plus de lipsurile sistemului actual, deoarece în multe localități nu există cabinte ale medicilor de familie sau acestea funcționează în spații improprii. Situația este aceeași și pentru farmaciile sau punctele farmaceutice, cât și pentru centrele de recoltare și laboratoarele pentru analize.

Persoanele vârstnice beneficiare ale diverselor legii speciale (deținuți politici, deportați, veterani de război, persoane cu handicap) nu pot beneficia de gratuitate totală pentru medicamente decât la nivelul prețului de referință și numai când prețul de referință coincide cu prețul de vânzare gratuitatea devine totală așa cum prevede legea.

Eliberarea unei singure rețete pe lună de medicamente din sublista A (compensat 90%) aduce un prejudiciu mare persoanelor vârstnice care pot prezenta într-o lună mai multe episoade de îmbolnăviri acute, fără legătură unele cu altele și nu pot beneficia de tratament decât dacă medicația necesară se regăsește în sublista B (compensat 50 %). Acest program de compensare cu 90% a medicamentelor a produs nemulțumiri în rândul pensionarilor din cauza prețului de referință practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Datorită acestui preț de referință, compensarea nu este efectiv de 90% ci mult mai mică, pacientul fiind nevoit să plătească și diferența dintre prețul de raft și prețul de referință.

Când apar bolnavi noi sau se schimbă tratamentul deja implementat apar disfuncționalități. În același timp nu se pot prescrie ca medicație în cadrul

programelor de sănătate decât acele medicamente care au fost admise în protocoalele terapeutice pe fiecare program în parte, chiar dacă aceste medicamente nu pot fi administrate de unii bolnavi.

Plafonarea valorică a medicamentelor pentru bolile cronice la farmacii și la medici a determinat discontinuități în prescrierea și eliberarea medicamentelor fapt pentru care este benefică eliminarea acestui plafon instituit de actuala legislație.

Deși există prevederi legislative în acest sens, farmaciile nu respectă contractul cu casele de asigurări și nu eliberează continuu medicamente compensate și gratuite, motivația fiind lipsa de fonduri alocată de casa de asigurări, deși alocarea fondurilor se face în funcție de adresabilitate, consumul de medicamente, orarul de lucru al unității, situație care creează în continuare dificultăți în procurarea medicamentelor.

Coroborând informațiile preluate din teritoriu, **concluzionăm că principalele probleme cu care se confruntă persoanele vârstnice în aprovizionarea lunară cu medicamente** necesare tratării diferitelor afecțiuni și care trebuie avute în vedere la elaborarea legislației și a strategiilor în domeniul sănătății sunt:

- lipsa medicamentelor gratuite și compensate în farmacii;
- insuficiența fondurilor alocate farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate;
- existența unor medicamente, des solicitate de vârstnici, care nu se eliberează gratuit sau compensat ;
- prețul ridicat al medicamentelor, chiar și atunci când sunt compensate, în comparație cu veniturile insuficiente ale pensionarilor;
- numărul produselor de pe listele de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie specifică vârstei a treia, pensionarii fiind uneori obligați să cumpere la preț integral medicamentele de care au nevoie;
- lipsa farmaciilor sau a punctelor farmaceutice în mediul rural;
- lipsa mijloacelor de transport până în localitățile în care funcționează farmacii sau puncte farmaceutice.

Pe fondul problemelor economice, de politică socială și sanitară unii indicatori de mortalitate și morbiditate plasează România pe ultimele locuri în Europa. Principalele cauze ale problemelor legate de starea de sănătate rezidă în problemele sistemului sanitar și anume :

- resurse limitate investite în asistența medicală, inclusiv în sistemul farmaceutic;
- inechitatea în oferta de servicii (exemplu: discrepanțele între mediul rural și cel urban);
- ineficienta organizare și finanțare în domeniul sanitar.

Principalele obiective, care trebuie urmărite cu prioritate, în perioada următoare, sunt :

- acces universal și echitabil la un pachet de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori;
- utilizarea cât mai eficientă a resurselor disponibile.

6. PROPUNERI

Sistemele de sănătate sunt unele dintre cele mai mari consumatoare de resurse, în ultimii 30 de ani înregistrându-se o creștere continuă a nivelului cheltuielilor, creștere datorată, în principal: îmbătrânirii populației, descoperirii de medicamente mai eficiente și de tehnologii mai avansate pentru diagnosticare și intervenții, dar și mai costisitoare, creșterea numărului persoanelor care beneficiază de asistență medicală.

Teoretic, susținerea financiară poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri: limitarea accesului la servicii, reducerea calității serviciilor sau creșterea ponderii finanțării private, dar nici una dintre acestea nu este dezirabilă din punct de vedere social. Din perspectiva protecției sociale, cel mai indicat mod de îmbunătățire a susținerii financiare este creșterea eficienței sistemului de sănătate prin scăderea costurilor, menținând la aceleași niveluri cantitatea și calitatea, realizată prin prevenirea supraconsumului (care poate fi legat de supraaprovizionare) de servicii medicale și prin alocarea de resurse suficiente destinate programelor de prevenție și celor de menținere a sănătății, cu scopul reducerii unor potențiale cheltuieli viitoare.

În strânsă legătură cu starea sănătății se dovedește a fi și starea fizică a persoanelor vârstnice, care este evaluată prin posibilitatea de deplasare și autoservire în cadrul gospodăriei. Problema care se ridică în acest cadru, **este de a crea rețele de servicii casnice și de îngrijire personală la domiciliu, ca alternativă la instituționalizare sau ajutor familial**. Deși, deloc neglijabilă sub aspectul efortului de creare a unei asemenea rețele, avantajele pe care se poate conta, sunt multiple: creșterea gradului de satisfacere a nevoilor vârstnicilor la un nivel calitativ superior celui obținut prin propria implicare sau recurgere la serviciile altor membri ai familiei, crearea de locuri de muncă, substituirea familiei care în unele situații este împovărată de alte sarcini: creșterea și educarea copiilor, munca suplimentară pentru sporirea veniturilor.

O resursă complementară, la realizarea acestei rețele de servicii **o poate constitui *voluntariatul***, ale cărei dimensiuni nu sunt deloc neglijabile în țările dezvoltate.

În acest scop este necesar formularea unui plan de intervenție bazat pe următoarele principii:

- filozofie de diagnosticare și îngrijire multidisciplinară și holistică;
- recunoașterea și abordarea patologiei specifice geriatrice, aspecte pe care medicina standard uneori le ignoră;
- realizarea de cursuri de formare în urgențe geriatrice, recuperare, îngrijiri paleative, îngrijiri comunitare;
- crearea de servicii medicale alternative, îngrijiri la domiciliu;
- serviciile geriatrice să devină un subiect al politicilor de sănătate viitoare, orientate spre prevenire, acces echitabil la servicii și îngrijiri de calitate.

Alte **propuneri de acțiuni pentru satisfacerea nevoilor de sănătate și a celor sociale pentru vârstnici** sunt următoarele :

- organizarea serviciilor medicale de îngrijire pentru persoanele vârstnice—instituții de sejur temporar, centre de zi, spitale de zi, case de bătrâni, spitale pentru cronici etc.;
- dezvoltarea serviciilor de sănătate primară și îngrijiri paliative la domiciliu;
- dezvoltarea rețelelor de susținere socială care, împreună cu serviciile medicale, pot favoriza întocmirea unor programe privind:
 - prevenirea patologiei îmbătrânirii;
 - pregătirea celor ce urmează să se pensioneze;
 - ajutor medical, menajer și social la domiciliu;
 - amenajarea gerontologică elementară a locuinței;
 - acțiuni socio-culturale, inclusiv de integrare în viața socială;
 - încurajarea ONG-urilor ce dezvoltă, în acest sector, acțiuni de solidaritate și caracter umanitar ;

- reconsiderarea rolului familiei în acordarea de ajutor propriilor bătrâni, pentru ca aceștia să poată trăi cât mai mult posibil în locuința familială.
- formarea personalului specializat în îngrijirea medicală și socială a persoanelor vârstnice;
- revizuirea legislației privind persoanele vârstnice și armonizarea acesteia cu legislația sanitară și socială din Uniunea Europeană.

Aderarea la Uniunea Europeană presupune recunoașterea valorilor comune care orientează demersurile atât pentru cei care elaborează strategiile în domeniul sănătății publice, cât și ale practicienilor care asigură servicii directe populației în programe curative, de prevenție sau paleative.

Acestea sunt:

- respectarea dreptului la ocrotirea sănătății populației;
- garantarea calității și siguranței actului medical;
- creșterea rolului serviciilor preventive;
- garantarea accesibilității la servicii,
- respectarea dreptului la libera alegere și a egalității de șanse;
- aprecierea competențelor profesionale și încurajarea dezvoltării lor;
- transparența decizională;
- realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază;
- creșterea calității vieții, prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical.

Strategia Ministerului Sănătății ar trebui să își propună o serie de obiective prin care să răspundă tuturor problemelor de sănătate publică prioritare, precum și nevoilor grupurilor populaționale vulnerabile, îndeosebi persoanelor vârstnice, prin:

- identificarea nevoilor reale de îngrijiri pentru diferitele grupuri vulnerabile de populație;
- constituirea unor hărți naționale și regionale care să prezinte facilitățile de îngrijiri de sănătate ambulatorii funcționale (dispensare, policlinici, servicii noi

- de prim ajutor, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paleative, sănătate mintală la nivel comunitar) raportate la densitatea populației;
- stabilirea standardelor privind pachetele minime de îngrijiri la nivelul și în cadrul diferitelor comunități vulnerabile;
 - dezvoltarea și implementarea unor rapoarte standardizate privind accesibilitatea la îngrijirile de sănătate;
 - instituirea unui sistem de evaluare periodică a gradului de acces la serviciile primare de sănătate pe baza unor indicatori specifici;
 - elaborarea și aprobarea strategiei naționale de promovare a sănătății, identificarea și monitorizarea populațiilor cu accesibilitate redusă la servicii de îngrijiri de bază;
 - dezvoltarea, modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură/echipamente medicale și mijloace de transport specifice și moderne;
 - identificarea unor facilități pentru atragerea personalului medical în zonele izolate, defavorizate economic, precum și în specialități deficitare;
 - dezvoltarea și extinderea rețelei de asistență medicală comunitară integrată.

Pentru creșterea calității vieții persoanelor vârstnice, sistemul de sănătate publică poate contribui semnificativ prin **implementarea programului de asistență medicală comunitară** care cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale persoanei, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale. Scopul asistenței medicale comunitare integrate este acela de a asigura îngrijirile medico-sociale care pot fi furnizate la nivelul comunității, în vederea optimizării acțiunilor specifice și a eficientizării utilizării fondurilor alocate. Beneficiarul activităților integrate de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o zonă geografică definită, în special categoriile de persoane vulnerabile(vârstnici, nivel economic sub pragul sărăciei, șomaj, nivel educațional scăzut, diferite dizabilități, boli cronice, boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paleative etc.).

În acest sens persoanele vârstnice este necesar să beneficieze de un program de îngrijiri la domiciliu elaborat și susținut metodologic și financiar de către Ministerul Sănătății împreună cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale care să aibă la bază o strategie pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, cu prioritate a îngrijirilor în comunitate pentru care să se definească un număr de specializări în îngrijiri paliative, îngrijiri de sănătate mintală la nivelul comunității, inclusiv asigurarea îngrijirii de lungă durată.

Un alt obiectiv care vizează categoria persoanelor vârstnice ca fiind o grupă importantă de beneficiari, îl reprezintă **reglementarea sistemului de acordare a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu** prin:

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătate, care să fie acoperite total/partial prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și care să corespundă nevoilor reale de tratament ale vârstnicilor și respectiv principalelor afecțiuni care se regăsesc în rândul acestora;
- b) asigurarea stocurilor corespunzătoare de medicamente în unitățile farmaceutice;
- c) stabilirea de prețuri accesibile prin elaborarea unor norme corespunzătoare de prețuri pentru medicamentele de uz uman prin consultări ale autorităților guvernamentale cu reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor de medicamente, precum și cu organizațiile profesionale – Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Medicilor și reprezentanți ai Patronatului Farmaciștilor în scopul reducerii acestora;
- d) pregătirea profesională continuă a farmaciștilor și a asistenților de farmacie;
- e) verificarea modului de aplicare a legislației farmaceutice, respectiv aplicarea prevederilor reglementărilor emise de Ministerul Sănătății;
- f) înființarea, în zonele defavorizate, de farmacii sau puncte de lucru ale farmaciilor autorizate de Ministerul Sănătății;
- g) repartizarea la farmacii a unor fonduri corespunzătoare de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării medicamentelor eliberate.

Realizarea în România a compatibilității cu sistemele de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene trebuie să fie un alt deziderat și o

provocare pentru autoritățile din domeniul sanitar. Deși nu există standarde unificate ale îngrijirilor medicale, Uniunea Europeană consideră dreptul cetățenilor la îngrijiri de înaltă calitate, ca pe un drept fundamental și sprijină politicile naționale pentru introducerea măsurilor de garantare a produselor, serviciilor și managementului de cel mai înalt nivel în cadrul sistemului de sănătate.

Activitățile principale pentru asimilarea de către sistemul național sanitar a acestor deziderate, vizează următoarele activități:

- adoptarea de standarde pentru produse medicale, tehnologii medicale, formare profesională, crearea de rețele de informare;
- introducerea și utilizarea conceptelor de medicină bazată pe dovezi și evaluare a tehnologiilor medicale;
- promovarea cooperării între statele membre pentru asigurarea calității în sistemele sanitare, inclusiv medicamente, echipamente, sânge, țesuturi și organe, laborator etc;
- standardizarea măsurilor de siguranță a pacienților.

Preluarea modalității de coplată în sistemul sanitar românesc, ca o metodă de eficientizare a raportului cost – beneficii nu este acceptată de către persoanele vârstnice în perioada actuală, când veniturile acestora provenite din pensie sunt insuficiente pentru un trai decent. Principalele motivații sunt următoarele:

- Introducerea contribuției personale nu va modifica comportamentul personalului medical, nu va duce la diminuarea plăților informale și nu va îmbunătăți calitatea serviciilor medicale oferite de instituțiile sanitare de stat.
- Pentru sumele de bani cu care se contribuie la sistemul de asigurări de sănătate publice se va beneficia în continuare de servicii medicale de o calitate slabă.
- Introducerea sistemului de contribuție personală ar trebui să ducă la condiții *normale* în unitățile medicale (pacienții să nu mai fie obligați să cumpere medicamente, să existe pijamale, așternuturi curate, pacienților să li se acorde mai multă atenție).

- Reducerea consumului de servicii medicale nu se va realiza ,deoarece majoritatea vârstnicilor au nevoie de aceste servicii.Nu aceasta este soluția prin care timpul de așteptare ar putea scădea, ci limitarea reală a numărului de pacienți pe care un medic de familie îi poate avea pe liste sau introducerea unui sistem informatic care să îi permită medicului să îi identifice pe pacienții care apelează abuziv la serviciile lor.
- Pensionarii, persoanele din categoriile defavorizate, persoanele sărace, persoanele cu handicap nu sunt exceptate de la contribuția personală.
- Taxa de 5 lei pentru medicul de familie și 10 lei pentru spitalizarea pe zi nu pot fi acceptate, iar suma de 50 de lei pentru internarea este mult prea mare.

Alternativele la contribuția personală (creșterea contribuției la sistemul de asigurări de sănătate, convertirea contribuției personale într-o asigurare privată etc.) nu sunt agreate de pensionari.

Referitor la îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate, aceasta se poate realiza prin:

- ⇒ Creșterea transparenței în utilizarea fondurilor prin crearea cadrului legislativ pentru plata datoriilor înregistrate de unitățile sanitare cu paturi;
- ⇒ Stabilirea de măsuri pentru întărirea disciplinei financiare prin asigurarea finanțării sectorului sanitar bugetar, monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare publice, cât și completarea cadrului legislativ în domeniul sănătății publice, prin promovarea unor noi acte normative;
- ⇒ Alocarea judicioasă a fondurilor în unitățile sanitare și atragerea de noi resurse financiare în domeniul sanitar.

*

* *

Demersul întreprins periodic prin intermediul consiliilor județene pentru a constata deficiențele cu care se confruntă sistemul de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu a condus la

formularea următoarelor **propuneri punctuale pentru îmbunătățirea situației actuale:**

- suplimentarea operativă a fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai creea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;
- eficientizarea sistemului de decontare între casele de asigurări de sănătate și farmacii pentru a nu se mai creea blocaje în aprovizionarea medicamentelor gratuite și compensate;
- reconsiderarea sistemului de relații cu producătorii și importatorii de medicamente, inclusiv prin îmbunătățirea reglementărilor privind achizițiile publice;
- încurajarea marilor producători de medicamente din România să fabrice echivalente ale produselor străine pentru care nu există corespondent printre produsele românești, prin acordarea unor facilități la comercializarea medicamentelor, scutiri de taxe și impozite etc ;
- simplificarea modalității de prescriere deoarece actualele formulare de rețetă conțin foarte multe date care îngreunează prescrierea și eliberarea medicamentelor gratuite și compensate;
- implementarea dosarului electronic al pacientului, care va eficientiza sistemul de prescriere a tratamentului sau al trimerilor după caz;
- eliminarea prețului de referință și compensarea să se realizeze la prețul de raft al medicamentului;
- înființarea unui serviciu la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate prin care pensionarii să poată verifica prețurile medicamentelor;
- dezvoltarea rețelei de farmacii aflate în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la nivel național și extinderea numărului de farmacii sau puncte farmaceutice în mediul rural;
- intensificarea acțiunilor pentru înființarea punctelor farmaceutice în localitățile izolate și cu asigurați puțini;
- utilizarea denumirii comerciale la prescrierea rețetelor;

- reintroducerea pe lista de gratuități a medicamentelor utilizate în tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic, a căilor respiratorii, a văzului și auzului, etc;
- introducerea vitaminelor în lista medicamentelor compensate ;
- cuprinderea în lista gratuităților (compensațiilor) a pampers-ilor de unică folosință pentru bolnavii care sunt nevoiți să folosească acest articol igienico-sanitar;
- asigurarea stabilității conținutului listei cu medicamente aprobată pentru anul curent deoarece modificările ulterioare conduc la cozi în farmacii la începutul fiecărei luni, până când acestea își operează modificările în baza de date;
- respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap, etc, în ceea ce privește gratuitatea integrală a medicamentelor și a serviciilor medicale;
- intensificarea informării corecte a populației vârstnice asupra modalității de compensare a medicamentelor și asupra acordării medicamentelor gratuite (afișe, pliante în farmacii, cabinete medicale, săli de așteptare; pliante și broșuri trimise pensionarilor împreună cu talonul de pensii prin poștă; realizarea de emisiuni radio și TV pe această temă la ore de maximă audiență etc);
- dotarea cabinetelor medicilor de familie cu aparatura minimă necesară;
- dezvoltarea rețelei de îngrijiri medicale la domiciliu pentru persoanele vârstnice nedeplasabile;
- înființarea unei rețele naționale de spitale de geriatrie sau secții de geriatrie în spitalele deja existente;
- creșterea nivelului de compensare a serviciilor stomatologice pentru persoanele vârstnice, deoarece aceștia nu își pot permite să susțină costurile ridicate ale lucrărilor.

Șef birou „Analize și studii”,
Alina Matei

Realizatori,
Daniela Garoschy
Simona Ghiță

BIBLIOGRAFIE

1. C. Vlădescu (coordonator), **“Sănătate Publică și management sanitar. Sisteme de sănătate”**, București, CPSS Publishing House, 2004
2. Major, D. **“Asigurările sociale în România”**, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2009
3. Niță L. , **“Politica socială în Uniunea Europeană”**, Editura Universitaria, Craiova, 2004
4. Cristina Doboș, **“Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European”**, Calitatea Vieții, XIX, nr. 1-2, Ed. Academiei, 2008
5. **“Health and care in an enlarged Europe”**, Europe Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003
6. **Planul strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008-2010**
7. **„România: Raport de evaluare a sărăciei”** , Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Noiembrie 2007
8. **Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 409 din 01 aprilie 2010** (cu modificările și completările ulterioare) pentru aprobarea listei de medicamente de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală
9. **H.G. nr. 262 din 1 aprilie 2010** pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
10. **Ordinul comun nr. 265/408/2010** al ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010.