



Transparența banilor din sistemul medical românesc

Autori:

Conf.Univ.Dr. Sorin Anagnoste

Prof.Univ.Dr. Nicolae Istudor

Conf.Univ.Dr. Tănase Stamule

Prof.Univ.Dr. Ion Anghel

Conf.Univ.Dr. Bogdan Andrei Dumitrescu

Prof.Univ.Dr. Georgiana Camelia Georgescu

Prof.Univ.Dr. Adriana Alexandru

Conf.Univ.Dr. Vasile Alecsandru Strat

Asist.Univ.Dr. Dragoș Nicolae Garofil – expert sănătate

Radu-Bogdan Comșa - expert sănătate

București

Cuprins

<i>Sumar Executiv</i>	<i>3</i>
<i>A. Harta finanțării sistemului de sănătate în 2023 – Total Health Expenditure</i>	<i>10</i>
<i>B. Analiza cheltuielilor curente totale cu sănătatea</i>	<i>15</i>
1. FNUASS	15
2. Ministerul Sănătății (MS)	56
3. Ministerele cu rețea sanitară proprie	65
4. Autoritățile locale	66
5. Abonamentele de sănătate	72
6. Asigurările private de sănătate	73
7. OUT-OF-POCKET	76
8. Alte scheme de finanțare	85
9. Cheltuieli totale cu sănătatea	88
<i>C. Analiză sintetică comparată între România și alte țări din UE pe nivelul de finanțare al sănătății</i>	<i>97</i>
<i>D. Analiza programelor europene și a altor surse de finanțare internaționale dedicate sănătății – PNRR, POS, etc.</i>	<i>109</i>
<i>Bibliografie</i>	<i>124</i>

Sumar Executiv

Sănătatea este un domeniu critic care influențează calitatea vieții cetățenilor, iar nivelul finanțării reflectă prioritățile guvernamentale și capacitatea unui stat de a oferi servicii adecvate. Analiza comparativă a finanțării sănătății în România față de alte state ale Uniunii Europene, pe baza datelor din perioada 2013-2022, indică o subfinanțare persistentă. România se situează sub media UE în ceea ce privește cheltuielile pentru sănătate ca procent din PIB și pe cap de locuitor, cu un decalaj considerabil față de majoritatea țărilor europene.

Analiza regională arată că România are cea mai scăzută finanțare a sănătății dintre țările ECE, iar acest nivel nu este suficient pentru a acoperi nevoile populației. Tendințele indică o creștere constantă, dar lentă, a cheltuielilor pentru sănătate, cu o presiune financiară sporită asupra gospodăriilor din cauza limitărilor acoperirii publice. Pentru a îmbunătăți accesul și calitatea serviciilor de sănătate, România trebuie să crească semnificativ finanțarea publică și să implementeze reforme care să aducă sistemul sanitar în conformitate cu standardele europene.

- ⇒ **TOTAL HEALTH EXPENDITURE** - Conform calculelor noastre, cheltuielile totale cu sănătatea s-au ridicat în anul 2023 la **99.2 miliarde lei**, sumă care, la un curs de schimb de 1 euro = 4,95 lei, echivalează cu aproximativ **20 de miliarde euro, adică aproximativ 6,18%** din Produsul Intern Brut al țării din același an. Aceasta se traduce printr-o cheltuială totală cu sănătatea de cca. 1.051 euro pe cap de locuitor. În ceea ce privește ponderea cheltuielilor publice din Bugetul General consolidat, *Sănătatea* cumulează 11,11%. Este important să menționăm că diferențele între datele aceste date estimate la nivelul anului 2023 și cele din secțiunea de comparații internaționale, care utilizează date din 2022, se datorează atât perioadei diferite de referință, cât și faptului că statisticile oficiale sunt estimări bazate pe ancheta bugetelor de familie privind cheltuielile directe (out of pocket) dar și aspectelor metodologice diferite.
- ⇒ Principala schemă de finanțare este reprezentată de **Contribuția pentru Asigurările Sociale de Sănătate (CASS)**, care acoperă **42,66%** din totalul cheltuielilor. Acest procent este semnificativ, mai ales în contextul percepției generale că veniturile din CASS sunt „*prea mari*” sau că fondurile colectate ar fi utilizate în alte scopuri decât sănătatea. Totuși, este important de reținut că veniturile din CASS acoperă mai puțin de jumătate din totalul cheltuielilor cu sănătatea, contrar percepției publice.

- ⇒ **Problema sustenabilității contribuțiilor la sănătate** – Există un dezechilibru între numărul de contribuitori și beneficiarii exceptați de la plata contribuțiilor. În 2023, CNAS înregistrează 16.970.960 de asigurați, dar numai 35% din populație contribuie:
- 6.640.991 persoane asigurate sunt și contribuitori
 - 10.329.969 persoane asigurate exceptate (19 categorii sociale exceptate!)
- Totodată, există în jur de 2 milioane de neasigurați, beneficiari ai pachetului minimal de servicii medicale, dar cu acces la sistemul de sănătate prin serviciile de urgență. Acest dezechilibru afectează sustenabilitatea sistemului și crește povara financiară asupra celor care contribuie.
- ⇒ A doua cea mai importantă schemă de finanțare este reprezentată de **Plățile directe din buzunarul pacienților (Out-of-pocket - OOP)**, estimate la **30,05%** din totalul cheltuielilor. Acest procent ridicat indică o presiune semnificativă asupra pacienților și subliniază insuficiența finanțării publice prin FNUASS, ceea ce conduce la o dependență ridicată de plățile directe pentru servicii medicale. Valoarea estimată în acest studiu pentru plățile directe, de cca. 30 miliarde lei, este cu 40% mai ridicată decât cea estimată de Institutul Național de Statistică. În ciuda limitărilor întâmpinate în aplicarea metodologiei propuse în acest raport pentru calculul plăților directe, echipa de proiect consideră că ele sunt mai apropiate de realitate decât valorile comunicate de INS.
- ⇒ **Bugetul de stat** constituie a treia sursă ca pondere, incluzând atât bugetul Ministerului Sănătății, cât și al altor ministere cu rețea sanitară proprie, precum și subvențiile alocate FNUASS. Acestea însumează **20,48%** din cheltuielile totale, adică **20.222 miliarde lei**. În cadrul acestei surse, un rol determinant pentru finanțarea adecvată a sistemului de asigurări sociale de sănătate îl au subvențiile pentru echilibrare, care sunt imprevizibile, împiedicând planificarea anuală și multianuală a cheltuielilor la nivelul necesarului și în concordanță cu obiectivele sistemului de sănătate.
- ⇒ **Taxele Clawback** reprezintă **4,54%** din totalul cheltuielilor, o contribuție relevantă în finanțarea sistemului de sănătate, direct proporțională cu valoarea consumului de medicamente compensate.
- ⇒ Restul schemelor de finanțare, cum ar fi **bugetele locale, abonamentele de sănătate și asigurările private**, au ponderi mai mici, sub **1%** fiecare, demonstrând o utilizare limitată a acestor surse alternative de finanțare în comparație cu principalele scheme de mai sus.

- ⇒ **Modificarea formulei de calcul a taxei clawback expune FNUASS la riscuri considerabile**, în special la creșterea consumului de medicamente. În anul 2023, cheltuielile efective cu medicamentele au crescut cu aproximativ 3,2 miliarde RON, iar cheltuielile totale au crescut cu 4,4 miliarde RON. Fără intervenții eficiente, de limitare a creșterii consumului de medicamente prin protocoale de prescripție, de limitare a intrării în rambursare necondiționată a moleculelor scumpe și de extindere a contractelor CV/CVR, această tendință poate duce la presiuni financiare suplimentare asupra FNUASS, afectând astfel sustenabilitatea pe termen lung a sistemului de sănătate.
- ⇒ **Finanțarea Programelor Naționale de Sănătate (PNS)** a totalizat în 2023 aproximativ 12,5 miliarde RON, ceea ce reprezintă 22,34% din cheltuielile cu sănătatea ale FNUASS. Acest procent este semnificativ mai mare față de alocarea de 16,7% din 2019. Contribuția furnizorilor privați în cadrul PNS este semnificativă: **33%** din tratamentele chimioterapice efectuate în unitățile sanitare cu paturi, **80,5%** din serviciile de radioterapie, **89%** din serviciile de hemodializă, **90%** din investigațiile PET-CT, **15%** din serviciile ortopedice.
- ⇒ **Asistența medicală primară**, reprezentată de medicina de familie, a beneficiat de o creștere semnificativă a finanțării, de **44,72%** față de anul 2019, ajungând la **3,7 miliarde RON** în 2023.
- ⇒ **Ambulatoriul de specialitate a înregistrat o creștere semnificativă** a finanțării în ultimii ani (creștere cu 108,68% față 2019), atingând suma de 2,7 miliarde RON în 2023. 79,5% din fonduri au reprezentat plăți către furnizori privați de servicii medicale.
- ⇒ **Investigațiile paraclinice** au înregistrat o creștere cu 107,37% față de 2019, ajungând în 2023 la 1.643 miliarde RON. Creșterea finanțării s-a realizat în principal prin introducerea programelor de tip Monitor, create pentru a facilita accesul la investigații medicale paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare. 82,9% din fonduri au reprezentat plăți către furnizori privați de servicii medicale.
- ⇒ **Spitalele publice și private înregistrează tendințe diferite în ceea ce privește activitatea în sistemul de asigurări sociale de sănătate.** Se observă o scădere a spitalizărilor continue în spitalele publice de 14.18%, compensate de o creștere a numărului de spitalizări de zi de 16.68%. Spitalele private înregistrează creșteri atât al

numărului de spitalizări continue, cât și al celor de zi cu 11.9% respective 68.32%. Numărul paturilor de spitalizare continuă (acuți și cronici) contractate în spitalele private este de doar 5960, reprezentând 5,1% din totalul paturilor contractate la nivel național. Acest lucru subliniază limitările cu care se confruntă spitalele private în extinderea capacității lor de a furniza servicii medicale în regim de spitalizare continuă, în comparație cu spitalele publice, care dețin majoritatea covârșitoare a paturilor contractate.

- ⇒ **În sectorul de spitalizare de zi se observă o proporție public-privat mult mai echilibrată**, spitalele private având 3619 paturi contractate (**35%** din total), ceea ce sugerează o prezență mai puternică și competitivă în acest tip de servicii medicale.
- ⇒ **Finanțarea spitalelor publice este net superioară celor private** având în vedere că pe lângă decontarea serviciilor realizate, spitalele publice încheie contracte cu CNAS pentru finanțarea unor cheltuieli specifice care sunt susținute de la bugetul de stat, cum ar fi : suplimentarea alocației de hrană pentru pacienții internați, voucherele de vacanță pentru personalul încadrat, indemnizațiile pentru cadrele universitare medicale. Suplimentar spitalele publice primesc o sumă semnificativă pentru acoperirea cheltuielilor salariale. În 2023, această sumă a ajuns la un nivel comparabil cu cel al decontărilor pentru toate celelalte servicii oferite de spitale. Astfel, finanțarea totală a serviciilor spitalicești în spitalele publice se ridică la 12.494 miliarde RON, în timp ce fondurile alocate pentru acoperirea creșterilor salariale au atins 12.399 miliarde RON, ceea ce duce în final la o dublare a valorii decontărilor față de cele ale furnizorilor privați.
- ⇒ Pe de altă parte, ca o formă de compensare, legislația a permis spitalelor private să încaseze contribuții personale de la pacienți, un aspect ce poate părea nefiresc într-un sistem de asigurări sociale de sănătate. În mod ideal, casele de asigurări ar trebui să trateze egal furnizorii publici și privați, iar pacienții asigurați ar trebui să aibă acces la servicii medicale integral decontate, indiferent dacă acestea sunt oferite în spitale publice sau private.
- ⇒ Pentru a corecta această INECHITATE, sunt necesare modificări legislative care să elimine influențele salariale suplimentare și să le integreze direct în tarifele decontate. Acest proces ar implica recalcularea tarifelor pe caz ponderat, pentru spitalizările continue cronice, precum și pentru spitalizările de zi

- ⇒ **Structura finanțării spitalelor de către FNUASS** arată astfel: **95% către spitalele publice, 5% către spitalele private**. Această distribuție evidențiază dominația financiară a spitalelor publice în sistemul de sănătate din România, în ciuda creșterii și dezvoltării activității în spitalele private.
- ⇒ 46,04% din cheltuielile cu sănătatea alea FNUASS, adică 25,771 miliarde RON, au reprezentat plăți către furnizori privați de servicii medicale (inclusiv farmaciile cu circuit deschis).
- ⇒ **Probleme de transparență în finanțarea sistemului de sănătate** – Sistemul de sănătate din România suferă de o lipsă de transparență în alocarea și utilizarea fondurilor, ceea ce face dificilă evaluarea eficienței și performanței sistemului. Elocventă este execuția bugetară a Ministerului Sănătății, în care sunt imposibil de identificat principalele categorii de cheltuieli. Totodată trebuie avut în vedere că sistemul de sănătate nu utilizează indicatori de eficiență ai cheltuielilor, nefiind urmărite și efectele consumului de resurse pentru sănătate.
- ⇒ **Autoritățile locale joacă un rol esențial în asigurarea și îmbunătățirea serviciilor de sănătate publică**, acoperind o gamă largă de responsabilități care includ atât asistența medicală comunitară, cât și administrarea spitalelor și promovarea sănătății publice în comunități. Cheltuielile curente totale cu sănătatea din bugetele locale au fost de 638 milioane RON în 2023, ceea ce reprezintă sub 1% din total, o pondere ce denotă implicarea insuficientă a acestora în acest domeniu.
- ⇒ **Piața abonamentelor medicale** este în continuă expansiune generând venituri de 195 mil. euro estimat în anul 2023. Abonamentele medicale asigură un flux constant de venituri, ceea ce conferă predictibilitate cifrei de afaceri generată de operatorii privați și contribuie astfel la finanțarea planurilor de investiții și implicit la dezvoltarea infrastructurii medicale, permițând accesul la o gamă variată de servicii medicale pacienților.
- ⇒ **Finanțarea sănătății prin fonduri europene** – Programele de finanțare europene, precum Planul Național de Redresare și Reziliență și Programul pentru Sănătate, reprezintă o oportunitate esențială pentru modernizarea infrastructurii medicale și îmbunătățirea accesului la servicii medicale de calitate. Totuși, gestionarea eficientă a acestor fonduri este crucială pentru succesul reformelor.
- ⇒ În privința **comparațiilor internaționale**, de-a lungul perioadei analizate 2013 - 2022, România s-a poziționat în mod constant la mai puțin de jumătate din media Uniunii ca

procent din PIB (ex. 10,9% media UE) sau a statelor vest europene ca (ex 12,9% Germania, 12,1 Austria, respectiv 12,3% Franța).

- ⇒ **Privind cheltuielile cu sănătatea din perspectivă temporală**, observăm că ale României au fost mereu mai mici decât ale celorlalte state membre ale Uniunii Europene, însă în ultimii opt ani ele au crescut cu peste un punct procentual din PIB, fiind vizibil un proces de reducere a decalajelor. Este important ca el să continue, însă nu numai prin majorarea părții acoperite prin plăți directe, care, așa cum am estimat, ocupă deja un procent mare (30%), ci și prin creșterea sustenabilă a contribuției publice, rezultată din extinderea bazei de impozitare.
- ⇒ Cu privire la **costurile factorilor de producție din sistemul de sănătate**, acestea sunt și vor rămâne într-o **tendință crescătoare**, atât în privința remunerației personalului medical, cât și a prețurilor tehnologiilor medicale din ce în ce mai diverse și complexe (nu numai medicamente, ci și dispozitive medicale, aparatură și alte asemenea). Dacă adăugăm procesele de îmbătrânire a populației și de schimbare a profilului morbidității spre boli netransmisibile, constatăm că România este „condamnată” să își majoreze resursele alocate sistemului de sănătate pe termen mediu și lung.
- ⇒ **Toate categoriile de actori din sistem** – Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, furnizorii publici și privați – **trebuie să caute și să implementeze soluții astfel încât:**
- (i) planificarea bugetară să fie multianuală și ancorată în obiectivele prevăzute în documentele strategice naționale și operaționale regionale;
 - (ii) pachetele de servicii să conțină tehnologii medicale necesare și cost-eficace;
 - (iii) contractarea serviciilor să fie făcută cu furnizori capabili, în funcție de nevoile populației din aria de acoperire;
 - (iv) mecanismele de plată să încurajeze comportamente dezirabile din partea furnizorilor, să nu împovăreze pacienții și să fie ancorate în costurile reale de producere a serviciilor;
 - (v) resursele umane și tehnologice necesare să poată fi asigurate și distribuite potrivit nevoilor reale.

De asemenea, **concluzionăm că tendința de creștere a cheltuielilor trebuie să continue pe termen mediu și lung**, în corelare cu obiectivele de dezvoltare ale sectorului și cu nevoile reale ale populației, însă nu oricum, ci urmărindu-se continuu *simbioza* câștigurilor de eficiență cu îmbunătățirea accesului pacienților la servicii,

asigurarea suportabilității financiare a acestora și a unui mediu de lucru stimulat
pentru profesioniștii din sănătate.

A. Harta finanțării sistemului de sănătate în 2023 – *Total Health Expenditure*

Metodologia utilizată în acest studiu se bazează pe **Sistemul Conturilor de Sănătate (SCS)**, un cadru standardizat și cuprinzător pentru monitorizarea și analiza fluxurilor financiare legate de sănătate într-o țară. Acest sistem reprezintă un instrument important pentru a înțelege cum sunt alocate resursele în sectorul sănătății și pentru a evalua utilizarea acestora. Cadrul SCS, în special versiunea **SHA 2011**, este conceput pentru a oferi o imagine detaliată și exhaustivă a cheltuielilor pentru servicii de sănătate, acoperind diverse scheme de finanțare, tipuri de servicii, precum și diferitele categorii de furnizori de servicii de sănătate. Versiunea SHA 2011 a fost elaborată printr-o colaborare între OCDE, Eurostat și Organizația Mondială a Sănătății (OMS), având ca scop asigurarea comparabilității internaționale a datelor privind cheltuielile pentru sănătate (OECD, Eurostat și OMS, 2017).

Sistemul Conturilor de Sănătate este folosit pentru a crea un set armonizat de indicatori comparabili la nivel internațional. Acești indicatori ajută la înțelegerea volumului și structurii cheltuielilor de sănătate, dar și la evaluarea modului în care resursele sunt utilizate în sectorul sănătății. Metodologia SCS oferă o bază pentru analiza sistemelor de sănătate, răspunzând unor întrebări fundamentale precum: care sunt principalele surse de finanțare? Cum sunt alocate fondurile disponibile? Care sunt categoriile principale de servicii de sănătate și care sunt furnizorii acestor servicii? (Regulamentul (UE) 2021/1901).

Raportul de față a fost realizat de către Academia de Studii Economice din București, la solicitarea unui furnizor privat de servicii medicale, cu scopul de a calcula **cheltuielile totale cu sănătatea în România pentru anul 2023**. Analiza include principalele scheme de finanțare existente în România, care cuprind finanțarea publică prin bugetele administrației publice centrale (Ministerul Sănătății, Ministerele cu rețea proprie de sănătate) și locale (Unitățile administrative teritoriale) și asigurările sociale de sănătate (FNUASS), asigurările private de sănătate și contribuțiile directe ale gospodăriilor prin plăți din buzunar (OOP – ‘out-of-pocket’). Cheltuielile de capital, indiferent de schema de finanțare (bugetul de stat, bugetele locale, inclusiv fonduri externe nerambursabile sau rambursabile, investiții private etc.) nu intră în calcul.

Fiecare dintre aceste scheme de finanțare influențează modul de funcționare al sistemului de sănătate și accesul populației la servicii medicale. Înțelegerea fluxurilor financiare între aceste scheme și furnizorii de servicii de sănătate, atât publici cât și privați, este importantă pentru a identifica zonele care necesită îmbunătățiri și pentru a propune măsuri de optimizare a utilizării resurselor (Institutul Național de Statistică, 2023).

Un aspect central al studiului a fost descompunerea cheltuielilor curente de sănătate pe categorii de servicii medicale și pe categorii de furnizori de servicii de sănătate. Această abordare ne-a permis să obținem o imagine detaliată a modului în care fondurile sunt utilizate în diverse domenii ale asistenței medicale. De exemplu, am analizat cheltuielile pentru îngrijirile spitalicești, care reprezintă o parte semnificativă a cheltuielilor totale de sănătate. În plus, am investigat costurile asociate cu îngrijirile ambulatorii (medicina de familie, ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul paraclinic). De asemenea, am inclus în analiza noastră cheltuielile pentru produsele farmaceutice (medicamente, dispozitive medicale), care sunt un segment important al cheltuielilor de sănătate, având un impact direct asupra accesului pacienților la medicamente necesare. Studiul a evaluat și cheltuielile pentru serviciile preventive, care contribuie la menținerea sănătății populației și la prevenirea apariției unor boli cronice costisitoare (OECD, Eurostat și OMS, 2017).

Pe lângă analiza cheltuielilor pe categorii de servicii, studiul a evaluat distribuția cheltuielilor între diferitele categorii de furnizori de servicii de sănătate, atât publici, cât și privați. Această analiză este importantă pentru a înțelege cum sunt distribuite resursele între spitale, centre de îngrijire ambulatorie, farmacii și alte facilități medicale specializate. Într-un sistem de sănătate funcțional, resursele ar trebui să fie alocate într-un mod care să maximizeze eficiența și să asigure accesul echitabil la servicii de sănătate pentru toți cetățenii. Studiul nostru oferă informații care pot ghida deciziile de politică în domeniul sănătății, contribuind la îmbunătățirea alocării resurselor și la creșterea performanței sistemului de sănătate din România (Institutul Național de Statistică, 2023).

Prin aplicarea metodologiei SCS, acest studiu oferă o imagine de ansamblu asupra cheltuielilor de sănătate în România, oferind perspective asupra modului în care resursele sunt alocate în diferitele sectoare ale sistemului de sănătate. Aceste informații sunt utile pentru factorii de decizie politică, permițându-le să ia decizii informate menite să îmbunătățească utilizarea resurselor și furnizarea serviciilor de sănătate în țară. În contextul în care sistemele de sănătate din întreaga lume se confruntă cu provocări legate de îmbătrânirea populației și creșterea

costurilor medicale, o înțelegere clară a modului în care sunt utilizate resursele financiare este esențială. Studiul nostru contribuie la acest efort, oferind o bază pentru viitoare reforme și inițiative în domeniul sănătății în România.

Pentru realizarea acestui raport, datele au fost colectate dintr-o varietate de surse oficiale, incluzând **Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), Ministerul Finanțelor Publice, Agenția Națională de Administrare Fiscală (ANAF), Institutul Național de Statistică (INS), Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate (INMSS)**. Aceste instituții au furnizat date esențiale pentru evaluarea cheltuielilor totale cu sănătatea în România. Cu toate acestea, calitatea datelor primite a fost adesea precară, necesitând eforturi considerabile pentru a curăța și a valida bazele de date.

În multe cazuri, datele primite de la diferitele instituții nu coincideau sau prezentau discrepanțe semnificative, ceea ce a creat dificultăți în obținerea unei imagini coerente și complete asupra finanțării sistemului de sănătate. Aceste neconcordanțe au necesitat verificări suplimentare și ajustări pentru a se asigura că datele consolidate reflectă cât mai exact realitatea finanțării și cheltuielilor din sistemul de sănătate.

În încheierea acestui raport, ne propunem să creăm un *roadmap* al surselor de date, care să servească drept ghid pentru colectarea și validarea datelor în viitoarele rapoarte asupra cheltuielilor totale cu sănătatea. Acest *roadmap* ar trebui să includă recomandări pentru îmbunătățirea proceselor de raportare și consolidare a datelor între instituțiile implicate, astfel încât să fie asigurată o mai mare precizie și transparență în raportarea cheltuielilor de sănătate. Acest demers va contribui la realizarea unor analize mai fiabile și la fundamentarea unor politici de sănătate mai bine informate.

Identificarea schemelor de finanțare a sănătății în România

Un prim pas în realizarea acestui studiu a fost identificarea și descrierea detaliată a schemelor de finanțare a sănătății din România, având în vedere că nu toate schemele incluse în sistemul internațional de clasificare sunt prezente în contextul românesc. Sistemul de sănătate din România este finanțat printr-o combinație de surse publice și private, fiecare jucând un rol distinct în asigurarea accesului la servicii medicale.

a) Principalul finanțator: CNAS prin FNUASS

Principalul finanțator al sistemului de sănătate din România este **Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)**, care gestionează **Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)**. Acesta este finanțat prin contribuții obligatorii la asigurările sociale de sănătate și reprezintă cea mai mare parte a finanțării publice a sistemului de sănătate (Cod ICHA-HF.1.2.1). FNUASS acoperă o gamă largă de servicii medicale, de la consultații și tratamente de bază până la intervenții medicale complexe și medicamente compensate.

b) Bugetul de stat și ministerele cu rețea sanitară proprie

Pe lângă CNAS, **bugetul de stat** joacă un rol semnificativ în finanțarea sistemului de sănătate prin alocări bugetare directe către **Ministerul Sănătății (MS)** și alte ministere care administrează rețele sanitare proprii, cum ar fi **Ministerul Apărării Naționale, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Transporturilor, Ministerul Justiției, Serviciul Român de Informații și Academia Română** (Cod ICHA-HF.1.1.1). Aceste fonduri sunt utilizate pentru întreținerea și funcționarea spitalelor și clinicilor aflate în subordinea acestor ministere, precum și pentru finanțarea unor programe naționale de sănătate și cercetare medicală.

c) Cheltuielile curente cu sănătatea ale autorităților locale

O componentă importantă a finanțării sistemului de sănătate în România o reprezintă și **cheltuielile curente ale autorităților locale** (Cod ICHA-HF.1.1.2). În prezent, un număr de aproximativ 270 de spitale publice sunt administrate de unități administrativ-teritoriale (UAT), care sunt responsabile de alocarea fondurilor necesare pentru funcționarea acestor unități. Această sursă de finanțare include, de asemenea, contribuțiile locale pentru co-finanțarea unor programe naționale sau europene de dezvoltare a infrastructurii medicale.

d) Asigurările private de sănătate și abonamentele de sănătate

În ciuda dezvoltării limitate, **asigurările private de sănătate** reprezintă o componentă a finanțării voluntare a sănătății (Cod ICHA-HF.2.1). Aceste asigurări sunt facultative și acoperă servicii medicale suplimentare celor oferite prin sistemul public, cum ar fi accesul la clinici private sau intervenții medicale de înaltă complexitate. În plus, **abonamentele de sănătate** oferite de furnizorii privați constituie o piață în creștere, permițând accesul la o gamă variată de servicii medicale pentru un cost fix lunar (Cod ICHA-HF.2.3.2). Aceste abonamente sunt o opțiune populară în special în mediul urban, unde accesul la servicii private este mai ușor.

e) Cheltuielile directe din partea gospodăriilor (Out-Of-Pocket)

O altă sursă semnificativă de finanțare a sănătății în România o reprezintă **cheltuielile directe ale gospodăriilor** (ie., *Out-Of-Pocket*), care includ plățile directe pentru servicii medicale și medicamente care nu sunt acoperite de asigurările publice sau private (Cod ICHA-HF.3). Aceste cheltuieli pot include și co-plăți pentru serviciile acoperite parțial de asigurări. În contextul românesc, acest tip de finanțare este larg răspândit, reflectând limitările acoperirii sistemului public și tendința populației de a apela la servicii medicale private sau medicamente necompensate.

f) Schemele de finanțare ale instituțiilor fără scop lucrativ

În România, există și **scheme de finanțare ale instituțiilor fără scop lucrativ în serviciul gospodăriilor populației** (Cod ICHA-HF.2.2.1). Acestea includ organizații non-guvernamentale și fundații care oferă servicii medicale sau sprijină financiar accesul populației la astfel de servicii. Totuși, datele disponibile despre aceste scheme sunt limitate, ceea ce face dificilă o evaluare completă a impactului lor asupra sistemului de sănătate.

În cadrul sistemului de finanțare a sănătății din România, schemele de finanțare sunt interconectate printr-o serie de transferuri financiare între diferitele surse de finanțare. De exemplu, există transferuri semnificative de la bugetul de stat către **Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS)**, prin bugetul Ministerului Sănătății, precum și transferuri de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății, către autoritățile locale pentru susținerea unităților sanitare administrate de acestea. Toate aceste transferuri au fost identificate și analizate în cadrul studiului nostru, iar datele au fost consolidate pentru a asigura un calcul corect și comprehensiv al cheltuielilor totale cu sănătatea în România. Consolidarea acestor date a fost esențială pentru a evita dubla contabilizare a fondurilor și pentru a reflecta cu acuratețe modul în care resursele sunt distribuite în întregul sistem de sănătate.

B. Analiza cheltuielilor curente totale cu sănătatea

1. FNUASS

Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNAS) joacă un rol central în administrarea și gestionarea Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), care constituie una dintre principalele surse de finanțare a sistemului de sănătate din România. CNAS coordonează activitatea Caselor de Asigurări de Sănătate Județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASAOPSNAJ), asigurând astfel acoperirea întregului teritoriu național și a segmentelor speciale ale populației.

a) VENITURILE PENTRU SĂNĂTATE LA FNUASS

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) este alimentat din mai multe surse, principalele fiind contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS) plătite de către asigurați, sumele alocate din contribuția asiguratorie pentru muncă (CAM), subvențiile de la bugetul de stat, precum și alte surse secundare, cum ar fi taxe conform legii, dobânzi, donații, sponsorizări, și venituri obținute din exploatarea patrimoniului. Este important de menționat că veniturile provenite din CAM, alături de subvențiile destinate echilibrării acestui domeniu, sunt utilizate pentru cheltuieli cu asistența socială, precum concedii și indemnizații, și nu sunt incluse în calculul Cheltuielilor totale cu sănătatea.

Astfel, cele trei mari surse de venit pentru sănătate ale FNUASS sunt:

- I. Veniturile din contribuții (CASS)** - acestea constituie sursa principală de finanțare și sunt esențiale pentru susținerea cheltuielilor curente de sănătate.
- II. Veniturile din subvenții de la bugetul de stat** - acestea sunt transferate prin bugetul Ministerului Sănătății și sunt utilizate pentru echilibrarea finanțării dar și în domenii țintite a căror finanțare se face de la bugetul de stat conform legii
- III. Veniturile din taxele clawback** - aceste venituri provin din contribuțiile colectate de la producătorii de medicamente, menite să controleze și să echilibreze cheltuielile publice cu medicamentele.

Detalierea acestor tipuri de venituri este următoarea:

I. Veniturile din contribuții (CASS)

Veniturile generate din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS) au fost supuse unor numeroase modificări legislative, atât în ceea ce privește cuantumul contribuțiilor, cât și baza de contributivitate.

Aceste schimbări au avut un impact semnificativ asupra sustenabilității Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), administrat de Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (CNAS).

În contextul unei populații îmbătrânite și al unei emigrări masive a populației tinere, apte de muncă, raportul dintre contributori și beneficiari ai FNUASS a prezentat un dezechilibru semnificativ încă din anul 2014, accentuând vulnerabilitățile sistemului. Cu toate acestea, în 2014, aproximativ 57% din populație contribuia direct sau indirect (prin alte surse) la FNUASS.

Între anii 2017 și 2022, au fost implementate o serie de măsuri fiscale care au avut un impact semnificativ asupra bazei de contributivitate la FNUASS. Printre acestea se numără **Legea nr. 2/2017**, care a scutit toți pensionarii de la plata CASS, indiferent de valoarea pensiei, afectând direct contribuțiile a 1,8 milioane de pensionari cu pensii peste 900 lei. De asemenea, **OUG 88/2017** a extins categoria de asigurați exceptați de la plata CASS, incluzând aproximativ 3 milioane de persoane, printre care și pensionarii cu pensii sub 900 lei, șomerii cu indemnizație, deținuții, personalul monahal, asistații social cu venit minim garantat, cei aflați în incapacitate temporară de muncă și persoanele aflate în concediu de creștere a copilului. În plus, instituțiile statului au fost scutite de la plata contribuțiilor pentru acești asigurați, ceea ce a diminuat și mai mult veniturile FNUASS.

Modificările legislative au continuat cu **OUG 114/2018**, care a scutit salariații din domeniul construcțiilor de la plata CASS, afectând cca. 213.000 de salariați în 2019.

Mai mult, **OUG 79/2017** a impus ca persoanele fizice care realizează venituri independente să plătească CASS doar dacă venitul anual total depășește 12 salarii minime brute pe economie. Cei cu venituri mai mici au rămas neasigurați, sau au putut opta pentru plata unei sume fixe de CASS, calculate la nivelul a 12 salarii minime brute.

OUG 18/2018 a scutit pensionarii și salariații care obțin venituri din proprietate intelectuală de la plata CASS pentru aceste venituri, iar **Legea 263/2019** a eliminat suprainpozitarea contractelor cu timp parțial de muncă, ceea ce a redus contribuțiile angajatorilor la FNUASS pentru contractele *part-time*.

În final, **Legea nr. 135/2022** a adăugat angajații din sectorul agricol și industria alimentară în categoria asiguraților exceptați de la plata contribuției, continuând tendința de reducere a bazei de contributivitate la FNUASS.

Ca urmare a acestor măsuri, în 2022, doar 25% din populația României mai contribuia la FNUASS, ceea ce a subliniat presiunea pe care aceste modificări o exercită asupra sustenabilității financiare a sistemului de sănătate.

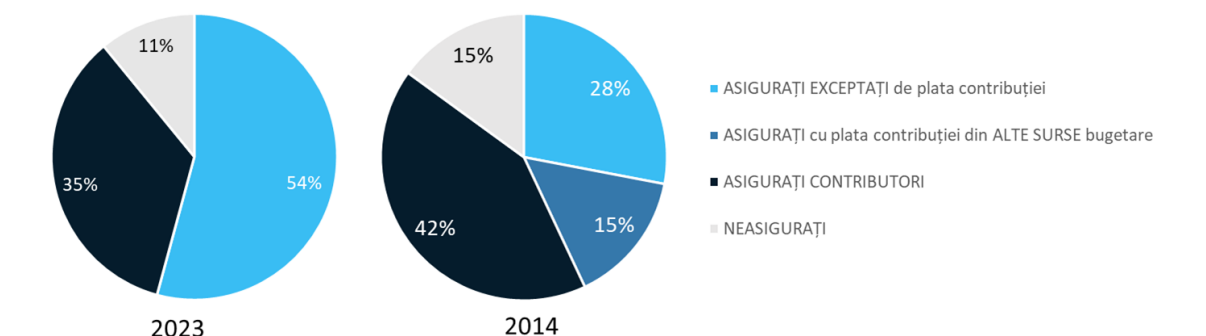


Figura 1: Structura populației pe categorii de asigurați (Sursa Datelor: CNAS)

Începând cu anul 2023, au fost luate o serie de măsuri cu rol în reechilibrarea bazei de contributivitate. Au fost eliminate excepțiile de la plata CASS pentru angajații din domeniul construcțiilor, industriei alimentare și agricultură și au fost crescute plafoanele de plată pentru activitățile independente până la 60 de salarii minime pe economie (începând cu anul 2024). Totodată s-a încercat reintroducerea CASS pentru pensiile peste 4000 RON, lege declarată neconstituțională.

Astfel în 2023, CNAS înregistrează 16.970.960 de asigurați dar doar 35% din populație contribuie la FNUASS (vezi figura). Comparativ, în Germania, 80% din populație contribuie la asigurările de sănătate publice sau private obligatorii.

Tabel 1. Categoriile de asigurați ale CNAS (Sursa Datelor: CNAS)

CATEGORIE ASIGURAȚI		
Copii, Copii în plasament, Elevi, Studenți (<26 ani), Doctoranzi	4.523.361	Exceptati de la plata CASS cf Legii 95/2006
Co-asigurați (sotul, soția, părinții fără venituri aflați în întreținerea unei persoane asigurate)	654.244	Total
Persecutați politic, Deportați, Veterani, Revolutionari	149.221	5.583.591 persoane
Persoane cu handicap	171.460	

Persoane incluse in Programe nationale curative, fara venituri	60.682	Exceptati de la plata CASS in urma masurilor fiscale din 2017-2019 Total 4.746.378 persoane ASIGURAȚI EXCEPTAȚI Total 10.329.969 persoane 19 categorii exceptate !
Femei insarcinate, Lauze fara venituri	24.623	
Persoane aflate in Concediu pentru cresterea copilului	133.362	
Someri beneficiari de indemnizatie	38.612	
Persoane cu pedeapsa privativa de libertate	19.567	
Persoane beneficiare de ajutor social – venit minim garantat	239.309	
Personal monahal	2.515	
Pensionari (inclusiv 430.786 pensii de invaliditate și 15.161 persoane instituționalizate)	4.287.274	* CASS = 10% aplicat veniturilor brute cumulate (indiferent de numarul Contractelor individuale de munca) ** CASS – suma fixa – 10% aplicat la baza de 6-60 salarii minime brute pe an, în funcție de venit În cazul în care persoanele înregistrează și venituri din salarii, vor plăti plafonat calculat la 6-12-24 salarii minime ASIGURATI CONTRIBUTORI Total 6.640.991 persoane
Cetățeni străini și alte categorii de asigurați exceptați de plata CASS	25.739	
Salariați* (incluzând 214.121 salariații din domeniul construcțiilor și 38.344 salariați din sectorul agricol și industria alimentară)	5.744.569	
Persoane cu venituri din activități independente**	261.180	
Persoane cu venituri din drepturi de proprietate intelectuală, contracte sportive, juridice, alte surse	32.068	
Persoane cu venituri venituri din cedarea folosinței bunurilor**	64.037	
Persoane cu venituri din activități agricole, silvicultură și piscicultură**	79.243	
Persoane fizice care realizează venituri din arendarea bunurilor agricole	115.358	
Persoane fizice care depun Declarația unică în vederea plății contribuției de asigurări sociale de sănătate, fără să identifice categoria venitului/veniturilor -D212	139.081	
Persoane cu venituri din investitii**	3.659	
Persoanele fizice potrivit art. 180 alin.(b)din legea 227/2015 care optează pentru plata contribuției	201.796	
TOTAL ASIGURAȚI	16.970.960 persoane	

Cu un asemenea dezechilibru între numărul de contributori și numărul mare de beneficiari exceptați de la plata contribuției, sustenabilitatea oricărui sistem de asigurări de sănătate devine extrem de dificilă și poate duce la deteriorarea calității și accesibilității serviciilor medicale disponibile. Având în vedere că un singur contributor ajunge să susțină nu doar propria asigurare, ci și costurile aferente aproape încă două persoane exceptate de la plata contribuțiilor creează o povară financiară semnificativă asupra celor care contribuie, afectând ECHITATEA sistemului de asigurări SOCIALE de sănătate.

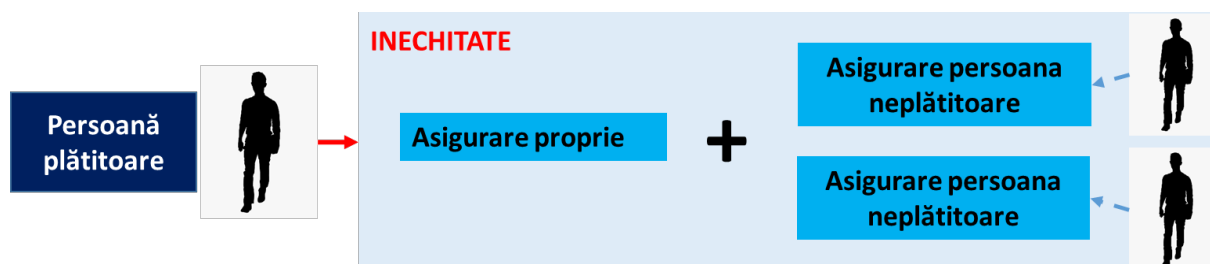


Figura 2 Raportul contributori/beneficiari ai CNAS (sursa: autorii)

Conform datelor disponibile, nu există o evidență exactă a numărului de NEASIGURAȚI rezidenți în România. Totuși, pe baza numărului cunoscut de asigurați, care este de 16.970.960 persoane, și având în vedere ultima estimare a populației rezidente din România conform recensământului din 2023, care indică un total de 19.053.815 persoane, putem estima că numărul neasiguraților se ridică la aproximativ 2.082.855 persoane (11% din populație). Această cifră este extrem de mare și reprezintă o provocare semnificativă pentru sistemul de sănătate.

Deși estimarea oficială sugerează că există în jur de 2 milioane de neasigurați, datele obținute din evidențele medicilor de familie indică un număr mult mai mare, de 3.781.996 persoane neasigurate. Această discrepanță poate fi atribuită faptului că mulți dintre acești neasigurați nu mai sunt, de fapt, în țară. Tot din evidențele medicilor de familie reiese că peste 95% dintre neasigurați au vârsta sub 60 de ani, ceea ce înseamnă că majoritatea sunt persoane tinere și active.

Având în vedere că există 19 categorii de asigurați exceptați de la plata CASS, ceea ce reprezintă o formă de protecție socială, se poate deduce că majoritatea neasiguraților din România nu fac parte din categorii sociale defavorizate, ci sunt mai degrabă persoane active care fie lucrează fără forme legale, fie desfășoară activități prin intermediul firmelor pe care le dețin, evitând astfel plata contribuțiilor (o breșă legislativă).

Numărul mare de neasigurați reprezintă o problemă reală pentru sistemul de sănătate din România. Aceștia beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale în medicina primară, pachet care a fost extins în 2022 și care are un impact financiar redus. Cu toate acestea, neasigurații accesează frecvent serviciile de urgență, contribuind astfel la aglomerarea acestora. De asemenea, neasigurații sunt nevoiți să plătească din buzunar contravaloarea serviciilor medicale pe care le accesează, contribuind la procentul ridicat de OOP din România.

Contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS) au suferit modificări semnificative de-a lungul anilor, marcate de o scădere progresivă a cotelor procentuale. Începând cu anul 2006, când contribuția totală era de 13,50%, aceasta a fost redusă la 12,50% în 2007, apoi la 11,00% în 2008, și în final la 10,7% (compusă din 5,2% contribuția angajatorului și 5,5% contribuția angajatului) pentru perioada 2009-2017.

Această reducere graduală a cotelor de contribuție a fost, în parte, o măsură pentru a ușura povara fiscală asupra angajaților și angajatorilor. Cu toate acestea, aceste scăderi au avut și un impact direct asupra veniturilor generate pentru FNUASS, limitând capacitatea sistemului de a asigura fondurile necesare pentru acoperirea cheltuielilor medicale.

Ulterior, prin **OUG 79/2017**, contribuțiile de la angajator au fost transferate integral către angajat, stabilind o cotă unică de 10% aplicată unui salariu brut crescut artificial cu aproximativ 22%, însă fără un impact semnificativ asupra veniturilor nete ale angajaților. Deși la prima vedere contribuția unică a angajatului de 10% părea mai mică decât cota defalcată anterioară (10,7% combinat pentru angajat și angajator), în realitate, aplicarea acesteia la un salariu brut mai mare a rezultat într-un impact fiscal mai semnificativ, ceea ce a adus o creștere importantă a veniturilor FNUASS din contribuții. Astfel, începând din anul 2018, noul procent de 10% reprezintă echivalentul unei contribuții defalcate de aproximativ 12,2%, un procent relevant în comparațiile internaționale.

Prin creșterea semnificativă a salariului mediu brut în România, contribuția medie a salariaților a crescut în concordanță în ultimii ani așa cum se poate observa din *Tabelul 2* și *Figura 3*.

Tabel 2. Contribuția pentru asigurări sociale de sănătate (CASS) (Tabel compilat din date publice INS)

Anul	Salariu mediu brut lunar (RON)	Contribuția medie lunară (RON)	Contribuția medie anuală (RON)
2016 (CASS 10.7%)	2.887	309	3.707
2017 (CASS 10.7%)	3.314	355	4.255
2018 (CASS 10%)	4.488	449	5.386
2019(CASS 10%)	5.073	507	6.088
2020(CASS 10%)	5.396	540	6.475
2021(CASS 10%)	5.779	578	6.935
2022(CASS 10%)	6.430	643	7.716
2023(CASS 10%)	7.364	736	8.837

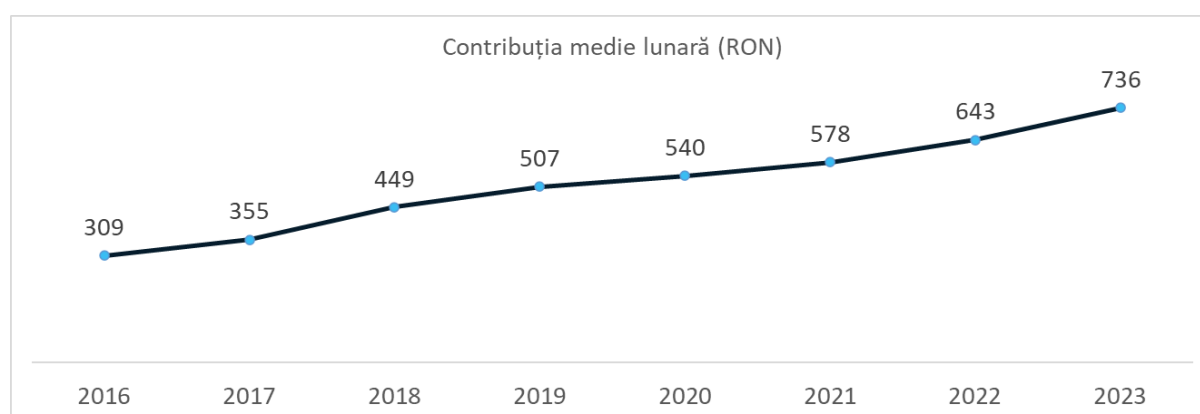


Figura 3. Evoluția CASS lunare medii (sursa: INS)

Veniturile din CASS ale FNUASS au ajuns în 2023 la 42.131.329.000 RON înregistrând o creștere anuală medie de 11.5%, o creștere de 111.5% față de anul 2016 și de 38% față de anul 2019. (vezi Figura)

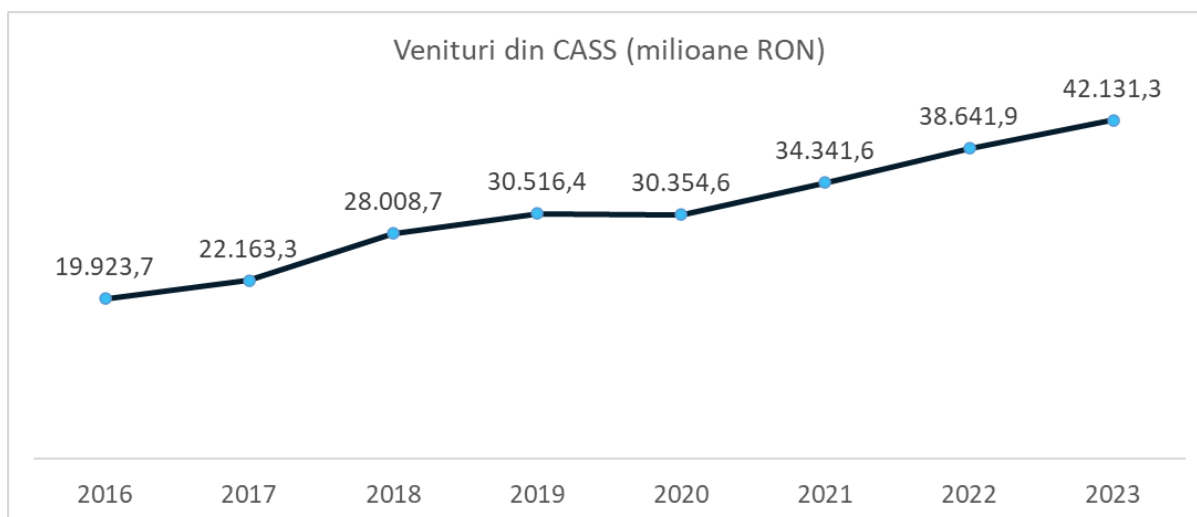


Figura 4. Evoluția Veniturilor FNUASS din CASS (sursa datelor: MFP - Execuția FNUASS)

Din cei 42.131 miliarde RON, 41.386 miliarde reprezintă contribuțiile salariaților (98.2%).

În ultimii trei ani planificarea bugetară a veniturilor din contribuțiile salariaților a fost foarte apropiată de execuție, situație ilustrată de Figura 5. Valoarea aferentă anului 2020 a fost cauzată de impactul economic al pandemiei COVID-19, însă cea din anul 2019 pare să fi fost rezultatul unei supraestimări deliberate în programarea bugetară.

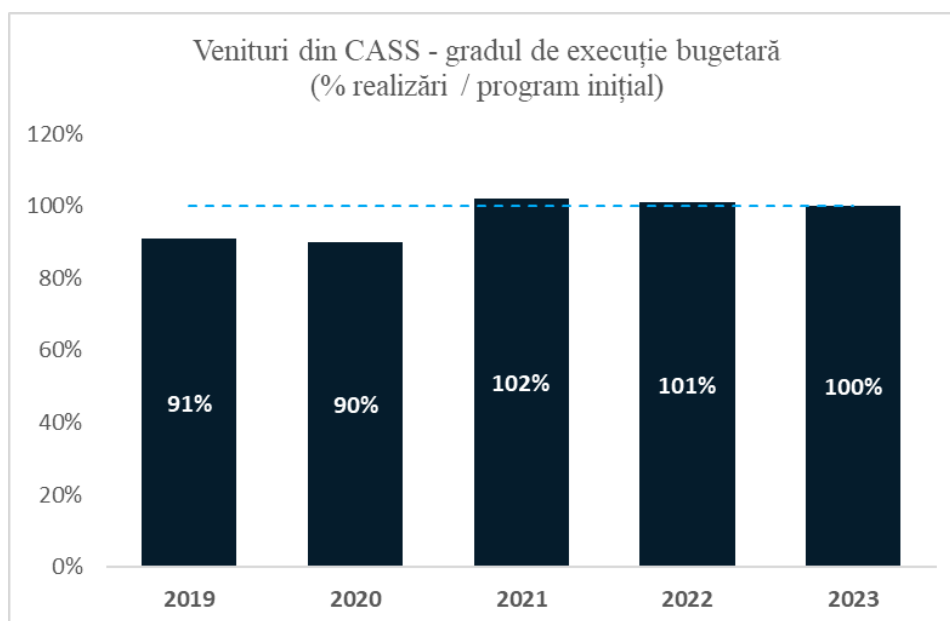


Figura 5. Gradul de execuție bugetară a contribuțiilor de sănătate achitate de salariați 2019-2023 (sursa: MF)

II. Veniturile din taxele clawback

În sistemul de sănătate din România, taxa *clawback* reprezintă un mecanism prin care producătorii de medicamente contribuie la finanțarea cheltuielilor cu medicamentele compensate. Deși în mod obișnuit se face referire la o singură taxă *clawback*, în realitate există două tipuri distincte de taxe: una aplicată medicamentelor necondiționate și mai multe tipuri aplicate medicamentelor condiționate.

Până în anul 2020, taxa *clawback* se calcula trimestrial folosind formula:

$p = (C - BAT) / BAT \cdot 100$ unde:

- **p** reprezintă procentul de taxă clawback,
- **C** este valoarea totală a consumului de medicamente,
- **BAT** este bugetul alocat trimestrial, care a avut următoarele valori:
 - 1,515 miliarde lei (T4 2011 – T3 2018),
 - 1,595 miliarde lei (T4 2018 – T3 2019),
 - 1,668 miliarde lei (T4 2019).

Această taxă este plătită de producătorii de medicamente și se bazează pe valoarea consumului de medicamente, care este calculată la prețul din farmacie, incluzând adaosul distribuitorului (10-14%) și al farmaciei (14-24%), exceptând TVA-ul.

Medicamentele luate în calcul pentru valoarea consumului includ:

- Medicamente retail (compensate total sau parțial și eliberate în farmacii),
- Medicamente spital (folosite în Programele Naționale de Sănătate, DRG, spitalizare de zi, UPU, pacienți critici),
- Medicamente PNS dializă.

Încorporarea medicamentelor utilizate în spitale în valoarea consumului de medicamente crește artificial valoarea asupra căreia se aplică taxa clawback, deși aceste medicamente nu sunt decontate direct de către CNAS, ci de spitale. Aceasta include și TVA-ul (9%) pe care CNAS îl plătește, dar nu îl mai recuperează.

Până în 2020, orice creștere a valorii consumului de medicamente era suportată integral de către industria farmaceutică, fără impact asupra FNUASS. În fiecare an de la introducerea ei în anul 2011, prin introducerea în compensare a unor molecule noi și creșterea volumului consumat, taxa clawback a crescut semnificativ, ajungând în T4 2019 la un nivel declarat nesustenabil de către producătorii de medicamente, atât pentru cele inovative, cât și pentru cele generice, preconizându-se că va depăși 30% în 2020.

În urma negocierilor cu firmele producătoare, în T2 2020 a fost modificată formula de calcul a taxei clawback, aceasta devenind:

- 25% din consum pentru medicamentele inovative,
- 20% din consum pentru medicamentele generice,
- 15% din consum pentru medicamentele generice produse în România.

Totuși, această formulă a fost declarată neconstituțională, ceea ce a dus la stabilirea unei noi formule de calcul pentru medicamentele necondiționate:

- 25% din consum pentru medicamentele inovative,
- 15% din consum pentru medicamentele generice.

Această nouă formulă expune FNUASS, deoarece orice creștere a consumului de medicamente se traduce într-o creștere directă a cheltuielilor efective cu medicamentele pentru CNAS, chiar dacă veniturile din taxa clawback cresc concomitent.

În cazul medicamentelor condiționate (contracte cost-volum și cost-volum-rezultat), taxele clawback sunt stabilite în urma negocierilor directe între CNAS și producătorii de medicamente. Aceste taxe sunt la niveluri mult superioare față de taxa clawback aplicată medicamentelor necondiționate dar nu sunt făcute publice.

Veniturile FNUASS din taxele clawback sunt reflectate însă separat pentru medicamentele condiționate și necondiționate în bugetul CNAS. Pentru simplitate vom analiza veniturile totale din taxele clawback.

În anii 2017-2019, pe vechea formula de calcul, se observă o creștere aproape liniară a veniturilor de 41% în medie pe an. După modificare formulei în 2020, dar mai ales din cauza scăderii consumului de medicamente din perioada pandemiei Covid-19, anii 2020-2022 înregistrează o ușoară scădere a veniturilor din clawback. Anul 2023, cu o creștere de 33% față

de 2022, revine însă cu un maxim istoric al veniturilor din clawback, pe fondul unei creșteri semnificative ale consumului de medicamente, mult superior consumului pre-pandemic.

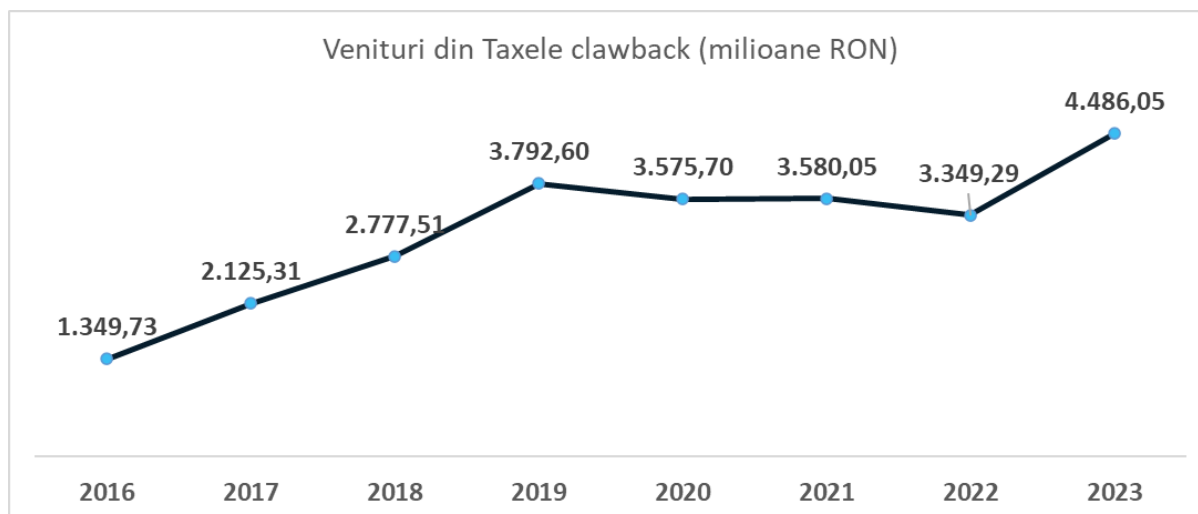


Figura 6 Evoluția Veniturilor FNUASS din Taxele Clawback (sursa datelor: MFP - Execuția FNUASS)

În ceea ce privește gradul de execuție al veniturilor din taxa clawback, respectiv raportul dintre realizările anuale și programul inițial, ilustrat în Figura #, se remarcă valorile supraunitare din toată perioada de analiză, 2019 - 2023, care sugerează subestimarea la momentul elaborării bugetului. Anul 2023 iese în evidență cu încasări cu 40% mai mari decât planul inițial. Anul 2023 a marcat o creștere semnificativă a consumului de medicamente compensate, care s-a reflectat și în veniturile returnate de producători la FNUASS prin taxa clawback.

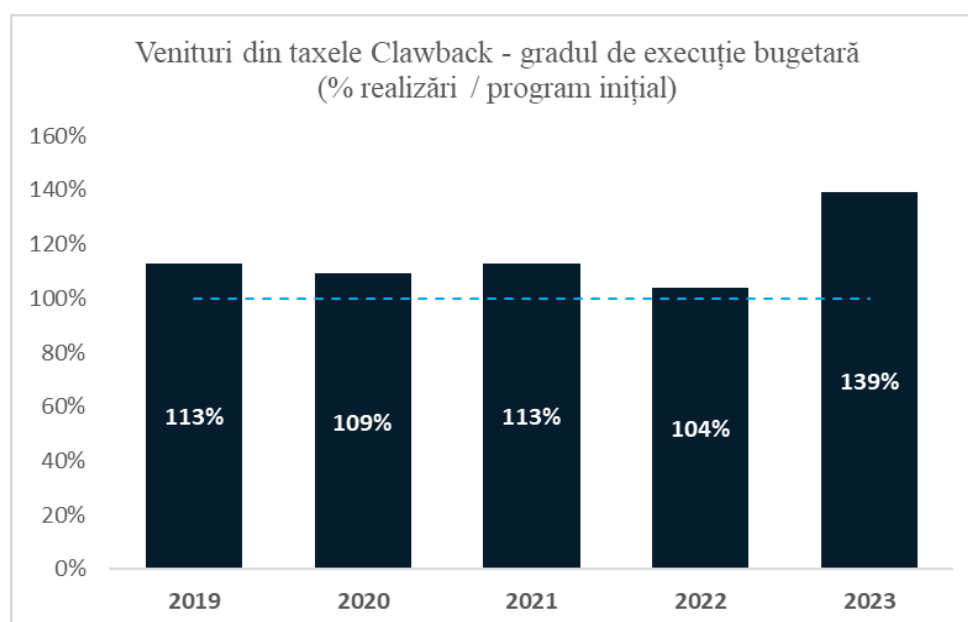


Figura 7 Gradul de execuție al veniturilor din taxa clawback 2019-2023 (sursa datelor: MFP - Execuția FNUASS)

III. Veniturile din subvenții

Subvențiile FNUASS de la bugetul de stat sunt alocate prin capitolul "*Transferuri între unități ale administrației publice*" din bugetul Ministerului Sănătății și se împart în două categorii principale:

- Venituri din subvenții de la bugetul de stat pentru echilibrare. Aceste fonduri sunt destinate pentru a asigura echilibrul financiar al FNUASS, acoperind deficitele și asigurând continuitatea finanțării serviciilor de sănătate în cazul în care veniturile colectate din contribuții nu sunt suficiente.
- Venituri din subvenții pentru anumite categorii de cheltuieli cu finanțare de la bugetul de stat prin FNUASS. Acestea sunt fonduri alocate pentru a acoperi cheltuieli specifice, determinate prin legislație, și care sunt finanțate direct de la bugetul de stat, dar sunt gestionate prin intermediul FNUASS.

Cu excepția anului 2022, subvențiile de echilibrare au crescut anual până la valoare de 7.749 miliarde lei în 2023, reprezentând 13.9% din FNUASS. (vezi Figura). Creșterea subvențiilor de echilibrare dovedesc problemele de sustenabilitate ale FNUASS datorate pe de o parte creșterii anuale a cheltuielilor pentru sănătate dar mai ales reducerii severe a bazei de contributivitate.

Începând cu 2022, se observă o creștere semnificativă a Venituri din subvenții pentru anumite categorii de cheltuieli cu finanțare de la bugetul de stat prin FNUASS datorată introducerii unor noi tipuri de cheltuieli cum ar fi suplimentarea alocației pentru hrana pacienților din spitalele publice, indemnizația pentru cadrele medicale universitare, voucherele de vacanță pentru personalul medical din unitățile sanitare publice, decontarea serviciilor medicale pe pachetul minimal pentru Neasigurați, decontarea serviciilor medicale pentru pacienții din Ucraina. Defalcarea acestor subvenții se regăsește în *Tabelul 3*.

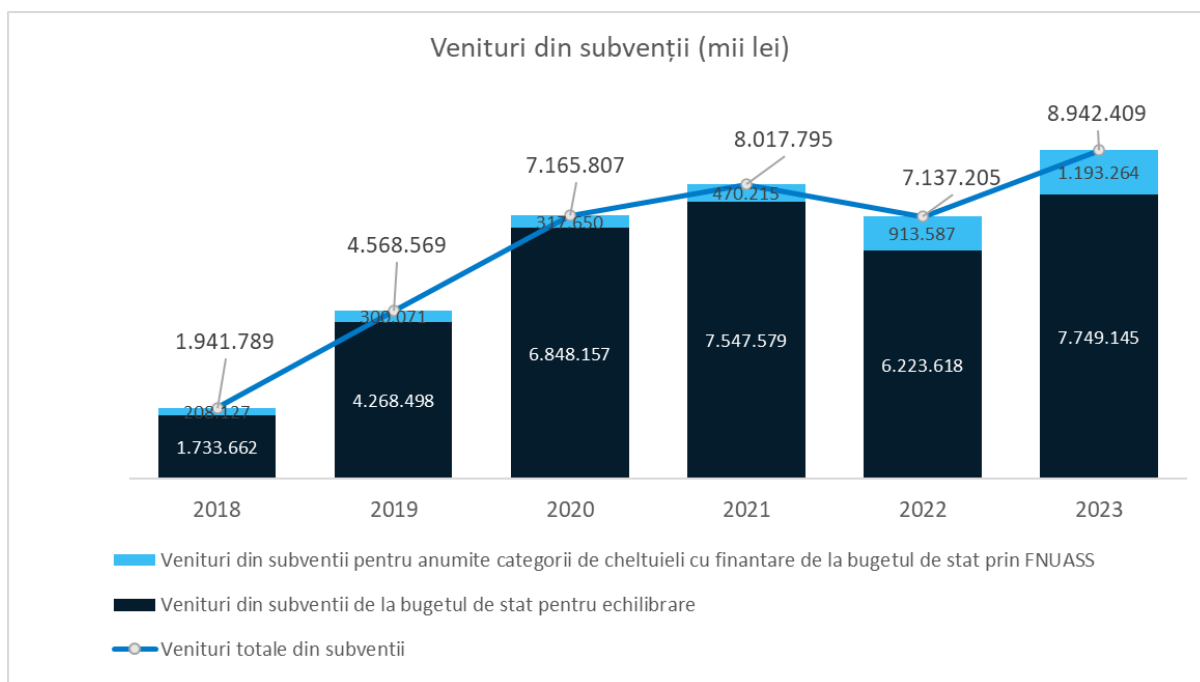


Figura 8 Evoluția Veniturilor FNUASS din Subvenții de la bugetul de stat (sursa datelor: MFP)

Tabel 3. Subvenții de la bugetul de stat, altele decât cele pentru echilibrare (Sursa datelor CNAS)

Tabel 3. Subvenții de la bugetul de stat, altele decât cele pentru echilibrare (Sursa datelor CNAS)

Sume alocate din bugetul de stat, altele decât cele de echilibrare (RON)	
Alocația de HRANĂ din unitățile sanitare cu paturi publice	499.997.098
Centre de permanență	164.158.490
Medicamente compensate 90% (40% FNUASS) pentru pensionarii cu pensii sub 1830 RON	123.439.655
Indemnizație integrare clinică cadre medicale universitare	176.502.563
Vouchere de vacanță personal încadrat în unitățile sanitare publice	156.611.283
Monitorizare, Testare, personal contractual COVID-19	35.019.781
Acordarea de sprijin și asistență umanitară cetățenilor străini (U	34.523.985
Vaccinuri compensate	1.384.355
Pachetul minimal de servicii în asistența primară pentru NEASIGURAȚI	1.627.140
TOTAL	1.193.264.350

Subvențiile de la bugetul de stat pentru echilibrarea FNUASS acoperă deficitul primar al Fondului, având o importanță majoră în planificarea și execuția bugetului acestuia. De aceea, este importantă asigurarea unei predictibilități, care să permită CNAS planificarea multianuală a cheltuielilor, în corelare cu obiectivele strategice ale sistemului de sănătate. În practică, însă, predictibilitatea subvențiilor pentru echilibrare nu este realizată. În fiecare an, programul bugetar prevede o valoare subdimensionată față de nevoile reale de finanțare. La finalul anului, în urma suplimentărilor prin rectificări bugetare și transferuri de la Fondul de rezervă la dispoziția Guvernului, sumele încasate la FNUASS sunt chiar și de trei ori mai mari, după cum este ilustrat în Figura #. Dacă anul 2020 se explică prin perturbările create și la nivel bugetar de pandemia COVID-19, gradele de execuție din anii 2019 și 2023 sunt reflecția unei planificări bugetare defectuoase din partea Ministerului Finanțelor.

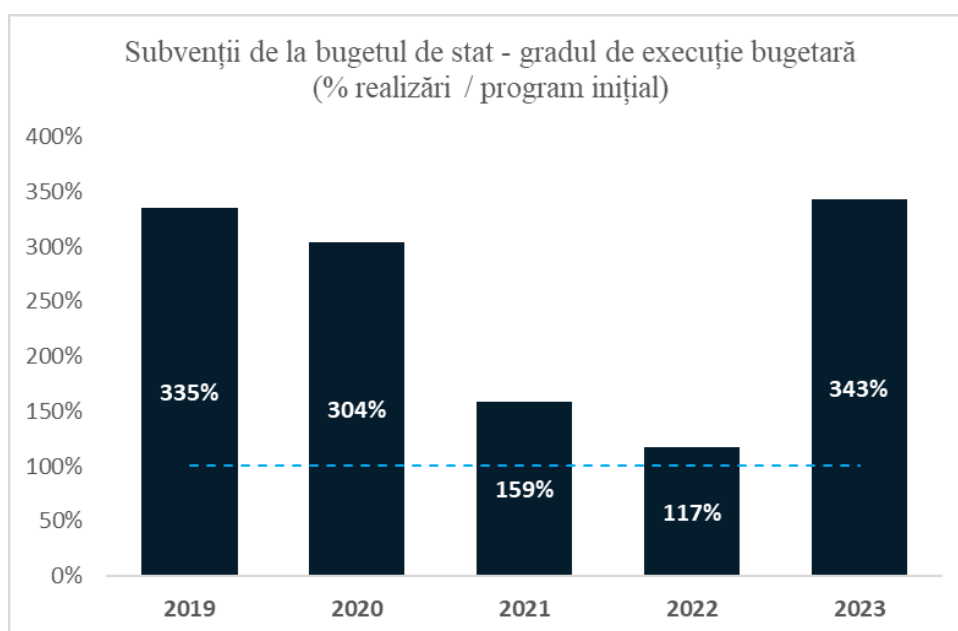


Figura 9. Gradul de execuție al veniturilor din subvenții pentru echilibrare 2019-2023 (sursa: MF)

În ultimii 7 ani, veniturile pentru sănătate ale FNUASS au crescut în medie cu 13.1%, ajungând în 2023 la 55.559.783.427 RON.

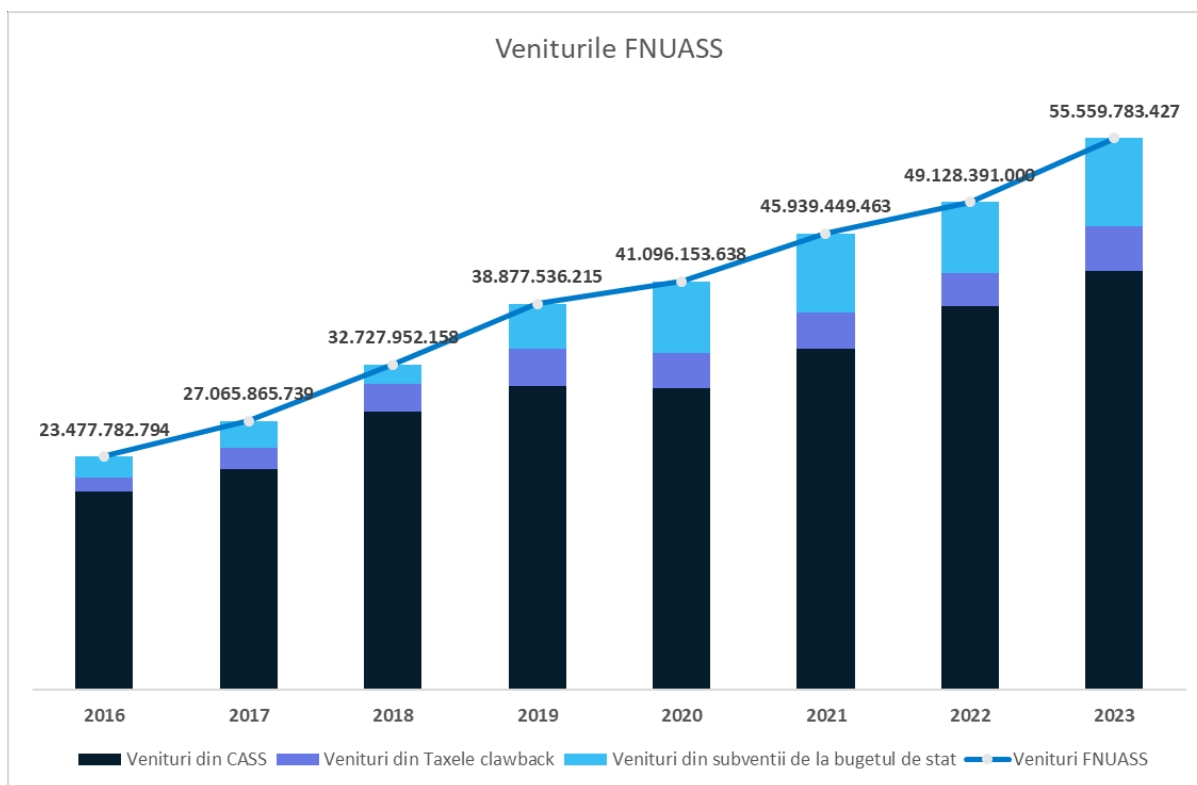


Figura 10. Evoluția Veniturilor FNUASS (sursa datelor: MFP - Execuția FNUASS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>)

b) CHELTUIELILE PENTRU SĂNĂTATE DIN FNUASS

Cheltuielile FNUASS au urmat îndeaproape evoluția veniturilor, menținând un echilibru constant între resursele disponibile și cheltuielile efectuate. Raportul între venituri și cheltuieli în execuția bugetară a CNAS a fost cvasi unitar.

Diferitele categorii de cheltuieli sunt grupate în execuția bugetară a CNAS în diverse capitole bugetare, care nu reflectă decât parțial împărțirea acestora pe tipuri de servicii medicale sau pe categorii de furnizori de servicii. Această organizare face dificilă o analiză detaliată și exactă a alocării resurselor financiare în funcție de nevoile specifice ale sistemului de sănătate. În tabelul următor, am efectuat o rearanjare a capitolelor bugetare pentru a corespunde mai bine categoriilor de servicii medicale și tipurilor de furnizori. Cu toate acestea, după cum vom vedea ulterior, defalcarea acestor capitole rezervă multiple dificultăți și provocări. Acestea includ inconsistențe în alocarea cheltuielilor și dificultăți în urmărirea exactă a modului în care resursele sunt distribuite și utilizate la nivelul diferitelor componente ale sistemului de sănătate. Această complexitate subliniază necesitatea unei abordări mai detaliate și transparente în gestionarea și raportarea cheltuielilor din fondurile alocate sănătății.

Tabel 4. Cheltuielile FNUASS pe categorii de cheltuieli (Sursa datelor MFP - Execuția FNUASS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>, CNAS, consolidate de către autori)

Categorie Subtotal (% din FNUASS)	Denumire Indicator	2019	2023 (% furnizori privati)	2023 vs 2019
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale Subtotal 18.591.714.137 (33.21%)	Medicamente cu si fara contributie personala (eliberate în farmacii)	6.486.264.000	7.652.923.088 (100%)	17.99%
	Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in Programele Naționale cu scop curativ	4.697.561.000	9.982.071.664 (71,44%)	112.49%
	Materiale sanitare specifice utilizate in Programele Naționale cu scop curativ	451.973.000	711.855.963 (29,37%)	57.50%
	Dispozitive si echipamente medicale	216.225.000	244.863.423 (100%)	13.24%
Servicii medicale în Ambulator Subtotal 10.001.209.891 (17,86%)	Asistenta medicala primara (Medicina de familie)	2.568.443.000	3.716.950.155 (100%)	44.72%
	Asistenta medicala pentru specialitati clinice (Ambulatoriul de specialitate)	1.312.278.000	2.738.495.349 (78,50%)	108.68%
	Asistenta medicala stomatologică	114.596.000	283.959.971 (96%)	147.79%
	Asistenta medicala pentru specialități paraclinice (Analize medicale, investigații radio- imagistice)	792.366.000	1.643.132.350 (82,89%)	107.37%
	Asistenta medicala in centre medicale multifuncționale (Servicii medicale de recuperare în ambulator)	119.225.000	180.307.078 (74,88%)	51.23%
	Servicii de urgenta prespitalicești si transport sanitar (Ambulanțe private)	37.429.000	68.619.022 (100%)	83.33%
	Îngrijiri medicale la domiciliu	36.126.000	54.651.359 (100%)	51.28%
	Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala*	1.107.284.000	1.315.094.607 (89,02%)	18.77%

Servicii medicale în Unități sanitare cu paturi Subtotal 26.623.069.658 (47,56%)	Spitale generale (publice si private) – Spitalizare continua ACUȚI/CRONICI, Spitalizare de zi, Radioterapie, alte PNS	10.743.673.000	14.172.348.539 (11,25%)	31.91%
	Transferuri între unități ale administrației publice (creșteri salariale spitale publice)	9.567.784.000	12.399.062.602 0%	29.59%
	Unitati de recuperare-reabilitare a sănătății	46.575.000	51.658.517 (16,93%)	10.91%
Prestații medicale în baza documentelor internaționale (0,65%)		450.151.000	362.331.308 (0%)	-19.51%
Cheltuieli de administrare a fondului (0,72%)		377.549.000	404.439.236 (0%)	7.12%
TOTAL		39.125.502.000	55.982.764.230 (46,04%)	43.09%

* *Incorect plasate în cadrul execuției CNAS la capitolul **Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale***

Tabelul de mai sus evidențiază evoluția cheltuielilor FNUASS pe diverse categorii de produse farmaceutice, materiale sanitare, dispozitive medicale și servicii medicale pentru anii 2019 și 2023. În ansamblu, cheltuielile totale au crescut semnificativ, cu 43,09% față de 2019, ajungând la aproape 56 miliarde lei în 2023.

Totodată se poate observa că 46,04% din cheltuielile cu sănătatea alea FNUASS, adică 25.771.838.964 RON, au reprezentat plăți către furnizori privați de servicii medicale (inclusiv farmaciile cu circuit deschis).

În continuare vom detalia principalele categorii de cheltuieli:

A. Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale:

În cadrul execuției bugetare a CNAS, medicamentele sunt grupate în două mari categorii în funcție de modul în care sunt eliberate și de scopul utilizării acestora:

- 1. Medicamente cu și fără contribuție personală (eliberate în farmacii):** Această categorie include medicamentele cu prescripție, compensate parțial (lista A 90%, lista B 50%, lista D 20%) sau integral (listele C1, C2, C3 – 100%), care sunt eliberate prin farmacii cu circuit deschis. Pacienții pot achiziționa aceste medicamente, fie contribuind cu o parte din cost (contribuție personală), fie fără a plăti nimic, în funcție de gradul de compensare oferit de CNAS.

2. **Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în Programele Naționale**

cu scop curativ: Aceasta categorie cuprinde medicamentele destinate tratamentului bolilor cronice care prezintă un risc crescut pentru sănătatea publică. Aceste medicamente sunt utilizate în cadrul Programelor Naționale de Sănătate, având scopul de a trata afecțiuni specifice cu impact major asupra calității vieții pacienților și asupra costurilor sistemului de sănătate.

Deși această clasificare simplifică modul în care sunt prezentate cheltuielile cu medicamentele în execuția CNAS, ea nu reflectă complexitatea tipurilor de medicamente și a modalităților de rambursare. Clasificarea nu relevă tipul medicamentelor, cum ar fi cele **inovative**, **generice** sau **generizate** (medicamente ieșite de sub patent), și nici nu menționează medicamentele **biologice** și **biosimilare**. De asemenea, nu este specificat tipul de rambursare, fie că este **necondiționată** sau **condiționată** (contracte cost-volum sau cost-volum-rezultat).

Aceste aspecte sunt deosebit de importante în calculul taxelor clawback, care variază în funcție de tipul și condițiile de rambursare ale medicamentelor. Toate aceste subcategorii de medicamente se regăsesc în ambele capitole ale clasificării. De exemplu, majoritatea medicamentelor rambursate condiționat sunt incluse în Programele Naționale Curative, dar există și medicamente cu rambursare condiționată care sunt eliberate în farmacii cu circuit deschis, cum ar fi tratamentele pentru Hepatita cu virus C.

Această diversitate subliniază necesitatea unei abordări mai detaliate și diferențiate în gestionarea și raportarea cheltuielilor cu medicamentele, pentru a reflecta cu exactitate costurile și a asigura o mai bună predictibilitate în alocarea resurselor, dar nu face obiectul acestui studiu.

Contractele **Cost-Volum (CV)** și **Cost-Volum-Rezultat (CV-R)** sunt încheiate prin negociere confidențială între CNAS și producătorii de medicamente. Aceste contracte sunt avantajoase pentru stat din punct de vedere financiar, deoarece permit o gestionare eficientă a costurilor asociate cu medicamentele inovative.

În cadrul contractelor CV, se negociază numărul de pacienți beneficiari și cuantumul taxei clawback, care este ajustat în funcție de acest număr. Dacă numărul de pacienți care beneficiază de tratament depășește cel stabilit în contract, surplusul de costuri este suportat de către industrie, nu de către CNAS.

Contractele CV-R includ o componentă suplimentară legată de eficacitatea tratamentului. Dacă tratamentul nu dă rezultate, așa cum este prevăzut în contract (de exemplu, în cazul tratamentului anti-HVC, rata de succes este sub 1%), CNAS nu va deconta costurile pentru acei pacienți. Acest aspect adaugă un nivel suplimentar de securitate financiară pentru CNAS și încurajează utilizarea eficientă a resurselor.

Aceste tipuri de contracte permit accesul pacienților la terapii noi și inovative, care altfel ar fi inaccesibile din cauza costurilor ridicate. Medicamentele incluse în aceste contracte sunt administrate doar pe bază de prescripție, conform unor protocoale terapeutice stricte, asigurându-se astfel că utilizarea lor este adecvată și justificată medical.

Ceea ce se poate observa din execuția CNAS este o ușoară creștere bugetului pentru medicamentele eliberate în farmaciile cu circuit deschis de 17,9% față de anul 2019. Totodată, medicamentele din Programele Naționale au înregistrat una dintre cele mai semnificative creșteri de alocare - 112,49% față de anul 2019.

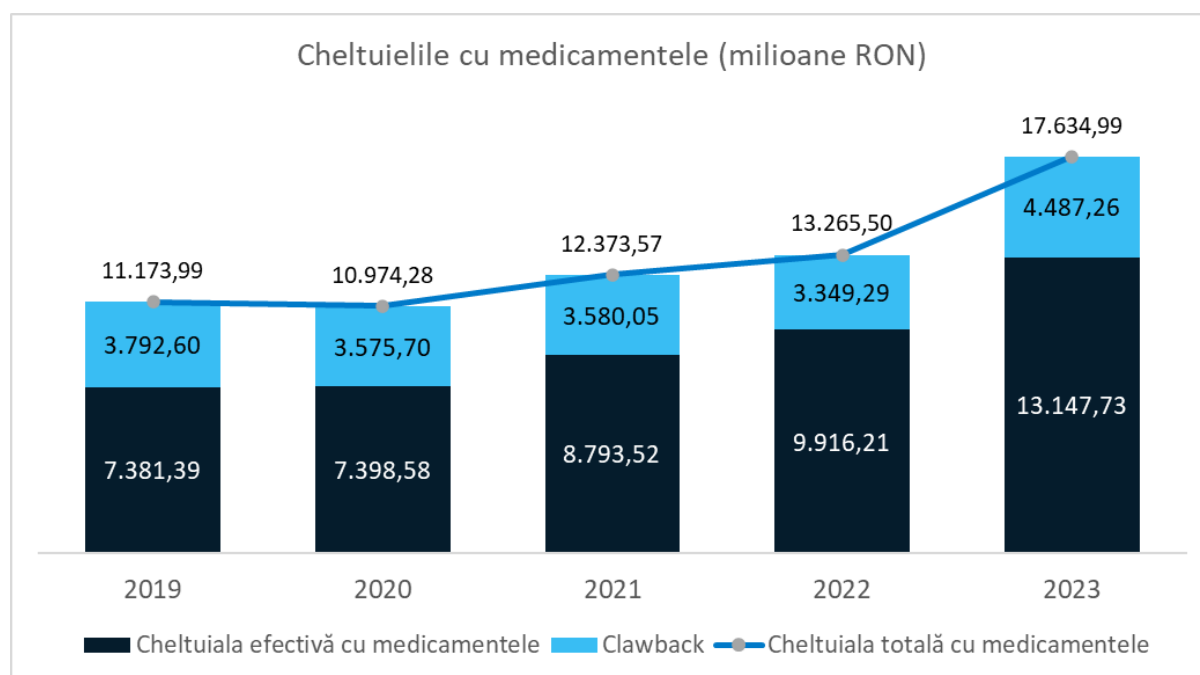


Figura 11. Evoluția Cheltuielilor FNUASS cu medicamentele (Sursa datelor: MFP - Execuția FNUASS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>)

Creșterea semnificativă a valorii consumului de medicamente compensate în anul 2023 nu a fost anticipată în programul bugetar aprobat inițial. Execuția a depășit cu 36% programul, CNAS suplimentând creditele bugetare aprobate prin *Legea bugetului de stat* pe anul 2023 din veniturile încasate suplimentar prin subvenții pentru echilibrare. De altfel, încă din anii 2021-2022 este vizibilă o tendință de subestimare a cheltuielilor cu medicamente compensate în

bugetele aprobate inițial. Aceasta este cauzată deopotrivă de dificultăți în estimarea nevoilor de finanțare a consumului, care este influențat de includeri în lista medicamentelor compensate în timpul anului, dar și de constrângerile create de subestimarea subvențiilor de echilibrare asupra planificării cheltuielilor.

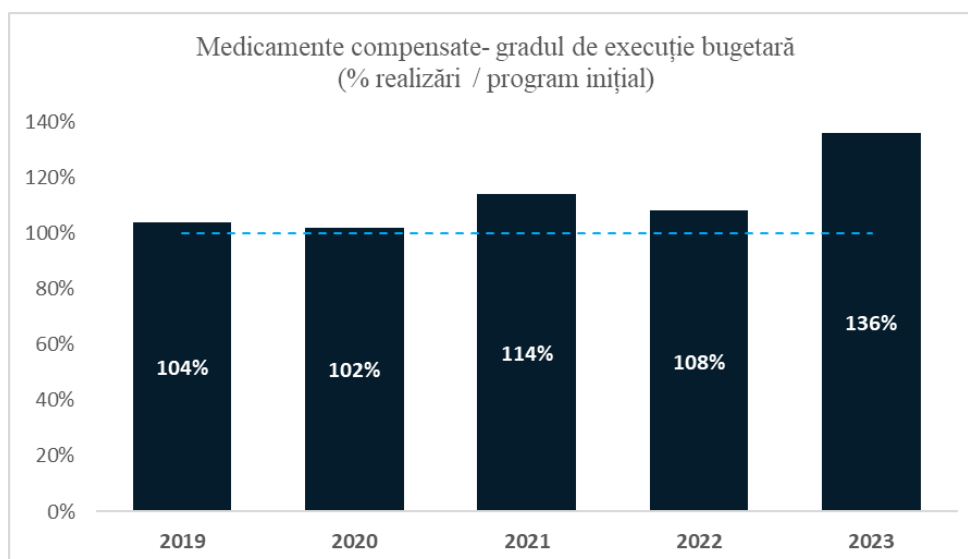


Figura 12. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu medicamentele compensate în perioada 2019-2023 (sursa datelor: MF)

După cum menționam anterior, modificarea formulei de calcul a taxei clawback expune FNUASS la riscuri considerabile, în special la creșterea consumului de medicamente. Deși există diferențe temporale între momentul în care CNAS încasează veniturile din taxa clawback și momentul în care se efectuează plățile către farmacii, se poate observa o tendință îngrijorătoare. În anul 2023, cheltuielile efective cu medicamentele au crescut cu aproximativ 3,2 miliarde RON, iar cheltuielile totale au crescut cu 4,4 miliarde RON.

Această creștere semnificativă subliniază vulnerabilitatea sistemului și necesitatea ca CNAS să implementeze măsuri adecvate pentru a controla și limita creșterea consumului de medicamente. Fără intervenții eficiente, de limitare a creșterii consumului de medicamente prin protocoale de prescripție, de limitare a intrării în rambursare necondiționată a moleculelor scumpe și de extindere a contractelor CV/CVR, această tendință poate duce la presiuni financiare suplimentare asupra FNUASS, afectând astfel sustenabilitatea pe termen lung a sistemului de sănătate.

Concomitent cu creșterea cheltuielilor pentru medicamente, s-a înregistrat și o creștere semnificativă a cheltuielilor pentru **materiale sanitare** utilizate în Programele Naționale de Sănătate Curative (PNS), care au crescut cu 57,50% între 2019 și 2023. Această majorare

sugerează o dezvoltare substanțială a acestor programe în ultimii ani, reflectând atât extinderea accesului la tratamente specializate pentru afecțiunile cornice.

B. Programele Naționale de Sănătate Curative (PNS)

Sumele alocate programelor și subprogramelor naționale curative de sănătate (PNS) sunt utilizate pentru a asigura diverse servicii și materiale necesare gestionării bolilor cronice cu impact major asupra sănătății publice. Aceste fonduri sunt utilizate pentru:

1. **Asigurarea medicamentelor, materialelor sanitare specifice și dispozitivelor medicale** necesare pentru tratamentul bolilor cronice, atât în spital, cât și în ambulatoriu, pentru pacienții incluși în PNS curative.
2. **Asigurarea serviciilor de suplere renală:**
 - Incluzând medicamente și materiale sanitare specifice,
 - Investigații medicale paraclinice specifice,
 - Transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul acestora,
 - Transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare pentru dializă peritoneală la domiciliul pacienților.
3. **Asigurarea serviciilor specializate:**
 - Dozarea hemoglobinei glicozilate,
 - Investigații PET-CT,
 - Tratament Gamma-Knife,
 - Diagnosticarea și monitorizarea leucemiilor acute,
 - Diagnosticarea genetică a tumorilor solide maligne (sarcom Ewing și neuroblastom),
 - Servicii de radioterapie.

Finanțarea PNS și numărul de pacienți tratați sunt abordate într-un capitol separat, în cadrul **rapoartelor de activitate ale CNAS**. Finanțarea PNS este incompletă însă, deoarece nu include sumele alocate spitalelor pentru medicamente care fac obiectul contractelor de tip **Cost-Volum**. Pe baza raportului de activitate al CNAS și pe baza execuției bugetare a spitalelor publice și private din FNUASS am putut elabora următorul tabel, care oferă o imagine de

ansamblu a finanțării tuturor PNS. De asemenea, am putut calcula ce procent din sumele alocate unităților sanitare sunt direcționate către furnizorii privați.

Tabel 5. Plățile FNUASS cu Programele Naționale de sănătate (Sursa datelor: CNAS - Rapoarte de activitate <https://cnas.ro/rapoarte-de-activitate/> . CNAS - plăți furnizori)

Denumire program de sănătate	Plăți efectuate 2023 (RON)	Nr. pacienți	Furnizori privați
Programul național de oncologie, din care:	4.686.162.980		83,12%
<i>Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulți si copii) din care:</i>	<i>4.288.529.742</i>	<i>167.253</i>	<i>83,4%</i>
<i>Unitati sanitare cu Circuit deschis</i>	<i>3.219.044.994</i>	<i>90.741</i>	<i>100%</i>
<i>Unitati sanitare cu Circuit inchis</i>	<i>1.069.484.748</i>	<i>76.512</i>	<i>33.71%</i>
<i>Subprogramul de reconstrucție mamara după afecțiuni oncologice prin endoprotezare</i>	<i>1.110.715</i>	<i>344</i>	<i>0.00%</i>
<i>Subprogramul de diagnostic si de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic si/sau FISH si examen de biologie moleculara la copii si adulți</i>	<i>5.209.032</i>	<i>680</i>	<i>0.00%</i>
<i>Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate in regim de spitalizare de zi (adulți si copii).</i>	<i>391.293.863</i>		<i>80.57%</i>
<i>Subprogramul de diagnostic genetic al tumorilor solide maligne (sarcom Ewing si neuroblastom) la copii si adulți</i>	<i>19.628</i>	<i>28</i>	<i>0.00%</i>
Programul național de Diabet Zaharat (96.8% Unități sanitare cu circuit deschis)	2.569.153.830	1.252.459	96,8%
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umana - Unitati sanitare cu Circuit deschis - starea post transplant pentru pacienții transplantați	53.651.439		0%
Programul național de tratament pentru boli rare din care:	961.037.890		43,04%
<i>Unitati sanitare cu Circuit deschis</i>	<i>411.568.778</i>		<i>100%</i>
<i>Unitati sanitare cu Circuit închis</i>	<i>549.469.112</i>	<i>5.453</i>	<i>0.38%</i>

Programul național de tratament al bolilor neurologice - Scleroză multiplă	159.397.333	4.966	0.00%
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	223.542.852		0.33%
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant cohlear și proteze auditive)	22.362.814	353	0.00%
Programul național de boli endocrine	2.484.266	7.516	0.24%
Programul național de ortopedie	142.496.408	24.567	15.31%
Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	77.316	23	0.00%
Programul național de boli cardiovasculare	309.595.152		15.10%
Programul național de sănătate mintală, din care:	3.121.426		
<i>Subprogramul național de tratament al bolnavilor cu toxicodenidență, precum și de testare a metaboliților stupefiantelor</i>	<i>2.859.121</i>	1.787	0.00%
<i>Subprogramul național de servicii conexe acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist</i>	<i>262.305</i>	145	100.00%
Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparatului de înaltă performanță, din care:	30.138.283	4.986	2.71%
Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	1.383.496.916		89.02%
Programul național de PET-CT	81.232.000	18.672	90.72%
Sume pentru medicamente utilizate în programele naționale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip COST VOLUM (majoritatea în PNS Oncologie)	1.842.708.691		36.66%
Total	12.470.659.595		70,94%

Finanțarea Programelor Naționale de Sănătate curative (PNS) nu este reflectată unitar în bugetul CNAS, ci este dispersată în diverse capitole bugetare. Această distribuție complică monitorizarea și gestionarea eficientă a fondurilor alocate PNS, subliniind necesitatea unei abordări mai integrate și transparente în administrarea acestor resurse.

Cu toate acestea, prin consolidarea datelor din raportul de activitate al CNAS, execuția bugetară a CNAS și execuția bugetară a spitalelor publice și private din FNUASS, am reușit să realizăm

o corespondență între execuția bugetară și finanțarea alocată PNS. Această corespondență a fost realizată cu un factor de eroare neglijabil, după cum urmează:

Tabel 6. Programele Naționale de sănătate în execuția bugetară a CNAS (sursa datelor MFP)

Indicator Bugetar	Plăți efectuate 2023 (RON)	Detalii
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	9.982.071.664	Toate PNS, inclusiv sume pentru medicamente utilizate în programele naționale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip CV- 1.842.708.690 RON
Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	711.855.963	Toate PNS
Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	1.383.496.916	Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica
Spitale generale	391.293.863	Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi (adulți si copii)
	30.138.283	Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță
	5.209.032	Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți (PNS Oncologie)
Asistenta medicala pentru specialități paraclinice	2.879.070	Sume pentru evaluarea periodica a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate (11bA Ic) (PNS Diabet)
Total PNS (mii lei)	12.506.944.790	22.34% din Cheltuielile cu sănătatea din FNUASS

Finanțarea Programelor Naționale de Sănătate (PNS) a totalizat în 2023 aproximativ 12,5 miliarde RON, ceea ce reprezintă 22,34% din cheltuielile cu sănătatea ale FNUASS. Acest procent este semnificativ mai mare față de alocarea de 16,7% din 2019, indicând o creștere în termeni absoluți și procentuali a fondurilor destinate PNS în cadrul bugetului general al FNUASS. Din analiza celor două tabele se poate observa că, de departe, cel mai important program din punct de vedere al finanțării este **Programul național de oncologie**, care include toate subprogramele aferente și beneficiază de o alocare de peste 6 miliarde de lei (incluzând medicamentele condiționate prin contractele de tip Cost-Volum).

Pe locul următor se află **Programul Național de Diabet Zaharat**, urmat de **Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică** și de **Programul național de tratament pentru boli rare**.

În ceea ce privește furnizorii privați de servicii medicale, aceștia sunt din ce în ce mai bine reprezentați în cadrul Programelor Naționale de Sănătate (PNS). Din punct de vedere al finanțării, contribuția acestora la anumite servicii medicale din cadrul PNS este semnificativă, după cum urmează:

- **33%** din tratamentele chimioterapice efectuate în unitățile sanitare cu paturi,
- **80,5%** din serviciile de radioterapie,
- **89%** din serviciile de hemodializă,
- **90%** din investigațiile PET-CT,
- **15%** din serviciile ortopedice din PNS,
- **15%** din serviciile de chirurgie cardiovasculară din PNS.

C. Asistența medicală primară, reprezentată de medicina de familie, a beneficiat de o creștere semnificativă a finanțării, de **44,72%** față de anul 2019, ajungând la **3,7 miliarde RON** în 2023. Această sumă include, pe lângă finanțarea de bază, și fonduri provenite din transferuri de la bugetul de stat, destinate unor obiective specifice:

- **164.158.490 RON** pentru finanțarea centrelor de permanență,
- **1.627.140 RON** pentru finanțarea serviciilor medicale din pachetul minimal destinate neasiguraților,
- **23.102.811 RON** pentru acordarea de sprijin și asistență umanitară cetățenilor străini, în special celor din Ucraina.

Cele **10.569** cabinete ale medicilor de familie beneficiază de o dublă finanțare din partea CNAS:

- **Per capita** – în funcție de numărul de asigurați înscrși pe lista medicului, cuantificat printr-un punctaj per capita.
- **Per serviciu** – în funcție de serviciile medicale efectuate, cuantificat printr-un punctaj per servicii.

Creșterea finanțării s-a datorat mai multor factori:

1. **Dezvoltarea pachetului de bază** în asistența medicală primară, prin introducerea de noi servicii de diagnostic, terapeutice și consultații preventive.
2. **Posibilitatea extinderii programului de lucru** la cabinet al medicilor de familie cu până la 2 ore și/sau modificarea raportului între programul la cabinet și programul la domiciliu. Această flexibilitate a permis efectuarea unui număr mai mare de servicii, având în vedere că, prin norme, timpul de consultație este stabilit la 15 minute, ceea ce limitează numărul maxim de consultații la 28 pe zi pentru un program de 7 ore.
3. **Extinderea pachetului minimal de servicii** pentru neasigurați, astfel încât acesta să includă toate tipurile de consultații din pachetul de bază.
4. **Creșterea de la 01.07.2023 a valorii garantate a punctului** per capita la 12 RON și a punctului per servicii la 8 RON.

Tabel 7. Valoarea punctului de servicii medicale în asistența medicală primară (Sursa datelor - CNAS - COCA)

Numarul punctelor	Trim. I 2023	Trim. II 2023	Valoare Punct (I +II)	Trim. III 2023	Trim. IV 2023	Valoare punct (III+IV)	Buget 2023 (RON)
Puncte „per capita” a medicilor de familie	38.058.977	38.122.612	10	38.299.810	38.813.684	12	1.687.177.818
Puncte „per serviciu” a medicilor de familie	89.356.918,95	83.687.052,70	4	90.465.372,90	89.384.307,85	8.00	2.130.973.333

Reformele întreprinse în anii 2022 și 2023 au determinat CNAS să planifice o majorare a cheltuielilor cu medicina de familie, care nu s-a concretizat în execuție, comportamentele medicilor neschimbându-se încă la nivelul anticipat. În consecință, execuția a fost mai mică decât planificarea cu 10% în anul 2022 și 25% în anul 2023. CNAS a realocat creditele bugetare neutilizate către alte destinații de cheltuieli.

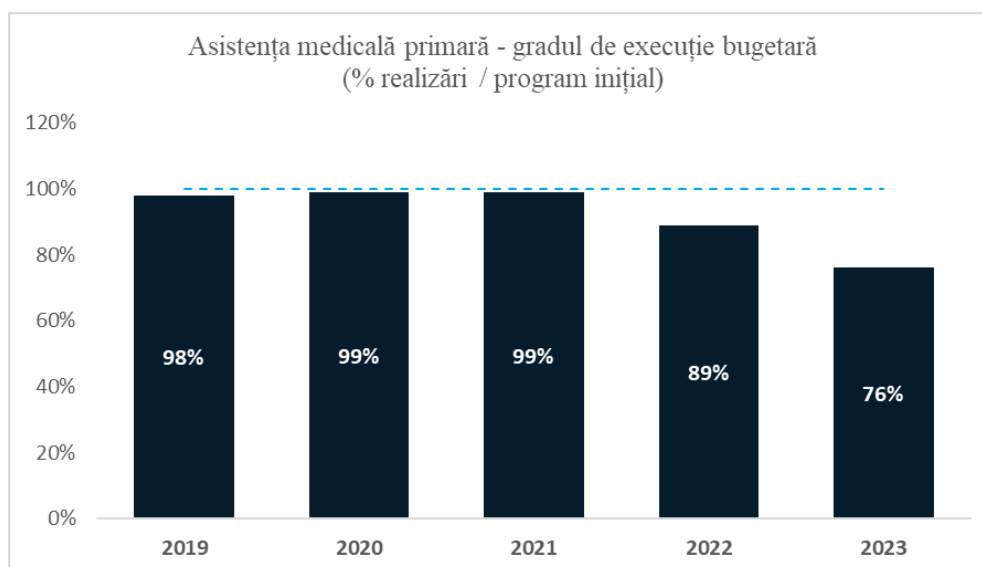


Figura 13. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu asistența medicală primară (sursa: MF)

IV. Servicii medicale în ambulatoriul de specialitate:

Ambulatoriul de specialitate a înregistrat o creștere semnificativă a finanțării în ultimii ani (creștere cu 108,68% față 2019), atingând suma de 2.738.495.349 RON în 2023. Această creștere substanțială s-a datorat în principal următorilor factori:

- Creșterea semnificativă a numărului de servicii medicale
- Creșterea valorii punctului „per serviciu” la 4,5 RON, începând cu trimestrul III al anului 2023. Valoare punctului în ambulator este însă mult sub valoarea din medicina de familie

Tabel 8. Valoarea punctului de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate (Sursa datelor - CNAS - COCA)

Numarul punctelor	Trim. I 2023	Trim. II 2023	Valoare Punct (I +II)	Trim. III 2023	Trim. IV 2023	Valoare punct (III+IV)	Servicii finanțate 2023 *(RON)
Puncte „per serviciu” în asistenta medicala ambulatorie	170.141.574	164.556.077	4	166.331.219	172.995.494	4.50	2.865.760.819

*Suma nu corespunde cu cea din execuția bugetului deoarece plățile în luna respectivă se fac pentru luna anterioară

Din suma totală alocată ambulatoriilor de specialitate, 743.239.017 RON au fost destinați serviciilor decontate în ambulatoriile integrate ale spitalelor. Dintre aceștia, spitalele publice au beneficiat de servicii decontate în valoare de 588.868.273 RON, în timp ce spitalele private au primit 154.370.744 RON.

În afara ambulatoriilor integrate ale spitalelor publice, restul furnizorilor din acest sector sunt privați. Astfel, către furnizorii privați din ambulatoriul de specialitate au fost decontate servicii în valoare de 2.149.627.076 RON, ceea ce reprezintă 79,5% din suma totală de 2.738.495.349 RON.

Deși la prima vedere sectorul pare dominat de furnizorii privați, trebuie remarcat că toate creșterile salariale ale personalului medical din ambulatoriile integrate ale spitalelor publice sunt suportate de către FNUASS, dintr-un capitol bugetar distinct. Valoarea totală a acestor influențe salariale nu poate fi cuantificată, deoarece nu există raportări separate pentru personalul din ambulatoriul integrat, acesta desfășurând adesea activități și în secțiile spitalului. Astfel, pentru aceleași servicii prestate, se poate considera că furnizorii publici din ambulatoriul de specialitate beneficiază de un avantaj net față de cei privați, grație sprijinului acordat de FNUASS pentru cheltuielile de personal.

Activitatea cabinetelor medicale este limitată de către CNAS prin impunerea unui program de lucru de 7 ore pe zi și a unui timp minim alocat fiecărei consultații. Aceste limitări afectează numărul maxim de consultații pe care un medic le poate realiza într-o zi:

- 15 minute per consultație - maxim 28 consultații pe zi (pentru majoritatea specialităților),
- 20 minute per consultație - maxim 21 consultații pe zi (pentru specialități precum neurologia),

- 30 minute per consultație - maxim 14 consultații pe zi (pentru specialități precum psihiatria și îngrijirile paliative).

În plus, decontarea serviciilor conexe este plafonată, cu un maxim de 154 puncte pe zi în medie, ceea ce limitează și mai mult volumul de activitate ce poate fi decontat zilnic de către CNAS. Aceste restricții influențează direct capacitatea cabinetelor de a răspunde cererii de servicii medicale și pot afecta accesul pacienților la consultații specializate.

Gradul de execuție al cheltuielilor cu ambulatoriul clinic de specialitate este în general optim, consecință a constrângerilor stabilite prin contractul-cadru asupra volumului de servicii ce pot fi furnizate de medicii specialiști, însă în anul 2023 programul bugetar a fost supraestimat, din motive similare cu cele deja invocate la asistența medicală primară.

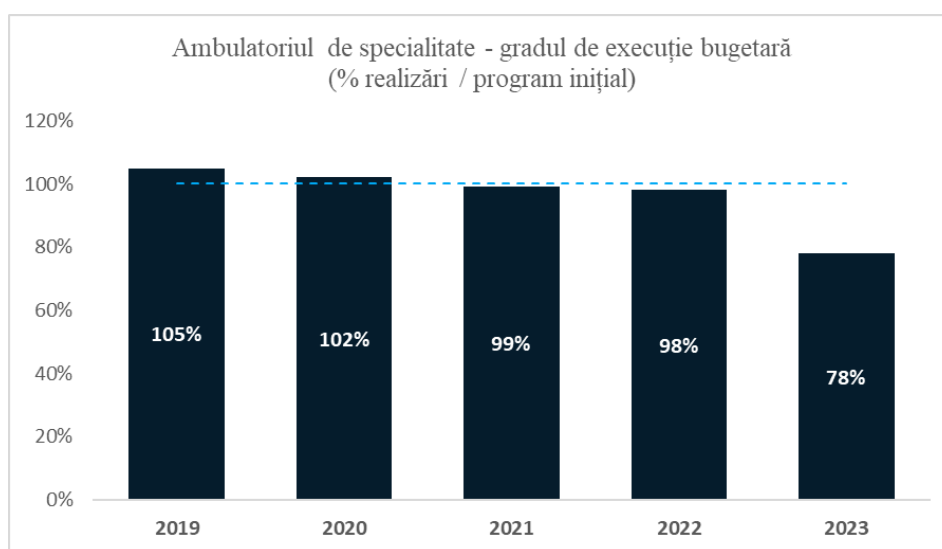


Figura 14. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu ambulatoriul clinic de specialitate (sursa: MF)

V. Investigațiile paraclinice au înregistrat o creștere cu 107,37% față de 2019, ajungând în 2023 la 1.643.132.350 RON.

Creșterea finanțării s-a realizat în principal prin introducerea programelor de tip Monitor, create pentru a facilita accesul la investigații medicale paraclinice acordate în ambulatoriul de specialitate, necesare monitorizării pacienților cu COVID-19 după externare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare.

Astfel furnizorii de investigații paraclinice au putut acorda investigațiile, chiar dacă depășeau valoarea de contract.

”Monitor 1” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital,

”Monitor 2” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli oncologice,

”Monitor 3” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților cu diabet zaharat,

”Monitor 4” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cardiovasculare,

”Monitor 5” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli rare,

”Monitor 6” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli neurologice,

”Monitor 7” – investigațiile paraclinice se recomandă pentru monitorizarea pacienților diagnosticați cu boli cerebrovasculare

Pentru restul serviciilor, CNAS prevede două tipuri de plafoane: ***Plafon pe furnizor*** și un ***Plafon județean***.

Aceste plafoane sunt considerate insuficiente, ceea ce duce la epuizarea fondurilor disponibile încă din prima jumătate a fiecărei luni. Drept urmare, pacienții sunt adesea plasați pe liste de așteptare, care pot dura luni de zile.

Din suma totală alocată investigațiilor paraclinice, 605.056.915 RON au fost destinați investigațiilor radioimagistice și de laborator decontate în ambulatoriile integrate ale spitalelor. Dintre aceștia, 281.351.465 RON au fost decontați către spitalele publice, în timp ce 323.705.450 RON au fost direcționați către spitalele private.

În afara ambulatoriilor integrate ale spitalelor publice, ceilalți furnizori din acest sector al investigațiilor paraclinice sunt privați. Astfel, către acești furnizori privați au fost decontate

servicii în valoare de 1.361.780.885 RON, ceea ce reprezintă 82,9% din totalul de 1.643.132.350 RON alocat pentru investigațiile paraclinice.

VI. Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar și Serviciile de îngrijiri la domiciliu au înregistrat creșteri semnificative de 83,33% și 51,28% respectiv, indicând o creștere a utilizării acestor servicii.

VII. Asistența medicală stomatologică a înregistrat cea mai mare creștere de finanțare ajungând la suma 283,959,971 RON, cu 147.79% mai mare față de 2019 dar rămâne un domeniu profund subfinanțat.

Creșterea a fost obținută prin creșterea plafonului la nivel de furnizor de 6000 RON pe lună, plafon total insuficient pentru a acoperi nevoile de servicii stomatologice.

Gradul de execuție al cheltuielilor cu investigațiile paraclinice a fost variabil în perioada 2019-2023, după cum este ilustrat în Figura #. În anii 2021 și 2022 extinderea pachetului de servicii a avut drept consecință necesitatea majorării creditelor bugetare aprobate inițial, însă în anul 2023 planificarea bugetară a fost optimă. La această realizare a contribuit decisiv majorarea cu o treime a creditelor bugetare din 2023 față de execuția din anul 2022, care pare să fi acoperit necesarul de consum, în condițiile constrângerilor impuse de contractul-cadru.

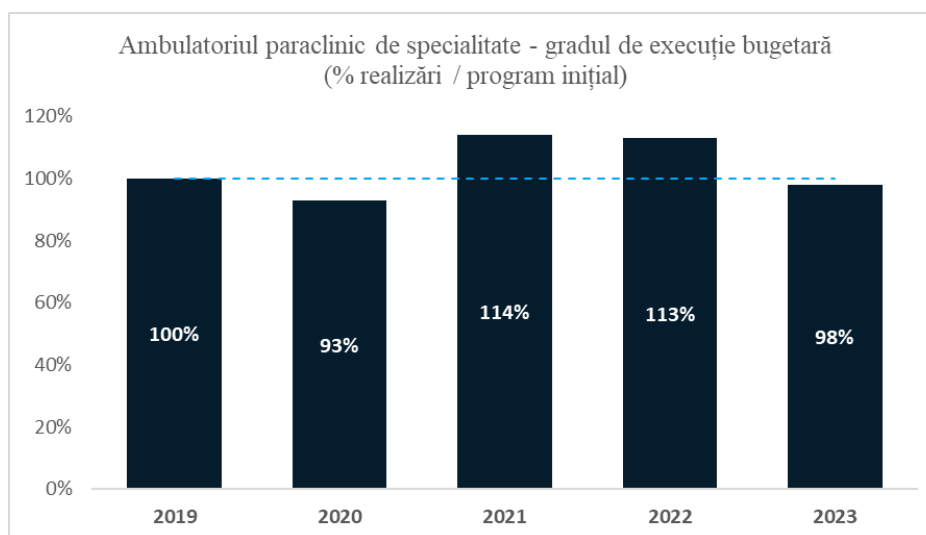


Figura 15. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu ambulatoriul clinic de specialitate (sursa: MF)

VIII. Spitale

În 2023, un număr de 688 de spitale dintre care 378 publice și 310 private au raportat servicii în contract cu Casele de asigurări de sănătate.

Tabelul 9 de mai jos reflectă activitatea acestora în anul 2023, comparativ cu anul 2019. Se observă o scădere a spitalizărilor continue în spitalele publice de 14.18%, compensate de o creștere a numărului de spitalizări de zi de 16.68%. Spitalele private înregistrează creșteri atât al numărului de spitalizări continue, cât și al celor de zi cu 11.9% respective 68.32%.

Tabel 9. Activitatea spitalelor în 2023 (Sursa datelor INMSS)

	Nr. cazuri Spitalizare Continuă 2019	Nr. cazuri Spitalizare Zi 2019	Nr. cazuri Spitalizare Continuă 2023	Nr. cazuri Spitalizare Zi 2023
Spitale publice	3.951.517	3.969.255	3.391.003	4.631.361
Spitale private	178.884	786.904	200.194	1.324.531
Total	4.130.401	4.756.159	3.591.197	5.955.892

Finanțarea spitalelor se regăsește în două capitole bugetare principale în cadrul execuției bugetare a CNAS:

1. **Spitale generale:** Acest capitol include finanțarea pentru serviciile medicale intraspitalicești, dar nu se limitează doar la acestea. În cadrul acestui capitol sunt incluse și trei programe naționale, ceea ce complică evaluarea clară a finanțării dedicate strict serviciilor spitalicești.
2. **Transferuri între unități ale administrației publice:** Acestea reprezintă transferuri din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate către unitățile sanitare publice pentru acoperirea creșterilor salariale. Aceste sume trebuie adăugate finanțării spitalelor publice pentru a obține o imagine completă a resurselor alocate acestora.

Pentru a obține o imagine clară și exactă a finanțării spitalelor publice și private, a fost necesară consolidarea datelor din mai multe surse. Această consolidare a inclus extragerea și corelarea informațiilor din diferite capitole bugetare și programe, având în vedere că finanțarea spitalelor este dispersată și include și fonduri dedicate programelor naționale gestionate de aceste unități.

Astfel, consolidarea datelor oferă o perspectivă mai precisă asupra resurselor efectiv alocate pentru funcționarea și activitatea spitalelor publice și private din România.

Tabelul 10 defalcă capitolul bugetar **Spitale generale** pe capitole de cheltuieli, realizând o analiză comparativă a finanțării între anii 2019 și 2023.

Tabel 10. Capitolul Spitale generale în bugetul CNAS (Sursa datelor CNAS)

Categorie cheltuieli	2019	2023	2023 vs 2019
•Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice realizate în regim de spitalizare de zi (adulți și copii)	226.957.000	368.144.878	62.21%
•Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înaltă performanță – PET-CT	2.117.000	9.752.390	360.67%
•Subprogramul de diagnostic și de monitorizare a bolii reziduale a bolnavilor cu leucemie acută prin imunofenotipare, examen citogenetic și/sau FISH și examen de biologie moleculară la copii și adulți (PNS Oncologie)	2.923.000	4.832.374	65.32%
•Decontare internari continue DRG spitale publice	7.593.759.000	8.930.395.586	17.60%
•Decontari internari continue cronici spitale publice	1.328.612.000	1.420.684.914	6.93%
•Decontari spitalizare de Zi (SZ) spitale publice	897.558.000	1.304.374.803	45.32%
•Valoare suplimentată în baza art. 16, alin.(2 ¹), Anexa 23 din Ordin 1068/2021 cu modificările și completările ulterioare spitale publice	0	18.058.156	/
•Vouchere de vacanță	0	155.962.466	/
•Indemnizație integrare clinică cadre universitare medicale	0	176.502.563	/
• Suma corespunzătoare alocației de hrană din unitățile sanitare publice	0	493.245.156	/

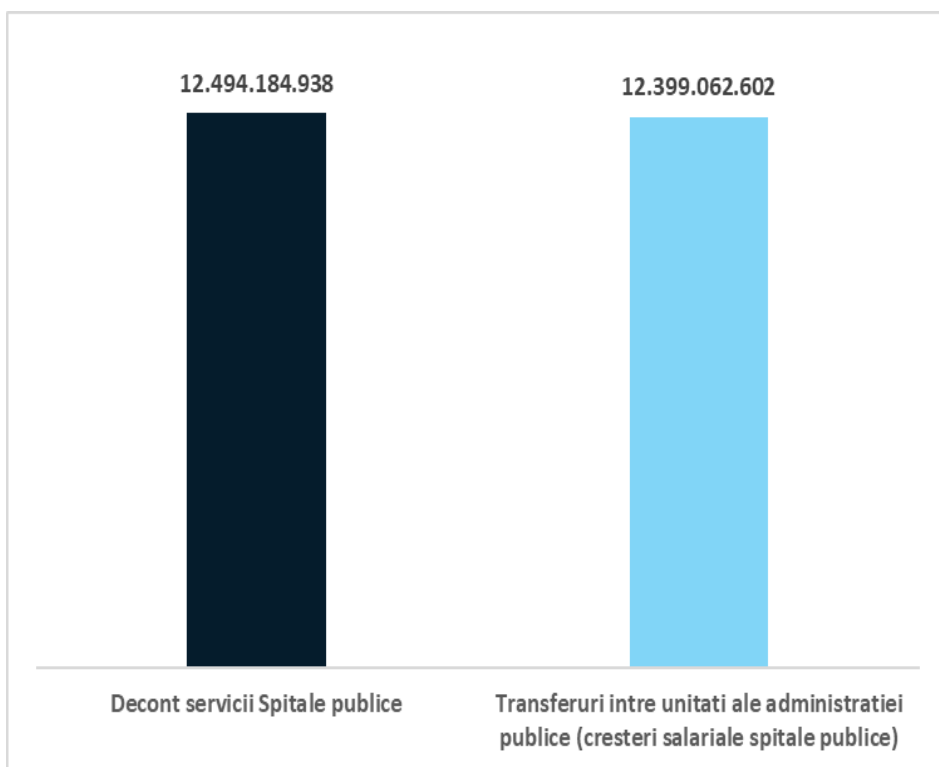
• Sume privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina	0	11.421.174	/
Plati efectuate in anii precedenti si recuperate in anul curent	0	-16.459.880	/
•Decontare internari continue DRG spitale private	250.567.000	421.241.923	68.12%
•Decontari internari continue cronici spitale private	177.087.000	241.989.288	36.65%
•Decontari spitalizare de zi (SZ) spitale private	263.593.000	615.626.036	133.55%
TOTAL SPITALE GENERALE	10.743.173.000	14.155.771.827	31.77%

Se poate observa că serviciile de *Spitalizare Continuă acută*, *Spitalizare Continuă cronică* și *Spitalizare de zi* sunt prezentate defalcăt atât pentru spitalele publice, cât și pentru spitalele private. Această defalcare permite o analiză detaliată a finanțării diferitelor tipuri de spitalizare, evidențiind distribuția fondurilor între sectorul public și cel privat.

În plus față de aceste servicii, spitalele publice încheie contracte cu CNAS pentru finanțarea unor cheltuieli specifice care sunt susținute de la bugetul de stat. FNUASS primește aceste fonduri prin transferuri de la Ministerul Sănătății (MS) și le direcționează către spitalele publice pentru a acoperi diverse cheltuieli, cum ar fi:

- **Suplimentarea alocației de hrană pentru pacienții internați,**
- **Voucherele de vacanță pentru personalul încadrat,**
- **Indemnizațiile pentru cadrele universitare medicale.**

Suplimentar spitalele publice primesc o sumă semnificativă pentru acoperirea creșterilor salariale. În 2023, această sumă a ajuns la un nivel comparabil cu cel al decontărilor pentru toate celelalte servicii oferite de spitale. Astfel, finanțarea totală a serviciilor spitalicești în spitalele publice se ridică la **12.494 miliarde RON**, în timp ce fondurile alocate pentru acoperirea creșterilor salariale au atins **12.399 miliarde RON**.



*Figura 16. Decontarea serviciilor medicale în spitalele publice vs. influențele salariale în 2023
(Sursa datelor CNAS)*

Deși numărul de spitalizări continue pentru acuți și cronici a scăzut comparativ cu anul prepandemic 2019, finanțarea spitalelor publice pentru aceste capitole a crescut. Această creștere este atribuită în principal unei creșteri istorice de 15% a tarifelor pe caz ponderat, implementată în anul 2023. Aceste tarife nu mai fuseseră modificate din anul 2011.

Dezvoltarea spitalelor private este evidentă, acestea înregistrând creșteri semnificative atât în ceea ce privește activitatea, cât și finanțarea. Totuși, o comparație între spitalele publice și cele private este oarecum improprie. Deși numărul spitalelor private se apropie de cel al spitalelor publice, diferențele în ceea ce privește dimensiunile acestora și numărul de paturi contractate pentru spitalizările continue (acuți și cronici) sunt semnificative.

Tabel 11. Situația paturilor contractate pentru spitalele publice și private în 2023 (sursa datelor CNAS)

	Nr. paturi din structura aprobată / avizată de MS din care:	Paturi PALIATIE (în afara contractării)	Nr. paturi contractate ACUTI	Nr. paturi contractate CRONICI	Nr total paturi contractate Spitalizare Continuă
Spitale publice	125.444	1.046	88.698	22.315	111.013
Spitale private	11.377	1.995	3.743	2.217	5.960
Total	136.821	3.041	92.441	24.532	116.973

Se observă că aproximativ 48% din paturile din structura spitalelor private aprobate de Ministerul Sănătății nu sunt contractate cu CNAS. Aceasta se datorează faptului că numărul total de paturi contractabile, stabilit anual prin Ordin al Ministrului Sănătății, a rămas nemodificat. Pentru ca spitalele private să poată contracta paturi suplimentare, spitalele publice ar trebui să își reducă numărul de paturi, însă aceste variații sunt minime de la an la an.

Astfel, numărul paturilor de spitalizare continuă (acuți și cronici) în spitalele private este de doar 5960, reprezentând 5,1% din totalul paturilor contractate la nivel național. Acest lucru subliniază limitările cu care se confruntă spitalele private în extinderea capacității lor de a furniza servicii medicale în regim de spitalizare continuă, în comparație cu spitalele publice, care dețin majoritatea covârșitoare a paturilor contractate.

În 2022, paturile destinate serviciilor de paliativitate au fost scoase din totalul paturilor contractabile, permițând astfel spitalelor publice și private să contracteze acest tip de servicii fără restricții. A rezultat o creștere a numărului total de paturi de paliativitate contractate de la 2024 în anul 2022 la 3,041 paturi în 2023. Această schimbare a avut un impact semnificativ asupra distribuției paturilor între cele două tipuri de spitale. După cum se poate observa, spitalele private dețin **1,995** de paturi pentru paliativitate, comparativ cu doar **1,046** de paturi disponibile în sistemul public.

În ceea ce privește paturile contractate pentru servicii de spitalizare de zi, acestea totalizează **10.364** paturi, dintre care:

- **3.619 paturi** sunt contractate în spitalele private (322 unități sanitare),
- **6.745 paturi** sunt contractate în spitalele publice (344 unități sanitare).

Această distribuție indică o proporție public-privat mult mai echilibrată comparativ cu cea observată în cazul serviciilor de spitalizare continuă. Astfel, în sectorul de spitalizare de zi, spitalele private dețin o pondere semnificativă, având aproape **35%** din paturile contractate, ceea ce sugerează o prezență mai puternică și competitivă în acest tip de servicii medicale.

Din punct de vedere al finanțării serviciilor, figura de mai jos prezintă raportul între spitalele publice și private pe cele trei mari categorii de servicii intraspitalicești:

1. **Spitalizările continue acute:** Spitalele private obțin **4,5%** din fonduri, în concordanță cu procentul de paturi acute contractat, care reprezintă **4%** din totalul paturilor.
2. **Spitalizările continue cronice:** Aici se observă o creștere semnificativă a ponderii finanțării pentru spitalele private, care obțin **15%** din fonduri. Această creștere se datorează în principal serviciilor de paliativă, care sunt dezvoltate majoritar în sistemul privat.
3. **Spitalizările de zi:** Spitalele private înregistrează o pondere remarcabilă de **32%** din totalul fondurilor alocate spitalizărilor de zi. Această categorie de servicii nu a fost supusă niciunei forme de plafonare din partea CNAS în anul 2023, permițând astfel o expansiune semnificativă a spitalelor private în acest domeniu. Cu toate acestea, în anul 2024 s-a introdus o limită de timp minimă de **2 ore** per spitalizare de zi per pat, ceea ce ar putea influența dinamica acestor servicii în viitor.

Această evoluție evidențiază capacitatea spitalelor private de a se adapta rapid și de a dezvolta servicii specifice, cum ar fi paliativă și spitalizările de zi, unde au reușit să capteze o parte semnificativă din finanțarea totală.

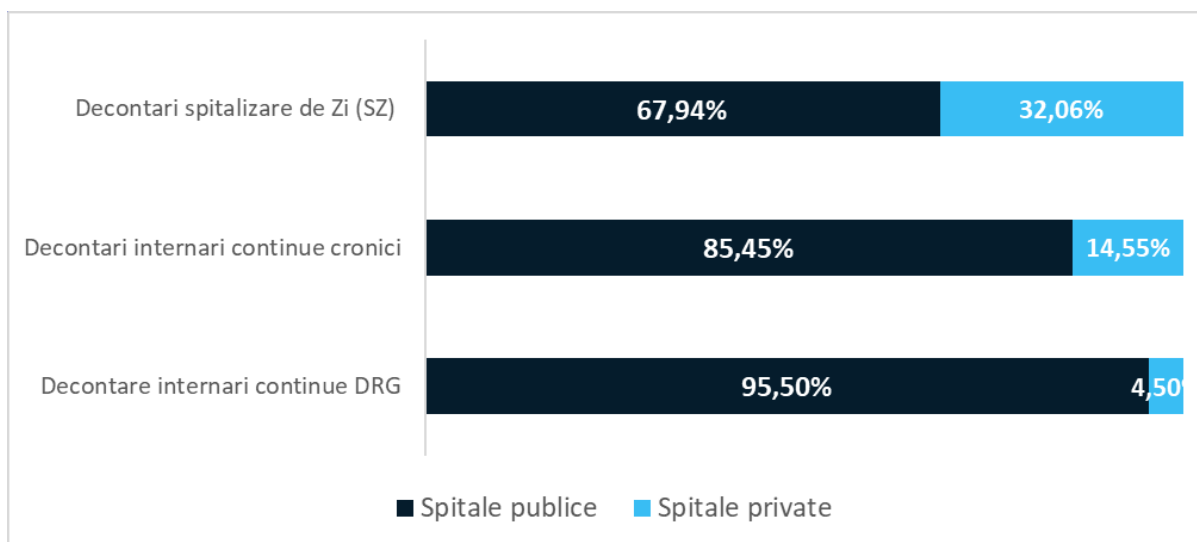


Figura 17. Decontarea serviciilor medicale spitalicești de către CNAS - furnizori publici vs. privați (Sursa datelor CNAS)

Diferențele de finanțare între spitalele publice și cele private rămân semnificative, mai ales atunci când se iau în considerare și fondurile suplimentare alocate spitalelor publice de la bugetul de stat sau prin transferuri de la FNUASS. Când adunăm toate aceste sume, inclusiv transferurile suplimentare, structura finanțării spitalelor de către FNUASS arată astfel:

- 95% din finanțare merge către spitalele publice,
- 5% din finanțare merge către spitalele private.

Această distribuție reflectă o prezență financiară încă foarte puternică a spitalelor publice în sistemul de sănătate din România, în ciuda extinderii și dezvoltării sectorului privat. Spitalele publice continuă să primească majoritatea resurselor financiare, subliniind rolul lor dominant în furnizarea serviciilor medicale la nivel național, indiferent de provocările cu care se confruntă.

În același timp, se evidențiază o discrepanță semnificativă și o INECHITATE în modul în care FNUASS gestionează resursele între spitalele publice și cele private. Spitalele publice beneficiază nu doar de decontarea serviciilor prestate, ci și de un sprijin suplimentar sub formă de influențe salariale, ceea ce duce în final la o dublare a valorii decontărilor față de cele ale furnizorilor privați.

Pe de altă parte, ca o formă de compensare, legislația a permis spitalelor private să încaseze contribuții personale de la pacienți, un aspect ce poate părea nefiresc într-un sistem de asigurări

sociale de sănătate. În mod ideal, casele de asigurări ar trebui să trateze egal furnizorii publici și privați, iar pacienții asigurați ar trebui să aibă acces la servicii medicale integral decontate, indiferent dacă acestea sunt oferite în spitale publice sau private.

Pentru a corecta această inechitate, sunt necesare modificări legislative care să elimine influențele salariale suplimentare și să le integreze direct în tarifele decontate. Acest proces ar implica recalcularea tarifelor pe caz ponderat, pentru spitalizările continue cronice, precum și pentru spitalizările de zi.

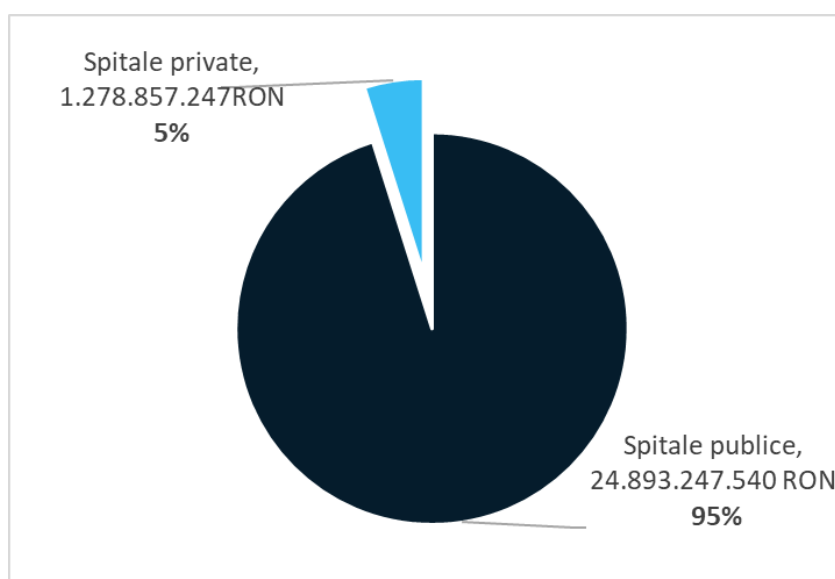


Figura 18. Finanțarea spitalelor publice vs. private din FNUASS (sursa datelor CNAS)

În ultimii cinci ani, execuția bugetară a cheltuielilor cu servicii spitalicești a depășit semnificativ programul bugetar. Pentru anii 2020-2022 explicația rezidă în modificarea temporară, în contextul pandemiei COVID-19, a mecanismului de plată; astfel, CNAS a decontat, pentru o mare parte din spitale, sume la nivelul cheltuielilor realizate, nu doar la nivelul celor contractate. În schimb, subestimarea cheltuielilor din 2023 pare să fi fost cauzată de problemele structurale de subfinanțare a bugetului FNUASS. Pe parcursul anului, CNAS a suplimentat creditele bugetare pentru servicii spitalicești prin realocări și din majorarea subvențiilor de la bugetul de stat pentru echilibrare.

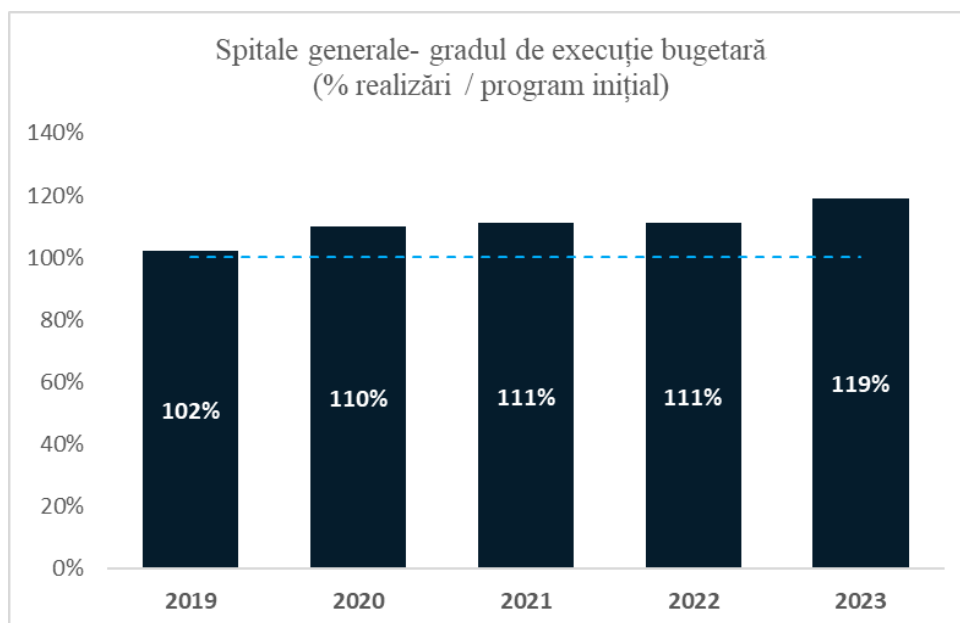


Figura 19. Gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cu serviciile spitalicești 2019-2023 (sursa: Ministerul Finanțelor)

- IX. Unități de recuperare:** Au avut o creștere modestă de 10,91%, indicând o utilizare constantă a acestor servicii.
- X. Prestații medicale pe baza documentelor internaționale** au înregistrat în 2023 o sumă plătită care reprezintă un minim al ultimilor ani, cu o scădere de **44%** față de anul precedent, 2022. Această scădere semnificativă sugerează că o parte din sumele de plată au fost cel mai probabil amânate și rostogolite pentru a fi acoperite în anul 2024. Această amânare a plăților poate fi o strategie pentru a gestiona presiunile bugetare din 2023, dar poate implica riscuri pentru stabilitatea financiară în anul următor, în funcție de volumul sumelor acumulate care vor trebui acoperite.

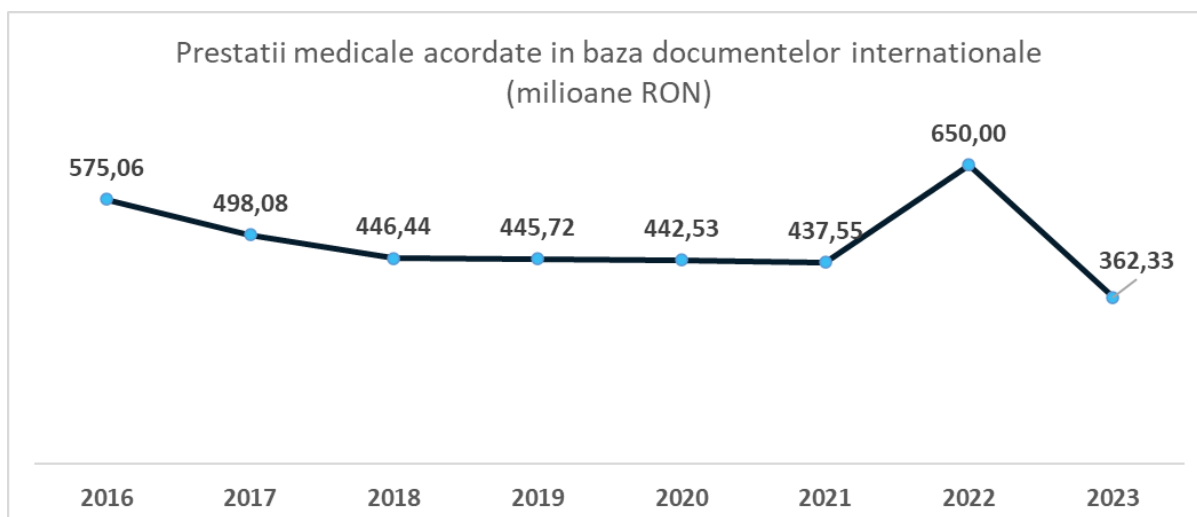


Figura 20. Evoluția deconturilor CNAS pentru prestații medicale în străinătate (Sursa datelor MF - Execuția FNUASS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>)

XI. Cheltuielile de administrare, care includ cheltuielile de funcționare ale CNAS și ale Caselor de asigurări județene și a Municipiului București, au totalizat în 2023 suma de **404.439.236 RON**. Aceasta reprezintă **0,72%** din totalul cheltuielilor, un procent semnificativ mai mic decât limita maximă legală de 3%.

CNAS subliniază cu mândrie acest procent redus, evidențiind eficiența administrativă a instituției. Cu toate acestea, există argumente că o creștere a acestor cheltuieli ar putea fi benefică pe viitor, în special dacă fondurile suplimentare ar fi direcționate către îmbunătățirea administrării platformelor informatice ale CNAS sau pentru angajarea de personal medical implicat în activități de control și audit. Aceste investiții ar putea contribui la o mai bună gestionare și monitorizare a resurselor, asigurând totodată o funcționare mai eficientă a sistemului de sănătate.

În concluzie, raportul asupra Cheltuielilor cu sănătatea ale FNUASS evidențiază o creștere generală a cheltuielilor în toate categoriile majore, cu un accent special pe creșterea cheltuielilor pentru programele naționale destinate bolilor cronice și pe extinderea serviciilor medicale în ambulator.

2. Ministerul Sănătății (MS)

Pentru a analiza și înțelege mai bine structura cheltuielilor curente ale Ministerului Sănătății (MS) în 2023, a fost necesară o muncă intensă de identificare și consolidare a categoriilor relevante de cheltuieli. Bugetul publicat de MS este lipsit de transparență, cu multe categorii de cheltuieli dificil de identificat sau vag denumite.

În primul rând, au fost excluse din calcul următoarele categorii de cheltuieli:

- **Transferurile către FNUASS** - Acestea au fost deja explicitate în cadrul capitolului de Venituri din subvenții al FNUASS.
- **Fondurile europene nerambursabile** - Include fonduri din perioadele de programare 2014 - 2020, PNRR, și POS.
- **Fondurile europene rambursabile** - Include împrumutul de la Banca Mondială.
- **Cheltuielile de capital ale MS**
- **Transferurile către spitalele MS** pentru reparații capitale, dotări și investiții.
- **Transferurile către spitalele autorităților locale** pentru reparații, dotări și investiții.

Astfel, din execuția de **21.532 miliarde lei** a Ministerului sănătății în 2023 **cheltuielile curente** ale MS cu sănătatea reprezintă mai puțin de jumătate și anume **10.462 miliarde lei** după cum se poate observa în tabelul de mai jos:

Tabel 12. Consolidarea Cheltuielilor curente cu sănătatea ale MS (Sursa datelor MFP - Execuția MS
- <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>)

Indicator bugetar	DENUMIRE CAPITOL CHELTUIELI	RON	Sub total (RON)
	CHELTUIELI TOTALE (EXECUȚIA MS)	21.532.027.033	
56	TITLUL VIII PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE (FEN) POSTADERARE	-1.919.223	-220.515.167
58	TITLUL X PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE AFERENTE CADRULUI FINANCIAR 2014-2020	-138.909.638	
60	TITLUL XII PROIECTE CU FINANTARE DIN SUMELE REPREZENTAND ASISTENTA FINANCIARA NERAMBURSABILA AFERENTA PNRR	-79.686.306	
65	TITLUL XIV CHELTUIELI AFERENTE PROGRAMELOR CU FINANTARE RAMBURSABILA	-4.229.528	
70	CHELTUIELI DE CAPITAL	-31.194.733	
51 01 11	Transferuri din bugetul de stat către bugetul fondului national unic de asigurări sociale de sănătate	-8.942.080.576	-10.363.902.124
51 01 69	Transferuri de la bugetul de stat către bugetul Fondului national unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea deficitului rezultat din aplicarea prevederilor legale referitoare la concediile si indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate	-1.421.821.548	
51 02 11	Transferuri pentru reparații capitale la spitale	-1.759.967	-211.638.782
51 02 08	Aparatura medicala si echipamente de comunicații in urgenta (58 unități sanitare cu paturi din administrarea MS)	-188.639.642	
51 02 12	Transferuri pentru finanțarea investițiilor la spitale (58 unități sanitare cu paturi din administrarea MS)	-21.239.173	
51 02 22	Transferuri de la bugetul de stat catre bugetele locale pentru finanțarea aparaturii medicale si echipamentelor de comunicatii in urgenta in sănătate	-212.483.835	-238.325.515
51 02 23	Transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea reparatiilor capitale in sănătate	-13.573.816	
51 02 24	Transferuri de la bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea altor investiții in sănătate	-12.267.864	
	Cheltuieli curente SĂNĂTATE MS	10.462.221.184	

Identificarea categoriilor relevante de cheltuieli și consolidarea datelor cu execuția bugetară a reprezentat o altă provocare majoră. Prin analiza rapoartelor anuale de activitate ale MS, au fost extrase tipurile de cheltuieli înregistrate pentru fiecare direcție în parte. Aceste cheltuieli sunt rareori reflectate clar în execuția bugetară.

De exemplu, indicatorii bugetari cu alocări foarte mari sunt denumiți vag, cum ar fi "Acțiuni de sănătate" și "Programe de sănătate", care apar atât la capitolul "Bunuri și servicii", cât și la "Transferuri", alături de alte alineate bugetare cu denumiri mai clare, dar alocări mai mici.

Exemple de alineate bugetare:

- **20.04.01 Medicamente**
- **20.30.30 Alte cheltuieli cu bunuri și servicii** - 200 milioane lei
- **20.31 Finanțarea unor acțiuni de sănătate în cadrul unităților sanitare din rețeaua administrației publice locale** - 2,795 milioane lei
- **20.32 Finanțarea programelor naționale de sănătate derulate de unitățile sanitare din rețeaua administrației publice locale** - 440 milioane lei
- **51.01.01 Transferuri către instituții publice** - 244 milioane lei
- **51.01.03 Acțiuni de sănătate** - 2,423 milioane lei
- **51.01.25 Programe de sănătate** - 499 milioane lei

Totodată, cheltuielile de personal (Titlul 10), care totalizează **2,299 milioane lei**, cuprind cheltuielile de personal atât pentru angajații MS, cât și pentru toate instituțiile subordonate (Ambulanța, DSP, INSP, INHT), fără a se putea diferenția între acestea.

Consolidarea acestor cheltuieli din mai multe alineate bugetare a fost laborioasă, dat fiind faptul că majoritatea cheltuielilor sunt împărțite în 2, 3 sau chiar 4 alineate bugetare.

Tabelul 13 prezintă categoriile mari de cheltuieli cu plățile efectuate în 2023 și alineatele bugetare în care se regăsesc, oferind astfel o hartă de descifrare a execuției bugetare a MS.

Tabel 13. Cheltuielile curente cu sănătatea ale MS pe principalele categorii de cheltuieli (Sursa datelor MFP - Execuția MS - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>, Raportul de activitate al MS - <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/rapoarte/rap>)

Categorie de cheltuieli	Indicatori bugetari	2023
Cheltuieli de personal (MS+ Instituții din subordine cu excepția SAJ)	10 Cheltuieli de personal	623.581.992
Serviciile de ambulanță județene și a Serviciului de Ambulanță București-Ilfov din care:		1.961.731.000
<i>Cheltuieli de personal</i>	10 Cheltuieli de personal	<i>1.666.672.000</i>
<i>Cheltuieli materiale</i>	20 Bunuri și servicii	<i>295.059.000</i>
Unitățile/Compartimentele de Primiri Urgențe din care:		1.826.764.000
<i>Cheltuieli de personal</i>	20.31 / 51.01.03	<i>1.422.988.000</i>
<i>Cheltuieli materiale</i>	20.31 / 51.01.03	<i>403.776.000</i>
Medici rezidenti - Cheltuieli de personal	20.31 / 51.01.03	2.913.755.045
Medici cercetători din spitale - Cheltuieli de personal	20.31 / 51.01.03	373.766.000
Alte cabinete(medicină sportivă, planning familial, HIV/SIDA, TBC, LSM)	20.31 / 51.01.03	72.528.000
Asistenți comunitari, mediatorii sanitari - Cheltuieli de personal	51.01.45	129.702.541
Cabinete medicină școlară - Cheltuieli de personal	20.33	494.259.084
Asistența medico-socială	51.01.38	63.600.350
Medicina Legală	51.01.01	244.461.231
Acțiuni Prioritare	20.30.30 / 20.32 / 51.01.25	398.802.000
Programe naționale de sănătate publică	20.30.30 / 20.32 / 51.01.25 / 20.04	1.124.580.335
Alte cheltuieli + Cheltuieli de funcționare (MS+ Instituții din subordine)		234.689.606
Total Cheltuieli cu sănătatea MS		10.462.221.184

În continuare, vom detalia câteva din principalele categorii de cheltuieli ale MS.

A. Cheltuielile de personal

Cheltuielile de personal în cadrul Ministerului Sănătății în 2023 au inclus atât costurile asociate angajaților proprii ai ministerului, cât și pe cele aferente unui număr semnificativ de unități subordonate, finanțate integral de la bugetul de stat, după cum urmează:

1. Direcțiile de Sănătate Publică (DSP) județene și a municipiului București
2. Institutul Național de Sănătate Publică (INSP)
3. Institutul Național de Medicină Sportivă (INMS)
4. Institutul Național de Hematologie Transfuzională "Prof. Dr. C.T. Nicolau" (INHT)
5. Agenția Națională de Transplant (ANT)
6. Oficiul Central de Stocare pentru Situații Speciale (OCSSS)
7. Registrul Național al Donatorilor Voluntari de Celule Stem Hematopoietice
8. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale (ANMDM)
9. Spitalul Tichilești (leproserie)
10. Serviciile de ambulanță județene și Serviciul de Ambulanță București - Ilfov

Numărul maxim de posturi pentru aceste unități finanțate integral de la bugetul de stat a fost de **19.472 angajați** în anul 2023.

Excluzând cheltuielile de personal ale serviciilor de ambulanță, pe care le-am inclus în tabel într-un capitol separat, cheltuielile totale de personal s-au ridicat la 623,581,992 RON în anul 2023. Din această sumă, s-au putut identifica în mod specific următoarele cheltuieli de personal:

- Administrația centrală (angajații MS): 40,286,162 RON
- Institutul Național de Hematologie Transfuzională (INHT): 108,532,673 RON
- Servicii publice descentralizate (DSP): 309,205,564 RON

Din păcate, restul cheltuielilor nu au putut fi defalcate în totalitate pe fiecare tip de instituție în parte, ceea ce reflectă dificultățile întâmpinate în consolidarea datelor bugetare și în obținerea unei imagini clare și detaliate a cheltuielilor de personal la nivelul întregului sistem.

B. Unitățile/Compartimentele de Primiri Urgențe (UPU/CPU) ale spitalelor publice

Unitățile de Primiri Urgențe (UPU) și Compartimentele de Primiri Urgențe (CPU) din cadrul spitalelor publice de urgență sunt finanțate din bugetul de stat prin intermediul bugetului Ministerului Sănătății. Această finanțare acoperă diverse tipuri de cheltuieli necesare pentru funcționarea acestor structuri esențiale, incluzând cheltuieli de personal, cheltuieli cu medicamente, reactivi și materiale sanitare, precum și cheltuielile ocazionate de investigațiile paraclinice pentru cazurile rezolvate în cadrul acestor unități.

Fondurile alocate pentru anul 2023 către spitalele publice au totalizat 1.826.764 mii RON, repartizate după cum urmează:

UPU/CPU – Spitalele administrate de către UAT:

- Cheltuieli de personal: 993.000 mii RON
- Cheltuieli materiale: 258.850 mii RON
- Total execuție: 1.251.850 mii RON

UPU-SMURD - Spitalele administrate de către MS:

- Cheltuieli de personal: 429.988 mii RON
- Cheltuieli materiale: 144.926 mii RON
- Total execuție: 574.914 mii RON

Spitalele celorlalte Ministere cu rețea sanitară proprie, beneficiază de finanțare de la bugetul de stat prin bugetul ministerelor respective.

C. Cheltuielile de personal - Medici rezidenți

De departe cea mai importantă categorie de cheltuieli a MS o reprezintă salariile medicilor rezidenți care au ajuns în 2023 la aproape 3 miliarde RON. Numărul medicilor rezidenți a crescut semnificativ în ultimii ani ajungând la începutul anului 2024 la **28,957** din care 24,042 în domeniul Medicină, 2,722 în domeniul medicină dentară și 2,193 în domeniul Farmacie.

Fondurile provenite de la bugetul de stat ajung în bugetul anumitor spitale publice din cele 12 centre universitare, desemnate ca unități plătitoare.

D. Cabinetele medicină școlară

Ministerul sănătății asigură cheltuielile de personal pentru cei 834 medici, 567 medici stomatologi, 3890 de asistenți medicali și 428 asistenți stomatologie din cabinetele medicale școlare și universitare. Aceste cheltuieli s-au ridicat în 2023 la 494 milioane lei.

E. Asistența medicală comunitară

Ministerul sănătății asigură cheltuielile de personal pentru un număr de 1913 asistenți medicali comunitari și 460 mediatori sanitari ce și-au desfășurat activitatea în rețeaua de asistență medicală comunitară la nivel național în 2023 . Aceste cheltuieli s-au ridicat în 2023 la 129,7 milioane lei.

F. Acțiunile Prioritare (AP)

Acțiunile prioritare constituie o formă importantă de subvenționare din partea bugetului de stat, destinată sprijinirii activității spitalelor publice în gestionarea pacienților critici. Aceste subvenții sunt destinate în principal acoperirii anumitor categorii de cheltuieli, majoritatea fiind cheltuieli materiale.

În anul 2023, un buget total de **389.802.000 RON** a fost alocat pentru cele 11 acțiuni prioritare. Aceste fonduri au fost distribuite în funcție de specificul fiecărei acțiuni prioritare, conform ordinelor de reglementare respective. Tabelul de mai jos prezintă bugetele alocate, ordinele de reglementare și numărul de spitale publice beneficiare pentru fiecare tip de Acțiune Prioritară (AP):

Tabel 14. Acțiunile Prioritare (sursa datelor: MS)

ACȚIUNI PRIORITARE (AP)	Reglementare	Nr. Spitale	Buget 2023 (RON)
AP-TRAUMA	OMS nr. 446/2015	22	13.919.000
AP-ATI (Anestezie Terapie Intensiva)	OMS nr. 5/2020	132 (25 cu secții de terapie intensivă nou-născuți)	240.638.000
AP-PMSC (Profilaxia morții subite cardiace)	OMS nr. 448/2015	9	10.621.000
AP-IMA (Infarct Miocardic Acut)	OMS nr. 6/2020	22	27.790.000
AP-AVC (Accident Vascular Cerebral)	OMS nr. 450/2015	46 (fibrinoliză intravenoasă) 8 (fibrinoliză intraarterială) 10 (trombectomie /tromboplastie) 8 (angioplastie percutană cu stent) 8 (embolizare pentru anevrisme rupte)	28.003.000
AP-EVA (Interventii endovasculare)	OMS nr. 867/2015	13	8.003.000
AP-ENDO (Interventii gastro-enterologie)	OMS nr. 875/2015	19 (hemoragie digestivă) 16 (protezare paliativă digestivă)	14.432.000
AP-ARSURI	OMS nr. 1419/2017	17	15.893.000
AP-ECMO	OMS nr. 736/2019	10	2.783.000
AP-IE/RE (Infecții Emergente și Reemergente)	OMS nr. 489/2020	52	18.360.000
AP-USTACC (Unitățile de Supraveghere și Tratament Avansat al pacienților Cardiaci Critic)	OMS nr. 101/2022	25	18.360.000
TOTAL GENERAL			398.802.000

Se observă că bugetul AP-ATI ocupă 60% din bugetul total alocat Acțiunilor Prioritare.

G. Programele Naționale de sănătate publică

Ministerul sănătății finanțează 13 Programe Naționale de sănătate publică alocând în 2023 un buget total 1.125 miliarde lei.

Lista Programelor Naționale și bugetul alocat se regăsește în tabelul de mai jos.

Tabel 15. Programele Naționale ale MS (Sursa datelor Raportul de activitate al MS - <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/rapoarte/rapoarte-de-activitate/>)

PROGRAM NAȚIONAL SĂNĂTATE PUBLICĂ	2023
I.Programul național de vaccinare	352.624.230
II.Programul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare din care:	40.073.560
<i>II.1. Subprogramul național de supraveghere și control al bolilor transmisibile prioritare</i>	<i>3.598.250</i>
<i>II.2. Subprogramul național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale și rezistenței microbiene, precum și de monitorizare a utilizării antibioticelor</i>	<i>703.450</i>
<i>II.3. Subprogramul național de testare NAAT/RT-PCR și de secvențiere</i>	<i>35.771.860</i>
III.Programul național de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA	423.182.930
IV.Programul național de prevenire, supraveghere și control al tuberculozei	27.985.720
V. Programul național de monitorizare a factorilor determinanți din mediul de viață și muncă	2.332.360
VI. Programul național de securitate transfuzională	129.492.670
VII. Subprogramul de screening organizat pe baze populaționale pentru cancerul de col uterin;	2.118.500
VIII. Programul național de sănătate mintală și profilaxie în patologia psihiatrică	923.960
IX. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană din care:	115.996.995
<i>IX.1. Subprogramul de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană</i>	<i>92.387.270</i>
<i>IX.2.Subprogramul de transplant de celule stem hematopoietice de la donatori neînruțiți</i>	<i>20.689.725</i>
<i>IX.3. Subprogramul de fertilizare in vitro și embriotransfer</i>	<i>2.920.000</i>

X. Programul național de evaluare a statusului vitaminei D prin determinarea nivelului seric al 25-OH vitaminei D la persoanele din grupele de risc	838.880
XI. Programul național de tratament dietetic pentru boli rare	1.132.310
XII. Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate	1.048.700
XIII. Programul național de sănătate a femeii și copilului	26.829.520
TOTAL	1.124.580.335

3. Ministerele cu rețea sanitară proprie

Analiza cheltuielilor curente pentru sănătate din bugetele Ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie a presupus un efort complex de identificare a cheltuielilor relevante și de consolidare a datelor disponibile. Ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie administrează un total de **38 de spitale publice**:

- **Ministerul Afacerilor Interne (MAI):** 2 spitale
- **Ministerul Apărării Naționale (MAPN):** 12 spitale
- **Ministerul Justiției (MJ):** 7 spitale (din care 6 spitale penitenciare)
- **Ministerul Transporturilor (MT):** 15 spitale
- **Serviciul Român de Informații (SRI):** 1 spital
- **Academia Română:** 1 spital

În plus, aceste ministere și instituții administrează și structuri ambulatorii, iar **MAI** asigură finanțarea **SMURD**. Cheltuielile curente cu sănătatea pentru aceste structuri includ nu doar finanțarea din propriile bugete, ci și finanțarea primită de la **FNUASS** și **Ministerul Sănătății** (prin Acțiuni Prioritare și Programe Naționale de Sănătate). Aceste diferite surse de finanțare au trebuit consolidate

În final, cheltuielile curente cu sănătatea ale acestor ministere și instituții, așa cum sunt reflectate în bugetele lor proprii (bugetul de stat), sunt prezentate în tabelul de mai jos. Din păcate, o defalcare detaliată a acestor cheltuieli pe categorii nu a fost posibilă din cauza lipsei informațiilor publice disponibile.

- cheltuielile menționate:

*Tabel 16. Cheltuielile curente cu sănătatea pentru ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie.
(Sursa datelor MFP - Execuțiile bugetare ale instituțiilor și ministerelor -
<https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>)*

MINITER/INSTUTUȚIE	CHELTUIELI CURENTE SĂNĂTATE 2023
MINISTERUL AFACERILOR INTERNE	139.966.211
MINISTERUL APĂRĂRII NAȚIONALE (include și Subvenția către Institutul Cantacuzino de 127 milioane lei)	461.745.436
MINISTERUL JUSTITIEI	107.461.055
SERVICIUL ROMAN DE INFORMATII	53.862.191
ACADEMIA ROMÂNĂ	51.287.984
MINISTERUL TRANSPORTURILOR ȘI INFRASTRUCTURII	3.269.021
TOTAL	817.591.898

4. Autoritățile locale

Descentralizarea serviciilor de sănătate din România a început odată cu implementarea OUG 162/2008, care a realizat transferul atribuțiilor și competențelor Ministerului Sănătății către Unitățile Administrativ-Teritoriale (UAT-uri). Prin această măsură, un număr semnificativ de 270 de spitale publice, din totalul de 367, au trecut în subordinea UAT-urilor, precum consiliile județene și consiliile locale.

În capitală, Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale din București (ASSMB) a fost înființată sub autoritatea Consiliului General al Municipiului București (CGMB). În 2009, în subordinea ASSMB au intrat 19 spitale din totalul de 50 din București. Cu toate acestea, procesul de descentralizare nu a continuat, iar restul spitalelor au rămas sub coordonarea

Ministerului Sănătății sau a altor ministere, cum ar fi Ministerul Justiției, Ministerul de Interne, Ministerul Transporturilor, Ministerul Apărării și Serviciul Român de Informații (SRI).

În ciuda intențiilor bune, descentralizarea a întâmpinat multiple dificultăți care au condus la un eșec relativ al procesului. Printre principalele probleme se numără lipsa de know-how la nivel local, infrastructura precară moștenită și finanțarea insuficientă de la bugetul local. În plus, finanțarea de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) s-a realizat diferențiat în funcție de categoria spitalului, ceea ce a contribuit la inegalități în alocarea resurselor. Politizarea excesivă a managementului spitalelor și implicarea tot mai scăzută a autorităților centrale au agravat situația. În același timp, cetățenii au rămas slab informați cu privire la rolul APL-urilor în gestionarea spitalelor, ceea ce a dus la o înțelegere limitată a responsabilităților locale în domeniul sănătății.

Autoritățile locale joacă însă un rol esențial în asigurarea și îmbunătățirea serviciilor de sănătate publică, acoperind o gamă largă de responsabilități care includ atât asistența medicală comunitară, cât și administrarea spitalelor și promovarea sănătății publice în comunități.

Rolul autorităților locale în sănătate:

I. Asistența medicală comunitară și medicina socială

- Centre de sănătate multifuncționale
- Servicii medicale și stomatologice pentru grupurile defavorizate (neasigurați, vârstnici, persoane cu handicap, alte grupuri vulnerabile)
- Servicii de tipul centrelor de zi pentru bolnavii cu Alzheimer
- Recuperare neurologică și îngrijire medicală post-intervenție chirurgicală
- Hospice (îngrijire paliativă și terapie a durerii)
- Structuri pluridisciplinare asistent social - asistent medical comunitar – medic de familie
 - Catagrafierea problemelor socio-medice ale comunităților locale
 - Promovarea principiilor de prevenție
 - Educație pentru sănătate, informare socială
 - Asistență socio-medicală proactivă (salarii asistenți comunitari – MS)

II. Asistența medicală desfășurată în unitățile de învățământ

- Infrastructura și dotările cabinetelor medicale școlare
- Resursa umană - salarii personal medical - MS

III. Asistența medicală primară și secundară – medicina de familie, ambulatoriul de specialitate, medicina dentară

- Infrastructura aflată în patrimoniul APL – fostele dispensare și policlinici – OUG 68 /2008
- Stimulente pentru înființarea cabinetelor
- Dezvoltarea de Centre de Permanență în zonele unde serviciile medicale nu sunt ușor accesibile

IV. SPITALE

- Investiții în infrastructură și dotări din bugetul local dar și prin atragerea de fonduri europene
- Acoperirea cheltuielilor de funcționare
- Acordarea de stimulente (cazare, transport etc.) pentru acoperirea deficitului de personal medical
- Reorganizarea spitalelor pentru a răspunde nevoilor reale ale comunității
- Construcția de noi spitale

V. Factorii determinanți ai stării de sănătate

- Apă, canalizare, poluare, alimentație, infrastructura de transport etc.
- Educație, educație pentru sănătate, promovare stil de viață sănătos
- Prevenție primordială, primară, secundară în sănătate

Pentru a calcula **cheltuielile curente cu sănătatea ale unităților administrativ-teritoriale (UAT-uri)**, a fost necesară o analiză detaliată și consolidarea datelor din execuția bugetară. În acest scop, au fost excluse din calcul cheltuielile curente ale spitalelor publice descentralizate, deoarece acestea sunt constituite în primul din sursele deja descrise mai sus, respectiv FNUASS și MS, fiind incluse în sursele respective. În schimb, au fost luate în considerare sumele alocate spitalelor de către UAT din resurse proprii, în completarea celor de la FNUASS și MS. În urma acestui proces, au fost identificate cheltuielile curente ale UAT-urilor în anul 2023 la **Capitolul bugetar 66 - Sănătate**, totalizând **1.415.331.492 RON**.

Totuși, bugetele locale ale UAT-urilor primesc **subvenții de la bugetul de stat** (prin bugetul Ministerului Sănătății și DSP-uri) pentru anumite categorii de cheltuieli, cum ar fi:

- **Asistența medicală școlară,**
- **Asistența comunitară,**
- **Unitățile medico-sociale.**

Aceste cheltuieli sunt incluse atât în execuția bugetară a MS, cât și în capitolul de venituri ale UAT-urilor. Deoarece aceste cheltuieli au fost deja consolidate în calculul **Total Health Expenditure** la nivelul Ministerului Sănătății, ele vor fi excluse din calculul cheltuielilor UAT-urilor.

Totodată, din cauza ca nu putem diferenția în structura transferurilor din bugetele UAT pe cele efectuate spitale de cele către alte instituții de sănătate subordonate în prima fază le vom exclude și pe acestea.

Astfel, ceea ce rămâne constituie diferența de **196.279.436 RON**, ce reprezintă contribuții din venituri proprii la **cheltuielile curente cu sănătatea ale UAT-urilor** din bugetele locale, exceptând cheltuielile pentru spitale.

Pentru că UAT-urile contribuie și la finanțarea spitalelor din subordine, cât și la bugetul spitalelor administrate de MS vom identifica aceste transferuri pentru cheltuieli curente către spitale la în cadrul veniturilor raportate de spitalele publice - la subcapitolul 4310 -, unde totalizează **441.807.497 RON în anul 2023**.

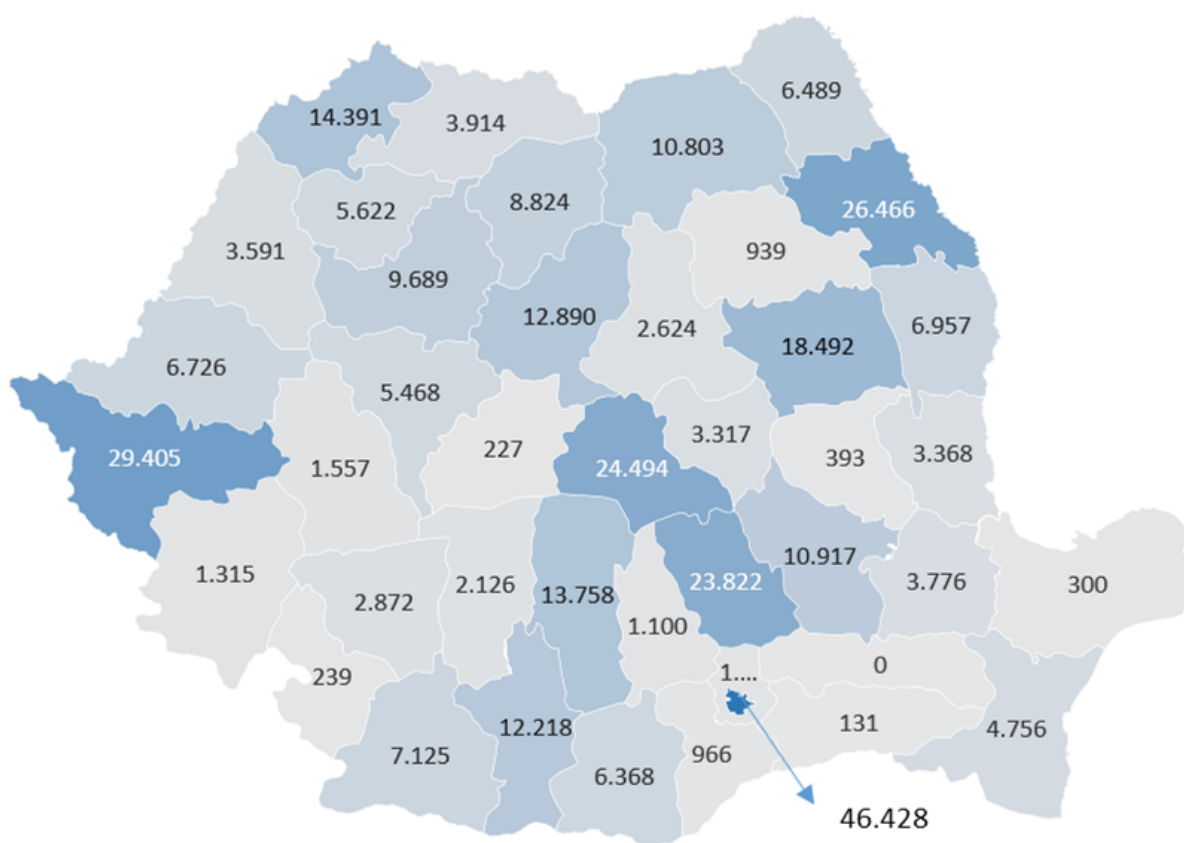
Astfel, suma celor 2 categorii de cheltuieli în valoare totală de **638.086.933 RON** reprezintă **cheltuielile curente cu sănătatea ale UAT-urilor din bugetele locale**. Această valoare va fi inclusă în calculul **Total Health Expenditure**.

*Tabel 17. Consolidarea Cheltuielilor curente cu sănătatea ale Unităților Administrativ Teritoriale
(Sursa Datelor MF - Execuția UAT - <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>)*

Categorie cheltuieli	Buget 2023 (RON)	Detalii
Cheltuieli curente ale u.a.t. pentru sănătate (02 66)	1.415.331.492	total - din execuție. include si bugetele institutiilor medico- sociale subordonate
Subvenții din bugetul de stat pentru finanțarea sănătății (asistența medicală comunitară)	-129.908.071	
Subvenții din bugetul de stat pentru unități de asistența medico-socială (unități de asistență medico-socială)	-63.407.417	de exclus - Asistența medicală comunitară - Bugetul MS
Subvenții din bugetul de stat alocate conform contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică (Cabinetele de medicină școlară)	-494.839.040	de exclus - Medicina școlară - Bugetul MS
Transferuri pentru cheltuieli curente către spitale si alte entități subordonate in domeniul sanatatii	-530.897.528	de exclus în primă fază, deși includ și transferurile pentru cheltuieli curente pentru spitale, pe care le vom identifica separat mai jos
Cheltuieli curente ale u.a.t. din venituri proprii (altele decât pentru spitale)	196.279.436	valoare obținută din suma rândurilor de mai sus
Transferuri pentru cheltuieli curente către spitalele publice	441.807.497	valoare obținută din execuția tuturor spitalelor publice
CHELTUIELI CURENTE TOTALE DIN BUGETELE LOCALE ALE UAT	638.086.933	obținut prin suma ultimelor 2 rânduri de mai sus

Doar 178 de spitale din cele 378 spitale publice au primit finanțare din partea autorităților locale și doar 59 dintre aceste au primit sume mai mari de 1 milion RON. Mediana alocațiilor se

În ceea ce privește alocațiile pe județe, din *Figura 21* se observă o distribuție foarte neomogenă, Bucureștiul, Timișoara, Iași, Brașov și Prahova având cele mai mari alocări, iar județe precum Ialomița, Călărași, Sibiu, Mehedinți având alocări de sub 300 mii RON.



Poate mai important, în afara transferurilor pentru cheltuieli curente, autoritățile locale sunt responsabile de realizarea investițiilor în infrastructură și dotări cu echipamente medicale în spitalele pe care le administrează, precum și în alte imobile în care au loc activități de sănătate și care se află în proprietatea UAT. Investițiile sunt finanțate din patru surse principale, și anume venituri proprii ale bugetelor locale, subvenții de la bugetul de stat, prin bugetul MS, fonduri externe nerambursabile și, mai rar, împrumuturi contractate de autoritățile locale. Cheltuielile locale cu investițiile în sănătate în anul 2023 au totalizat 2.099.532.281 lei, din care 501.744.588 lei au fost transferuri din bugetele locale către spitale pentru cheltuieli de

capital. Din acestea, suma de 311.345.757 lei a reprezentat contribuția din venituri proprii ale bugetelor locale, restul fiind subvenții de la bugetul de stat redirecționate. În afara lor, autoritățile locale au mai efectuat cheltuieli cu investiții în infrastructura de sănătate în mod direct în valoare de 1.788.186.524 lei, care au fost finanțate venituri proprii, fonduri externe nerambursabile și împrumuturi.

5. Abonamentele de sănătate

Impactul direct al pieței abonamentelor medicale este semnificativ în economia națională. Abonamentele medicale au fost introduse în sistemul de sănătate în urmă cu circa 30 ani, având în prezent peste 1,95 milioane de clienți. Piața abonamentelor medicale reprezintă 3,5% din piața serviciilor private de sănătate, generând venituri de aproximativ 165 milioane EUR în anul 2022 și respectiv 195 mil. euro estimat în anul 2023. Abonamentele medicale asigură un flux constant de venituri, ceea ce conferă predictibilitate cifrei de afaceri generată de operatorii privați și contribuie astfel la finanțarea planurilor de investiții și implicit la dezvoltarea infrastructurii medicale.

În plus, abonamentele de sănătate oferite de furnizorii privați constituie o piață în creștere, permițând accesul la o gamă variată de servicii medicale pentru un cost fix lunar (Cod ICHA-HF.2.3.2). În general abonamentele pentru servicii medicale reprezintă o opțiune întâlnită în special în mediul urban, acolo unde accesul la servicii private este mai ușor.

Pe baza datelor de la principalii actori ai pieței, un studiu recent al E&Y la cererea PALMED estimează o valoare a pieței abonamentelor medicale private din România de aproximativ 165 milioane EUR în anul 2022, cu circa 17% mai ridicată decât în 2021, estimarea pentru anul 2023 fiind de circa 195 mil euro.

Tabel 18. Evoluția pieței abonamentelor private de sănătate în România (Sursa: EY, estimări autori)

Indicator	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	e 2023
Venituri totale din abonamente (mil.Euro)	70	80	91	104	120	140	165	195
Rata de creștere venituri	16,7%	14,3%	13,8%	14,3%	15,4%	16,7%	17,9%	18,2%
Venit mediu lunar/abonat (E/abonat)	6,0	5,3	5,4	5,5	6,2	6,6	7,0	7,0
Numar de abonati (mii)	978	1.252	1.405	1.574	1.623	1.776	1.954	2.050
Rata de creștere nr.abonati		28,0%	12,2%	12,0%	3,1%	9,4%	10,0%	4,9%

Sursa: Studiu EY, 14 Mai 2024, Impactul economic al sectorului privat de sănătate din România, Pentru anul 2023 estimare autori

6. Asigurările private de sănătate

O sursă de finanțare a sistemului de sănătate o reprezintă sistemul facultativ prin care un asigurător constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați expuși la producerea riscului de îmbolnăvire și îi indemnizează în conformitate cu clauzele stipulate în contractul de asigurare, pe cei care suferă un prejudiciu, din fondul alcătuit din primele încasate, precum și din celelalte venituri rezultate ca urmare a activității desfășurate de asigurător.

În ciuda unei dezvoltări încă limitate, asigurările private de sănătate reprezintă o componentă cu tendință tot mai importantă a finanțării voluntare a sănătății (Cod ICHA-HF.2.1). Analiza privind evoluția pieței asigurărilor de sănătate în România în ultimii 10 ani indică o creștere a volumului de prime brute subscrise pentru asigurările de sănătate (atât cele asimilabile asigurărilor generale, cât și cele aferente asigurărilor de viață) de la o pondere de 0,98% în anul 2013 până la 4,47% în anul 2023 în totalul primelor brute subscrise pe întreaga piață a asigurărilor din România (ASF, 2013 și 2023). Aceste asigurări sunt facultative și acoperă servicii medicale suplimentar celor oferite prin sistemul public, cum ar fi accesul la clinici private (din țară sau străinătate în anumite cazuri) pentru servicii similare celor din sistemul public de sănătate: servicii în ambulatoriu incluzând analize, consultații medicale, tratament de urgență, tele consultații, investigații de imagistică medicală (ecografie, radiografie, CT, RMN etc.), servicii de ambulanță și intervenții chirurgicale în regim ambulatoriu/ spitalizare de zi, a

doua opinie medicală pentru consultarea unor medici din străinătate sau tratament; servicii de spitalizare și intervenții medicale de înaltă complexitate într-o rețea medicală privată, respectiv plata unei sume fixe de bani pentru fiecare zi de spitalizare dacă asiguratul alege să se trateze într-un spital din rețeaua publică de sănătate.

În ceea ce privește numărul contractelor de asigurare la nivelul pieței asigurărilor de sănătate în vigoare la finele anului 2023, ASF menționează „231 mii, în creștere cu în creștere cu aproximativ 5% față de numărul contractelor în vigoare la sfârșitul lui decembrie 2022” (ASF, 2023). Însă, analiza detaliată a numărului acestor contracte în perioada 2016-2023 evidențiază o fluctuație semnificativă, numărul contractelor de asigurare la nivelul pieței asigurărilor de sănătate aflându-se la finele anului 2023 la aproximativ același nivel cu nr. contractelor de asigurare de sănătate din anul 2016. În perioada 2016-2019 numărul contractelor de asigurare la nivelul pieței asigurărilor de sănătate a urmat un trend ascendent, atingând în anul 2019 403 mii contracte de asigurare în vigoare. Începând cu anul 2020 trendul urmat de numărul contractelor de asigurare la nivelul pieței asigurărilor de sănătate este continuu descendent până la nivelul anului 2022 (ASF, 2018 și 2023).

Tabel 19. Evoluția primelor brute subscrise și plătite în perioada 2019--2023 (ASF)

Evoluția primelor brute subscrise și plătite în perioada 2019--2023					
	mil.lei				
INDICATOR	2019	2020	2021	2022	2023
Prime brute subscrise	381,3	451,4	497,0	669,6	813,3
Indemnizații brute plătite	220,2	213,1	280,9	361,8	457,9
Dinamica prime subscrise		18,4%	10,1%	34,7%	21,5%
Dinamica indemnizații plătite (*)		-3,2%	31,8%	28,8%	26,6%

**incl. datele Euroins România în trimestrul I 2023, înainte de retragerea autorizației de funcționare, cu excepția numărului de contracte în vigoare*

Sursa: Autoritatea de Supraveghere Financiară (2023). Evoluția pieței asigurărilor în anul 2023, <https://asfromania.ro/uploads/articole/attachments/660ba05adfe97484924411.pdf>

În anul 2023, societățile de asigurare autorizate și reglementate de ASF au raportat indemnizații brute plătite în sumă de aproximativ 458 milioane lei, în creștere cu 27% față de anul anterior (362 milioane lei), tendința ultimilor ani fiind de creștere semnificativă. Prin raportare la anul 2016, volumul indemnizațiilor brute plătite la nivelul asigurărilor de sănătate a cunoscut un trend ascendent pe întreaga perioadă de timp supusă analizei (exceptând anul 2020 în care se înregistrează o dinamică negativă de mici proporții). Astfel, în anul 2023 indemnizațiile brute plătite de societățile de asigurare în România au înregistrat o creștere de 390 milioane lei față de nivelul din anul 2016, subliniind creșterea contribuției acestei surse de finanțare la acoperirea necesarului de cheltuieli de sănătate ale populației. Observăm că inclusiv în momentele de timp în care numărul de contracte de asigurare privată de sănătate scade (2022) sau crește nesemnificativ față de anul precedent (2023) volumul indemnizațiilor brute plătite crește semnificativ (29% în 2022 față de 2021 și 27% în 2023 față de 2022).

Tabel 20. Clasamentul societăților de asigurare în funcție de volumul de prime brute subscrise pentru activitatea de asigurări de sănătate în anul 2023 (Sursa datelor: ASF)

Nr. crt.	Societate	Cota de piață
1	SIGNAL IDUNA ASIGURARE REASIGURARE S.A.	28,75%
2	ALLIANZ - TIRIAC ASIGURARI S.A.	20,72%
3	GROUPAMA ASIGURARI S.A.	16,57%
4	NN ASIGURARI DE VIATA SA	12,01%
5	OMNIASIG VIG	9,73%
	TOTAL (1-5)	87,78%
6	ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A.	6,66%
7	ASITO KAPITAL S.A.	2,10%
8	EUROLIFE FFH ASIGURARI GENERALE S.A.	1,33%
9	NN ASIGURARI S.A.	0,47%
10	BRD ASIGURARI DE VIATA S.A.	0,42%
	TOTAL (1-10)	98,76%
	Alte societăți	1,24%
	TOTAL	100,00%

Se poate observa că primii 5 asiguratori au o cotă de 87,78% din piață. Dintre aceștia doar NN Asigurări încheie contracte retail către populație, restul fiind contracte *corporate*.

7. OUT-OF-POCKET

Plățile directe (*Out-of-pocket* – „din buzunar”) ale populației reprezintă o componentă importantă a ansamblului cheltuielilor cu sănătatea. În țara noastră ele au o majoritate covârșitoare în totalul cheltuielilor private cu sănătatea, de aproximativ 95%. Potrivit raportărilor Eurostat, în perioada 2014 - 2021 plățile directe în România au variat între 20% și 22% din totalul cheltuielilor de sănătate¹. Așadar, echipa de analiză a considerat că relevanța prezentului raportul ar fi amplificată de o estimare separată a plăților directe, care să confirme sau să infirme datele consacrate.

Valorile publicate de Eurostat sunt furnizate de Institutul Național de Statistică (INS), care, pentru a le estima, utilizează trei surse de date, respectiv (i) date administrative (execuții bugetare ale instituțiilor publice, rapoarte ale Autorității de Supraveghere Financiară), (ii) Cercetarea statistică privind activitatea rețelei sanitare și de ocrotire a sănătății - SAN și (iii) Ancheta bugetelor de familie. Considerând că ultimele două surse sunt preponderente în estimarea plăților directe și având în vedere că sunt realizate prin raportare voluntară, care poate fi o sursă de imprecizie, autorii prezentului raport au dezvoltat o metodologie diferită de calcul, care nu ia în considerare datele colectate de INS.

Plățile directe reprezintă sume pe care utilizatorii finali, pacienții, le achită nemijlocit furnizorilor de servicii de sănătate în schimbul prestațiilor oferite de aceștia. Potrivit cadrului de reglementare existent, furnizorii trebuie să se organizeze în forme de activitate recunoscute de lege – societăți comerciale, persoane fizice autorizate (p.f.a.), cabinete medicale individuale (c.m.i.) sau asocieri ale acestora – și să se înregistreze la Ministerul Sănătății și Oficiul Național al Registrului Comerțului (ONRC). De asemenea, ei trebuie să depună situații financiare anuale la ONRC și la Ministerul Finanțelor (MF). În ceea ce privește raportările la Ministerul Finanțelor, se remarcă prevederile OMF nr. 1.802/2014 pentru aprobarea Reglementărilor contabile privind situațiile financiare anuale individuale și situațiile financiare anuale consolidate, potrivit căruia toți operatorii economici organizați ca societăți comerciale trebuie să raporteze MF date agregate din contul de profit și pierdere anual. De asemenea, am avut în vedere că persoanele fizice autorizate și cabinete medicale individuale au obligații de raportare identice, care constau în depunerea declarațiilor de venit anuale la MF.

¹ Eurostat, Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes, hlth_sha11_hchf, accesat în septembrie 2024.

În aceste condiții, colectivul de autori a elaborat o metodologie care să valorifice raportările financiar-contabile ale entităților din sistemul de sănătate și cele administrative ale caselor de asigurări de sănătate și ale direcțiilor de sănătate publică. Cele administrative s-au referit la valoarea plăților efectuate anual către furnizorii cu care au fost încheiate relații contractuale pentru furnizarea serviciilor și produselor din pachetele de servicii de bază și minimal, din programele naționale de sănătate, precum și pentru alte cheltuieli specifice (salarizarea medicilor rezidenți, a personalului din activitățile de cercetare, a activităților unităților de primiri urgente etc.). În esență, metodologia și-a propus să estimeze valoarea cheltuielilor private cu serviciile de sănătate încasate de furnizori, potrivit formulei:

$$\begin{aligned} & \text{ch private pentru servicii de sănătate Ro} \\ &= \sum \text{cifra afaceri sau venituri curente} - \sum \text{încasări de la bugete publice} \\ & - \sum \text{încasări de la alți furnizori de servicii de sănătate} \end{aligned}$$

Mai departe, valoarea plăților directe va fi calculată ca:

$$\begin{aligned} & \text{plăți directe pentru servicii de sănătate Ro} \\ &= \text{ch private pentru servicii de sănătate Ro} \\ & - \text{încasări în cadrul schemelor de plăți facultative} \end{aligned}$$

Variabilele din cele două formule ale metodologiei de estimare a plăților directe pentru servicii de sănătate au fost definite astfel:

Cifra de afaceri – valoarea producției vândute, pentru societăți comerciale, sau totalul veniturilor realizate, pentru p.f.a. și c.m.i., potrivit raportărilor către MF (formularele 600, 601 și, respectiv, 212);

Venituri curente – venituri din prestări servicii și din subvenții pentru cheltuieli curente realizate de furnizorii de servicii organizați ca instituții publice (spitale, ambulatorii de specialitate, servicii de ambulanță județene, centre de transfuzii etc.); sursa datelor a fost MF, prin portalul www.transparentabudgetara.ro;

Încasări de la bugete publice – venituri încasate de furnizorii de servicii de sănătate, indiferent de forma de organizare, de la bugete publice (Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, Ministerul Sănătății, ministere cu rețea proprie – MApN, MAI, MJ, SRI, Academia Română –, bugetele unităților administrativ-teritoriale); sursele datelor au fost casele de asigurări de sănătate și MF, prin portalul www.transparentabudgetara.ro;

Încasări de la alți furnizori de servicii de sănătate – venituri realizate de furnizorii de servicii de sănătate pentru prestații servicii vândute altor furnizori; sursa datelor a fost MF (formularele 600, 601);

Încasări în cadrul schemelor de plăți facultative – indemnizații brute plătite din asigurări voluntare de sănătate, servicii de sănătate pre-plătite; sursele datelor au fost ASF, PALMED.

Așadar, obiectivul metodologiei a fost de a estima cheltuielile private la nivel de furnizor, scăzând din veniturile totale încasate pentru producția vândută pe acelea provenind de la bugete publice și de la alți furnizori. Rezultatul urma să arate valoarea producției, i.e. a bunurilor și serviciilor, suportată de populație. Scăzând din acesta cheltuielile populației în cadrul unor scheme de plăți voluntare se obținea o valoare estimativă a plăților directe efectuate de populație „din buzunar”.

Lista furnizorilor de servicii de sănătate a fost compusă în funcție de modul organizării acestora și prin încrucișarea mai multor baze de date (ONRC, MF, casele de asigurări de sănătate). Societățile comerciale, precum și un număr redus de p.f.a., au fost obținute de la ONRC, prin export din baza de date în funcție de codurile CAEN care reflectau comerț cu amănuntul de medicamente și dispozitive medicale, precum și furnizare de asistență medicală². În acest mod, au fost identificați 48 de mii de furnizori, distribuiți potrivit Tabelului 21. Dintre aceștia, aproximativ 32 de mii au raportat conturi de profit și pierdere la MF, potrivit OMF nr. 1802/2014. Cabinetele medicale individuale nu au putut fi identificate la ONRC și nici la MF.

² Comerțul cu ridicata (distribuția) și producția de bunuri medicale nu au făcut obiectul analizei, deoarece nu vin în contact direct cu consumatorul final.

Tabel 21. Distribuția pe coduri CAEN a furnizorilor identificați în baza de date a ONRC. (sursa: ONRC)

Cod CAEN	Denumire CAEN	număr total, din care:	cu cont de profit și pierdere raportat
4773	Comerț cu amănuntul al produselor farmaceutice, în magazine specializate	5.389	3.445
4774	Comerț cu amănuntul al articolelor medicale si ortopedice, în magazine specializate	1.601	943
8610	Activități de asistentă spitalicească	547	376
8621	Activități de asistentă medicală generală	3.453	2.569
8622	Activități de asistentă medicală specializată	13.836	10.195
8623	Activități de asistentă stomatologică	12.843	9.185
8690	Alte activități referitoare la sănătatea umană	10.298	5.005
8710	Activități ale centrelor de îngrijire medicală	97	36
8720	Activități ale centrelor de recuperare psihică si de dezintoxicare, exclusiv spitale	36	14

Din datele publicate de casele de asigurări de sănătate (CAS) au fost identificați furnizorii cu care acestea au încheiat contracte de servicii, în număr de 21 de mii în anul 2023, distribuți potrivit Tabelului 22. Datele din listele MF și CAS au fost încrucișate, rezultând un număr de 23 de mii de furnizori cu cont de profit și pierdere raportat, care nu au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate, și 11,5 mii de furnizori care au încheiat contracte cu case de asigurări de sănătate, dar nu au raportat cont de profit și pierdere. Lista celor din urmă include cabinetele medicale individuale și un număr redus de organizații non-profit. Din listele furnizorilor caselor de asigurări de sănătate au fost identificați 388 de furnizori instituții publice, din care 375 de spitale. Alături de aceștia, din execuțiile bugetare ale instituțiilor publice au mai fost identificate 148 de furnizori instituții publice care nu încheie contracte cu case de asigurări de sănătate (servicii de ambulanță județene, unități medico-sociale, centre de transfuzii, centre de reparație a aparaturii medicale). Listele au fost integrate într-un

nomenclator de furnizori privați și publici, care a totalizat 62,4 mii de intrări unice, identificate după cod unic de identificare, denumire, precum și alte variabile descriptive. Nomenclatorul a fost asociat cu o bază de date financiare din anul 2023, organizată pe module privind: conturile de profit și pierdere ale furnizorilor organizați ca societăți comerciale, execuțiile bugetare ale furnizorilor instituții publice și plățile efectuate de casele de asigurări de sănătate tuturor furnizorilor contractați, pe paliere de asistență medicală.

Tabel 22. distribuția furnizorilor caselor de asigurări de sănătate pe paliere de asistență medicală (sursa: casele de asigurări de sănătate)

Palier de asistență medicală	Număr furnizori
Asistenta medicala primară	10.013
Asistenta medicala pentru specialități clinice	4.090
Asistenta medicala stomatologica	3.813
Medicamente cu si fără contribuție personala	3.396
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele naționale cu scop curativ	2.820
Materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ	1.904
Asistenta medicala pentru specialități paraclinice	1.479
Spitale generale	762
Asistenta medicale in centre medicale multifuncționale	640
Îngrijiri medicale la domiciliu	281
Dispozitive si echipamente medicale	195
Servicii de urgenta prespitalicești si transport sanitar	121
Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	68
Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	25

Notă: numeroși furnizori contractează servicii de sănătate pe mai multe paliere de asistență medicală. De aceea, suma factorilor din tabel e mai mare decât numărul total al furnizorilor unici ai caselor de asigurări de sănătate.

În procesul de colectare au fost întâmpinate o serie de obstacole care au limitat disponibilitatea unor date. Deoarece echipa nu le-a considerat de natură a compromite demersul metodologic,

a conceput și utilizat în contrapartidă o serie de asumptii. Obstacolele și asumptiile aferente lor au fost următoarele:

1. Cifrele de afaceri ale farmaciilor provin din vânzări de medicamente și de alte produse, de exemplu, cosmetice. Ele pot fi deosebite prin taxa pe valoarea adăugată aplicabilă – 9% la medicamente și 19% la restul –, însă informația de acest tip nu a fost disponibilă. În schimb, echipa a analizat comparativ valoarea cumulată a cifrei de afaceri a celor 5,4 mii de farmacii incluse în baza de date, totalizând 33 de mld. lei, cu raportul CEGEDIM de vânzări de medicamente în farmaciile comunitare pe anul 2023, unde a fost comunicată o valoare totală de 26 mld. lei³. Echipa de analiză a presupus că procentul obținut, de 79%, este relevant la nivelul pieței și l-a fost aplicat tuturor farmaciilor din baza de date pentru a estima cifra de afaceri provenită din vânzarea medicamentelor.
2. Veniturile realizate de P.F.A. și C.M.I. nu au fost disponibile. Echipa a putut identifica furnizorii respectivi care sunt în contracte cu casele de asigurări de sănătate, în număr de aproximativ 11,5 mii, însă singura informație disponibilă pentru aceștia a fost legată de plățile din FNUASS, de aproximativ 4,5 mld. lei. În aceste condiții, echipa de analiză a presupus că valoarea încasărilor din servicii furnizate altor entități și populației este egală cu zero.
3. Veniturile încasate de spitalele publice din prestări servicii către terți – alții decât case de asigurări de sănătate și direcții de sănătate publică – s-au ridicat la 0,26 mld. lei. Distribuția acestor venituri pe surse – servicii în regim privat pentru pacienți, coplăți de la pacienți, alți furnizori – nu este cunoscută. Nivelul foarte redus prevăzut de lege pentru coplățile pacienților și experiența membrilor echipei de analiză sugerează că majoritatea covârșitoare a acestor venituri provine din servicii vândute altor furnizori (consultații, analize de laborator, investigații imagistice și anatomo-patologice). Așadar, pentru a reduce complexitatea, echipa a presupus că veniturile încasate de spitalele publice din prestări servicii nu includ și cheltuieli private de la pacienți.
4. Veniturile încasate de furnizorii privați de la Ministerul Sănătății și direcțiile de sănătate publică nu sunt cunoscute. Acestea provin din servicii de vaccinare și de fertilizate în vitro. Marea majoritate a veniturilor pentru servicii de vaccinare este încasată de cabinete

³ Cegedim Health Data, Raport național de vânzări Q12 2023, [Pharma & Hospital Report: the evolution of the Romanian pharmaceutical market – Q4/2023 - Cegedim Healthcare Romania \(cegedim-healthcare.ro\)](https://www.cegedim-healthcare.ro/), accesat în Septembrie 2023.

medicale individuale, pentru care nu sunt cunoscute cifrele de afaceri⁴. Restul sumelor sunt reduse, astfel încât, pentru a reduce complexitatea, echipa a presupus că sunt egale cu zero, adică furnizorii privați nu încasează venituri de la Ministerul Sănătății și entitățile subordonate.

5. Veniturile încasate de la alți furnizori de servicii de sănătate din analiză sunt un element important în estimarea cheltuielilor private, potrivit metodologiei utilizate. O parte din cifra de afaceri a furnizorilor privați de servicii de sănătate provine din vânzări către alți asemenea furnizori. La fiecare entitate, sumele respective sunt reflectate în contul contabil 628, alături de sume plătite altor furnizori de servicii ne-medicale. Conturile de profit și pierdere raportate la MF agregă valorile contului 628 cu alte conturi din grupele de conturi 61 și 62⁵. Totalul raportat pentru asemenea cheltuieli cu prestații externe în anul 2023 a fost de 9 mld. lei⁶. În lipsa altor informații relevante, echipa de analiză a presupus că jumătate dintre acestea au făcut obiectul tranzacțiilor dintre furnizorii privați din baza de date și că trebuie eliminate pentru a evita dubla înregistrare.
6. Valoarea serviciilor de sănătate furnizate în baza abonamentelor medicale nu este cunoscută. În schimb, valoarea estimată a încasărilor furnizorilor privați de servicii de sănătate din această sursă este de aproximativ 1 miliard de lei⁷. Echipa de analiză a presupus că cei doi indicatori au valori similare.

După aplicarea tuturor asumpțiilor, valoarea cheltuielilor private cu servicii de sănătate a fost calculată potrivit formulei:

$$\begin{aligned} & ch \text{ private pentru sanatate Ro (estimate)} \\ &= \left(\sum \text{cifra de afaceri furnizori privați} \times \text{coeficient de ajustare la farmacii} \right) \\ &\quad - \text{cheltuieli cu prestații externe consolidate} \\ &\quad - \text{încasări de la casele de asigurări de sănătate} \end{aligned}$$

Unde,

⁴ În baza raportului de activitate al Ministerului Sănătății pe anul 2023, estimăm ca valoarea agregată a serviciilor de vaccinare se situează la 40 de mil. lei; [Rapoarte de activitate - Ministerul Sănătății \(ms.ro\)](#).

⁵ La entitățile private, conturile din grupele 61 și 62 nu includ cheltuielile cu serviciile de utilități publice.

⁶ Conturile de profit și pierdere pentru microîntreprinderi nu prevăd distinct cheltuielile cu prestații externe, însă ele au fost estimate în baza ponderilor în totalul categoriei „alte cheltuieli”, constatate în conturile de profit și pierdere ale întreprinderilor mari, mici și mijlocii. Ponderile au fost determinate și utilizate pe grupuri de furnizori organizați după coduri CAEN. Pentru detalii, a se consulta formularele 600 și 601 din OMF nr. 1802/2014.

⁷ PALMED, Impactul economic al sectorului privat de sănătate din România, studiu elaborat de Ernst & Young, 2024. Potrivit studiului, valoarea pieței a fost estimată la 165 mil euro în anul 2022.

1. Cifra de afaceri furnizori privați – valoarea raportată de 32 de mii de furnizori de servicii de sănătate în conturile de profit și pierdere, totalizând 62,8 mld. lei în anul 2023;
2. Coeficient de ajustare farmacii – 0,79 pentru furnizorii cu cod CAEN 4773 „Comert cu amănuntul al produselor farmaceutice în magazine specializate” și 1 pentru ceilalți furnizori;
3. Cheltuieli cu prestații externe consolidate – sumă reprezentând tranzacții între furnizorii din analiză, eliminată pentru a evita dubla consolidare, estimată la 4,5 mld. lei în anul 2023;
4. Încasări de la casele de asigurări de sănătate – sume decontate din FNUASS pentru servicii sau produse furnizate, totalizând 25,5 mld. lei în anul 2023.

Rezultate

Aplicarea metodologiei la datele existente în baza de date constituită pentru acest raport sugerează că valoarea cheltuielilor private cu servicii de sănătate în anul 2023 a fost de aproximativ 31 de mld. lei. Acestea pot fi defalcate în funcție de codul CAEN al furnizorului. Astfel, 40% sunt destinate medicamentelor, 15% serviciilor stomatologice, 5% dispozitivelor medicale. Serviciilor de specialitate în ambulatoriu sau spital le revin aproximativ 30% din cheltuielile private cu sănătatea în România (*Figura 22*).

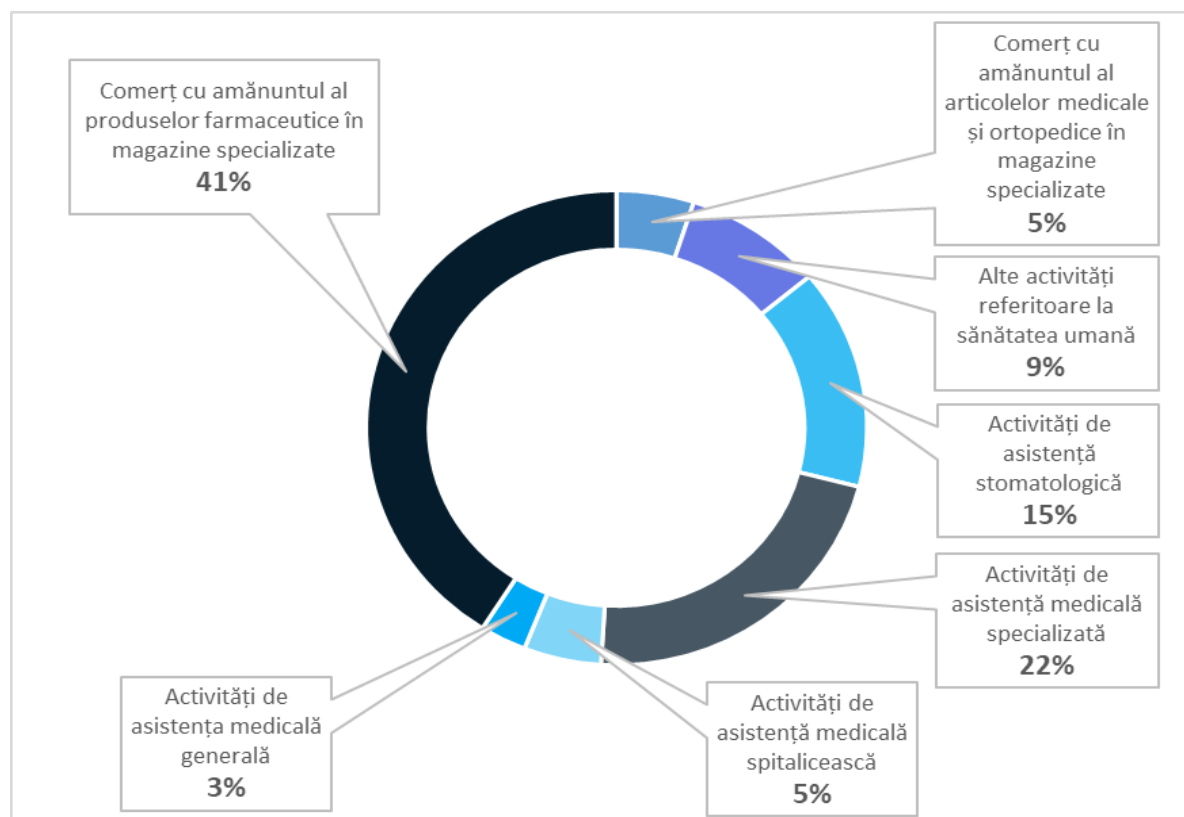


Figura 22. Structura estimată a cheltuielilor private cu sănătatea în România în anul 2023, după codul CAEN al furnizorului (date consolidate de autori)

Din totalul cheltuielilor private le-am scăzut pe cele achitate din alte surse - indemnizații brute plătite și a servicii de sănătate pre-plătite -, rezultând o valoare a plăților directe de 29,7 mld. lei. Valorile în cauză sunt redată în *Figura 23*:

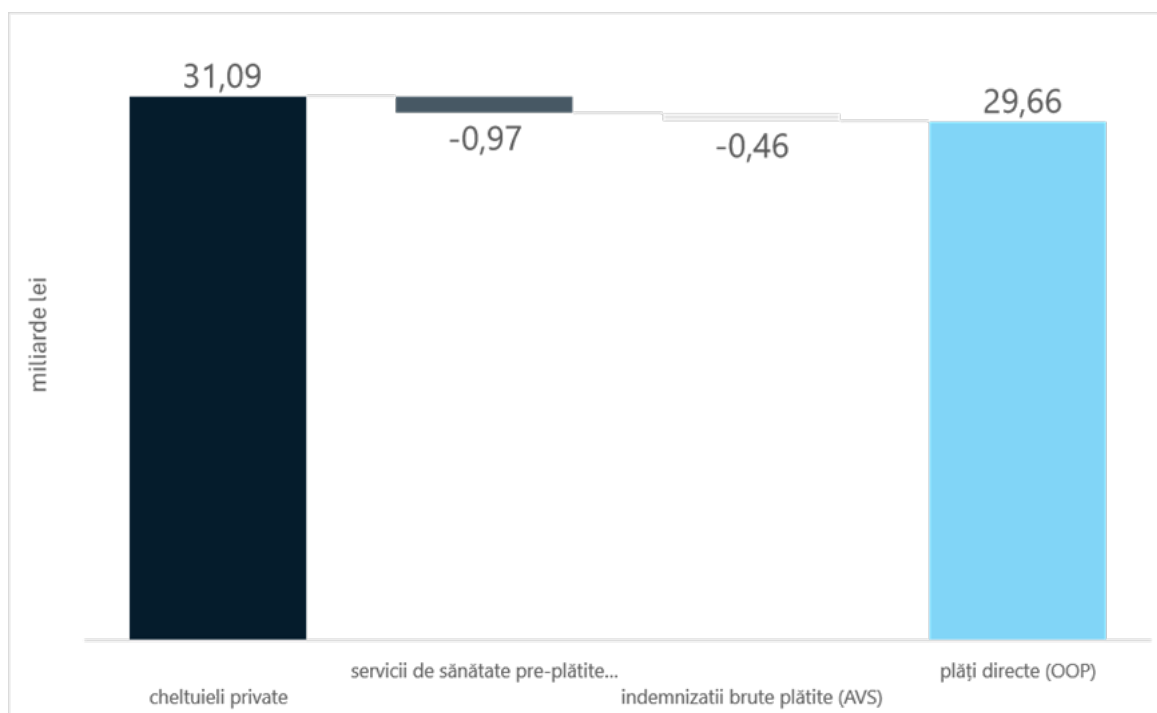


Figura 23. Estimarea valorii plăților directe pentru servicii de sănătate în România în anul 2023 (date consolidate de autori)

Discuție

Prezentul raport și-a propus să realizeze estimarea cheltuielilor cu servicii de sănătate în România și defalcarea lor pe surse de finanțare. Pentru plățile directe, echipa de analiză a propus o metodologie diferită de cea pe care o utilizează Institutul Național de Statistică în cadrul sistemului conturilor de sănătate. În timp ce INS își bazează estimările pe raportările voluntare ale furnizorilor și familiilor, metodologia propusă aici a utilizat valorile vânzărilor furnizorilor de servicii, medicamente și dispozitive medicale și încasările acestora din bugetele publice. După consolidarea cu tranzacțiile între furnizorii din analiză, a rezultat o estimare a cheltuielilor private totale și apoi a celor „din buzunarul” pacienților.

Valoarea estimată în acest raport a plăților directe pentru anul 2023 este de aproximativ 30 de mld. lei. Cea mai recentă estimare a INS este pentru anul 2021, de 16 mld. lei. Dacă aceasta ar fi actualizată cu ritmul mediu anual de creștere al estimărilor INS aferente perioadei 2017-2021, care este de +15,5% anual, atunci ar atinge valoarea de 21,5 mld. lei în anul 2023, cu 40% mai puțin decât estimarea noastră.

Importanța plăților directe în structura cheltuielilor de sănătate în România este foarte mare. De aceea, diferența amplă înregistrată între cele două estimări obligă la o analiză suplimentară, cu date mai complete, care să genereze un rezultat și mai apropiat de realitate. În acest sens, i generate prin metodologia prezentată în acest raport pot fi ameliorate dacă datele de intrare ar fi completate cu (1) veniturile totale ale celor 11,5 mii de cabinete medicale individuale, (2) informații despre plățile dintre furnizorii incluși în analiză (acestea sunt posibil de obținut de la momentul generalizării sistemului de raportare e-factura) și (3) plățile efectuate de Ministerul Sănătății sau de direcțiile de sănătate publică către fiecare din furnizorii privați contractați direct.

8. Alte scheme de finanțare

În România există și scheme de finanțare ale instituțiilor fără scop lucrativ în serviciul gospodăriilor populației. Acestea instituții includ organizații non-guvernamentale, asociații și fundații care oferă servicii medicale sau sprijină financiar accesul populației la astfel de servicii.

Informațiile analizate au arătat că datele disponibile despre sumele asigurate prin aceste scheme sunt fragmentate și limitate, ceea ce face dificilă o evaluare integrală a impactului pe care îl au asupra sistemului de sănătate.

Datele publice indică un număr relativ important de fundații și asociații cu activitate în domeniul sănătății.

Pe *website-ul* Camerei Deputaților este publicată o listă cu ONG urile înregistrate pe domenii de activitate, un număr de 63 de entități fiind în domeniul sănătății (https://www.cdep.ro/informatii_publice/ong2015.pe_dom)

De asemenea, o serie de asociații și fundații au în derulare contracte cu CNSAS și primesc finanțare pe această bază.

Prin analiza datelor economico – financiare ale celor mai relevante dintre aceste organizații a rezultat că în anul 2023 veniturile din activitățile fără scop patrimonial au însumat 202,8 mil.lei acestea fiind asimilate unor surse de finanțare ale sistemului de sănătate din România.

Tabel 23. Venituri ale fundațiilor reprezentative în domeniul sănătății (valori în RON)

	Specificatie	2019	2020	2021	2022	2023
1	Hospis Casa Sperantei	27.450.920	27.450.920	25.897.412	34.095.347	78.685.223
2	Fundatia Daruieste Viata	35.933.185	58.564.347	42.935.600	37.324.496	52.186.412
3	ASOCIAȚIA HELP AUTISM	17.770.498	16.954.809	22.738.381	25.180.947	26.536.017
4	Fundatia de sprijin comunitar	9.081.553	7.213.856	7.345.101	9.928.906	13.489.235
5	Fundatia Episcop Melchisedec	1.434.043	1.215.743	1.254.172	2.124.076	8.724.019
6	FUNDATIA PENTRU SMURD	7.276.526	9.783.498	17.297.951	7.405.759	na
7	Fundatia MAN	3.104.823	2.448.598	2.805.695	8.059.436	6.201.863
8	Fundatia "Hospice Emanuel "	1.440.415	2.122.864	2.367.817	3.051.932	4.357.578
9	ASOCIATIA M.A.M.E.	2.954.475	3.167.988	2.762.859	3.959.977	4.322.905
10	Fundatia Crucea Alb Galbena	647.361	4.050.296	4.614.117	4.018.361	3.361.470
11	Fundatia Renasterea	1.679.272	1.920.554	1.331.320	2.873.071	2.911.533
12	FUNDATIA SF. IRINA	2.514.531	1.839.614	1.891.752	1.721.993	2.067.975
	TOTAL	111.287.602	136.733.087	133.242.177	139.744.301	202.844.230
	Rata de creștere		3,7%	15,5%	13,4%	47,1%

Sursa: date <https://mfinante.gov.ro/ro/web/site> și prelucrări proprii

Nota: Fundatia Daruieste Viata finanteaza realizeaza in special cheltuieli de capital iar ajustarea a avut in vedere ca veniturile acestei fundatii nu finanteaza cheltuieli de sanatate ale perioadei

Din datele analizate o finanțare relativ importantă a sistemului de sănătate este asigurată și de Biserica Ortodoxă Română (BOR) care s-a angajat în numeroase acțiuni sociale și filantropice.

Conform raportului pentru anul 2023 prezentat de Patriarhul Daniel în fața Consiliului Național Bisericesc, bugetul de 60.512.474,97 euro (aproximativ 299.324.957,43 lei) a fost folosit în diverse inițiative și proiecte destinate comunităților vulnerabile.

Nu sunt disponibile date privind suma utilizată pentru proiecte de sănătate dar există informații referitor la faptul că în anul 2023 în structura BOR erau operaționale 54 centre rezidențiale vârstnici, 4 centre rezidențiale pentru persoane cu dizabilități, 46 servicii de îngrijire la domiciliu, 23 instituții ce oferă servicii medicale și de recuperare și 13 servicii de îngrijiri socio-medicale la domiciliu.

De notat faptul că exista un protocol de cooperare în domeniul sănătății dintre PATRIARHIA ROMÂNĂ și CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE pentru susținerea persoanelor care necesită servicii de prevenție, diagnostic, tratament, evaluare, monitorizare și supraveghere a afecțiunilor oncologice.

De asemenea, trebuie precizat ca unitățile de cult, în acord cu un act legislativ al Ministerului Sănătății, pot înființa instituții spitalicești (conform Ordinului de ministru 3473/2023).

Din cele 884 de servicii sociale și medicale ale Bisericii Ortodoxe Române, 90 dintre acestea sunt destinate bolnavilor, fiind îngrijiți constant un număr de 39.439 pacienți.

Nu există suficiente date disponibile pentru a identifica toate asociațiile și fundațiile care realizează servicii medicale sau medico-sociale către populație. În plus, din cifrele de afaceri ale acestor entități, nu putem extrage cu exactitate ponderea cheltuielilor curente cu sănătatea. Un exemplu elocvent este Fundația „Dăruiește Viața”, care, deși a avut o cifră de afaceri de 52.186.412 lei în 2023, desfășoară în principal cheltuieli de capital, cum ar fi construirea spitalului de oncologie pentru copii și investițiile în infrastructură și dotări. Aceste cheltuieli nu intră în calculul Total Health Expenditure (Cheltuieli Totale cu Sănătatea).

Pe de altă parte, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) decontează anumite servicii acestor entități, iar sumele încasate ar trebui consolidate. De exemplu, în 2023, 33 de entități cu denumirea „Fundația...” au încasat de la CNAS suma de 40.397.320 lei. Cu toate acestea, este foarte probabil ca și alte entități, care nu au fost identificate, să fi încasat sume similare în baza contractelor cu CNAS.

Având în vedere aceste considerente, este imposibil în acest moment să realizăm un calcul corect al cheltuielilor curente cu sănătatea desfășurate exclusiv din veniturile proprii ale fundațiilor și asociațiilor.

În acest context, pentru calculul nostru, vom utiliza datele furnizate de Institutul Național de Statistică (INS) prin Sistemul Conturilor de Sănătate pentru anul 2021, urmând să realizăm o estimare pentru 2022 și 2023, pe baza istoricului de creștere a acestor cheltuieli.

Astfel, în 2021, INS estimează cheltuielile curente ale fundațiilor și asociațiilor la 131,5 milioane lei. Aplicând un factor de creștere anual de 20%, estimăm că în 2022 aceste cheltuieli s-au ridicat la 157.8 milioane lei și, respectiv, la **189.36 milioane lei** pentru anul 2023.

9. Cheltuieli totale cu sănătatea

În acest capitol, vom prezenta o sinteză a cheltuielilor totale cu sănătatea din România pentru anul 2023, centralizând informațiile detaliate analizate în cele opt capitole anterioare. În fiecare capitol am analizat principalele surse de finanțare ale sistemului de sănătate, respectiv contribuțiile provenite din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), bugetul de stat gestionat de Ministerul Sănătății și alte ministere, bugetele unităților administrativ-teritoriale (u.a.t.), asigurările private, abonamentele de sănătate, cheltuielile out-of-pocket (OOP) și alte scheme.

Sinteza prezentată în tabelul de mai jos reunește aceste surse de finanțare, oferind o imagine completă asupra cheltuielilor totale din sistemul de sănătate în 2023. Conform calculelor noastre, Cheltuielile Curente Totale cu Sănătatea (TOTAL CURRENT HEALTH EXPENDITURE) s-au ridicat la **99.2 miliarde lei lei**, sumă care, la un curs de schimb de 1 euro = 4,95 lei, echivalează cu aproximativ **20 de miliarde euro**.

Tabel 24. Sinteza Cheltuielilor cu sănătatea în 2023 conform Capitolelor 1-8 (date consolidate de autori, sursa INSSE)

	Schemă de finanțare	Cheltuieli	%
1	FNUASS, din care:	55.982.764.230	56,4%
	a) venituri din cass	42.131.329.000	42,5%
	b) subventii de la buget	8.942.409.349	9,0%
	c) taxa claw back	4.486.045.077	4,5%
2	Bugetul de stat MS	10.462.221.184	10,5%
3	Bugetul de stat – alte ministere	817.591.898	0,8%
4	Bugetele u.a.t.	638.086.933	0,6%
5	Asigurări private	458.000.000	0,5%
6	Abonamente de sănătate	965.250.000	1,0%
7	OOP	29.664.295.626	29,9%
8	Alte scheme	189.360.000	0,2%
	TOTAL	99.177.569.871	100,0%

Ponderea schemelor de finanțare în Cheltuielile totale cu sănătatea poate fi analizată în figura de mai jos, evidențiind importanța fiecărei surse de finanțare în contextul sistemului de sănătate din România.

Principala schemă de finanțare este reprezentată de **Contribuția pentru Asigurările Sociale de Sănătate (CASS)**, care acoperă **42,66%** din totalul cheltuielilor. Acest procent este semnificativ, mai ales în contextul percepției generale că veniturile din CASS sunt „prea mari” sau că fondurile colectate ar fi utilizate în alte scopuri decât sănătatea. Totuși, este important de reținut că veniturile din CASS acoperă mai puțin de jumătate din totalul cheltuielilor cu sănătatea, contrar percepției publice. Dimpotrivă, potențialul de finanțare a cheltuielilor din această sursă de venit este mai mare, având în vedere că peste 5 milioane de asigurați, deși realizează venituri, nu achită contribuții de sănătate.

A doua cea mai importantă schemă de finanțare este reprezentată de **Plățile directe din buzunarul pacienților (Out-of-pocket - OOP)**, estimate la **30,05%** din totalul cheltuielilor. Acest procent ridicat indică o presiune semnificativă asupra pacienților și subliniază insuficiența finanțării publice prin FNUASS, ceea ce conduce la o dependență ridicată de plățile directe pentru servicii medicale. Valoarea estimată în acest studiu pentru plățile directe este cu 40% mai ridicată decât cea estimată de Institutul Național de Statistică. În ciuda limitărilor întâmpinate în aplicarea metodologiei propuse în acest raport pentru calculul plăților

directe, echipa de proiect consideră că ele sunt mai apropiate de realitate decât valorile comunicate de INS.

Bugetul de stat constituie a treia sursă ca pondere, incluzând atât bugetul Ministerului Sănătății, cât și al altor ministere cu rețea sanitară proprie, precum și subvențiile alocate FNUASS. Acestea însumează **20,48%** din cheltuielile totale, adică **20.222 miliarde lei**. În cadrul acestei surse, un rol determinant pentru finanțarea adecvată a sistemului de asigurări sociale de sănătate îl au subvențiile pentru echilibrare. După cum am arătat în capitolul privind cheltuielile FNUASS, acestea, pe cât sunt de importante pentru Fond, pe atât sunt de imprevizibile, ceea ce împiedică planificarea anuală și multianuală a cheltuielilor la nivelul necesarului și în concordanță cu obiectivele sistemului de sănătate.

Taxe Clawback reprezintă **4,54%** din totalul cheltuielilor, o contribuție relevantă în finanțarea sistemului de sănătate, direct proporțională cu valoarea consumului de medicamente compensate. Restul schemelor de finanțare, cum ar fi **bugetele locale, abonamentele de sănătate și asigurările private**, au ponderi mai mici, sub **1%** fiecare, demonstrând o utilizare limitată a acestor surse alternative de finanțare în comparație cu principalele scheme de mai sus.

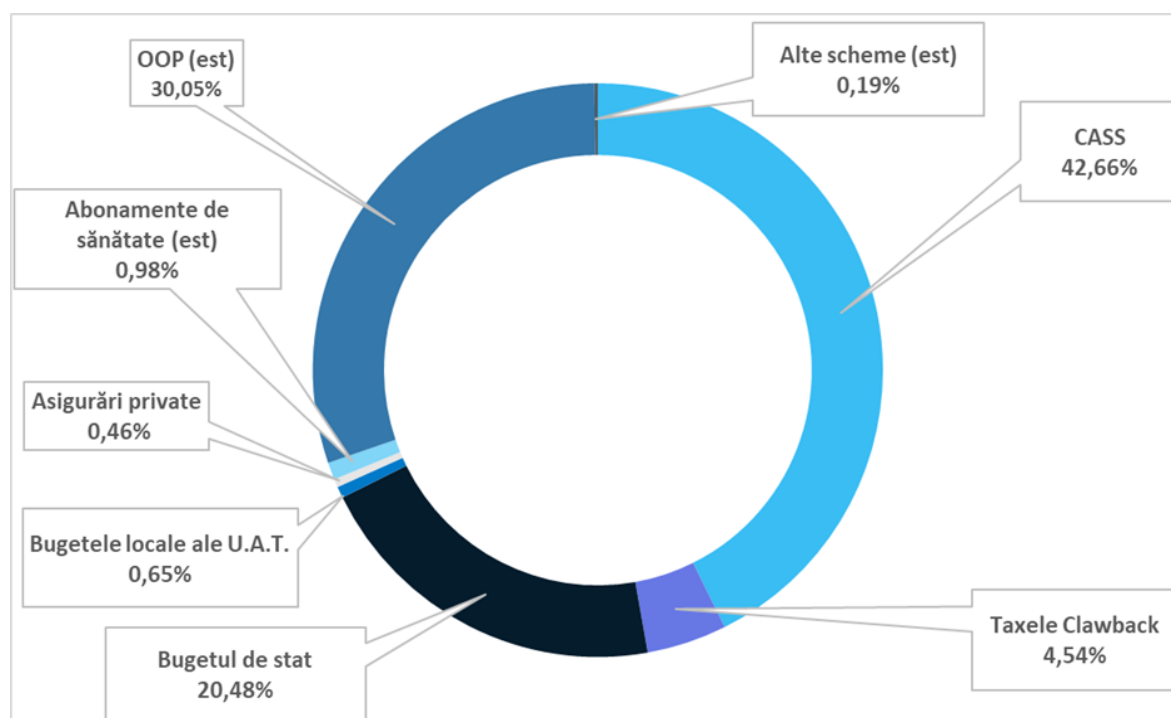


Figura 24. Ponderea principalelor scheme de finanțare în Cheltuiiala totală cu sănătatea în 2023 (date consolidate de autori)

Această distribuție subliniază un aspect esențial al finanțării sistemului de sănătate din România: deși CASS și bugetul de stat acoperă majoritatea cheltuielilor, există o dependență considerabilă de contribuțiile directe ale pacienților, ceea ce poate accentua inechitățile în accesul la servicii medicale. Contrar percepției generale, conform căreia sistemul de sănătate este preponderent susținut de stat, analiza detaliată arată că finanțarea privată joacă un rol mult mai important decât s-ar crede. După cum se poate observa în figura de mai jos cheltuiala publică cu sănătatea asigură doar 68% din total.

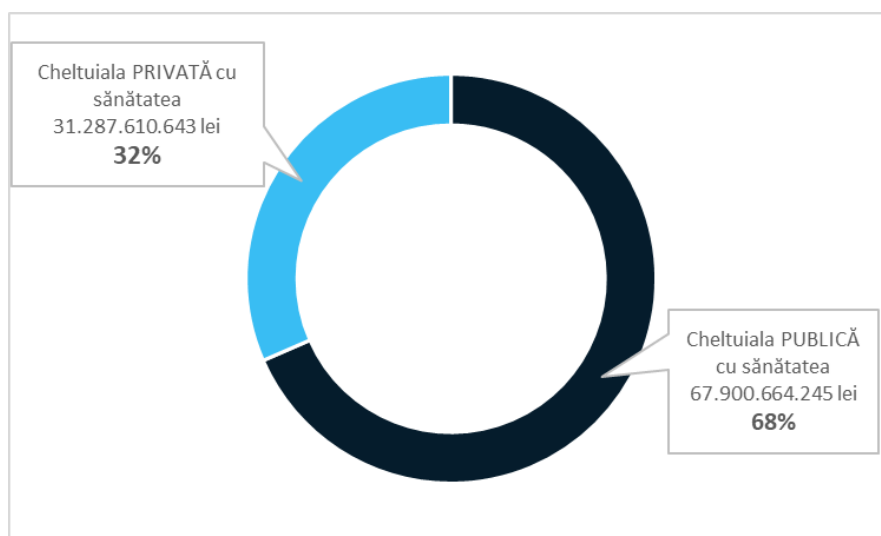


Figura 25. Ponderea Cheltuielilor publice vs. private în totalul cheltuielilor cu sănătatea (date consolidate de autori)

Tabelul 25 și Figura 26 de mai jos realizează o defalcarea a cheltuielilor totale cu sănătatea pe principalele categorii de servicii medicale.

Tabel 25. Cheltuiala totală cu sănătatea pe categorii de servicii medicale (date consolidate de autori)

	Categorie servicii medicale			
Schemă de finanțare	Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale	Servicii medicale în Ambulator*	Servicii medicale în Unități sanitare cu paturi	Alte
FNUAAS	18.591.714.137	10.001.209.891	26.623.069.658	766.770.544
MS	212.089.889	2.798.754.966	6.175.696.210	1.275.680.119
Alte ministere			690.591.898	127.000.000
Bugete locale		196.279.436	441.807.497	
Asigurări private			458.000.000	
Abonamente		965.250.000		
OOP	13.645.575.988	11.865.718.250	1.483.214.781	2.669.786.606
Alte scheme				189.360.000
TOTAL	32.449.380.014	25.827.212.544	35.872.380.044	5.028.597.270

*include Asistența medicală comunitară, asistența medicală școlară, medicina de familie, ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul paraclinic, serviciile de dializă, asistența stomatologică și serviciile de ambulanță

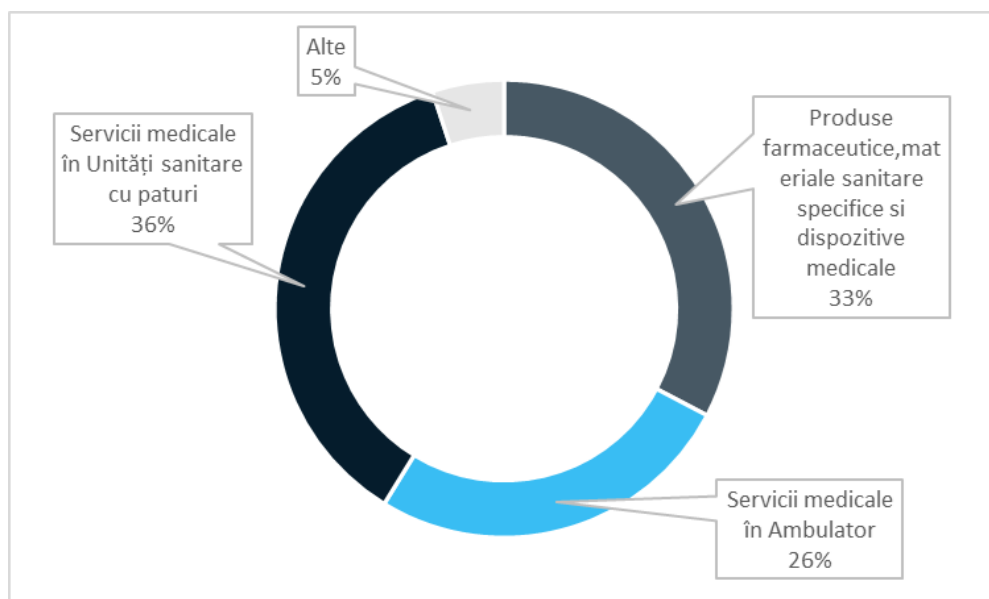


Figura 26. Cheltuiala totală cu sănătatea pe categorii de servicii medicale (date consolidate de autori)

Aceste procente reflectă o dependență încă semnificativă față de tratamentele medicamentoase și intervențiile spitalicești, ceea ce sugerează că sistemul de sănătate se concentrează mai mult pe tratamentul bolilor decât pe prevenție și îngrijiri în ambulatoriu. O reechilibrare către servicii ambulatorii ar putea contribui la reducerea costurilor și la îmbunătățirea sănătății populației printr-o mai bună prevenție și monitorizare continuă a pacienților.

În ceea ce privește defalcarea cheltuielilor totale cu sănătatea pe furnizori publici și privați am considerat următoarele:

- 100% din abonamentele de sănătate - 965.250.000 lei
- 100% din asigurările private de sănătate - 458.000.000 lei
- 100% din cheltuielile din buzunarul pacienților - 29.664.295.626 lei
- 100% din cheltuielile cu sănătatea ale organizațiilor non-guvernamentale -189.360.000 lei
- 46,02% din FNUASS (vezi tabelul 4) – 25.771.838.964 lei
- **TOTAL = 57.048.744.590 lei (57,52% din Cheltuiala totală cu sănătatea)**

reprezintă plăți către **furnizorii privați de servicii de sănătate**.

În final, am putut calcula o serie de indicatori extrem de utili așa cum se pot observa în *Tabelul 26* de mai jos.

Tabel 26. Tabel Indicatori privind finanțarea sănătății în România (date consolidate de autori, sursa INSSE)

Cheltuieli ale Bugetului General Consolidat (RON)	611.350.000.000
PIB (RON)	1.605.600.000.000
Populație România (locuitori)	19.053.815
Cheltuielile curente cu sănătatea -Total Health Expenditure (RON)	99.188.274.888
Cheltuiala PUBLICĂ cu sănătatea	67.900.664.245
Cheltuiala PRIVATĂ cu sănătatea	31.287.610.643
Cheltuielile curente totale cu sănătatea raportate la PIB	6,18%
Cheltuielile curente totale cu sănătate pe cap locuitor (Euro)	1.051
Cheltuielile publice cu sănătatea raportate la PIB	4,23%
Cheltuielile publice cu sănătatea raportate la Bugetul General Consolidat	11,11%

Astfel se poate observa că raportat la Produsul Intern Brut, Cheltuiala totală cu sănătatea reprezintă 6,18%. Totodată, pe cap de locuitor, România cheltuie cca. 1051 euro. În ceea ce privește ponderea cheltuielilor publice din Bugetul General consolidate, observăm că sănătatea cumulează 11,11%. Acești indicatori sunt utili în comparațiile internaționale.

Valoarea totală alocată sănătății din totalul valorii adăugate produse în economie reflectă atât importanța acordată domeniului, cât și prețurile intrărilor utilizate, respectiv resurse umane și tehnologii medicale. Observăm că în ultimii ani performanță sistemului de sănătate este din ce în ce mai prezentă în discursul public al oamenilor politici și al vectorilor de mesaj din opinia publică, semn că importanța domeniului este în creștere. Acest lucru este demonstrat și de existența unor documente strategice care urmăresc să definească acțiunile de întreprins de către autoritățile publice pe termen mediu și lung: Strategia Națională de Sănătate 2023-2030, Strategia Multianuală de Dezvoltare a Resurselor Umane în Sănătate 2023-2030, Planul Național de Redresare și Reziliență. Cu privire la costurile intrărilor, acestea sunt și vor rămâne într-o tendință crescătoare, atât în privința remunerației personalului medical, cât și a prețurilor tehnologiilor medicale din ce în ce mai diverse și complexe (nu numai medicamente, ci și

dispozitive medicale, aparatură și alte asemenea). Dacă adăugăm procesele de îmbătrânire a populației și de schimbare a profilului morbidității spre boli netransmisibile, constatăm că România este „condamnată” să își majoreze resursele alocate sistemului de sănătate pe termen mediu și lung.

Privind cheltuielile cu sănătatea din perspectivă temporală, observăm că ale României au fost mereu mai mici decât ale celorlalte state membre ale Uniunii Europene, însă în ultimii opt ani ele au crescut cu peste un punct procentual din PIB, fiind vizibil un proces de reducere a decalajelor. Este important ca el să continue, însă nu numai prin majorarea părții acoperite prin plăți directe, care, așa cum am estimat, ocupă deja un procent mare (30%), ci și prin creșterea sustenabilă a contribuției publice, rezultată din extinderea bazei de impozitare. De o importanță egală sunt mecanismele prin care resursele astfel dedicate sănătății sunt alocate și utilizate. Ele trebuie să tindă către o creștere continuă a eficienței și performanței, îmbunătățind concomitent accesul și suportabilitatea serviciilor pentru populație. În acest scop, toate categoriile de actori din sistem – Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, furnizorii publici și privați – trebuie să caute și să implementeze soluții astfel încât (i) planificarea bugetară să fie multianuală și ancorată în obiectivele prevăzute în documentele strategice naționale și operaționale regionale, (ii) pachetele de servicii să conțină tehnologii medicale necesare și cost-eficace, (iii) contractarea serviciilor să fie făcută în funcție de nevoile populației din aria de acoperire cu furnizori capabili, (iv) mecanismele de plată să încurajeze comportamente dezirabile din partea furnizorilor, să nu împovăreze pacienții și să fie ancorate în costurile reale de producere a serviciilor, (v) iar resursele umane și tehnologice necesare să poată fi asigurate și distribuite potrivit nevoilor reale.

Așadar, prezentul raport arată că valoarea totală a cheltuielilor curente cu sănătatea în România depășesc 6% din produsul intern brut, din care plățile directe reprezintă un procent mai mare decât cel comunicat în mod oficial de Institutul Național de Statistică. Raportul deschide perspectivele unor cercetări suplimentare care să identifice soluții pentru deziderate specifice semnalate, cum ar fi creșterea eficienței cheltuielilor publice cu medicamente compensate și serviciile spitalicești, dezvoltarea schemelor voluntare de finanțare și reducerea ponderii plăților directe. De asemenea, concluzionăm că tendința de creștere a cheltuielilor trebuie să continue pe termen mediu și lung, în corelare cu obiectivele de dezvoltare ale sectorului și cu nevoile reale ale populației, însă nu oricum, ci urmărindu-se continuu împlinirea câștigurilor

de eficiență cu îmbunătățirea accesului pacienților la servicii, asigurarea suportabilității financiare a acestora și a unui mediu de lucru stimulat pentru profesioniștii din sănătate.

C. Analiză sintetică comparată între România și alte țări din UE pe nivelul de finanțare al sănătății

Sănătatea este o zonă critică care are impact asupra calității vieții cetățenilor. Finanțarea sănătății în acest sector, reflectă prioritățile guvernului și capacitatea unui stat de a oferi servicii adecvate de sănătate.

Analiza a vizat să compare nivelul de finanțare al sănătății în România cu alte state ale Uniunii Europene identificând atât diferențele cât și similitudinile și implicațiile lor asupra sistemului sanitar nu numai în Europa dar și pe plan internațional. Sursele de date au vizat INS System of Health Accounts, OECD Health Statistics și bazele de date Eurostat.

Perioada considerată în cadrul analizei este perioada 2013-2022 care joacă un rol cheie în surprinderea schimbărilor pe termen lung în finanțarea sectorului sănătății, inclusiv răspunsul la criza economică post-2008 și efecte majore ale pandemiei COVID-19. În plus, acest timp oferă date comparative între statele UE și ajută la evaluarea impactului reformelor și politicilor de sănătate într-un context cu evoluțiile economice, demografice și sociale.

Distribuția cheltuielilor totale pentru sănătate la nivelul țărilor ECE (figura 27) arată faptul că România are cel mai scăzut nivel de cheltuieli pentru sănătate ca procent din PIB în comparație cu celelalte țări ECE analizate. În perioada 2013-2022, România a înregistrat o ușoară creștere a cheltuielilor pentru sănătate ca procent din PIB, dar rămâne constant sub 6%, mult sub media altor țări din grafic. La nivelul ultimului an disponibil, 2022, aceasta înregistrează în statisticile oficiale (OECD) un procent de 5.7% din PIB. Totuși, deși nu există încă date oficiale, conform abordării propuse în acest studiu, în secțiunea B.9 cheltuielile totale cu sănătatea sunt estimate la 6.18% din PIB.

Cehia și Slovenia au cheltuieli semnificativ mai mari, situându-se în jurul valorii de 8-9% din PIB în perioada analizată, fiind printre țările cu cele mai mari cheltuieli pentru sănătate. Ungaria și Polonia au avut o creștere constantă, în special după 2019, ajungând la valori de peste 7-8% din PIB în ultimii ani. Grecia și Bulgaria au o tendință relativ constantă, însă Grecia a înregistrat o scădere ușoară după 2019. În 2020, se observă o creștere vizibilă a cheltuielilor pentru sănătate în majoritatea țărilor din grafic, probabil cauzată de pandemia de COVID-19. România, însă, a înregistrat o creștere mai redusă comparativ cu alte țări din regiune. România continuă să aibă cheltuieli relativ scăzute pentru sănătate ca procent din PIB comparativ cu alte țări ECE, în ciuda unei creșteri moderate în perioada analizată. Pandemia din 2020 a determinat

o creștere mai accentuată a cheltuielilor în majoritatea țărilor, însă România rămâne printre țările cu cele mai mici alocări pentru sănătate.

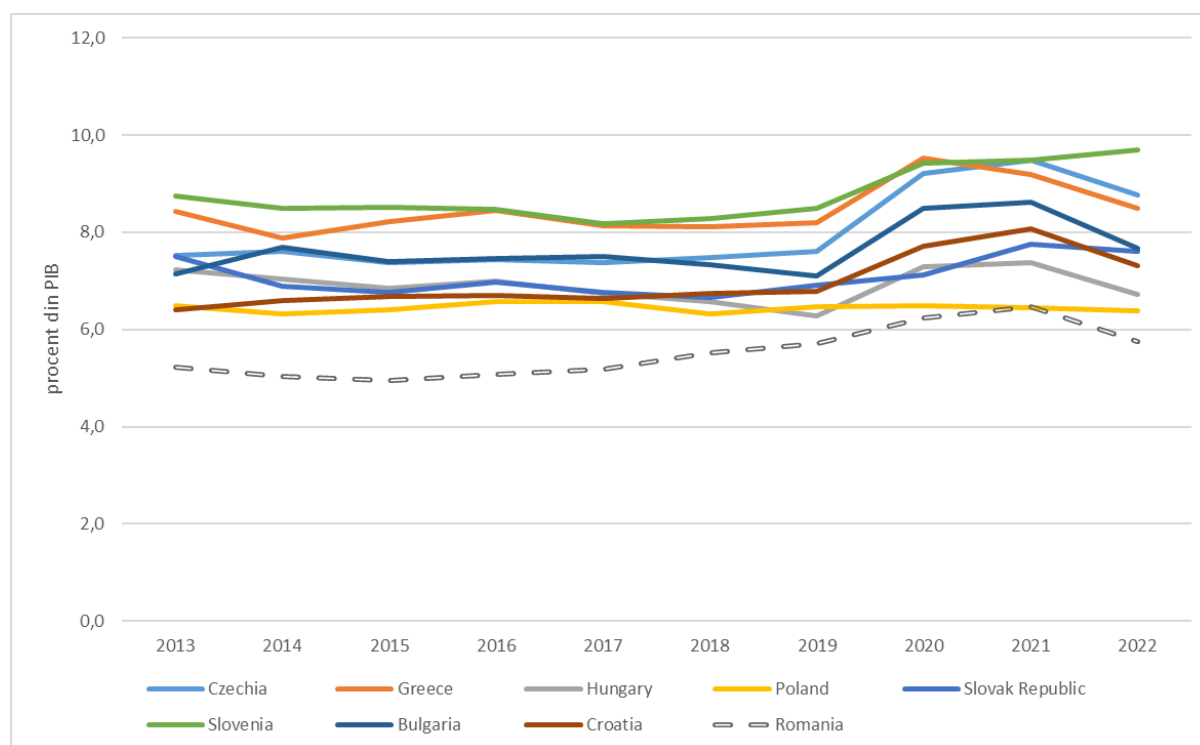


Figura 27 Evoluția cheltuielilor totale pentru sănătate, procent din PIB în România și în țările ECE (sursa: baza de date OECD Health Statistics, 2022)

De-a lungul perioadei analizate 2013 - 2022, România s-a poziționat în mod constant la mai puțin de jumătate din media Uniunii ca procent din PIB (ex. 10,9% media UE) sau a statelor vest europene ca (ex 12,9% Germania, 12,1 Austria, respectiv 12,3% Franța).

Există un decalaj considerabil și în ceea ce privește **alocările publice** ca procent din PIB pentru sănătate în România care s-au poziționat undeva la 4% în 2013 și au crescut ușor spre 5,5% în 2020 și media UE care a rămas relativ constantă la nivelul de 7% din PIB.

Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate ca procent din PIB în România comparativ cu Media UE, 2013-2022

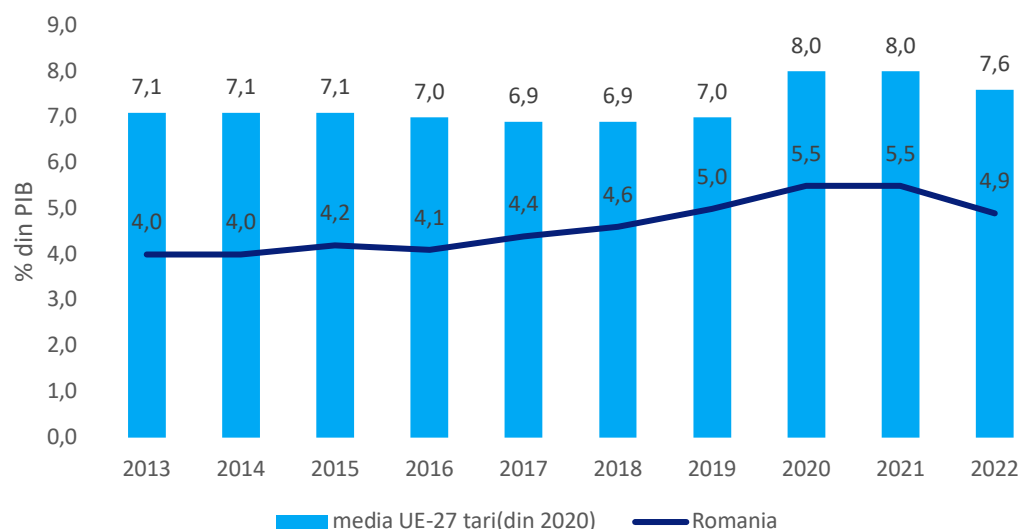


Figura 28. Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate ca procent din PIB în România comparativ cu Media UE, 2013-2022 (sursa: baza de date National Accounts, Eurostat)

Pandemia COVID-19 a impactat puternic nivelul de finanțare a sănătății în marea majoritate a țărilor UE, media UE crescând la 8% din PIB marcând răspunsurile guvernelor la criza sanitară. La nivelul României, deși anii 2020 și 2021 au înregistrat ușoare creșteri ale finanțării până la 5.5% din PIB, acestea au fost mai puțin pronunțate față de media UE, sugerând totuși un decalaj în comparație cu reacțiile altor state europene. La nivelul anului 2022, nivelul finanțării publice pentru sănătate a fost de doar 4.9% din PIB.

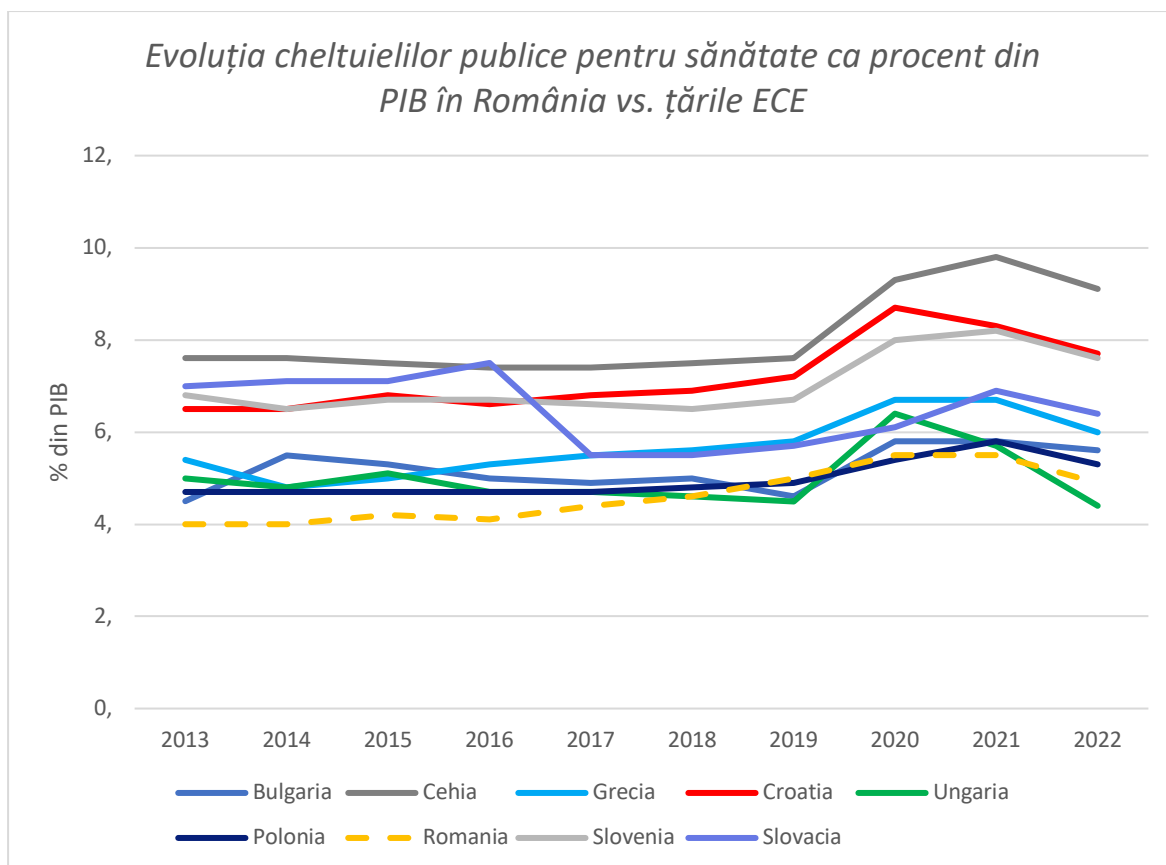


Figura 29. Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate ca procent din PIB în România în țările ECE (sursa: National Accounts database, Eurostat)

Analizând comparativ evoluția cheltuielilor pentru sănătate în România în comparație cu alte țări din regiune, se poate constata faptul că Bulgaria, Polonia și Ungaria înregistrează un nivel de finanțare similar însă cu accente de ușoară creștere în anumiți ani, însă România se poziționează ca având cel mai scăzut nivel de finanțare din regiune.

Dacă se analizează comparativ distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe clase de țări în anul 2013 respectiv 2022 se pot constata schimbări în poziționarea țărilor UE în funcție de nivelul de finanțare al sănătății. La nivelul anului 2013, România forma un cluster izolat împreună doar cu Cipru și Letonia, la o distanță deloc de neglijată față de celelalte cluster, evidențiind o finanțare scăzută. La orizontul anului 2022, România formează un cluster separat împreună cu Ungaria, Letonia și Polonia, cu finanțare modestă a sistemului de sănătate.

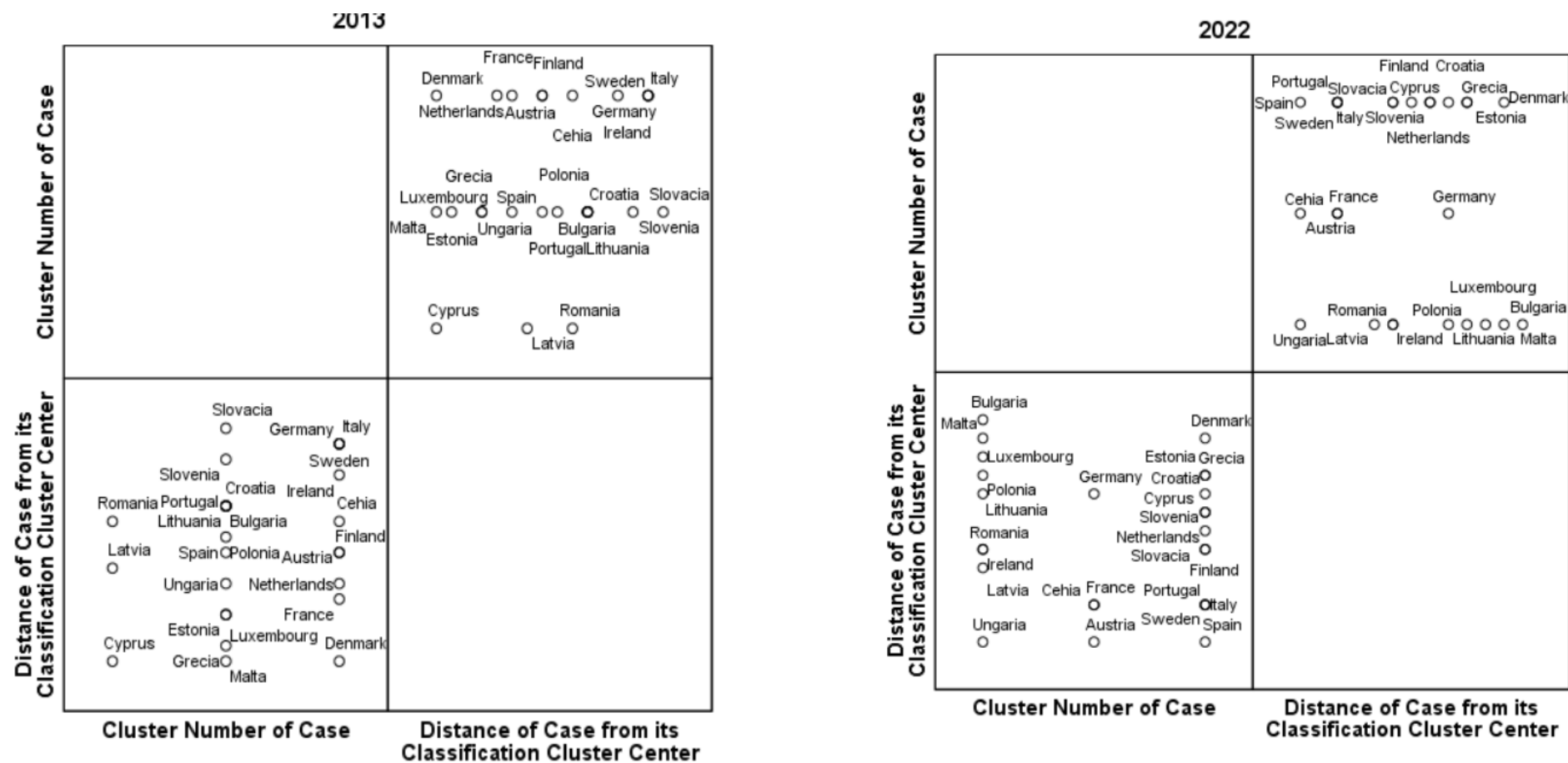


Figura 30. Evoluția Clusterelor de Finanțare Publică a Sănătății în Țările UE: Compararea Anilor 2013 și 2022

Analizând distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor, Romania a cheltuit în 2022 aproximativ 1632 euro (valoare ce ia în calcul diferențele privind puterea de cumpărare), ceea ce reprezintă puțin mai mult de jumătate din media UE(3103 euro) și se poziționează în continuare ca având cea mai scăzută rată de la nivelul țărilor UE(fig.4), reprezentând doar 4.9% din PIB.

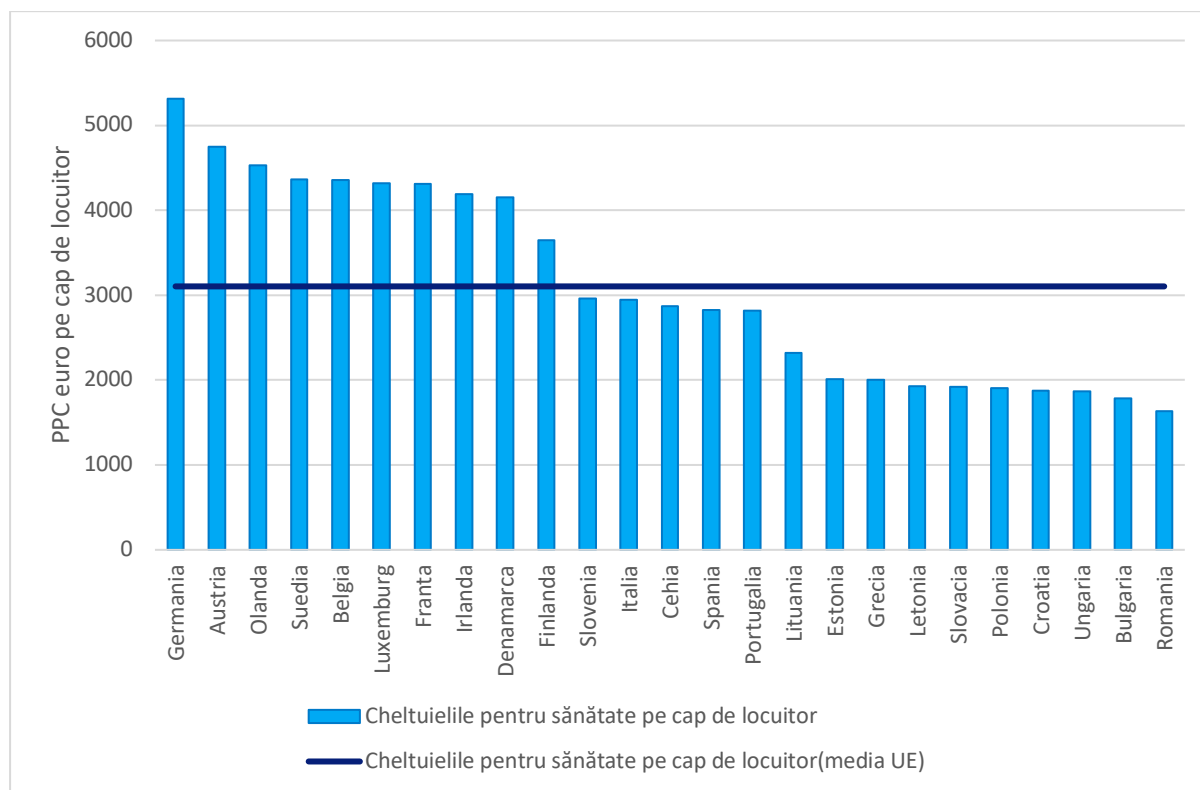


Figura 31. Distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor din România față de țările UE în 2022, (Sursa: baza de date OECD health statistics, 2022)

Analizând distribuția cheltuielilor cu sănătatea pe cap locuitor exprimată în euro în mod comparativ Romania vs. UE, se poate constata faptul că cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor în UE au rămas relativ stabile din 2013 până în 2017, cu o creștere notabilă începând din 2018. Această tendință ascendentă continuă până în 2022, atingând un vârf în acel an. Acestea arată în România o creștere constantă, dar modestă, pe parcursul perioadei 2013-2022. Creșterea este constantă, dar mai lentă comparativ cu media UE. Diferența între media UE și cheltuielile României este considerabilă pe toată durata perioadei analizate, media UE fiind semnificativ mai mare. Cu toate acestea, România demonstrează un progres treptat în creșterea cheltuielilor pentru sănătate, în timp ce media UE înregistrează o creștere mai pronunțată. Deși cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor în România au crescut constant de-a lungul anilor, acestea rămân mult sub media UE. Tendința sugerează un efort continuu de îmbunătățire a

finanțării pentru sănătate, dar diferența dintre România și media UE persistă și chiar se mărește ușor spre sfârșitul perioadei analizate.

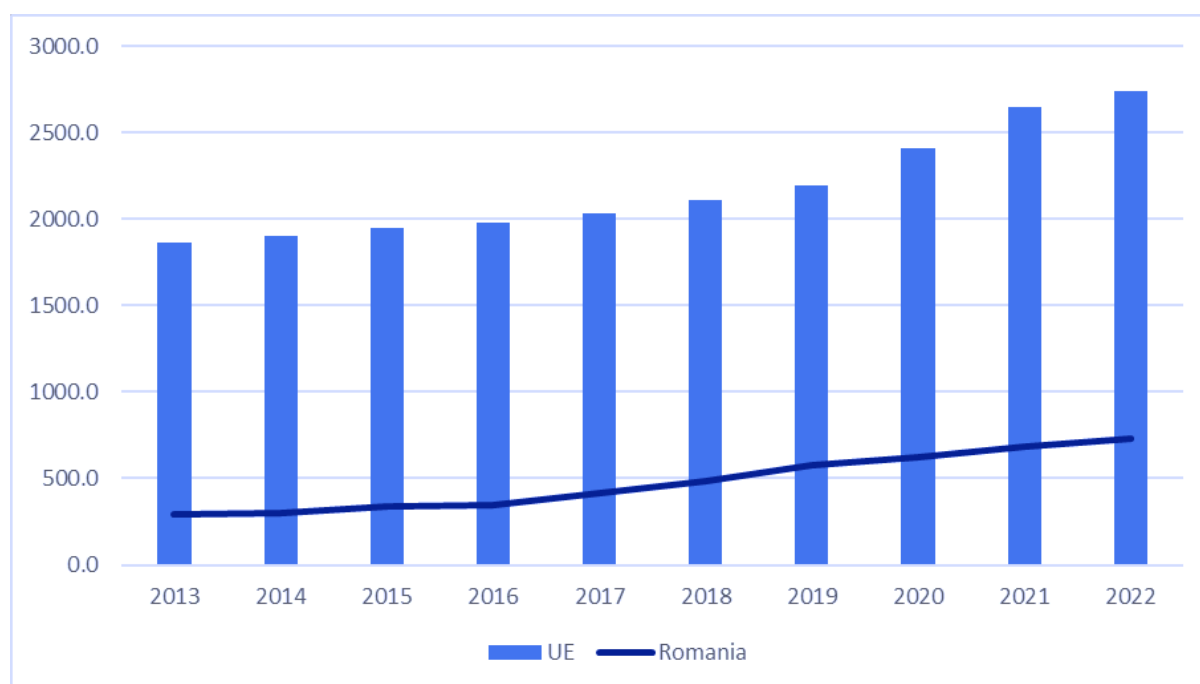


Figura 32. Distribuția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor(mii euro/locuitor) din România fata de media UE în perioada 2013-2022

România se află la un nivel semnificativ mai scăzut al cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor comparativ cu celelalte țări ECE de-a lungul întregii perioade analizate, chiar dacă se manifesta o tendință de creștere a cheltuielilor, ritmul cu care aceste creșteri se operează este mult mai lent comparativ cu alte tari. Se poate observa faptul ca tari precum Cehia, Slovenia si Slovacia au cheltuieli semnificativ mai mari pe cap de locuitor în domeniul sănătății, reflectând un angajament mai mare față de finanțarea sănătății. Anii 2020 si 2021 au fost marcați de creșteri notabile în toate țările, din cauza costurilor asociate pandemiei de COVID-19. Cu toate acestea, chiar și în acest context, România a rămas sub nivelul celorlalte țări ECE. În perioada post-pandemică, se observă o ușoară scădere a cheltuielilor pentru sănătate în unele țări ECE, inclusiv în Cehia, Ungaria si Slovacia, dar România continuă să fie printre țările cu cele mai scăzute cheltuieli pe cap de locuitor.

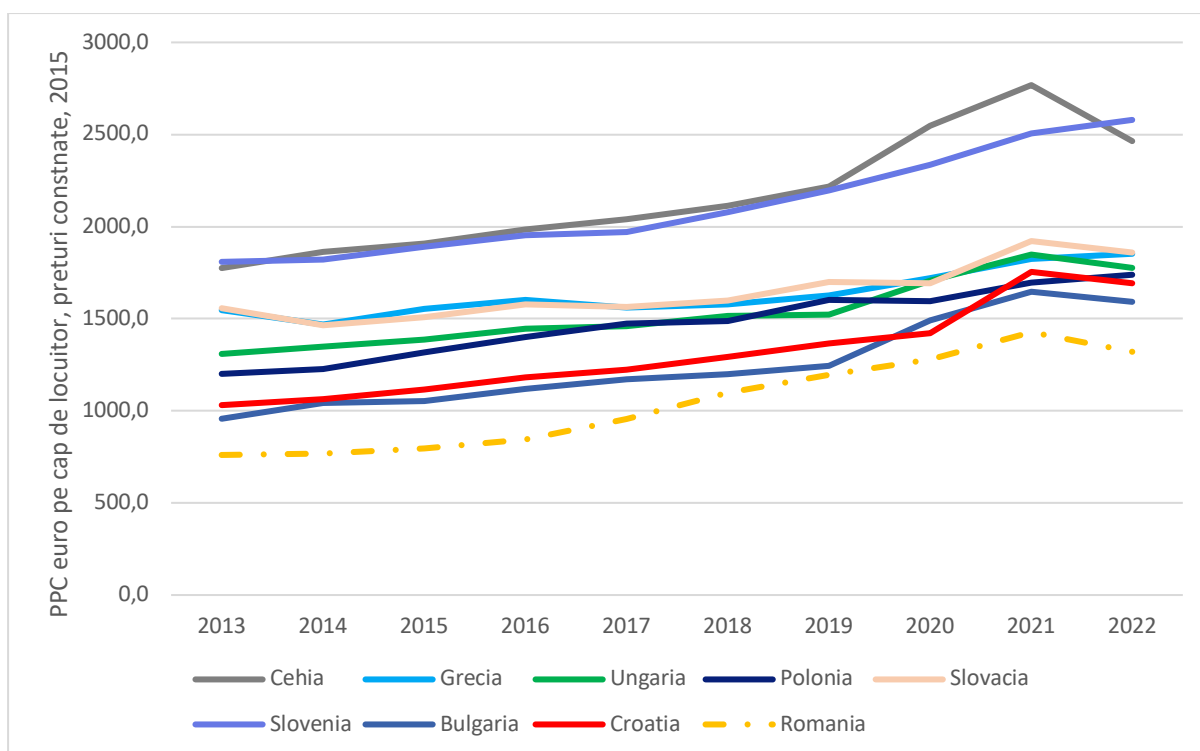


Figura 33. Evoluția cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor din România față de țările ECE în perioada 2013-2022 (Sursa: baza de date OECD health statistics, 2023)

România rămâne consistent la coada clasamentului în ceea ce privește cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor în comparație cu alte țări ECE, indicând o subfinanțare cronică a sectorului sănătății. Deși există o creștere a acestor cheltuieli, aceasta nu este suficientă pentru a reduce semnificativ decalajul față de celelalte țări din regiune. Această situație sugerează necesitatea unor reforme și investiții mai consistente pentru a alinia finanțarea sănătății din România la standardele europene.

Cheltuielile totale pentru sănătate pe cap de locuitor au crescut constant din 2013 până în 2022, creștere reflectată atât o creștere a finanțării guvernamentale și obligatorii, cât și o creștere a contribuțiilor voluntare și a plăților directe din partea gospodăriilor. Pe parcursul întregii perioade, sistemele guvernamentale și obligatorii au reprezentat componenta majoritară a cheltuielilor pentru sănătate, indicând un angajament puternic al statului în finanțarea sănătății. Cu toate acestea, creșterea în această categorie a fost graduală și constantă, sugerând o expansiune lentă a serviciilor finanțate public sau o creștere a costurilor serviciilor existente. Componenta plăților voluntare și directe a crescut de asemenea, în special începând cu 2017. Această creștere poate reflecta o insuficiență a acoperirii oferite de sistemul public de sănătate, obligând gospodăriile să contribuie mai mult din propriul buzunar.

În contextul pandemiei COVID-19, s-a observat o creștere accentuată a plăților directe și a contribuțiilor voluntare în 2020 și 2021, sugerând o creștere a nevoii de servicii suplimentare sau de cheltuieli pentru tratamente legate de pandemie.

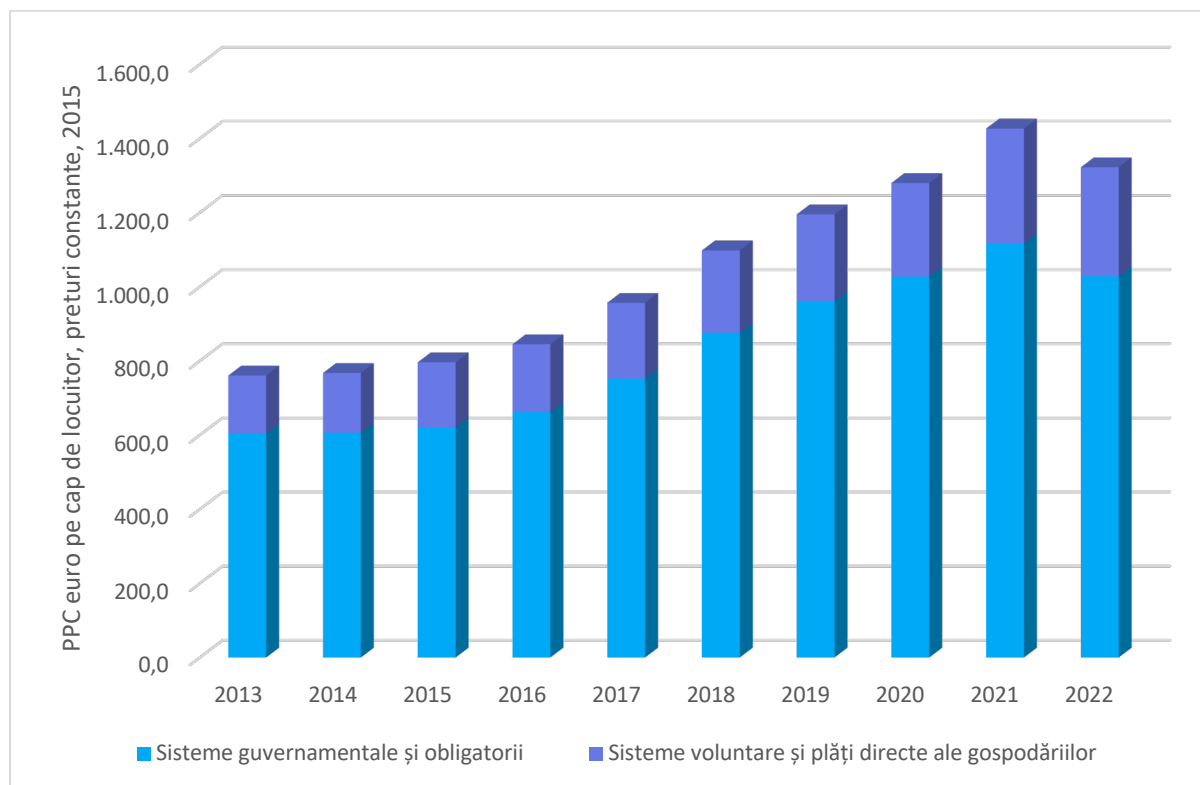


Figura 34. Evoluția Cheltuielilor pentru Sănătate pe Cap de Locuitor în România în Funcție de Schema de Finanțare, 2013-2022, (sursa: baza de date OECD health statistics, 2023)

După vârful din 2021, se observă o ușoară scădere a contribuțiilor voluntare și a plăților directe în 2022, ceea ce poate indica o revenire parțială la normalitate sau o ajustare a cheltuielilor în funcție de contextul economic post-pandemic.

Creșterea constantă a cheltuielilor pentru sănătate în România indică o îmbunătățire a finanțării sectorului, însă contribuția în creștere a plăților directe și a schemelor voluntare sugerează o presiune financiară tot mai mare asupra gospodăriilor. Aceasta poate reflecta limitările sistemului public de sănătate în a acoperi nevoile populației, ceea ce necesită o atenție sporită din partea factorilor de decizie pentru a asigura accesibilitatea și echitatea în sistemul de sănătate.

Analizând comparativ distribuția cheltuielilor pentru sănătate atât în ceea ce privește finanțarea publică (guvernamentală și obligatorie), cât și contribuțiile voluntare și plățile directe ale gospodăriilor la nivelul anului 2022 pentru țări din ECE, se poate constata faptul că țări precum Cehia, Slovenia și Croația au cheltuieli semnificativ mai mari pe cap de locuitor, din partea

sistemelor guvernamentale și obligatorii. Aceste țări investesc mult mai mult în sănătate, ceea ce indică un angajament guvernamental puternic pentru asigurarea accesului la servicii de sănătate. Singurele țări aflate sub nivelul României dar cu o diferență care nu este atât de pronunțată sunt Grecia și Bulgaria.

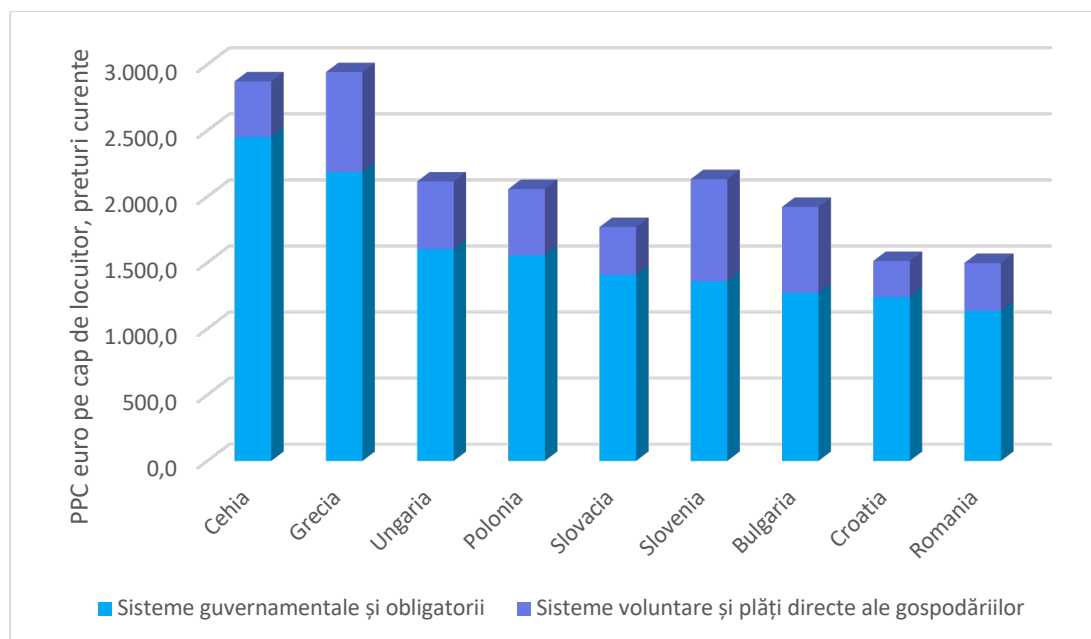


Figura 35. Distribuția cheltuielilor pentru Sănătate pe Cap de Locuitor în România în comparative cu alte țări ECE în funcție de Schema de Finanțare la nivelul anului 2022 (Sursa: baza de date OECD health statistics, 2023)

În toate țările analizate, există o contribuție notabilă a plăților directe și a schemelor voluntare mai cu seama în Slovenia, Grecia și Bulgaria. În cazul României, ponderea acestor cheltuieli este destul de semnificativă, ceea ce poate sugera o acoperire insuficientă a sistemului public de sănătate sau dificultăți în accesarea serviciilor publice, determinând gospodăriile să apeleze la plăți directe.

România continuă să fie una dintre țările din ECE cu cele mai scăzute cheltuieli pentru sănătate pe cap de locuitor, atât în cadrul finanțării publice, cât și private. Aceasta indică o subfinanțare a sectorului sănătății și o presiune mai mare asupra gospodăriilor pentru a acoperi costurile asociate serviciilor medicale, comparativ cu alte țări din regiune.

Daca analizam evoluția ponderii cheltuielilor pentru sănătate în funcție de schema de finanțare pe care Romania o alocă în media UE pentru 25⁸ de țări UE pentru perioada 2013-2022, se poate constata faptul că, ponderea cheltuielilor din sistemele guvernamentale și obligatorii a crescut în primii ani, atingând un maxim în perioada 2017-2019. După acest vârf, ponderea rămâne relativ stabilă până în 2022, dar fără a depăși pragul atins anterior.

Această stabilizare sugerează că, deși România a făcut progrese în alinierea cheltuielilor publice pentru sănătate la media UE, creșterea a fost limitată și nu a continuat în ritmul observat în primii ani.

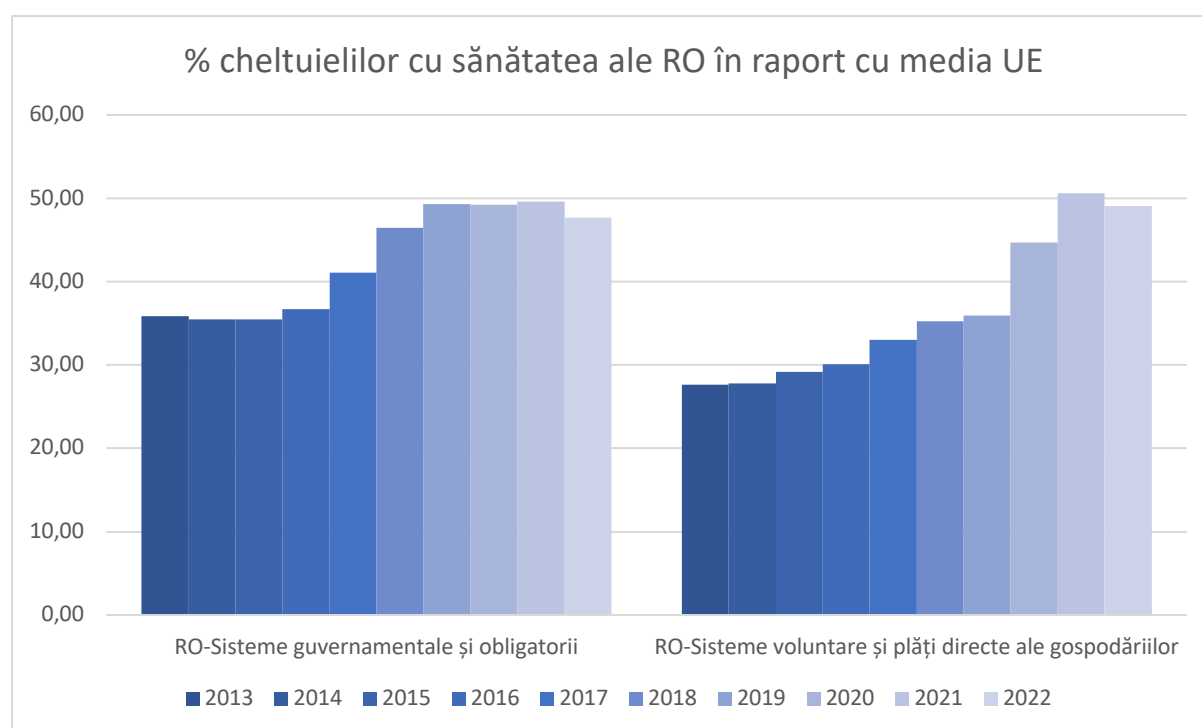


Figura 36. Evoluția ponderii cheltuielilor pentru sănătate ale României în raport cu media UE pe tipuri de scheme de finanțare de-a lungul perioadei 2013-2022 (Sursa: baza de date OECD health statistics, 2023)

În ceea ce privește cheltuielile prin scheme voluntare și plăți directe ale gospodăriilor, graficul arată o creștere constantă și semnificativă pe toată perioada analizată. Ponderea acestor cheltuieli a crescut mai rapid în comparație cu sistemele guvernamentale, atingând un nivel ridicat în 2021-2022. Aceasta indică o creștere a presiunii financiare asupra gospodăriilor, probabil din cauza acoperirii insuficiente oferite de sistemul public.

⁸ Au fost excluse din analiza din lipsa datelor Malta și Cipru.

Creșterea accentuată a cheltuielilor din schemele voluntare și plăți directe reflectă o dependență tot mai mare de contribuțiile private pentru acoperirea costurilor de sănătate. Aceasta sugerează că sistemul public nu reușește să satisfacă pe deplin nevoile populației, obligând gospodăriile să suporte o parte mai mare din cheltuieli.

Stabilizarea cheltuielilor guvernamentale la un nivel mai scăzut în ultimii ani indică necesitatea unor reforme pentru a crește finanțarea publică și pentru a reduce povara asupra cetățenilor.

D. Analiza programelor europene și a altor surse de finanțare internaționale dedicate sănătății – PNRR, POS, etc.

Fondurile europene dedicate României în sectorul sănătății pentru perioada 2021-2027 sunt parte din cadrul financiar multianual (CFM) și provin din diferite programe de finanțare ale Uniunii Europene (UE), care sprijină dezvoltarea infrastructurii de sănătate, serviciilor medicale și cercetării în domeniul medical. Aceste fonduri sunt alocate prin mecanisme precum Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), Fondul Social European Plus (FSE+), și alte programe europene specifice, cum ar fi Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR).

Alte surse de finanțare internaționale dedicate sănătății includ împrumuturi de la BEI (Banca Europeană de Investiții) și de la Banca Mondială (BM).

Analiza de mai jos descrie sumele disponibile pentru România prin intermediul programelor europene și a altor surse de finanțare internaționale și evidențiază oportunitățile de dezvoltare a sectorului sanitar pe baza acestora, dar realizarea efectivă a proiectelor va depinde de interesul din partea beneficiarilor și de abilitatea acestora de a duce la bun sfârșit proiectele. O privire de ansamblu în legătură cu proiectele care se vor realiza efectiv din aceste surse va putea fi realizată doar la finalul perioadei în care aceste resurse sunt disponibile.

La modul general, fondurile europene destinate sănătății sunt accesibile pentru diverse tipuri de beneficiari, în funcție de program și de specificul proiectelor. Gama exactă de beneficiari este definită în ghidurile aferente fiecărui proiect. În mare, următoarele categorii pot solicita astfel de fonduri:

- Instituții publice: spitalele publice, inclusiv cele universitare și județene, autoritățile locale și centrale, precum Ministerul Sănătății și direcțiile de sănătate publică, precum și universitățile și centrele de cercetare medicală.
- Instituții private: spitalele private, clinicile și alte organizații din sectorul privat al sănătății.
- Organizații non-guvernamentale (ONG-uri): ONG-urile care activează în sănătate, prevenția bolilor, promovarea sănătății și educația medicală.
- Parteneriate public-private: colaborări între entități publice și private pentru a dezvolta proiecte comune în domeniul sănătății.

Totuși, programelor europene și celelalte surse de finanțare internaționale dedicate sănătății descrise mai jos sunt destinate, într-o proporție covârșitoare sectorului public instituțiilor publice - spitale, ambulatorii integrate ale spitalelor publice, secții neonatologie spitale publice sau UAT-uri pentru centre integrate de asistență medicală comunitară. Practic, furnizorii privați de servicii de sănătate au oportunități de accesare de fonduri în principal în zona medicinei de familie. Pe viitor, ar putea să fie elaborată o strategie mai echilibrată de alocare a fondurilor europene destinate sănătății în zona privată, concomitent cu zona publică.

Fondurile europene pentru sănătate din CFM 2021-2027 includ:

1. Programul Operațional Sănătate (POS)

Acesta este principalul mecanism prin care România va accesa fonduri europene pentru sănătate în perioada 2021-2027.

Programul Operațional Sănătate (POS) reprezintă o inițiativă de anvergură, cu o alocare totală de 5,88 miliarde de euro, provenind din Fondul Social European Plus (FSE+) și Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR). Scopul acestui program este de a susține implementarea Strategiei Naționale de Sănătate 2022-2030, axându-se pe îmbunătățirea calității și accesibilității serviciilor de sănătate în România. Având în vedere că sistemul de sănătate din România se confruntă cu numeroase provocări, POS își propune să reducă disparitățile în accesul la servicii medicale și să îmbunătățească starea generală de sănătate a populației.

Suma prevăzută de 5,88 de miliarde de euro este distribuită după cum urmează: 5,26 miliarde de euro pentru infrastructura de sănătate - sume provenind din Fondul european de dezvoltare regională (FEDR) și contribuție proprie a țării; 0,39 miliarde de euro pentru cercetare - sume provenind din FEDR și contribuție proprie a țării; 0,23 miliarde de euro pentru digitalizare - sume provenind din FEDR și contribuție proprie a țării; 0,81 miliarde de euro pentru digitalizare - sume provenind din Fondul Social European Plus (FSE+) și contribuție proprie a țării.

Programul Sănătate se concentrează pe șapte priorități principale care vizează îmbunătățirea sistemului de sănătate din România:

Prioritatea 1: Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară și ambulatorie, și consolidarea serviciilor preventive

Această prioritate este fundamentală pentru a îmbunătăți sănătatea publică în România prin asigurarea accesului la servicii medicale de bază și prevenire. România se confruntă cu un deficit semnificativ de medici de familie, în special în mediul rural, unde accesul la servicii medicale este limitat. Mai puțin de jumătate din localitățile din România dispun de un număr suficient de medici de familie, iar 328 de comune nu au niciun medic de familie. Această lipsă contribuie la supra-utilizarea serviciilor de urgență și a spitalelor, care sunt deja sub presiune.

Prioritatea 1, cu o alocare de 805 milioane de euro, vizează dezvoltarea și îmbunătățirea infrastructurii medicale primare, comunitare și ambulatorii printr-o serie de intervenții atât din Fondul European de Dezvoltare Regională (FEDR), cât și din Fondul Social European Plus (FSE+). Aceste intervenții includ:

1. Investiții în infrastructura cabinetelor de medicină de familie: Acestea sunt esențiale pentru a asigura că toți cetățenii, indiferent de locația lor geografică, au acces la asistență medicală primară. Se va pune un accent deosebit pe dotarea și modernizarea acestor cabinete, astfel încât să poată oferi servicii de înaltă calitate.
2. Dezvoltarea infrastructurii structurilor implicate în Programul Național de Vaccinare: Investițiile în infrastructura vaccinării sunt critice pentru prevenirea bolilor infecțioase, care reprezintă o problemă majoră de sănătate publică. Aceste investiții vor include achiziționarea de unități mobile care să permită accesul la vaccinare în zonele rurale și greu accesibile.
3. Investiții în infrastructura ambulatoriilor și a unităților sanitare publice: Scopul acestor investiții este de a dezvolta centre medicale moderne care să poată furniza servicii de screening și tratament ambulatoriu pentru diverse afecțiuni, inclusiv pentru sănătatea mintală și sănătatea orală a copiilor și adolescenților.
4. Programe de screening populațional: Aceste programe sunt esențiale pentru detectarea precoce a bolilor majore de sănătate publică, cum ar fi cancerul, hepatitele, HIV/SIDA și TBC-ul. Prioritatea va fi acordată grupurilor dezavantajate socio-economic, care au un acces limitat la astfel de servicii.
5. Îmbunătățirea accesibilității și eficacității asistenței medicale primare și a serviciilor oferite în regim ambulatoriu: Prin formarea și actualizarea competențelor personalului medical, se urmărește integrarea și coordonarea mai bună a serviciilor de sănătate, reducând astfel presiunea asupra serviciilor de urgență.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ reabilitarea și dotarea a 300 de cabinete de medicină de familie, a 105 cabinete de asistență medicală școlară și achiziționarea a 41 de unități mobile pentru Programul Național de Vaccinare. De asemenea, se prevede că peste 804.000 de persoane vor beneficia de programe de screening, ceea ce va contribui semnificativ la reducerea incidenței bolilor majore.

Prioritatea 2: Servicii de reabilitare, paliativă și spitalizări pentru boli cronice

România se confruntă cu o îmbătrânire accelerată a populației și cu o creștere a prevalenței bolilor cronice, ceea ce pune o presiune semnificativă asupra sistemului de sănătate. Serviciile de reabilitare și paliativă sunt insuficient dezvoltate și inegal distribuite pe teritoriul țării. Aceste servicii sunt esențiale pentru a asigura o viață demnă și independentă pentru persoanele în vârstă și pentru pacienții cu boli cronice.

Cu o alocare de 717 milioane de euro, *Prioritatea 2* vizează îmbunătățirea accesului la și a calității serviciilor de reabilitare și paliativă, printr-o combinație de investiții în infrastructură și măsuri de formare a personalului medical. Această prioritate include următoarele acțiuni principale:

1. Investiții în infrastructura unităților sanitare care furnizează servicii de reabilitare/recuperare: Se vor reabilita și dota 12 unități sanitare care oferă aceste servicii, asigurându-se astfel că pacienții care au suferit evenimente acute, cum ar fi accidentele vasculare cerebrale sau politraumatismele, au acces la o recuperare adecvată.
2. Dezvoltarea serviciilor de paliativă: În prezent, România are un număr insuficient de paturi de îngrijire paliativă, cu 11 județe care nu au deloc astfel de paturi și alte 10 județe cu un grad de acoperire foarte scăzut. Prin această prioritate, se urmărește reabilitarea și dotarea a 24 de unități sanitare care oferă îngrijire paliativă, prioritizând județele care nu au deloc aceste servicii sau au un grad de acoperire sub 15%.
3. Îmbunătățirea accesibilității și eficacității serviciilor de spitalizare prelungită pentru bolile cronice: Se va investi în dezvoltarea de instrumente de lucru, programe de formare pentru personalul medical și finanțarea costurilor operaționale ale acestor servicii.
4. Cofinanțarea pentru infrastructuri spitalicești: Investițiile în spitalele mici, municipale și orașenești vor fi sprijinite prin cofinanțare, inclusiv prin împrumuturi de la Banca

Europeană de Investiții, pentru a asigura îmbunătățirea serviciilor de reabilitare și spitalizare prelungită.

Rezultatele acestei priorități includ reabilitarea și dotarea a 12 unități sanitare pentru reabilitare, 24 de unități pentru paliativ și 20 de spitale municipale și orășenești. Se estimează că aproximativ 5.146 de persoane vor fi formate pentru a îmbunătăți serviciile de reabilitare și paliativ.

Prioritatea 3: Creșterea eficacității și rezilienței sistemului medical în domenii critice, de importanță strategică

Sistemul medical din România se confruntă cu provocări semnificative în domenii critice precum tratarea accidentelor vasculare cerebrale (AVC), bolilor cardiace ischemice și îngrijirea pacienților cu arsuri severe. Mortalitatea din cauza acestor afecțiuni este mult mai mare decât media europeană, iar accesul la tratamente moderne este limitat.

Cu o alocare de 372 milioane de euro, această prioritate urmărește să abordeze aceste provocări prin investiții în infrastructura necesară și formarea personalului medical. Principalele intervenții includ:

1. Dezvoltarea infrastructurii pentru tratarea pacienților critici: Se vor face investiții în unități sanitare care tratează pacienți critici cu patologie vasculară cerebrală acută (AVC), politraumă și arsuri severe. Aceasta include extinderea, reabilitarea și dotarea a 12 unități sanitare pentru pacienți cu AVC și 10 unități pentru pacienți cardiaci critici.
2. Îmbunătățirea capacității de răspuns la bolile rare: România are un deficit semnificativ de centre de expertiză pentru bolile rare, iar prevenirea și tratamentul acestor boli sunt adesea inadecvate. Prin această prioritate, se vor reabilita și dota 16 unități sanitare publice care îngrijesc pacienți cu boli rare și se vor dezvolta centre de genetică medicală și laboratoare specializate.
3. Consolidarea capacității de supraveghere și control al bolilor transmisibile: Capacitatea României de a răspunde la epidemii și alte amenințări biologice este limitată. Se vor investi în laboratoarele naționale și regionale de sănătate publică, precum și în infrastructura publică a sistemului național de transfuzii, pentru a crește reziliența și eficacitatea sistemului de sănătate publică.

4. Formarea continuă a personalului medical: Prin programe de formare continuă și dezvoltarea de module specifice la nivelul universităților de medicină, se va asigura o pregătire adecvată a personalului medical pentru a face față provocărilor din domeniile critice.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ reabilitarea și dotarea a 22 de laboratoare de microbiologie, extinderea a două laboratoare naționale de referință și îmbunătățirea infrastructurii sistemului național de transfuzii. De asemenea, se așteaptă formarea a peste 20.000 de persoane în domeniile critice, ceea ce va contribui la creșterea capacității de răspuns a sistemului medical.

Prioritatea 4: Investiții în infrastructuri spitalicești noi

Prioritatea 4 se concentrează pe continuarea și extinderea investițiilor în infrastructuri spitalicești noi, cu scopul de a asigura o distribuție mai echitabilă a serviciilor medicale între regiuni și județe. Această prioritate este esențială pentru a aborda nevoile critice ale sistemului de sănătate și pentru a îmbunătăți accesul la servicii medicale de calitate în întreaga țară.

Cu o alocare de 2,8 miliarde de euro, această prioritate include următoarele tipuri de intervenții:

1. Construcția și dotarea spitalelor regionale de urgență: Continuarea investițiilor în spitalele regionale din Iași, Cluj și Craiova, care sunt esențiale pentru a oferi servicii medicale avansate și pentru a reduce presiunea asupra altor spitale din țară. Aceste spitale vor fi dotate cu echipamente de ultimă generație și vor avea circuite funcționale adaptate noilor cerințe tehnologice.
2. Construcția a șapte spitale noi: Investițiile vor viza construcția de spitale județene și de monospecialitate, centre de transplant și alte unități sanitare de importanță regională. Aceste noi unități vor contribui la creșterea capacității sistemului de sănătate și la îmbunătățirea distribuției geografice a infrastructurii medicale.
3. Adaptarea infrastructurii existente la cerințele moderne: Investițiile vor include și extinderea și modernizarea spitalelor existente pentru a le adapta la cerințele tehnologice actuale și pentru a asigura circuite funcționale eficiente.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ construcția și dotarea a trei spitale regionale de urgență și a șapte spitale noi, ceea ce va îmbunătăți semnificativ accesul la servicii medicale de calitate în regiunile mai puțin dezvoltate.

Prioritatea 5: Abordări inovative în cercetarea din domeniul medical

România are nevoie de investiții semnificative în cercetarea medicală pentru a rămâne competitivă pe plan internațional și pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale.

Prioritatea 5 se concentrează pe dezvoltarea cercetării în domenii esențiale precum bolile netransmisibile, genomică și vaccinuri.

Cu o alocare de 386 milioane de euro, această prioritate include următoarele intervenții:

1. Operațiuni strategice predefinite: Se vor finanța cercetări în domenii critice, cum ar fi bolile netransmisibile (în special cancerul), genomics și dezvoltarea de vaccinuri. Aceste proiecte vor beneficia de sprijin direct și vor contribui la dezvoltarea unor soluții inovative cu aplicabilitate clinică.
2. Proiecte de cercetare competitivă: Printr-un mecanism competitiv de selecție, se vor finanța proiecte care vizează dezvoltarea și testarea de tehnologii avansate cu aplicabilitate în domeniul medical. Aceste proiecte vor încuraja colaborarea între mediul academic, sectorul public și cel privat, crescând astfel capacitatea de inovare a României.
3. Sprijin pentru IMM-uri inovatoare: Se va oferi sprijin pentru întreprinderile nou înființate, care dezvoltă tehnologii inovative în domeniul medical. Aceste IMM-uri vor fi esențiale pentru creșterea investițiilor în noile tehnologii și pentru integrarea României în Spațiul de Cercetare European și internațional.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ implementarea a trei operațiuni strategice de cercetare, sprijinirea a 128 de IMM-uri care vor introduce inovații în materie de produse sau procese, crearea a 140 de locuri de muncă noi și publicarea a 205 articole științifice.

Prioritatea 6: Digitalizarea sistemului medical

Digitalizarea sistemului de sănătate este crucială pentru îmbunătățirea eficienței și accesibilității serviciilor medicale în România. Prioritatea 6 se concentrează pe dezvoltarea și implementarea de soluții integrate de e-sănătate, care vor facilita accesul pacienților la propriile date și vor îmbunătăți colectarea și analizarea datelor de sănătate la nivel național.

Cu o alocare de 228 milioane de euro, această prioritate include două măsuri principale:

1. Observatorul Național pentru Date în Sănătate (ONDS): Acest instrument va asigura colectarea de date precise și actualizate privind starea de sănătate a populației, accesul

la servicii medicale și performanța sistemului de sănătate. ONDS va furniza dovezi științifice necesare pentru definirea priorităților și politicilor de sănătate, în special pentru regiunile mai puțin dezvoltate și grupurile vulnerabile.

2. Soluții integrate de e-sănătate: Se vor dezvolta și implementa soluții digitale la nivel național, care vor include sisteme de programare și trimitere, automatizarea proceselor administrative (cum ar fi eliberarea certificatelor medicale și a biletelor de trimitere), și monitorizarea pacienților cu boli cronice prin tele-medicină. Aceste soluții vor facilita o mai bună coordonare între diferitele componente ale sistemului de sănătate și vor îmbunătăți accesul pacienților la servicii medicale de calitate.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ dezvoltarea și implementarea ONDS și a soluțiilor integrate de e-sănătate, care vor transforma modul în care sunt furnizate și gestionate serviciile medicale în România.

Prioritatea 7: Măsuri care susțin domeniile oncologie și transplant

Oncologia și transplantul sunt două domenii critice care necesită investiții semnificative pentru a asigura că România poate oferi tratamente moderne și eficiente pentru pacienți. Prioritatea 7, cu o alocare de 570 de milioane de euro, vizează creșterea eficacității și rezilienței sistemelor de sănătate în aceste două domenii esențiale.

Principalele intervenții includ:

1. Oncologie: Investițiile vor fi direcționate către unități sanitare specializate în depistarea precoce, diagnosticarea și tratarea cancerului. Aceasta include dezvoltarea unui centru de excelență în protonoterapie, dotarea institutelor oncologice naționale și regionale, și crearea de laboratoare de genetică și anatomie patologică specializate.
2. Transplant: În domeniul transplantului, se vor investi fonduri în dotarea și reabilitarea unităților sanitare acreditate pentru transplant, inclusiv prin dotarea cu sisteme ECMO și dezvoltarea unor centre de transplant multi-organ. De asemenea, se vor dezvolta programe de formare pentru personalul implicat în activitățile de transplant, pentru a asigura o coordonare eficientă și o îngrijire de înaltă calitate.
3. Formarea și actualizarea competențelor: Se vor implementa programe de formare continuă pentru personalul medical implicat în oncologie și transplant, asigurându-se astfel că aceștia sunt la curent cu cele mai noi tehnologii și practici medicale.

Rezultatele preconizate ale acestei priorități includ construcția și dotarea unui centru de excelență în protonoterapie, reabilitarea și dotarea institutelor oncologice și a unităților de transplant, și formarea a peste 6.000 de persoane în domeniile oncologiei și transplantului. De asemenea, se așteaptă desfășurarea a peste 300 de campanii de informare și conștientizare în domeniul transplantului.

Aceste șapte priorități ale „Programului Sănătate” sunt fundamentale pentru transformarea sistemului de sănătate din România, prin îmbunătățirea accesului la servicii medicale, modernizarea infrastructurii, și consolidarea capacităților de cercetare și inovare. Implementarea acestor măsuri va aduce beneficii semnificative pentru sănătatea publică și va contribui la creșterea calității vieții pentru toți cetățenii.

Impactul general al programului: Impactul Programului Sănătate ar trebui să fie semnificativ în întreaga societate românească, având ca scop reducerea disparităților în accesul la servicii medicale și îmbunătățirea calității îngrijirii pentru toți cetățenii. Prin crearea unei infrastructuri mai eficiente și mai bine dotate, programul dorește să se asigure că toți pacienții, în special cei din comunități defavorizate, vor avea acces la tratamente adecvate și la servicii preventive. De asemenea, Programul Sănătate va promova inclusiunea socială și va întări competitivitatea României în context european, contribuind astfel la o societate mai sănătoasă și mai bine pregătită pentru provocările viitoare. Această abordare integrată, care reunește investiții în infrastructură, formarea personalului medical și accesibilizarea serviciilor, are potențialul de a transforma fundamental sistemul de sănătate din România, asigurând o îngrijire mai bună și mai echitabilă pentru toți cetățenii.

2. Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR)

PNRR este un instrument creat pentru a sprijini redresarea economică și socială post-pandemie în Uniunea Europeană. Acest plan include alocări semnificative pentru domeniul sănătății, cu scopul de a reduce disparitățile regionale, a îmbunătăți infrastructura medicală și a optimiza gestionarea fondurilor publice.

România a primit inițial prin PNRR o alocare totală de aproximativ 29,2 miliarde de euro. Această sumă era împărțită în două mari categorii: granturi nerambursabile aproximativ 14,2 miliarde de euro și respectiv împrumuturi, aproximativ 14,9 miliarde de euro. Din această sumă, aproximativ 2,45 miliarde de euro exclusiv sub formă de granturi era destinată explicit sistemului de sănătate. Această alocare reprezenta circa 17,3% din totalul granturilor alocate

României și respectiv 8,4% din total alocări aferente PNRR. Este important de subliniat faptul că alocarea fondurilor pentru sănătate sub formă de granturi face mai probabilă accesarea lor, cel puțin prin prisma faptului că sumele respective nu vor afecta deficitul bugetar, spre deosebire de sumele sub formă de împrumuturi, iar România se va afla din anul 2020 în procedura de deficit excesiv (PDE) ceea ce este de natură să constrângă capacitatea statului de a cheltui suplimentar. La aceste sume se adaugă 400 de milioane de euro din subcomponenta transformare digitală destinați dezvoltării unui sistem de eHealth și telemedicină care se referă de asemenea la sectorul sănătății, aceste sume reprezentând de asemenea granturi.

Defalcăt pe reforme sumele inițiale alocate sănătății prin PNRR erau după cum urmează: dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate – circa 70 milioane de euro; dezvoltarea capacității pentru realizarea investițiilor în infrastructura de sănătate – circa 30 de milioane de euro; creșterea capacității pentru managementul serviciilor de sănătate și managementul resurselor umane din sănătate – circa 80 de milioane de euro; dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești – circa 315 milioane de euro; dezvoltarea infrastructurii publice spitalicești – circa 1.955 milioane de euro. Se observă că o proporție covârșitoare a alocărilor pentru sănătate este destinată dezvoltării infrastructurii, respectiv circa 2.270 milioane de euro (92,7% din total), cu un accent pe cea spitalicească (circa 79,8% din total).

În condițiile în care declinul PIB real generat de izbucnirea pandemiei COVID-19 a fost mai redus decât așteptările inițiale, acesta fiind un criteriu de alocare a granturilor din PNRR, suma alocată României sub formă de granturi a fost redusă ulterior de la 14,2 miliarde de euro la 12,1 miliarde de euro, respectiv cu 2,1 miliarde de euro. Din această diminuare, 740 de milioane sau circa 35% a fost operată la nivelul subcomponentei sănătate, ceea ce a generat revizuirea în sens negativ a investițiilor în infrastructura spitalicească – elementul cu ponderea cea mai importantă a subcomponentei sănătate. Prin urmare, sumele alocate sănătății din PNRR au o valoare de 1,71 miliarde de euro pentru subcomponenta sănătate, la care se adaugă cele 400 de milioane de euro de la subcomponenta digitalizare.

Componenta 12 „Sănătate” a PNRR al României este dedicată îmbunătățirii sistemului de sănătate și abordării principalelor provocări cu care acesta se confruntă. Această componentă include trei reforme și două investiții majore, care vizează reducerea mortalității evitabile, eliminarea disparităților regionale și sociale în accesul la servicii medicale de bază, și îmbunătățirea infrastructurii medicale. Obiectivul general este de a crește accesul populației la

servicii medicale de calitate și de a optimiza gestionarea resurselor și a cheltuielilor în sectorul sanitar.

Această componentă va sprijini implementarea recomandării specifice adresate României, care vizează îmbunătățirea accesului la asistență medicală și creșterea eficienței sectorului de sănătate din perspectiva costurilor, inclusiv prin promovarea tratamentului ambulatoriu (recomandarea specifică de țară 3, 2019). De asemenea, componenta se concentrează pe consolidarea rezilienței sistemului de sănătate, cu accent pe personalul medical și produsele medicale, precum și pe îmbunătățirea accesului la servicii de sănătate (recomandarea specifică de țară 1, 2020).

Reforma 1: Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate

Această reformă urmărește creșterea eficienței cheltuielilor publice în sănătate prin modificări legislative și prin implementarea unui program-pilot de recompensare a furnizorilor de servicii medicale pe baza performanței. Reforma are două componente principale:

1. Program-pilot pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale: Acesta va introduce un mecanism financiar care va recompensa spitalele cu cei mai buni indicatori de calitate prin intermediul „Fondului pentru calitatea serviciilor medicale”. Indicatorii vor fi stabiliți de Ministerul Sănătății, în colaborare cu alte agenții naționale și cu experți externi. Programul va fi extins ulterior la asistența ambulatorie și medicală primară.
2. Elaborarea unui nou contract-cadru pentru asistența medicală: Acesta va reglementa condițiile de acordare a serviciilor medicale și va contribui la reducerea nevoilor medicale nesatisfăcute ale populației.

Termenul până la care această reformă ar trebui implementată este de 30 iunie 2026.

Reforma 2: Dezvoltarea capacității de investiții în infrastructura sanitară

Scopul acestei reforme este de a crește capacitatea administrativă a autorităților de a gestiona eficient proiectele de infrastructură în sănătate, prin crearea Agenției Naționale pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate (ANDIS). ANDIS va deveni responsabilă pentru gestionarea proiectelor majore de infrastructură sanitară, oferind și expertiză tehnică autorităților locale. Reforma prevede dotarea ANDIS cu personal calificat, activități de formare și asistență tehnică pentru proiectele gestionate de agenție.

Termenul până la care această reformă ar trebui implementată a fost 30 iunie 2022.

Reforma 3: Dezvoltarea capacității pentru managementul serviciilor de sănătate și al resurselor umane

Această reformă este divizată în trei subreforme:

1. R.3.1 Reforma managementului serviciilor de sănătate: Aceasta vizează îmbunătățirea competențelor manageriale ale personalului din sectorul sănătății prin formare și dezvoltarea unui centru de excelență în managementul serviciilor de sănătate. Implementarea acestei subreforme va fi sprijinită de modificări legislative și asistență tehnică.
2. R.3.2 Dezvoltarea resurselor umane din sănătate: Scopul este consolidarea capacității sistemului de sănătate de a educa, recruta și motiva personalul medical. Subreforma include construcția și dotarea a două centre de formare pentru personalul medical, care vor continua să fie finanțate după 2026 de la bugetul de stat.
3. R.3.3 Creșterea integrității și reducerea riscurilor de corupție în sistemul de sănătate: Aceasta subreformă se concentrează pe îmbunătățirea cadrului de reglementare a conflictelor de interese și pe instruirea a 3.000 de persoane în domeniul integrității în sănătate. Reforma va implica și campanii de sensibilizare și promovare a progreselor realizate.

Termenul până la care aceste reforme ar trebui implementate este de 30 iunie 2025

Investiția 1: Dezvoltarea infrastructurii medicale prespitalicești

Această investiție are ca obiectiv îmbunătățirea accesului la servicii medicale de bază în zonele rurale și marginalizate, prin intermediul a cinci subinvestiții:

1. Renovarea și dotarea cabinetelor medicale de familie: Vor fi renovate sau dotate cel puțin 2.000 de cabinete medicale de familie printr-o cerere deschisă de propuneri și un sistem centralizat de achiziții.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 30 iunie 2023.

2. Achiziționarea de unități medicale mobile: Vor fi achiziționate 10 caravane medicale echipate pentru efectuarea de screeninguri pentru cancerul mamar și cervical în zonele cu acces limitat la servicii specializate.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 30 iunie 2023.

3. Reabilitarea și modernizarea unităților de asistență medicală ambulatorie: Cel puțin 30 de unități vor fi reabilite sau modernizate, majoritatea fiind situate în regiuni mai puțin dezvoltate.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 31 decembrie 2024.

4. Construirea și dotarea centrelor comunitare integrate: 200 de centre comunitare vor fi construite sau renovate pentru a spori accesul grupurilor vulnerabile la servicii medicale de calitate.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 30 iunie 2025.

5. Reabilitarea cabinetelor de planificare familială: 79 de cabinete vor fi reabilite și dotate pentru a oferi servicii de planificare familială și diagnosticare a bolilor cu transmitere sexuală.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 31 decembrie 2025.

Investiția 2: Dezvoltarea infrastructurii spitalicești publice

Această investiție urmărește creșterea siguranței pacienților și îmbunătățirea performanței energetice a unităților spitalicești, prin patru subinvestiții:

1. Construirea a 19 spitale sau unități sanitare noi: Cel puțin 15 dintre aceste clădiri vor respecta cerințele pentru clădiri cu consum de energie aproape egal cu zero, iar restul vor avea un consum de energie cu cel puțin 20% mai mic decât standardele actuale.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 30 iunie 2026.

2. Dotarea spitalelor cu echipamente medicale: Noile unități spitalicești vor fi echipate cu aparatură medicală modernă, inclusiv echipamente de urgență și sisteme IT.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 30 iunie 2026.

3. Modernizarea secțiilor de terapie intensivă pentru nou-născuți: 25 de unități de terapie intensivă neonatală vor fi modernizate și extinse, cu adăugarea a 124 de paturi suplimentare și dotarea infrastructurii existente.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 31 decembrie 2024.

4. Achiziționarea de echipamente și materiale pentru unități spitalicești: Investiția se concentrează pe îmbunătățirea siguranței la incendiu, siguranței structurale și prevenirii infecțiilor nosocomiale.

Termenul propus de implementare a acestei subinvestiții: 30 iunie 2024.

Implementarea acestor reforme și investiții este planificată să se finalizeze în principal până în 2026. Prin aceste măsuri, Componenta 12 „Sănătate” urmărește să creeze un sistem de sănătate mai *rezilient*, *echitabil* și *eficient*, capabil să ofere servicii medicale de calitate întregii populații, indiferent de regiune sau statut social. De asemenea, reforma vizează modernizarea infrastructurii medicale și asigurarea unui management eficient al resurselor umane și financiare din sectorul sănătății.

Programele de finanțare europene și internaționale dedicate sănătății, cum ar fi PNRR și POS, oferă României oportunități semnificative pentru dezvoltarea infrastructurii sanitare și îmbunătățirea accesului la servicii medicale de calitate. Aceste fonduri, dacă sunt gestionate eficient, au potențialul de a transforma sistemul de sănătate din România, asigurând o îngrijire mai echitabilă și de înaltă calitate pentru toți cetățenii.

3. Împrumuturi de la Banca Europeană de Investiții

În ultimii ani, Banca Europeană de Investiții (BEI) a susținut dezvoltarea sistemului de sănătate din România prin mai multe împrumuturi importante, având ca scop modernizarea infrastructurii medicale și îmbunătățirea serviciilor de sănătate.

Unul dintre cele mai mari proiecte a fost finanțarea construcției Spitalului Regional de Urgență din Iași, pentru care BEI a acordat un împrumut de 250 milioane EUR în 2021. Acest spital va deservi 3,2 milioane de locuitori din nord-estul României și va înlocui un spital vechi de peste două secole. De asemenea, împrumutul va sprijini cercetarea medicală și educația universitară din Iași.

În 2023, un alt împrumut important, de 229 milioane EUR, a fost aprobat pentru Spitalul Regional de Urgență din Craiova, care va oferi servicii medicale moderne în sudul țării. Aceste proiecte reflectă efortul de modernizare a sistemului sanitar românesc prin construirea unor spitale regionale care să ofere acces la servicii de înaltă calitate.

De asemenea, BEI a sprijinit și sectorul farmaceutic, acordând 25 milioane EUR companiei Antibiotice Iași pentru modernizarea producției de medicamente. Acest împrumut a ajutat la crearea unor noi capacități de producție și depozitare la standarde internaționale.

Aceste investiții subliniază sprijinul BEI pentru a aduce sectorul de sănătate din România la un nivel mai avansat, atât în ceea ce privește infrastructura, cât și pregătirea pentru eventuale crize viitoare, cum ar fi cele generate de pandemii.

4. Împrumuturi de la Banca Mondială

Proiectele actuale și viitoare ale Băncii Mondiale (BM) destinate sectorului sănătății din România sunt strâns legate de modernizarea infrastructurii medicale, inclusiv de dezvoltarea centrelor de mari arși. În cadrul programului „*Health Sector Reform – Improving Health System Quality and Efficiency*”, Banca Mondială a acordat finanțări pentru a ajuta România să construiască și să modernizeze centrele dedicate pacienților cu arsuri severe. Acest proiect a fost extins în 2021 cu o finanțare suplimentară de 150 milioane EUR, cu obiective clare de îmbunătățire a tratamentelor pentru marii arși, dar și de aducere a standardelor medicale la nivel internațional.

Pe lângă îmbunătățirea centrelor de mari arși, proiectele viitoare ale Băncii Mondiale vizează și alte aspecte ale sistemului de sănătate, cum ar fi digitalizarea serviciilor medicale, formarea personalului și creșterea capacității de răspuns în situații de urgență. Aceste investiții sunt esențiale pentru a pregăti România în fața crizelor viitoare și pentru a oferi pacienților îngrijire medicală la standarde ridicate.

Astfel, finanțările curente și viitoare ale Băncii Mondiale includ componente esențiale pentru dezvoltarea și modernizarea centrelor de mari arși, într-un efort de a îmbunătăți capacitatea țării de a gestiona cazuri grave și de a crește calitatea generală a serviciilor de sănătate.

Bibliografie

1. Autoritatea de Supraveghere Financiară (2013). Evoluția principalilor indicatori ai asigurătorilor și brokerilor de asigurare pentru anul 2013, <https://asfromania.ro/uploads/articole/attachments/6076e78a07f47483351083.pdf>
2. Autoritatea de Supraveghere Financiară (2018). Evoluția pieței de asigurări, anul 2018, <https://asfromania.ro/uploads/articole/attachments/6076df01a214c098230591.pdf>
3. Autoritatea de Supraveghere Financiară (2023). *Evoluția pieței asigurărilor în anul 2023*, <https://asfromania.ro/uploads/articole/attachments/660ba05adfe97484924411.pdf>
4. Camera Deputatilor, REPERTOAR ONG, Organizatiile cu domeniul de activitate: SĂNĂTATE https://www.cdep.ro/informatii_publice/ong2015.pe_dom Accesat 08.09.2024
5. CNAS, Rapoarte de activitate, accesat la <https://cnas.ro/rapoarte-de-activitate/>
6. Comunicate de presă, Patriarhia Română, <https://www.agerpres.ro/comunicate/2024/02/08/comunicat-de-presa-patriarhia-romana--1245876>, accesat la 08.08.2024
7. Ernst Young (2024), *Impactul economic al sectorului privat de sănătate din România*
8. Eurostat, Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes, hlth_sha11_hchf
9. Institutul Național de Statistică (2023), *Sistemul Conturilor de Sănătate în România, 2021*. București, accesat la https://insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/sistemul_conturilor_de_sanatate_in_romania_in_anul_2021_editia_2023_0.pdf

10. Institutul Național de Statistică (2023), Ancheta bugetelor de familie, accesat la <https://neamt.insse.ro/wp-content/uploads/2023/01/Ancheta-bugetelor-de-familie-metodologie-chestionar-jurnal.pdf>
11. Ministerul Finanțelor, Transparența bugetară, accesat la <https://mfinante.gov.ro/transparenta-bugetara>
12. Ministerul Finanțelor, Informații fiscale și bilanțuri <https://mfinante.gov.ro/ro/web/site/info-pj-selectie-nume-si-judet>
13. Ministerul Fondurilor Europene. „Planul Național de Redresare și Reziliență: Investiții în sectorul sanitar.” Disponibil la: <https://mfe.gov.ro/wp-content/uploads/2023/12/08bdfb069494531a2faa582204eb5e.pdf>.
14. Ministerul Fondurilor Europene. „Programul Operațional Sănătate 2021-2027.” Disponibil la: <https://mfe.gov.ro/wp-content/uploads/2021/10/6c5361a5fd58b7b22eddf8316192abc8.pdf>.
15. Ministerul Sănătății, Rapoarte de activitate, accesat la <https://ms.ro/ro/informatii-de-interes-public/rapoarte/rapoarte-de-activitate/>
16. Ministerul Sănătății, *Situația de transmitere și raportare a execuției bugetului de venituri și cheltuieli*, accesat la <https://monitorizarecheltuieli.ms.ro/centralizator>
17. OECD, Eurostat și OMS (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
18. Ordinului de ministru 3473/2023, <https://legislatie.just.ro/public/DetaliiDocument/275357>
19. Raportul pentru anul 2023 prezentat în fața Consiliului Național Bisericesc <https://basilica.ro/patriarhul-daniel-a-prezentat-activitatea-bisericii-canonizari-si-cifre-relevante-pentru-anul-2023/>. Accesat 08.09.2024
20. Regulamentul (UE) 2021/1901 de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului în ceea ce privește statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății.

21. *** România - Public Health - European Union,
https://health.ec.europa.eu/document/download/f427c4df-b6e5-455e-880c-600964b40a11_en?filename=2023_chp_ro_romanian.pdf[accesat in 20 august 2024].
22. *** National Accounts database, Eurostat[accesat in 10 august 2024].
23. *** OECD Health Statistics, <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html> [accesat in 1 septembrie 2024]
24. *** European Investment Bank, <https://www.eib.org>. – pagina oficială a Băncii Europene de Investiții
25. *** World Bank, <https://www.worldbank.org>. – pagina oficială a Băncii Mondiale