

Notă privind finanțarea din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate a furnizorilor de servicii medicale din sistemul privat.

## I. Situația actuală

### 1. Finanțarea din fonduri publice a furnizorilor privați de servicii de asistență medicală primară și ambulatorie

Asistența medicală primară este în totalitate asigurată de furnizori privați, prin medici de familie organizați în cabinete de medicină de familie, prin practica individuală a medicilor de familie sau prin diferite forme de asociere ale acestora.

Furnizorii din sistemul privat dețin o pondere covârșitoare și în asigurarea asistenței medicale ambulatorii decontate prin sistemul de asigurări de sănătate, atât cea de specialitate cât și cea paraclinică (laboratoare de analize medicale / explorări imagistice / servicii imagistice (echografie, CT, RMN, etc). Singurii furnizori publici care pot deconta către casele de asigurări de sănătate servicii de asistență medicală ambulatorie au rămas unitățile spitalicești, prin ambulatoriile integrate ale spitalelor.

### 2. Finanțarea din fonduri publice a furnizorilor privați de servicii de asistență medicală de urgență

Sistemul de urgență este singurul domeniu în care există o delimitare bine reglementată între sistemul public și sistemul privat, din punct de vedere al responsabilităților precum și al accesului la finanțarea publică. Astfel, pe baza legislației actuale, sistemul privat are dreptul la decontarea din fondurile publice a serviciilor de urgență la domiciliu și pentru transportul sanitar neasistat (segmentul fără impact strategic din cadrul sistemului integrat). O participare a sistemului privat inclusiv în segmentele cu impact strategic, cum este asistența de urgență pentru pacienții critici, a fost și este constant solicitată de firmele private, care au declansat inclusiv acțiuni în justiție pentru a obține acest deziderat. Disputa legală a fost transată fără nici un echivoc prin Decizia nr. 1300 din 13 octombrie 2009 a Curții Constituționale. Această Decizie confirmă constituționalitatea art. 91, art. 94 și art. 95 din Legea nr. 95/2006, prin care unitățile medicale specializate autorizate din sistemul privat sunt excluse de la decontarea tuturor serviciilor de asistență medicală de urgență și transport medical asistat, cu excepția consultațiilor la domiciliu pentru urgențele de gradul 2. În motivația Deciziei, Curtea Constituțională arată următoarele:

*“În ceea ce privește critica de neconstituționalitate raportată la prevederile art. 45 din Constituție, Curtea constată ca, potrivit acestui text de lege, libertatea economică, exercitată în condițiile legii, este garantată. Astfel, aceasta libertate nu este absolută, legiuitorul fiind liber să stabilească limitele și condițiile desfășurării acesteia, atât pentru a asigura o anumită disciplină economică, dar și în funcție de situațiile specifice avute în vedere.*

*În situația textelor de lege criticate, Curtea constată ca acestea nu împiedică persoanele interesate să inițieze și să desfășoare o activitate comercială prin asigurarea unor servicii medicale private de urgență și nici nu creează discriminări între persoane aflate în situații identice. Singura limitare care poate fi pusă în discuție este doar aceea a imposibilității serviciilor private de urgență de a încheia un contract cu casele de asigurări de sănătate în vederea decontării asistenței medicale acordate. Curtea apreciază însă ca, în acest caz, nu se poate vorbi de o veritabilă restrângere a dreptului de a desfășura o activitate economică, de vreme ce aceasta libertate nu impune statului susținerea ori decontarea serviciilor asigurate de comercianții privați din bani publici, așa cum este Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.”*

### 3. Finanțarea din fonduri publice a furnizorilor privați de servicii de asistență medicală spitalicească

Dezvoltarea sistemului privat de servicii spitalicești de sănătate a fost importantă în ultimii ani, dar, din păcate, ea s-a făcut pe baza susținerii cu fonduri din partea sistemului public de asigurări de sănătate. Spitalele private au beneficiat o bună perioadă de timp chiar de mecanisme de finanțare preferențială, suma decontată pe caz rezolvat fiind negociabilă și nu fixă, pe baza sistemului DRG, ca în cazul spitalelor publice. De exemplu, din datele furnizate de CNAS, în anul 2009 un furnizor privat de servicii medicale din județul Brașov a negociat și a primit pentru un caz rezolvat de cardiologie intervențională suma de 3600 lei, același caz fiind decontat în sistemul DRG de către casa de asigurări de sănătate, pentru o unitate publică de elită cum este Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, cu doar 2620 lei.

Deși începând cu anul 2011 a fost aplicat același mecanism de decontare, pe baza sistemului DRG, și pentru spitalele private, sumele decontate din bugetul FNUASS către spitalele private s-au menținut la cote semnificative sau chiar au crescut. Astfel, în timp, suma decontată din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări de Sănătate – FNUASS către spitalele private a crescut de la 150.703 mii lei în anul 2011, până la 213.500 mii lei, în anul 2012. S-a ajuns astfel la situații în care, spre exemplu, în județul Brașov să se deconteze în anul 2012 către spitalele private 10% din totalul sumelor alocate pentru servicii medicale

spitalicești, iar în Oradea, un spital privat cu 87 de paturi înființat în anul 2008 să primească 17% din bugetul Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, care are 1007 paturi. În ultimul caz, înființarea spitalului privat nu a condus la scăderea numărului de pacienți ai Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, care, dimpotrivă, a crescut.

Pe de altă parte, este cunoscut că pacienții care aleg să se trateze în spitalele private trebuie să achite în plus sume semnificative, care reprezintă diferența dintre ceea ce decontează casele de asigurări de sănătate și tarifele aplicate de acestea.

Un simplu exemplu ne poate arăta impactul financiar care trebuie suportat direct de către cetățeanul care accesează servicii de sănătate private: pentru o intervenție operatorie de cezariană, un furnizor privat are tariful de 8800 lei în cazul în care prim-operatorul este profesor universitar și 6600 în cazul unui medic primar. Din acest tarif, sistemul de asigurări acoperă doar 1400 de lei, rămânând ca diferența de 7400 de lei, respectiv 5200 de lei să fie suportat de către familia pacientei.

Datorită acestor practici are loc o limitare drastică a accesibilității cetățenilor la actul medical practicat în aceste spitale și o discriminare pe criterii financiare a pacienților care pot apela la serviciile acestora, în contradicție cu principiile sistemului social de asigurări de sănătate în baza cărora a fost înființat și funcționează FNUASS.

În condițiile unei evoluții relativ liniare a fondurilor alocate sănătății în ultimii ani, putem considera că, odată cu creșterea sumelor decontate spitalelor private, s-a redus proporțional finanțarea spitalelor din sectorul public de servicii de sănătate. Menținerea actualelor mecanisme va conduce la creșterea exponențială, pe măsura apariției de noi furnizori privați, a proporției fondurilor pe care aceștia le atrag din bugetul FNUASS, în detrimentul finanțării unităților publice, care asigură rezolvarea majorității cazurilor critice și complexe precum și a celorlalte intervenții terapeutice pentru categoriile de populație care nu-și pot permite plățile suplimentare solicitate de furnizorii privați. În astfel de situație limită, statul va fi obligat să compenseze din ce în ce mai mult acest deficit de finanțare cu fonduri suplimentare de la bugetul de stat.

#### **4. Efecte negative ale activității paralele a personalului medical în instituții publice și în cele private**

Un număr important dintre medicii care profesează în serviciile publice au și cabinete private sau sunt angajați ai unor furnizori privați de servicii de sănătate. Sesizări numeroase primite din partea pacienților reclamă multe aspecte negative ale unor astfel de situații, toate desfășurându-se în defavoarea sistemului public și contribuind substanțial la utilizarea ineficientă și, de cele mai multe ori, nejustificată, a fondurilor publice pentru sănătate. Astfel, majoritatea cabinetelor private, în care lucrează aceiași medici angajați în spitale, au contracte cu casele de asigurări de sănătate, ceea ce le dă dreptul de a emite trimiteri pentru tratamente în spital, care sunt decontate de asigurările publice de sănătate. Se generează astfel o cerere nu întotdeauna justificată de servicii spitalicești, mult mai costisitoare pentru sistem.

Dubla calitate de angajat a personalului medical permite și exploatarea inversă a circuitului pacienților: cei care se prezintă în serviciile publice (inclusiv la serviciile de ambulanță) sunt îndrumați, sub diferite motivații, să se adreseze unităților private în care același personal medical este angajat. Astfel, pe lângă aspectul criticabil al racolării pacienților din serviciile publice în folosul unităților private, apar situații în care un serviciu deja decontat de casa de asigurări pentru unitatea publică este plătit încă o dată de către pacient, la cabinetul privat, sau chiar este decontat a doua oară către asigurările de sănătate dacă furnizorul respectiv are contract cu casa de asigurări.

În același timp, astfel de situații trebuie analizate și din perspectiva unui potențial conflict de interese între calitatea simultană de angajat în sistemul privat și în cel public a unui cadru medical, în special dacă acesta are și o funcție de conducere. Sunt cunoscute în acest sens, de exemplu, situații în care echipamentele unor secții de imagistică medicală (aparate de radiologie, tomografie, RMN) sunt defecte și rămân nereparate, în timp ce unitatea privată de imagistică la care lucrează în paralel șeful secției publice funcționează din plin, deservind și pacienții care sunt redirecționați din secția publică.

## **II. Complementaritate și nu concurență între sistemele public și cel privat**

În concepția Ministerului Sănătății, deoarece unul din principiile fundamentale ale FNUASS este principiul solidarității, funcția socială pe care acesta o are pentru asigurarea echitabilă a accesului la servicii medicale de bază pentru toate categoriile de populație, nu se poate realiza în totalitate doar prin simpla aplicare a principiilor liberei concurențe comerciale, care este bazată în primul rând pe maximizarea profitului furnizorilor. Dezbaterile intense între susținătorii și contestatorii ideii conform căreia furnizorii de servicii de sănătate privați trebuie să poată concura direct și nediscriminat cu cei publici pentru finanțarea din bugetul FNUASS au fost clarificate net din punct de vedere juridic prin Decizia nr. 1300 din 13 octombrie 2009 a Curții Constituționale, citată mai sus.

În aceeași ordine de idei trebuie menționate rapoartele internaționale care confirmă că sistemul public de sănătate este cel care asigură o echitate mai mare în furnizarea serviciilor decât sistemul privat, așa cum

este raportul "Blind optimism" al confederației Oxfam Internațional, o organizație internațională care militează pentru reducerea inechităților și sărăciei, raport accesibil pe pagina web [www.oxfam.org/en/policy/bp125-blind-optimism](http://www.oxfam.org/en/policy/bp125-blind-optimism).

O prudență în acordarea accesului furnizorilor privați la fondurile publice de sănătate a fost recomandată și de consultanții Băncii Mondiale Francis Ruiz și Ruth Lopert, de la National Institute for Clinical Excellence – NICE din Marea Britanie, care au subliniat, în discuțiile cu reprezentanții Ministerului Sănătății, faptul că experiența internațională a demonstrat, cel puțin în domeniul sănătății, că entitățile private s-au dovedit administratori eficienți doar când utilizează fondurile proprii, în timp ce performanța acestora în gestionarea resurselor financiare publice a fost chiar mai dezamăgitoare decât cea a administrației de stat.

Abordarea problematicii relației public-privat propusă de Ministerul Sănătății pornește de la necesitatea susținerii din fondurile publice, cu prioritate, a sistemului public, precum și a elementelor complementare acestuia din sistemul privat, precum și stimularea atragerii de resurse private în finanțarea celorlalte activități ale furnizorilor privați de sănătate.

### **III. Măsuri și principii promovate de Ministerul Sănătății pentru aplicarea politicilor de sănătate publică**

În aceste condiții, începând cu anul 2013, Ministerul Sănătății propune o remodelare a mecanismelor de finanțare și de distribuire a FNUASS, pe baza redefinirii priorităților strategice de sănătate publică, atât între diferitele paliere ale asistenței de sănătate (primară, secundară și terțiară) cât și între cele două tipuri de furnizori publici și, respectiv, privați.

Astfel, Ministerul Sănătății susține creșterea sumelor alocate pentru asistența primară (asigurată integral de furnizori privați) și pentru cea ambulatorie (asigurată majoritar de furnizori privați), care pot asigura rezolvarea unei părți importante dintre cazurile care sunt tratate astăzi în spitale, cu costuri mult mai reduse și, în consecință, cu o creștere a eficienței de utilizare a fondurilor publice. Stimularea activității de asistență medicală primară și ambulatorie, inclusiv prin introducerea de noi mecanisme suplimentare de finanțare (plata pe rezultat) va conduce la o dezvoltare a intervențiilor preventive și la o reducere a spitalizărilor nejustificate.

În paralel, susținem o reechilibrare a decontării serviciilor din asistența spitalicească între furnizorii publici și cei privați, în sensul în care sistemul spitalicesc privat trebuie să beneficieze de finanțare din fonduri publice doar în domeniile în care asistența spitalicească publică este temporar sau permanent deficitară sau este nereprezentată pe plan județean sau regional.

De asemenea, se are în vedere o stabilire diferențiată a tarifului pe caz ponderat decontat de casele de asigurări de sănătate pentru servicii spitalicești, în funcție de categoria în care se clasifică fiecare unitate.

O astfel de abordare va permite aplicarea politicilor publice ale Ministerului Sănătății de consolidare a rețelei regionale de spitale de urgență, rețea care cuprinde 53 de unități spitalicești pe plan național și care constituie nucleul strategic al sistemului spitalicesc din România. Aceste spitale sunt unitățile care asigură rezolvarea majorității cazurilor critice și complexe și trebuie să reprezinte priorități pentru sistemul de sănătate din punctul de vedere al finanțării din fonduri publice a serviciilor medicale, a investițiilor și a dotărilor materiale, precum și din punctul de vedere al asigurării resurselor umane. Pentru asigurarea echilibrului financiar între veniturile și costurile intervențiilor medicale pentru acele 53 de unități strategice spitalicești, Ministerul Sănătății va concentra resurse suplimentare prin programe de urgență pentru activități prioritare în domeniile terapiei intensive, a intervențiilor terapeutice pentru cazurile de infarct miocardic acut, de traumă sau de accidente vasculare cerebrale ischemice acute, care vor asigura o creștere semnificativă a calității acestor servicii medicale, dar și a eficacității intervențiilor în aceste patologii critice pentru viața pacienților.

De asemenea, se are în vedere implementarea unor măsuri de audit clinic pentru cazurile rezolvate în spitale și creșterea cazurilor rezolvate în spitalizarea de zi (tarif mediu ~400 RON) cu scăderea concomitentă a numărului de cazuri rezolvate prin spitalizarea continuă (tarif pe caz ponderat național 1444 RON)

Implementarea acestor măsuri asigură punerea în practică a principiilor care stau la baza sistemului de asigurări de sănătate, astfel:

#### **a) Principiul egalității și al solidarității sociale.**

Conform acestui principiu, cetățenii sănătoși, care au posibilități financiare contribuie financiar pentru tratamentul celor bolnavi, urmând ca, atunci când și aceștia vor fi bolnavi și cu veniturile reduse, alții să contribuie pentru acoperirea tratamentelor lor medicale. Finanțând din FNUASS spitalele private, se reduc șansele celor cu venituri mici de a beneficia de servicii medicale de calitate. În România, 80% dintre cetățeni au venituri mici, care nu le permit să apeleze la servicii medicale private, iar doar 20% au veniturile necesare accesării serviciilor medicale private. Ministerul Sănătății trebuie să implementeze măsuri care să poată să

răspundă la întrebarea: Pentru cine trebuie să finanțăm servicii medicale de calitate, pentru cei 20% care pot apela la asistența medicală spitalicească cu plată sau pentru cei care trebuie susținuți financiar pentru că fără acest ajutor sunt condamnați la moarte?

**b) Principiul alocării resurselor în funcție de priorități.**

În condițiile de criză financiară limitarea la priorități bine definite reprezintă o necesitate. Orice organizație își alocă resursele în raport de priorități. În anul 2013, prioritatea nr. 1 a Ministerului Sănătății o reprezintă creșterea finanțării serviciilor publice de sănătate în scopul creșterii calității acestora și sporirii gradului de satisfacție declarată a pacienților.

**c) Principiul echității.**

Nu este echitabil ca din FNUASS, constituit din contribuția tuturor cetățenilor, unii să obțină profit, iar alții să nu își poată acoperi cheltuielile de funcționare.

**d) Principiul evitării scenariului protestului și abandonului.**

Sunt tot mai mulți cei care nu mai apelează la serviciile medicale din sistemul public de sănătate, care îl abandonează. Abandonul sistemului public de sănătate de către tot mai mulți cetățeni este un prim pas. Pasul următor este restrângerea finanțării sistemului public datorită imposibilității de achitare a obligațiilor de plată. De aici urmează un scenariu catastrofic, care poate duce în final la prăbușirea și destrucțurarea sistemului public de sănătate. Experiența internațională arată că țările cu sistemele publice de sănătate puternice sunt și cele care asigură o foarte bună sănătate populației, în timp ce statele care se bazează în principal pe sistemul privat (cazul SUA este definitoriu) cheltuie enorm și au rezultate dezamăgitoare pentru sănătatea populației. Dacă pentru SUA inexistența unui sistem public de sănătate cuprinzător și accesibil pentru toată populația este o gravă, importantă și foarte dezbătută problemă, pentru o țară ca România prăbușirea sistemului public de sănătate ar fi echivalent cu un dezastru, nu atât pentru cei puțini care au bani pentru asistența medicală privată, cât pentru cei foarte mulți care nu își permit alternative la asistența medicală publică.

Aceste măsuri constituie, în concepția noastră, un prim dar esențial pas în revitalizarea sistemului public spitalicesc și, consecutiv, a întregului sistem public de sănătate din România.