

CURTEA DE CONTURI A ROMÂNIEI

***SINTEZA
RAPORTULUI DE PERFORMANȚĂ PRIVIND UNELE
PROGRAME DE SĂNĂTATE
DERULATE ÎN PERIOADA 2010 – 2012
LA
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE***



CUPRINS

<i>Prefață</i>	<i>1</i>
<i>Introducere</i>	<i>2</i>
I. Prezentare generală	3
1.Programul național de oncologie	7
2.Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere	9
3.Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	11
4.Programul național de boli cardiovasculare	13
II. Sfera și abordarea auditului	13
1. Mandatul legal și perioada analizată	13
2. Contextul inițierii auditului	14
3. Obiectivul general al auditului	14
4. Realizarea auditului	15
5. Metodologia de audit	16
6. Destinatarii raportului de audit	16
III. Constatări și concluzii	17
IV. Concluzii generale	38
V. Recomandări	41

PREFAȚĂ

Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală a domeniului de sănătate publică, asigură realizarea obiectivelor politicii și strategiei sănătății publice și prin implementarea programelor naționale de sănătate.

Programele naționale de sănătate sunt elaborate de către Ministerul Sănătății, cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Derularea acestora se realizează de către Ministerul Sănătății și/sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin direcțiile de specialitate, are următoarele responsabilități cu privire la derularea programelor naționale de sănătate:

- răspunde de asigurarea, urmărirea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;
- realizează monitorizarea derulării programelor/subprogramelor prin indicatori fizici și de eficiență;
- organizează împreună cu Ministerul Sănătății, proceduri de achiziție publică la nivel național pentru realizarea obiectivelor și activităților cuprinse în cadrul unor programe naționale de sănătate finanțate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

În anul 2012, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate s-au derulat 13 programe naționale de sănătate. Cheltuielile publice pentru derularea acestora, prin bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, au fost în anul 2012 de 3.095.404 mii lei, reprezentând 0,53% din produsul intern brut al României (în anul 2012, produsul intern brut al României a fost de 587.499.000 mii lei).

Programele/subprogramele naționale de sănătate care au făcut obiectul misiunilor de audit al performanței, au fost:

- *Programul național de oncologie;*
- *Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere;*
- *Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană;*
- *Programul național de boli cardiovasculare.*

Aceste programe au presupus în anul 2012 un efort bugetar de 1.315.067 mii lei, cu o pondere de 0,23 % în produsul intern brut, respectiv 42,48% din totalul plăților aferente celor 13 programe naționale de sănătate.

Ponderea cea mai ridicată în totalul acestora o reprezintă plățile efectuate pentru derularea *Programului național de oncologie*, pentru care s-au cheltuit 84,88% din fondurile publice alocate pentru cele patru programe de sănătate, urmate de plățile pentru *Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere*, pentru care s-au cheltuit 10,03% din fondurile bugetare alocate.

În urma analizei efectuată asupra fiecăruia dintre cele patru programe naționale de sănătate auditate, au fost formulate concluzii în baza unor eșantioane reprezentative analizate în cadrul misiunilor de audit desfășurate de către Curtea de Conturi a României, atât prin structurile teritoriale la un număr de 14 case de asigurări de sănătate județene, cât și prin structura centrală la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și la alte 27 case de asigurări de sănătate județene, necuprinse în programul de audit la nivel teritorial în anul 2013.

Prin casele de asigurări de sănătate județene s-a asigurat decontarea medicamentelor și a materialelor sanitare de care au beneficiat pacienții tratați în cadrul programelor naționale de sănătate.

INTRODUCERE

În anul 2013, Curtea de Conturi a României a efectuat misiunea cu tema *Auditul performanței privind unele Programe Naționale de Sănătate derulate în perioada 2010-2012* la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și la unele entități teritoriale subordonate, instituții care răspund de:

- asigurarea, urmărirea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor;
- realizarea analizei și monitorizării derulării programelor prin indicatori fizici și de eficiență transmiși de unitățile sanitare;
- realizarea validării facturilor depuse în vederea decontării;
- raportarea către Casa Națională de Asigurări de Sănătate a sumelor alocate pentru fiecare program de sănătate, sumele utilizate de unitățile sanitare și farmaciile cu circuit deschis care derulează programe de sănătate precum și indicatorii fizici și de eficiență utilizați;
- evaluarea și fundamentarea fondurilor necesare pentru asigurarea tratamentului cu medicamentele care sunt aprobate de către comisiile constituite la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene.

În cadrul acestei misiuni s-au evaluat: fundamentarea necesarului de resurse bugetare, modul în care instituțiile auditate s-au implicat în monitorizarea derulării programelor de sănătate prin indicatori fizici și de eficiență realizați în scopul tratării și controlului unor boli cu impact major asupra stării de sănătate a populației dar și pentru identificarea disfuncționalităților existente în cadrul derulării programelor.

Sfera de cuprindere a auditului au reprezentat-o unele acțiuni în domeniul programelor naționale de sănătate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în calitate de instituție publică autonomă de interes național care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu focalizare pe cele patru programe, derulate în perioada 2010-2012.

În urma misiunii de audit s-a reținut faptul că, în perioada 2010-2012, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a implementat o serie de măsuri care au contribuit la îmbunătățirea derulării programelor naționale de sănătate, precum și la utilizarea eficientă a fondurilor bugetare alocate cu această destinație. Totuși, mai sunt necesare o serie de îmbunătățiri ale sistemului, care să conducă la încadrarea în limite rezonabile a nivelului de eroare și fraudă în ceea ce privește decontarea sumelor cuvenite furnizorilor de medicamente și materiale sanitare în cadrul programelor.

Se poate concluziona că, activitățile desfășurate în cadrul programelor naționale de sănătate sunt adecvate, dar necesită unele îmbunătățiri.

Modul de derulare a programelor naționale de sănătate, precum și atribuțiile instituțiilor implicate în derularea programelor, atât la nivel național cât și teritorial s-a realizat pe baza cadrului legislativ adoptat de către Parlamentul României.

I. Prezentare generală

În perioada 2010-2012, modul de organizare, derulare și finanțare a programelor naționale de sănătate a fost reglementat prin **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, **HG nr. 261/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010**, **HG nr. 1388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012**, **Ordinul comun MS/CNAS nr. 264/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010**, cu modificările și completările ulterioare și **Ordinul comun MS/CNAS nr. 1591/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012**, cu modificările și completările ulterioare.

Programele naționale de sănătate reprezintă un ansamblu de acțiuni multianuale, organizate în scopul evaluării, prevenirii, tratamentului și controlului bolilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației.

Programele naționale de sănătate derulate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate au drept **scop** asigurarea tratamentului specific în cazul bolilor cu impact major asupra sănătății publice, **obiectivul general** fiind îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea speranței de viață a bolnavilor.

Pentru **asigurarea accesului la tratament** al bolnavilor cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și altele asemenea se eliberează de către farmaciile cu circuit deschis aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene fără a încasa contribuție personală de la asigurați, acestea fiind decontate integral din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

Implementarea programelor naționale de sănătate reprezintă procesul de organizare a resurselor umane, materiale și financiare, la nivelul unităților de specialitate, în scopul asigurării de bunuri, servicii sau schimbări ale comportamentelor și mediului de viață și muncă pentru beneficiarii acestor programe, ca răspuns la anumite nevoi de sănătate ale populației identificate din date obiective.

Implementarea programelor se realizează prin unități de specialitate - structuri din cadrul sistemului de sănătate publică, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate județene și unitățile sanitare.

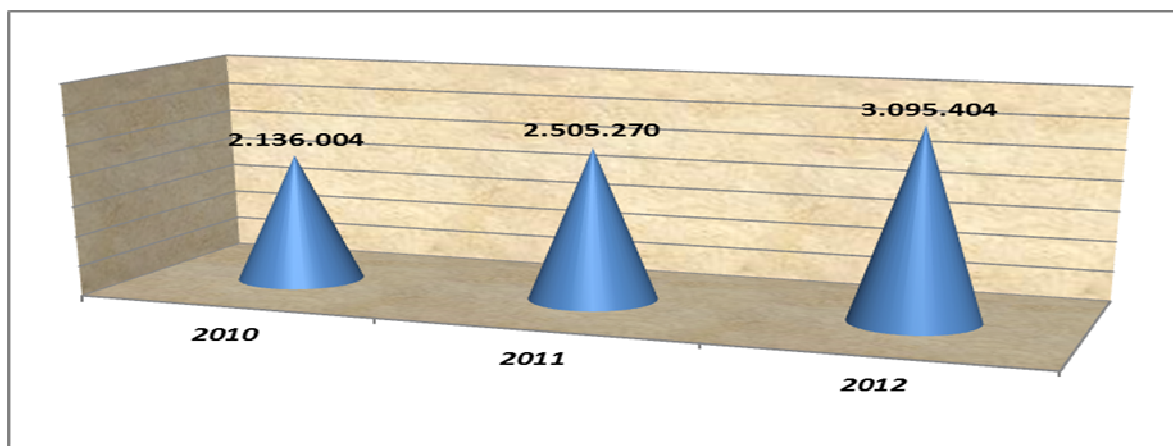
Analiza efectuată cu prilejul auditului a avut în vedere datele raportate prin situațiile financiare întocmite de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, care au cuprins operațiunile economice efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene pe tot parcursul anului, operațiuni reflectate atât în rapoartele trimestriale, cât și în raportul anual (contul anual de execuție).

Din situațiile financiare depuse la Ministerul Finanțelor Publice rezultă că plățile efectuate în anul 2012 de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru finanțarea celor 13 programe naționale de sănătate au fost în sumă de 3.095.404 mii

lei. Acestea au crescut față de cele efectuate în anul 2011 cu 23,6% (în sumă absolută, de la 2.505.270 mii lei la 3.095.404 mii lei), situație similară constatându-se și în anul 2011 față de anul 2010, când plățile au crescut cu 17,3%.

Prin comparație față de anul 2010, plățile efectuate în anul 2012 au fost cu 44,9% mai mari, în sumă absolută creșterea a fost de la 2.136.004 mii lei la 3.095.404 mii lei. În perioada 2010-2012, plățile pentru decontarea medicamentelor și materialelor sanitare pentru pacienții tratați în cadrul celor 13 programe naționale de sănătate au avut un trend crescător, astfel (*Graficul nr. 1*).

-mii lei-



Această evoluție a plăților aferente perioadei 2010-2012 a fost influențată, în principal, de următorii factori:

- plata în anul 2012 a arieratelor aferente anului 2010, în sumă de 508.495 mii lei;
- creșterea prețurilor de achiziție a medicamentelor și materialelor sanitare utilizate în tratamentul pacienților;
- creșterea numărului de pacienți care au beneficiat de tratamente cu medicamente aprobate de către comisiile de experți de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene și/sau a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, medicamente care au avut un cost mai ridicat comparativ cu cele utilizate în terapia standard.

Plățile pentru cele 4 programe naționale de sănătate auditate, dețin o pondere însemnată în sumele alocate prezentate în *graficul nr. 1* pentru derularea prin bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a programelor naționale de sănătate în perioada 2010-2012.

Analiza de ansamblu a evoluției plăților efectuate în perioada 2010-2012* pentru cele patru programe naționale de sănătate auditate este prezentată astfel (*Tabelul nr. 1*):

-mii lei-

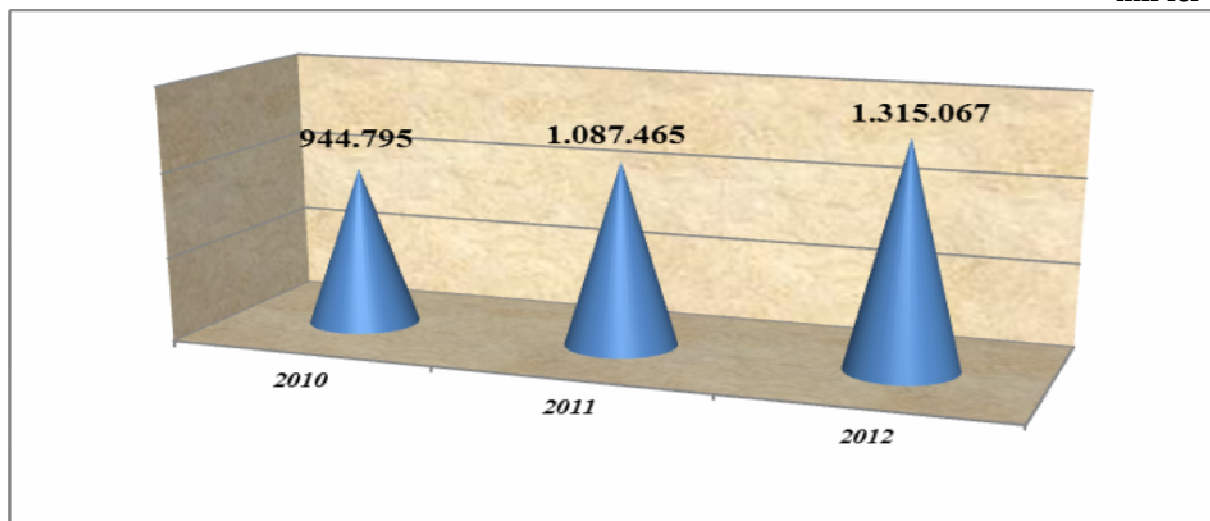
Nr. crt.	Denumire program	Plăți efectuate		
		2010	2011	2012
0	1	2	3	4
1.	Programul național de oncologie	689.945	791.293	1.116.188
2.	Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere	179.199	201.428	131.880
3.	Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	40.943	57.476	66.999
4.	Programul național de boli cardiovasculare	34.708	37.268	-

5.	Total plăți efectuate pentru cele 4 programe naționale de sănătate auditate (rd.1+rd.2+rd.3+rd.4)	944.795	1.087.465	1.315.067
6.	Total plăți pentru cele 13 programe naționale de sănătate	2.136.004	2.505.270	3.095.404
7.	Pondere plăților celor 4 programe auditate în totalul plăților (rd.5/rd.6*100)	44,23	43,41	42,48

*Sursa datelor: Conturile de execuție întocmite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în perioada 2010-2012

Datele prezentate anterior pentru perioada 2010-2012, privind evoluția sumelor plătite pentru derularea programelor naționale de sănătate auditate, sunt prezentate astfel (Graficul nr. 2):

-mii lei-



Din punct de vedere valoric, plățile efectuate în anul 2012 pentru cele patru programe naționale de sănătate auditate au înregistrat o creștere față de anul 2010 de 370.272 mii lei (39,2%), iar față de anul 2011 o creștere de 227.602 mii lei, (20,9%). Volumul plăților pentru cele patru programe de sănătate auditate a avut un trend ascendent începând cu anul 2010 și s-a datorat, în principal, plății în anul curent a datoriilor restante înregistrate din anii precedenți precum și creșterii ponderii tratamentelor (inovatoare) care au un cost mai ridicat față de tratamentele standard.

Detaliat, sumele alocate (creditele bugetare definitive) în perioada 2010-2012, pe fiecare program în parte și pe surse de finanțare, pentru cele 4 programe naționale de sănătate auditate, se prezintă astfel (Tabelul nr. 2):

-mii lei-

Nr. Crt.	Denumire program național de sănătate auditat	AN 2010		AN 2011		AN 2012	
		Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive	Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive	Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive
1	Programul național de oncologie, din care:	796.608	755.383	761.996	824.989	836.631	1.124.157
1.1	- Buget de Stat	581.225	566.480	275.428	336.964	361.977	361.977
1.2	- FNUASS	215.383	188.903	486.568	488.025	474.654	762.180
2	Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere, din care:	148.000	179.569	200.000	201.429	235.080	131.880
2.1	- Buget de Stat	0	0	0	0	0	0

Nr. Crt.	Denumire program național de sănătate auditat	AN 2010		AN 2011		AN 2012	
		Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive	Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive	Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive
2.2	- FNUASS	148.000	179.569	200.000	201.429	235.080	131.880
3	Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, din care:	50.700	51.733	58.786	66.046	67.000	67.000
3.1	- Buget de Stat	46.200	47.818	58.786	66.046	67.000	67.000
3.2	- FNUASS	4.500	3.915	0	0	0	0
4	Programul național de boli cardiovasculare, din care:	70.500	72.360	35.308	37.268	0	0
4.1	- Buget de Stat	70.500	72.360	35.308	37.268	0	0
4.2	- FNUASS	0	0	0	0	0	0
5	Total (rd 1+ rd 2+ rd 3+ rd 4), din care:	1.065.808	1.059.045	1.056.090	1.129.732	1.138.711	1.323.037
5.1	- Buget de Stat (rd1.1+rd 2.1+rd 3.1+rd 4.1)	697.925	686.658	369.522	440.278	428.977	428.977
5.2	- FNUASS (rd 1.2+rd 2.2+rd 3.2+rd 4.2)	367.883	372.387	686.568	689.454	709.734	894.060

Pentru cele patru programe naționale de sănătate auditate, actele normative în vigoare nu au precizat distinct nivelul contribuției financiare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a Ministerului Sănătății, astfel încât să fie stabilită cota procentuală de participare la finanțare a acestor instituții și activitățile care sunt finanțate de fiecare din cele două instituții.

Astfel, în perioada 2010 – 2012, contribuția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la finanțarea programelor naționale de sănătate auditate a cunoscut un trend crescător respectiv de la 35,16% în anul 2010 la 67,58% în anul 2012 (o creștere de 2,4 ori) în timp ce în aceeași perioadă, contribuția Ministerului Sănătății, conform bugetelor aprobate, a scăzut de la 64,84% în anul 2010 la 32,42% în anul 2012.

La stabilirea nivelului contribuției financiare a fiecărei instituții, necesară derulării programelor naționale de sănătate auditate, nu s-au stabilit prin legislația adoptată, criterii obiective care să asigure transparența și siguranța finanțării acestor programe naționale de sănătate, în mod ritmic și continuu.

Din datele prezentate în tabelul nr.2 rezultă faptul că, în perioada 2010-2012, în timp ce contribuția Ministerului Sănătății din bugetul de stat a înregistrat o scădere de la 686.658 mii lei la 428.977 mii lei, finanțarea de către CNAS din resursele FNUASS a cunoscut o creștere de 2,4 ori respectiv, de la 372.387 mii lei la 894.060 mii lei.

Având în vedere cele prezentate se poate concluziona că, pentru programul național de oncologie a cărui finanțare s-a asigurat din două surse, plecând de la anul 2010 când contribuția Ministerului Sănătății a fost substanțială, s-a ajuns la inversarea acestui raport în anul 2012 respectiv, când finanțarea de la FNUASS prin CNAS a fost principala sursă.

Auditul a reținut faptul că, începând cu anul 2013, s-a modificat legislația cu privire la derularea programelor naționale de sănătate, respectiv HG nr.124/2013 *privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014* prin care s-a stabilit modul de finanțare al programelor de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Situația fiecărui program național de sănătate auditat, se prezintă după cum urmează:

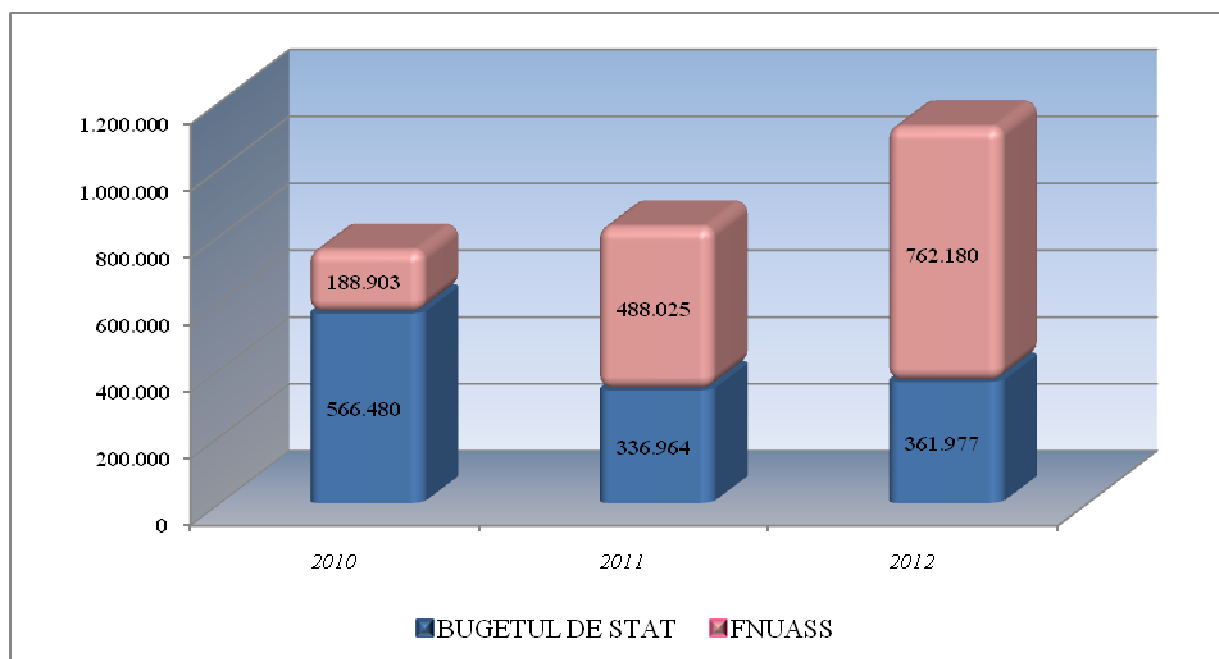
1. Programul național de oncologie

Programul național de oncologie are ca și obiective tratamentul pacienților cu afecțiuni oncologice și monitorizarea bolii la pacienți cu astfel de afecțiuni.

Finanțarea programului în perioada 2010-2012 s-a realizat atât din contribuțiile la Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și din transferuri de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății.

Sumele alocate (creditele bugetare definitive), în perioada 2010-2012 din cele două surse, pentru derularea programului național de oncologie, se prezintă astfel (*Graficul nr. 3*):

-mii lei-



Așa cum rezultă din graficul de mai sus, sumele alocate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru derularea programului au avut un trend ascendent începând cu anul 2010. În anul 2012, sumele alocate din Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate au fost mai mari de 4 ori față de cele alocate în anul 2010 și de 1,5 ori mai mari față de sumele alocate în anul 2011.

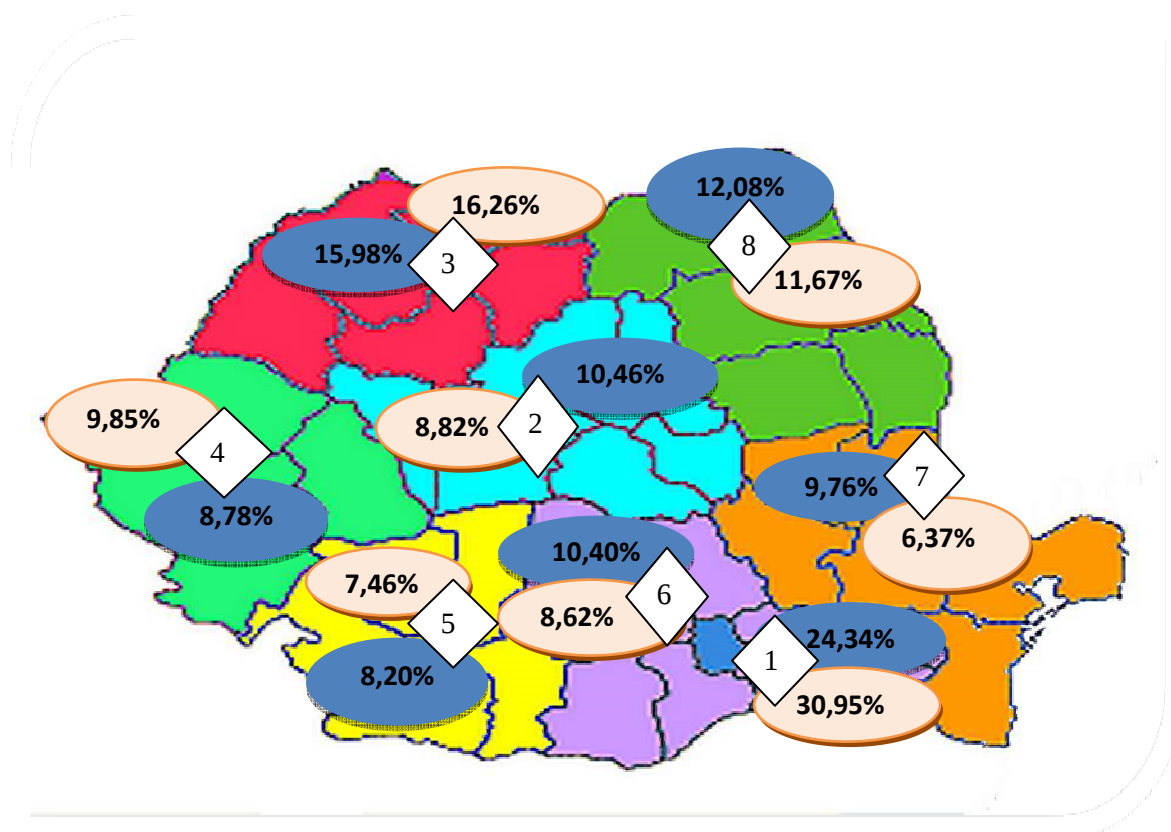
Ponderea sumelor alocate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate în totalul fondurilor alocate derulării programului, au înregistrat o creștere procentuală de la 25% în anul 2010 la 67% în anul 2012.

Sumele alocate acestui program sunt destinate achiziției de medicamente și investigații tomografice computerizate cu emisie de pozitroni, conform prevederilor legale (Ordinul MS nr. 1591/2010 pentru aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012).

Separat de cele prezentate anterior, în perioada 2010-2012, potrivit indicatorilor de raportare la nivel național aferenți programului, numărul mediu anual de pacienți tratați în cadrul programului național de sănătate a fost de **101.887 persoane** pentru care au fost efectuate cheltuieli cu medicamentele în sumă totală de **2.903.362 mii lei**

(reprezintă consumul de medicamente efectiv realizat, raportat de entitate la nivel național).

Ponderea pacienților tratați și a cheltuielilor cu medicamentele utilizate în cadrul programului național de oncologie în perioada 2010-2012 pe fiecare regiune geografică de dezvoltare, în numărul total al pacienților tratați și a cheltuielilor cu medicamentele, se prezintă astfel (*Figura nr. 1*):



Legendă:

A. Regiuni de dezvoltare



1. BUCUREȘTI-ILFOV
2. CENTRU
3. NORD-VEST
4. VEST
5. SUD-VEST OLTEANIA
6. SUD-MUNTENIA
7. SUD-EST
8. NORD-EST

B. Ponderi



%

Ponderea numărului de pacienți



%

Ponderea cheltuielilor cu medicamentele

Așa cum reiese din *Figura nr. 1*, regiunea București-Ilfov a înregistrat în perioada 2010-2012 cea mai mare pondere din total în ceea ce privește numărul de pacienți tratați (24,34%) și cheltuielile totale cu medicamentele (30,95%). Acest lucru poate fi explicat prin faptul că în cadrul acestei regiuni se regăsește cel mai mare număr de spitale universitare specializate în tratamentul acestor afecțiuni și un număr mare de bolnavi se adresează în vederea tratării către aceste centre. Ca urmare, acest fapt a determinat cheltuieli mai mari cu medicamentele în această regiune, superioare cheltuielilor înregistrate în celelalte regiuni cu ponderea cea mai mică.

La polul opus, cu ponderea cea mai mică, se situează regiunea Sud-Vest Oltenia, care înregistrează o pondere a numărului de pacienți tratați de 8,20% în condițiile în care cheltuielile cu medicamentele dețin o pondere de 7,46%.

În cadrul acestei regiuni, județul Gorj înregistrează cel mai mic număr de bolnavi respectiv 2.945 pacienți tratați în cadrul acestui program din totalul de 25.052 pacienți tratați în această perioadă, iar cheltuielile totale cu medicamentele în sumă de 21.850 mii lei reprezintă 10,08% din totalul cheltuielilor pe regiune și 0,75% din totalul cheltuielilor realizate cu medicamentele în cadrul programului în perioada 2010-2012.

De asemenea, regiunea Sud-Est înregistrează o pondere redusă în ceea ce privește numărul de pacienți tratați (9,76%) iar cheltuielile cu medicamentele au reprezentat 6,37% din totalul cheltuielilor.

Ponderea mică a cheltuielilor cu medicamentele din regiunile Sud-Vest Oltenia și Sud-Est se poate explica prin faptul că, în tratamentul bolnavilor s-a utilizat cu preponderență terapia standard care presupune costuri mai reduse și/sau mai puțin terapia cu medicamente inovatoare care sunt supuse aprobării comisiilor județene și/sau comisiei naționale, care implică costuri net superioare față de terapia standard.

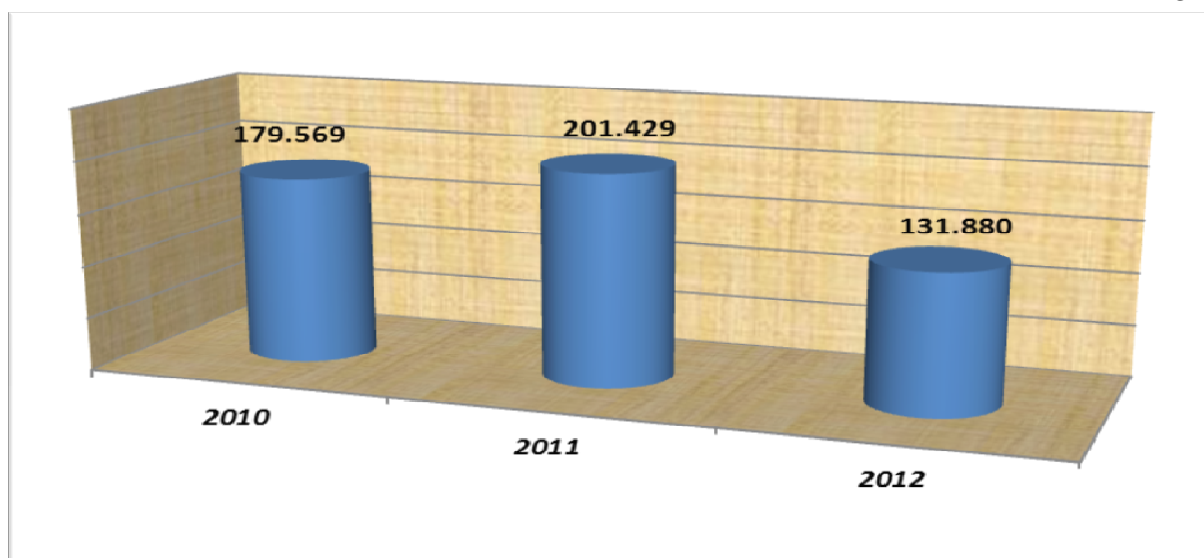
2. Subprogramul de tratament a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere

Subprogramul de tratament a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere are drept scop asigurarea în spital și în ambulatoriu a medicamentelor antiretrovirale și pentru infecțiile asociate, necesare tratamentului bolnavilor HIV/SIDA și postexpunere.

Finanțarea subprogramului s-a realizat exclusiv din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

Sumele alocate (creditele bugetare definitive) pentru derularea *subprogramului de tratament a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere*, în perioada 2010-2012, se prezintă astfel (*Graficul nr. 4*):

-mii lei-

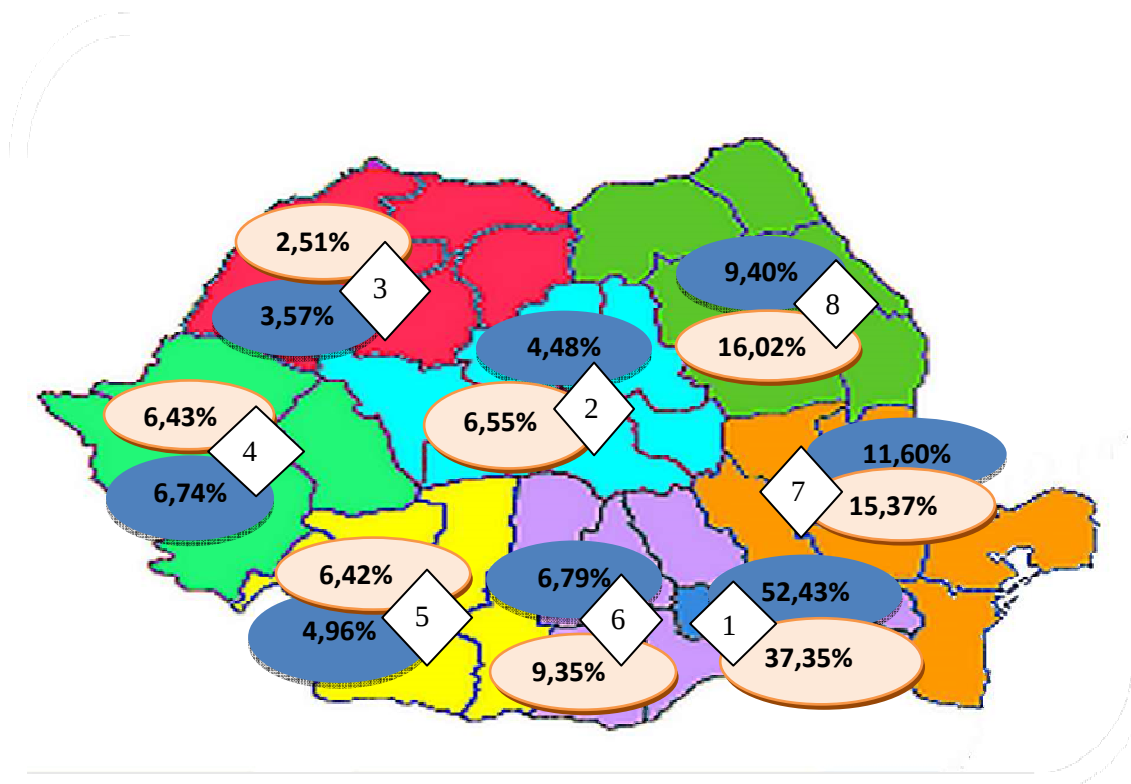


Așa cum rezultă din graficul nr.4, în anul 2012 sumele alocate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru derularea subprogramului au scăzut cu 26,56% comparativ cu anul 2010, și cu 34,53% față de anul 2011.

Menționăm că în anul 2012, fondurile alocate inițial în sumă de 235.080 mii lei au fost diminuate la suma de 131.880 mii lei, diferența în sumă de 103.200 mii lei fiind redistribuită programului național de oncologie și programului național de diabet.

Separat de cele prezentate anterior, potrivit indicatorilor de raportare la nivel național pentru acest subprogram în perioada 2010-2012, numărul mediu anual de pacienți a fost de **10.627 persoane** pentru care s-au efectuat cheltuieli cu medicamentele în sumă de **620.181 mii lei**.

Ponderea pacienților tratați și a cheltuielilor cu medicamentele utilizate în cadrul subprogramului de tratament a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere în perioada 2010-2012 pe fiecare regiune geografică de dezvoltare, în numărul total al pacienților tratați și în totalul cheltuielilor cu medicamentele se prezintă în figura următoare (Figura nr. 2):



Legendă:

A. Regiuni de dezvoltare



1. BUCUREȘTI-ILFOV
2. CENTRU
3. NORD-VEST
4. VEST
5. SUD-VEST OLTENIA
6. SUD-MUNTENIA
7. SUD-EST
8. NORD-EST

B. Ponderi



Ponderea numărului de pacienți



Ponderea cheltuielilor cu medicamentele

Analizând *figura nr. 2* rezultă faptul că ponderea cea mai ridicată, atât în ceea ce privește numărul de pacienți tratați (52,43%) cât și cheltuielile ocazionate cu medicamentele utilizate în tratamentul pacienților (37,35%) o deține tot regiunea București-Ilfov. Aceasta se datorează faptului că în această regiune sunt concentrate un număr mare de unități sanitare, clinici universitare care au dotarea corespunzătoare, un număr mare de specialiști în domeniu, astfel că un număr important de pacienți se adresează acestora în vederea asigurării tratamentului.

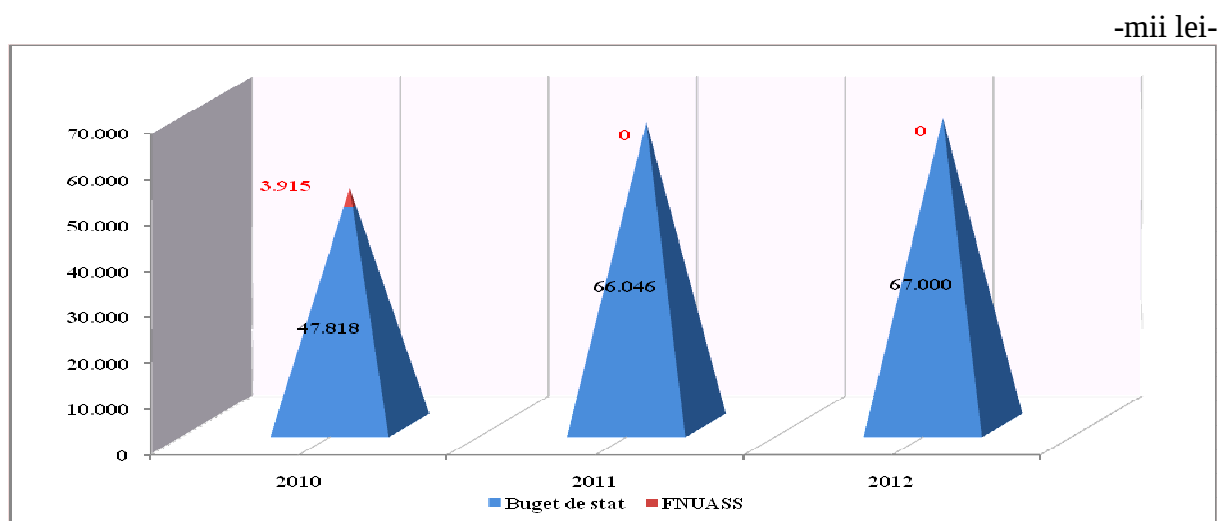
La polul opus, cu ponderea cea mai mică, se situează regiunea Centru formată din județele: Alba, Brașov, Covasna, Harghita, Mureș și Sibiu, regiune care deține o pondere de 4,48% din numărul total de bolnavi tratați și un procent de 6,55% din cheltuielile totale cu medicamentele în cadrul acestui program.

3. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană

Scopul programului îl reprezintă asigurarea medicamentelor pentru rezolvarea problemelor din domeniul sănătății referitoare la transplantul de organe, țesuturi și celule de natură umană în scop terapeutic, la bolnavii cu insuficiențe organice ireversibile.

Finanțarea programului s-a realizat în anul 2010 din transferuri de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății și din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate iar începând cu anul 2011 finanțarea s-a realizat numai din transferuri de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății.

Sumele alocate (creditele bugetare definitive), în perioada 2010-2012, pentru derularea *programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană*, se prezintă astfel (*Graficul nr.5*):

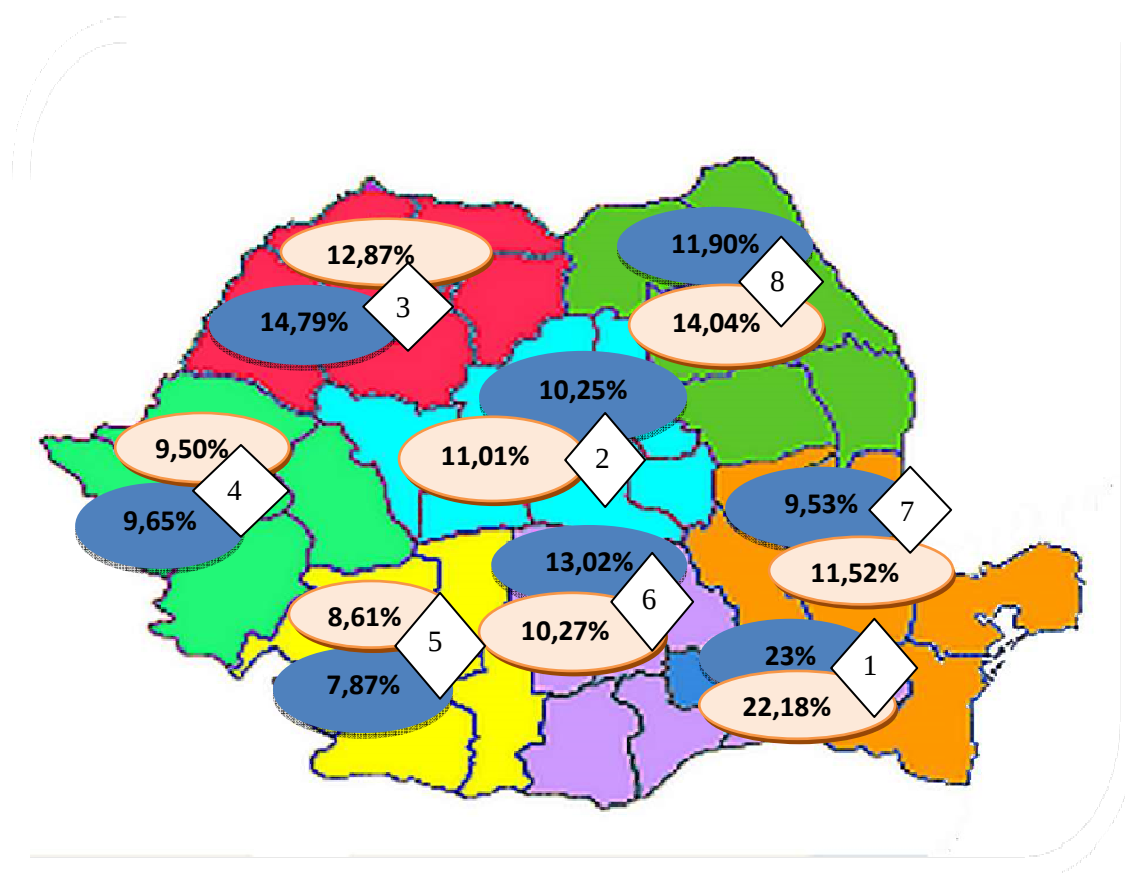


Așa cum rezultă din graficul de mai sus, sumele alocate din transferuri de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății pentru derularea programului au avut un trend

crescător, în anul 2012 acestea fiind mai mari cu 40,1% față de anul 2010 și cu 1,5% mai mari față de anul 2011.

Deosebit de cele prezentate anterior, potrivit indicatorilor de raportare la nivel național pentru acest program în perioada 2010-2012, numărul mediu anual de pacienți tratați a fost de **7.857 persoane** pentru care s-au efectuat cheltuieli cu medicamentele în sumă de **157.946 mii lei**.

Ponderea pacienților tratați și a cheltuielilor cu medicamentele utilizate în cadrul *programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană* în perioada 2010-2012 în funcție de regiunile geografice de dezvoltare în numărul total al pacienților tratați și în totalul cheltuielilor cu medicamentele, se prezintă în figura următoare (Figura nr. 3):



Legendă:

A. Regiuni de dezvoltare



B. Ponderi



1. BUCUREȘTI-ILFOV
2. CENTRU
3. NORD-VEST
4. VEST
5. SUD-VEST OLTENIA
6. SUD-MUNTENIA
7. SUD-EST
8. NORD-EST



Ponderea numărului de pacienți



Ponderea cheltuielilor cu medicamentele

Din analiza informațiilor prezentate anterior, a rezultat faptul că cea mai mare pondere privind numărul de pacienți tratați în cadrul acestui program (23%) cât și consumul de medicamente (22,18%) s-a înregistrat în regiunea București-Ilfov.

Cauza principală a fost determinată de faptul că în această regiune se regăsesc cele mai multe centre universitare, unități sanitare specializate în tratamentul posttransplant al pacienților.

4. Programul național de boli cardiovasculare

Programul național de boli cardiovasculare are drept scop tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare prin proceduri de cardiologie intervențională, chirurgie cardiovasculară, chirurgie vasculară și intervenție coronariană în infarctul miocardic acut.

Finanțarea programului s-a realizat numai din transferuri de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății.

Acesta s-a derulat efectiv prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate doar în anul 2010 când, deși au fost alocate resurse în sumă de 72.360 mii lei, deschiderile de credite bugetare au fost doar în sumă de 34.708 mii lei, iar în anul 2011 au fost alocate resurse în sumă de 37.268 mii lei numai pentru plata datoriilor restante înregistrate la finalul anului 2010.

Separat de cele prezentate anterior, potrivit indicatorilor de raportare la nivel național, pentru programul auditat, în anul 2010 au fost tratați în cadrul programului un număr mediu anual de **20.480 persoane** pentru care au fost efectuate cheltuieli totale cu medicamentele și materialele sanitare în sumă de **52.932 mii lei**.

II. SFERA ȘI ABORDAREA AUDITULUI

1. Mandatul legal și perioada analizată

Aspectele prezentate în acest raport sunt rezultatul misiunilor de audit al performanței desfășurate potrivit Programului de activitate al Curții de Conturi a României pe anul 2013, aprobat prin Hotărârea Plenului nr. 253/18.12.2012, perioada supusă analizei fiind 01.01.2010-31.12.2012.

De asemenea, au fost avute în vedere competențele și atribuțiile prevăzute de Legea nr. 94/1992 privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi, potrivit căreia prin exercitarea funcției de control asupra modului de formare, de administrare și de întrebuințare a resurselor financiare ale statului, aceasta furnizează Parlamentului rapoarte privind utilizarea și administrarea resurselor în conformitate cu principiile legalității, regularității, economicității, eficienței și eficacității.

2. Contextul inițierii auditului

Analiza derulării programelor naționale de sănătate a avut ca principal scop atenția pe care Curtea de Conturi a României o acordă intereselor generale ale societății și ale cetățenilor săi precum și a consecințelor pe care le are asupra acestora, modul în care Guvernul, ministerele și celelalte organe ale administrației publice înțeleg să-și desfășoare activitatea pentru care au fost înființate și pentru care sunt finanțate, direct sau indirect, din fonduri publice.

3. Obiectivul general al auditului

Obiectivul general al misiunii de audit al performanței privind unele programe de sănătate derulate în perioada 2010 – 2012 a fost evaluarea modului în care Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate județene au fundamentat necesarul de fonduri și au respectat principiile de legalitate, regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate în utilizarea fondurilor alocate în perioada 2010-2012 pentru achiziția de medicamente în vederea derulării programelor naționale de sănătate auditate.

Obiectivele specifice urmărite de auditul performanței privind modul de utilizare a fondurilor publice în cadrul celor patru programe naționale de sănătate (PNS) auditate au fost următoarele:

- ✓ Evaluarea modului în care s-a derulat cu eficiență PNS, având în vedere legislația specifică;
- ✓ Evaluarea modului de fundamentare a bugetului alocat derulării PNS;
- ✓ Evaluarea legalității procedurilor de atribuire a contractelor de achiziție a medicamentelor;
- ✓ Evaluarea decontării medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate județene către unitățile sanitare și farmaciile cu circuit deschis, în limitele bugetului aprobat și cu respectarea principiilor economicității, eficienței și eficacității în utilizarea fondurilor;
- ✓ Evaluarea controlului efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate asupra utilizării fondurilor destinate achiziției de medicamente de către furnizorii de servicii medicale și farmaciile cu circuit deschis;
- ✓ Evaluarea gradului de realizare a obiectivelor PNS, respectiv a gradului de realizare a indicatorilor fizici și de eficiență.

Scopul auditului a fost de a evalua activitățile desfășurate cu privire la fundamentarea necesarului de fonduri bugetare, a modului în care instituțiile auditate s-au implicat în monitorizarea și supravegherea derulării PNS în perioada 2010-2012, identificarea celor mai bune rezultate obținute ca urmare a implementării măsurilor luate, dar și identificarea obiectivelor care au avut un grad redus de îndeplinire și localizarea cauzelor care au generat neîndeplinirea în totalitate a obiectivelor propuse pentru perfecționarea desfășurării programelor.

Auditul a încercat să răspundă cu prioritate la următoarele întrebări:

❖ Legislația specifică a influențat derularea cu eficiență a programelor naționale de sănătate?

❖ Fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate a asigurat fondurile necesare, iar repartizarea acestora la casele de asigurări de sănătate județene s-a efectuat pe criterii obiective?

❖ Procedurile de achiziție utilizate pentru achiziția de medicamente necesare derulării PNS au condus la utilizarea cu economicitate a fondurilor alocate?

❖ Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pot depista prin instrumente specifice eventuale decontări nejustificate de medicamente și/sau servicii medicale efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene către unitățile sanitare teritoriale?

❖ Controlul efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la entitățile cu care s-au încheiat contracte, a contribuit la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a fondurilor alocate derulării programelor naționale de sănătate ?

❖ Indicatorii de evaluare a programelor naționale de sănătate au fost realizați?

Prin răspunsurile ce s-au formulat la întrebările prezentate anterior, auditul a încercat să furnizeze o serie de informații cu privire la performanța celor patru programe naționale de sănătate, să identifice zone de risc și să formuleze o serie de recomandări.

4. Realizarea auditului

Activitatea de audit s-a desfășurat în conformitate cu standardele naționale elaborate în baza standardelor internaționale de audit, precum și a celor mai bune practici în domeniu.

La realizarea auditului au fost utilizate proceduri specifice de examinare a documentelor, interviuri cu diverse persoane cu atribuții în domeniu, chestionare și constatări factice privind realitatea implementării măsurilor luate pentru îmbunătățirea performanței derulării programelor naționale de sănătate.

În timpul auditului s-a efectuat chestionarea unora dintre pacienții din cadrul celor 4 programe/subprograme naționale de sănătate auditate cu scopul de a obține anumite date și informații și nu în ultimul rând de a colecta opinii despre gradul de satisfacție a acestora.

Obiectivul principal al acestor chestionare a fost stabilirea gradului de satisfacție al pacienților beneficiari ai programelor naționale de sănătate, cu accent pe *programul național de oncologie* și *subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere*, întrucât aceste programe au fost cele mai reprezentative având în vedere numărul pacienților tratați și cheltuielile anuale efectuate cu tratamentul bolnavilor.

În cadrul misiunii de audit de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate s-au transmis chestionare către casele de asigurări de sănătate județene, care la rândul lor au asigurat transmiterea acestora către beneficiarii direcți ai programelor naționale de sănătate auditate, din care, prin eșantionare, au fost selectate și analizate un număr de 317 chestionare, fiind reținute printre altele următoarele aspecte:

- aproximativ 15% dintre pacienții chestionați au adus în discuție probleme legate de aprovizionarea farmaciilor cu medicamente specifice, precizând cazuri de întrerupere a medicației datorată lipsei parțiale sau totale a acestora din farmacii;

- creșterea numărului de cadre medicale pentru asigurarea unei asistențe medicale de calitate;

- accesibilitate în timp util la unele forme de tratament (radioterapie), ceea ce ar conduce la obținerea unor rezultate mai eficiente în tratarea bolii;

- toate analizele necesare urmăririi evoluției bolii să fie accesibile în spital, fără a fi necesară deplasarea în alte localități;
- prescrierea și eliberarea medicamentelor pentru o perioadă de trei luni față de o lună cât se acordă în prezent;
- inclusiunea bolnavilor în programele naționale de sănătate și obținerea tratamentului să se efectueze în timp cât mai scurt;
- reducerea timpului de așteptare pentru efectuarea analizelor.

Concluziile raportului aferente obiectivelor propuse s-au formulat în urma sintetizării și analizării rezultatelor misiunilor de audit al performanței asupra derulării unor programe naționale de sănătate în perioada 2010-2012, desfășurate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate precum și la cele 14 case de asigurări de sănătate județene.

În cadrul misiunilor de audit al performanței s-au analizat atribuțiile și responsabilitățile instituțiilor implicate în desfășurarea programelor naționale de sănătate, așa după cum au fost stabilite prin cadrul legal național, organizarea și funcționarea acestora, modul în care managementul se implică în aplicarea de măsuri corective în cazul nerespectării prevederilor legale.

Concluziile rezultate sunt formulate în urma unor analize structurate efectuate pe bază de eșantioane, selectate în cadrul misiunilor de audit.

5. Metodologia de audit

Misiunea de audit s-a desfășurat în perioada 06.08-09.12.2013, la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în subordinea căreia funcționează casele de asigurări de sănătate județene, prin eșantionarea unor categorii de operațiuni economice. Camerele de conturi teritoriale au desfășurat misiuni de audit al performanței la 14 case de asigurări de sănătate județene, iar structura centrală a Curții de Conturi a României a cuprins în auditare și alte 27 de case de asigurări de sănătate județene, necuprinse în programul de activitate la nivel teritorial, structuri aflate în subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pe parcursul misiunilor de audit, la nivelul fiecărei instituții auditate, au fost examinate eșantioane reprezentative de operațiuni vizând: fundamentarea și solicitarea resurselor bugetare necesare, modul de efectuare a deschiderilor de credite bugetare, modul de redistribuire a sumelor cu ocazia rectificărilor bugetare, modul de prescriere a medicamentelor, evaluarea consecințelor din punct de vedere al utilizării cu economicitate a fondurilor ca urmare a neorganizării procedurilor de achiziție publică la nivel național, identificarea eventualelor decontări nejustificate de medicamente ca urmare a nerespectării condițiilor de validare, măsura în care controlul intern a identificat eventualele disfuncționalități, raportarea activităților desfășurate pe baza indicatorilor fizici și de eficiență.

6. Destinatarii raportului

Raportul este destinat, pentru informare, *Parlamentului României, Guvernului României, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, Ministerului Sănătății, Ministerului Finanțelor Publice.*

III. CONSTATĂRI ȘI CONCLUZII

În urma analizei, prelucrării și interpretării datelor și informațiilor cuprinse în documentațiile colectate în timpul misiunii de audit al performanței, precum și a altor probe de audit, au rezultat o serie de constatări și s-au formulat concluzii care au fost sintetizate corespunzător obiectivelor propuse a fi evaluate de către audit.

1. Legislația specifică a influențat derularea cu eficiență a programelor naționale de sănătate?

În perioada 2010-2012, structura și obiectivele *Programelor Naționale de Sănătate* au fost reglementate prin **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, **HG nr. 261/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010** și **HG nr. 1388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012**.

Prin adoptarea acestor acte normative s-au stabilit:

- cadrul general pentru realizarea programelor;
- obiectivele și structura programelor;
- cadrul legislativ pentru asigurarea fondurilor necesare derulării programelor.

Principalele modificări legislative, în ceea ce privește programele naționale de sănătate auditate, adoptate în perioada 2010-2012, au adus cu prioritate clarificări, modificări și completări actelor de bază privind:

- în anul 2010, reglementarea cadrului legal pentru derularea programelor naționale de sănătate s-a realizat prin adoptarea **HG nr. 261/2010 privind aprobarea Programelor Naționale de Sănătate pentru anul 2010**;

- în perioada 2011-2012, reglementarea cadrului legal pentru derularea programelor naționale de sănătate s-a realizat prin adoptarea **HG nr. 1388/2010 privind aprobarea Programelor Naționale de Sănătate pentru anii 2011 și 2012**.

În cuprinsul acestor acte normative au fost reglementate structura și obiectivele programelor naționale de sănătate, precum și condițiile generale ale implementării acestora în perioada 2010 – 2012.

În anul 2012, a fost aprobată **HG nr. 651/2012 pentru modificarea și completarea HG nr. 1388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012**.

Aceste modificări legislative au vizat, în principal :

- armonizarea prevederilor legale în vigoare, privind stabilirea prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate, cu politica din acest domeniu prin care se încurajează consumul de medicamente generice;
- includerea, în contractele încheiate cu furnizorii de medicamente și materiale sanitare pentru derularea programelor naționale de sănătate, a sancțiunilor ce se pot aplica, în condițiile legii;

- asigurarea cadrului legal pentru prescripția electronică, având în vedere că în HG nr. 1389/2010 *pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 și 2012*, nu au fost cuprinse prevederi referitoare la programele naționale de sănătate;

- crearea cadrului legislativ pentru asigurarea accesului neîntrerupt la servicii medicale, medicamente și materiale sanitare specifice bolnavilor incluși în Programele naționale de sănătate, pe întreg anul 2012;

- reglementarea procedurii de angajare și înregistrare a sumelor aferente serviciilor medicale, medicamentelor și materialelor sanitare din cadrul programelor naționale de sănătate, ce se asigură pentru afecțiunile cu risc crescut și impact major asupra stării de sănătate a populației.

Punerea în aplicare a prevederilor acestor Hotărâri de Guvern s-a efectuat prin Normele tehnice de realizare a Programelor Naționale de Sănătate aprobate prin Ordinele comune MS/CNAS nr. 264/407 /2010 și nr. 1591/1110/2010.

Modificarea și completarea normelor metodologice de derulare a Programelor naționale de sănătate, au fost efectuate în principal, prin emiterea Ordinelor comune ale MS/CNAS nr. 1426/722, nr. 357/311, nr. 1755/931 din anul 2011 și nr. 143/125, nr. 894/670, nr.1334/894 și nr.767/601 din anul 2012.

Prin normele metodologice adoptate s-au avut în vedere următoarele:

- cadrul general de realizare a programelor naționale de sănătate;
- achiziția medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea, care sunt specifice programelor naționale de sănătate;
- decontarea medicamentelor și/sau a materialelor sanitare specifice programelor naționale de sănătate;
- bugetul alocat programelor naționale de sănătate.

Prin Ordinul comun MS/CNAS nr.1426 / 722 din 2011, s-a prevăzut elaborarea unui alt ordin, prin care să fie **nominalizate** Programele și subprogramele naționale de sănătate pentru care achiziția medicamentelor, materialelor sanitare, dispozitivelor medicale și altele asemenea să se realizeze în anul 2012, **prin proceduri de achiziție publică organizate la nivel național**.

În anul 2012, **ordinul comun** al celor două entități, prin care trebuiau nominalizate programele și subprogramele naționale de sănătate pentru care achizițiile să se realizeze prin proceduri de achiziție publică organizate la nivel național, **nu a fost elaborat**. În aceste condiții achiziția de medicamente și materiale sanitare a fost efectuată la nivelul unităților sanitare care aveau relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate județene.

• Reglementarea cadrului legal pentru aprobarea listei medicamentelor de care beneficiază asigurații cuprinși în cadrul programelor naționale de sănătate, a fost efectuată prin HG nr. 720/2008 *pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate*.

Acest act normativ a fost modificat și completat prin:

• HG nr. 1580/2009, conform căreia în lista de medicamente la *Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* și la *Programul național de oncologie* au fost incluse medicamente noi;

- HG nr. 359/2012 prin care au fost excluse din listă, unele dintre medicamentele aferente *Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană*.

- Reglementarea cadrului legal pentru stabilirea metodei de calcul a prețului de referință al medicamentelor s-a efectuat prin Ordinul CNAS nr. 615/2010 prin care s-a aprobat metoda de calcul a prețului de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu. Acest ordin a fost modificat succesiv prin Ordinele CNAS nr. 1106/2010 și nr. 446/2011.

Sintetizând cele prezentate anterior se poate afirma că, legislația specifică programelor naționale de sănătate adoptată în perioada 2010-2012 a asigurat, în general, cadrul legal necesar derulării corespunzătoare a programelor naționale de sănătate auditate.

Cu toate acestea, anumite obiective prevăzute în legislație nu au fost îndeplinite în această perioadă, în sensul că în anul 2012 nu s-au nominalizat, prin ordin comun al Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, programele pentru care achiziția medicamentelor și materialelor sanitare să se realizeze prin proceduri de achiziție organizate la nivel național. Acest ordin nu a fost adoptat, achiziția efectuându-se la nivel teritorial de către unitățile sanitare, ceea ce a determinat ca medicamentele să fie achiziționate la prețuri diferite, așa după cum sunt detaliate la obiectivul 3 din prezentul raport.

În concluzie, prin legislația specifică privind derularea programelor naționale de sănătate auditate, nu s-au prevăzut toate mecanismele prin care să se asigure efectuarea unor achiziții de medicamente și materiale sanitare la nivelul necesarului și nu s-a asigurat utilizarea cu eficiență a fondurilor alocate.

2. Fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate a asigurat fondurile necesare, iar repartizarea acestora la casele de asigurări de sănătate județene s-a efectuat pe criterii obiective?

Fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate auditate, în perioada 2010-2012, s-a efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin centralizarea datelor transmise de către casele de asigurări de sănătate județene, având la bază:

- ✓ Indicatorii macro-economici comunicați de Ministerul Finanțelor Publice;
- ✓ Scrisoarea - cadru privind contextul macroeconomic, metodologia de elaborare a proiectelor de buget precum și limitele de cheltuieli stabilite pe ordonatorii principali de credite, transmisă de către Ministerul Finanțelor Publice;
- ✓ Indicatorii de eficiență realizați în anul precedent, respectiv cost mediu/ bolnav tratat/an;
- ✓ Indicatorii fizici realizați, respectiv număr de bolnavi tratați.

Fundamentarea bugetului programelor naționale de sănătate auditate a fost efectuată în baza necesarului de credite de angajament și a creditelor bugetare, conform prevederilor Legii nr. 500/2002 *privind finanțele publice* cu modificările și completările ulterioare.

Necesarul de credite de angajament a reprezentat limita maximă a cheltuielilor cu medicamentele și materialele sanitare ce urmau a fi angajate, în vederea asigurării eliberării medicamentelor și a continuării tratamentului bolnavilor incluși în cadrul

fiecărui program național de sănătate auditat, în conformitate cu obiectivul general, care se concretizează în asigurarea tratamentului pacienților înscriși în program.

Evoluția creditelor de angajament propuse de către casele de asigurări de sănătate județene (CASJ) și aprobate de către CNAS, în perioada 2010-2012, pentru cele patru programe naționale de sănătate auditate este redată astfel (*Tabelul nr. 3*):

-mii lei-

Nr. Crt.	Denumire program național de sănătate auditat	AN 2010		AN 2011		AN 2012	
		Propuneri credite de angajament CASJ	Credite de angajament aprobate definitiv	Propuneri credite de angajament CASJ	Credite de angajament aprobate definitiv	Propuneri credite de angajament CASJ	Credite de angajament aprobate definitiv
1	Programul național de oncologie	1.072.286	754.339	1.160.984	1.259.211	1.169.626	1.041.290
2	Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere	185.923	172.056	211.906	235.080	242.721	235.080
3	Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	59.033	48.655	64.779	75.092	72.062	67.000
4	Programul național de boli cardiovasculare	107.413	67.825	0	0	0	0
5	Total (rd.1+ rd.2+ rd.3+ rd.4)	1.424.655	1.042.875	1.437.669	1.569.383	1.484.409	1.343.370

Din datele prezentate rezultă că, în anii 2010 și 2012, creditele de angajament aprobate definitiv pentru programele de sănătate auditate au înregistrat un trend descrescător comparativ cu propunerile de credite de angajament, astfel:

- pentru *programul național de oncologie*, creditele de angajament aprobate definitiv s-au situat sub nivelul propunerilor de credite de angajament stabilite de casele de asigurări de sănătate județene, cu 30% în anul 2010 și respectiv, cu 11% în anul 2012;

- pentru *subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere*, creditele de angajament aprobate definitiv în anii 2010 și 2012 s-au situat sub nivelul propunerilor de credite de angajament stabilite de casele de asigurări de sănătate județene, cu 7 % în anul 2010 și respectiv, cu 3 % în anul 2012;

- pentru *programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană*, creditele de angajament aprobate definitiv s-au situat sub nivelul propunerilor de credite de angajament stabilite de casele de asigurări de sănătate județene, cu 18% în anul 2010 și respectiv, cu 7% în anul 2012;

- pentru *programul național de boli cardiovasculare*, creditele de angajament aprobate definitiv în anul 2010 s-au situat cu 37 % sub nivelul propunerilor de credite de angajament stabilite de casele de asigurări de sănătate județene. Conform prevederilor HG nr. 1388/2010, începând cu anul 2011, Programul național de boli cardiovasculare nu s-a mai derulat prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

În anul 2011, CNAS a aprobat un nivel al creditelor de angajament aferente programelor naționale de sănătate auditate peste propunerile de credite de angajament ale caselor de asigurări de sănătate județene. Aprobarea de credite de angajament suplimentare în anul 2011 a fost determinată de necesitatea asigurării fondurilor pentru medicamente care, în anul 2011 au depășit nivelul anului 2010.

Analizând datele reprezentate în tabelul nr. 3 se observă că, în perioada 2010-2012, propunerile de credite de angajament aferente programelor naționale de sănătate auditate au înregistrat un trend crescător determinat de necesitatea asigurării fondurilor aferente celor 4 programe naționale de sănătate auditate, la nivelul consumului de medicamente și materiale sanitare necesare pentru tratamentul bolnavilor.

Fondurile necesare solicitate de casele de asigurări de sănătate județene au fost în directă concordanță cu:

- numărul pacienților înscriși în programele naționale de sănătate auditate, care a crescut de la an la an;
- schema de tratament prescrisă pacienților înscriși în programele naționale de sănătate auditate;
- prețul de achiziție a medicamentelor, care, în timp, au înregistrat creșteri.

Doar în anul 2011, au fost aprobate credite de angajament mai mari față de necesarul solicitat, în timp ce în anii 2010 și 2012, creditele de angajament aprobate s-au situat sub nivelul solicitărilor.

Întrucât nivelul creditelor de angajament aprobate de către CNAS a fost sub nivelul solicitărilor caselor de asigurări de sănătate județene în anii 2010 și 2012, acest fapt a generat apariția unor disfuncții în aprovizionarea continuă cu medicamente și materiale de tip sanitar necesare unităților sanitare în tratamentul bolnavilor.

La fundamentarea necesarului de credite bugetare pentru programele naționale de sănătate auditate, casele de asigurări de sănătate județene au propus CNAS necesarul de fonduri pentru plata medicamentelor și materialelor sanitare eliberate în limita creditelor de angajament, în conformitate cu prevederile contractuale.

Situația creditelor bugetare inițiale și definitive, aprobate în perioada 2010-2012 (avându-se în vedere și rectificările bugetare realizate) pentru cele *patru programe naționale auditate*, se prezintă astfel (Tabelul nr. 4):

-mii lei-

Nr. Crt.	Denumire program național de sănătate auditat	AN 2010		AN 2011		AN 2012	
		Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive	Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive	Credite bugetare inițiale	Credite bugetare definitive
1	Programul național de oncologie, din care	796.608	755.383	761.996	824.989	836.631	1.124.157
2	Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere	148.000	179.569	200.000	201.429	235.080	131.880
3	Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	50.700	51.733	58.786	66.046	67.000	67.000
4	Programul național de boli cardiovasculare	70.500	72.360	35.308	37.268	0	0
5	Total (rd.1+ rd.2+ rd.3+ rd.4)	1.065.808	1.059.045	1.056.090	1.129.732	1.138.711	1.323.037

Referitor la *Programul național de oncologie*:

➤ În anul 2010, nivelul creditelor bugetare aprobate a fost cu 5% mai mic decât nivelul creditelor bugetare inițiale. Diminuarea creditelor bugetare inițiale cu suma de 41.225 mii lei a avut ca efect, creșterea arieratelor aferente acestui program.

➤ În perioada 2011-2012, creditele bugetare definitive au înregistrat un trend crescător comparativ cu nivelul creditelor bugetare inițiale, suplimentarea fondurilor

având ca efect stingerea arieratelor înregistrate la acest program. Nivelul creditelor bugetare definitive a fost mai mare decât nivelul creditelor bugetare inițiale cu 8% în anul 2011 și cu 34% în anul 2012.

Referitor la *Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul post-expunere*:

➤ În perioada 2010-2011, creditele bugetare definitive au înregistrat un trend crescător comparativ cu nivelul creditelor bugetare inițiale, suplimentarea fondurilor având ca scop plata arieratelor.

Nivelul creditelor bugetare definitive a fost mai mare decât nivelul creditelor bugetare aprobate inițial cu 21% în anul 2010 și cu 1% în anul 2011

➤ În anul 2012, s-a constatat că, nivelul creditelor bugetare definitive a fost cu 43% mai mic decât nivelul creditelor bugetare inițiale, respectiv cu suma de 103.200 mii lei, urmare redistribuirii acesteia în vederea finanțării altor programe naționale de sănătate.

Diminuarea creditelor bugetare cu suma de 103.200 mii lei, în anul 2012, a avut ca efect, creșterea arieratelor care la 31.12.2012 au fost în sumă de 30.477 mii lei, mai mari cu 11.287 mii lei decât cele înregistrate la 31.12.2010.

Referitor la *Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană*:

➤ În anul 2010, nivelul creditelor bugetare definitive a fost cu 2% mai mare decât nivelul creditelor bugetare inițiale, respectiv cu suma de 1.033 mii lei.

➤ În anul 2011, nivelul creditelor bugetare definitiv aprobate a fost cu 12% mai mare decât nivelul creditelor bugetare aprobate inițial;

➤ În anul 2012, nivelul creditelor bugetare definitive au fost la nivelul creditelor bugetare aprobate inițial.

Referitor la *Programul național de boli cardiovasculare*:

➤ În anul 2010, au fost alocate credite bugetare definitive în sumă totală de 72.360 mii lei, care nu au acoperit și stingerea obligațiilor de plată înregistrate la 31 decembrie 2010. Astfel că, în anul 2011, a fost necesară alocarea creditelor bugetare definitive în sumă de 37.268 mii lei cu această destinație.

În perioada 2010-2012, creditele bugetare definitive aferente programelor naționale de sănătate auditate au avut un trend crescător generat de necesitatea asigurării plății arieratelor aferente furnizorilor de medicamente și materiale sanitare achiziționate, înregistrate începând cu sfârșitul anului 2009 și ulterior, în perioada 2010-2012.

Astfel, alocarea fondurilor nu a urmărit în totalitate obiectivul principal al programelor naționale de sănătate auditate respectiv, asigurarea tratamentului pacienților înscriși în programe, fiind influențată și de nivelul arieratelor înregistrate din anii precedenți pentru plata cărora au fost necesare resurse suplimentare.

În concluzie, în perioada 2010-2012, CNAS în general a urmărit asigurarea necesarului de fonduri care să permită derularea corespunzătoare a programelor naționale de sănătate auditate și asigurarea necesarului de medicamente în tratamentul bolnavilor.

Cu toate acestea, au fost situații în care nivelul creditelor de angajament definitiv aprobate nu au fost la nivelul propunerilor efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene, ceea ce a generat în anii 2010 și 2012 apariția unor disfuncții în aprovizionarea continuă cu medicamente și materiale sanitare necesare unităților sanitare în tratamentul bolnavilor, întrucât nivelul creditelor de angajament aprobate de către CNAS a fost sub nivelul solicitărilor de la casele de asigurări de sănătate județene.

De asemenea, în anul 2012, creditele bugetare definitive nu au asigurat în toate situațiile acoperirea necesarului real de plăți către furnizorii de medicamente și materiale sanitare ceea ce a determinat, în cazul *Subprogramului de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* înregistrarea unor arierate la 31.12.2012 în sumă de 30.477 mii lei, mai mari față de cele înregistrate la finele anului 2010, ca urmare a transferului de credite bugetare către alte programe naționale de sănătate.

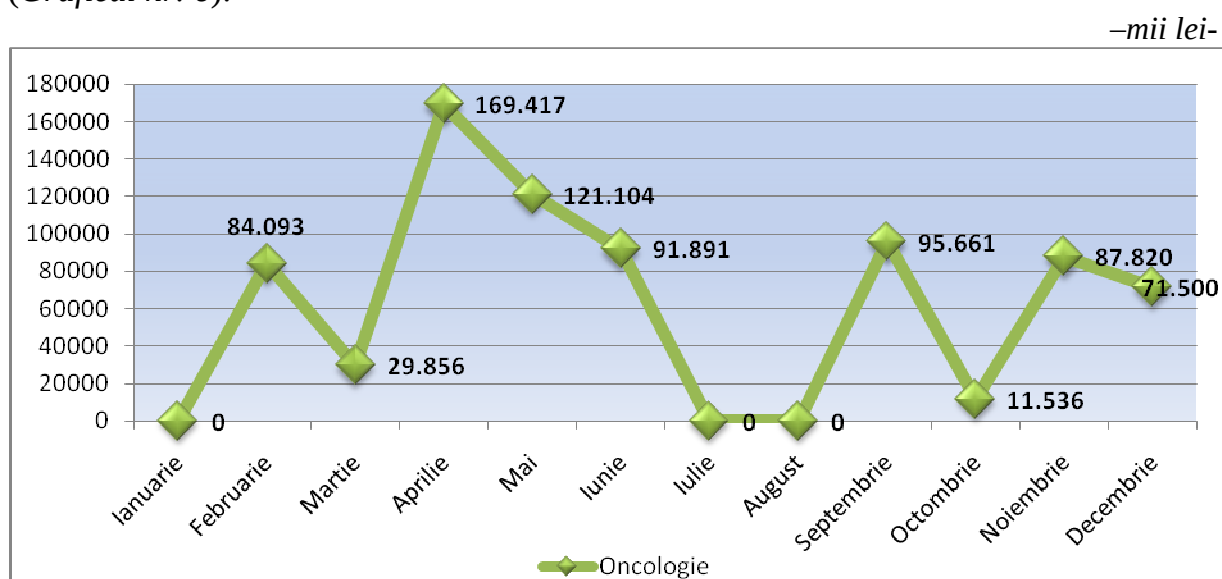
Repartiția lunară a fondurilor alocate derulării programelor naționale de sănătate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate către casele de asigurări de sănătate județene, nu s-a efectuat *ritmic și constant*, dar s-a efectuat, în mare parte, pe criterii obiective. În repartizarea lunară a fondurilor s-a avut în vedere în majoritatea situațiilor, numărul de bolnavi tratați, stocul de medicamente existente și cheltuielile lunare efectuate.

Cu toate acestea, din analiza efectuată pentru anul 2012 cu privire la deschiderile de credite bugetare realizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate către casele de asigurări de sănătate județene, atât din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate cât și din fondurile primite de la Ministerul Sănătății prin transfer, pentru derularea programului național de oncologie nu s-au efectuat, de regulă, în volum constant lunar, ci disproportionat.

Exemplificăm în acest sens, situația deschiderilor lunare de credite bugetare în anul 2012, astfel:

a) din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, deschiderile de credite bugetare au fost efectuate cu precădere în trimestrul II al anului 2012, în procent de 34,26% și în perioada septembrie-decembrie 2012 când acestea au fost în procent de 23,81% din totalul creditelor bugetare deschise în anul 2012 pentru acest program. Nu au fost deschise credite bugetare în lunile ianuarie, iulie și august 2012, astfel neasigurându-se finanțarea corespunzătoare a programului pe aceste perioade.

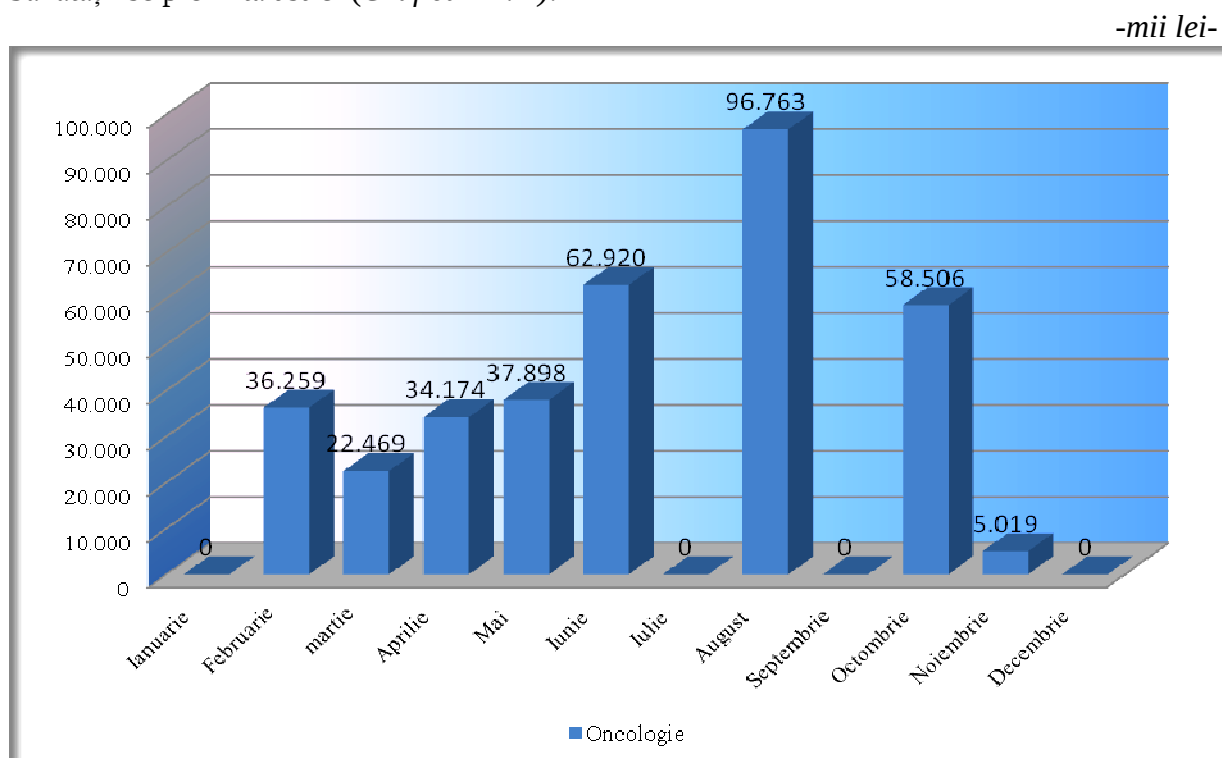
Reprezentarea grafică a deschiderilor de credite bugetare lunare în anul 2012, din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, se prezintă astfel (Graficul nr. 6):



b) din transferuri de la Ministerul Sănătății, așa cum rezultă din graficul nr.7, deschiderile de credite bugetare au fost efectuate cu precădere în perioada februarie-iunie 2012, respectiv 54,72% din volumul total de credite bugetare deschise (354.009 mii lei). În semestrul II al anului 2012, s-au efectuat deschideri de credite bugetare în sumă de 96.763 mii lei în luna august și 58.506 mii lei în luna octombrie, respectiv 43,86% din creditele bugetare deschise în anul 2012.

Nici din transferurile primite de la bugetul de stat prin Ministerul Sănătății și nici de la FNUASS prin CNAS nu s-a asigurat finanțarea corespunzătoare a programului în lunile ianuarie și iulie 2012, perioade în care nu au fost deschise credite bugetare.

Deschiderile de credite bugetare lunare în anul 2012, din transferuri de la Ministerul Sănătății se prezintă astfel (Graficul nr. 7):



Finanțarea programelor naționale de sănătate auditate în perioada 2010-2012 din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate a cunoscut un trend crescător în condițiile în care gradul de încasare al veniturilor din creanțele datorate de contribuabili la FNUASS a fost relativ scăzut.

Potrivit datelor raportate de către CNAS prin contul anual de execuție, situația gradului de încasare a veniturilor în perioada 2010-2012 se prezintă astfel (*Tabelul nr. 6*):

-mii lei-

Anul	Creanțe de încasat de la contribuabili	Sume efectiv încasate	Grad de încasare %	Diferență neîncasată
0	1	2	3	4 = 2 - 1
2010	19.149.234	13.153.498	68,69	- 5.995.736
2011	21.615.788	14.932.697	69,08	- 6.683.091
2012	22.172.429	14.966.244	67,50	- 7.206.185

Din datele prezentate în tabelul de mai sus rezultă că încasările efective la FNUASS nu s-au situat la nivelul obligațiilor datorate de către contribuabili, fapt ce a condus la discrepanțe în finanțarea programelor naționale de sănătate.

Deschiderile de credite bugetare în anul 2012 nu s-au efectuat ritmic, ceea ce a condus, în anumite situații, la finanțarea cu întârziere a consumului de medicamente la unitățile sanitare și farmaciile cu circuit deschis, precum și la creșterea datoriilor restante către furnizorii de medicamente.

De asemenea, în unele cazuri nu s-a asigurat o aprovizionare ritmică și constantă cu medicamente, ceea ce a determinat aplicarea în tratamentul bolnavilor a unor scheme de tratament cu întârziere sau incomplete. Acest fapt a reieșit și din analiza răspunsurilor la unele chestionare privind studiul satisfacției bolnavilor incluși în cadrul *programului național de oncologie* și în cadrul *subprogramului de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* (numărul total de chestionare analizate a fost de 317).

Asigurarea resurselor bugetare necesare finanțării programelor naționale de sănătate auditate a fost influențată și de gradul relativ redus de încasare al resurselor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate care s-a menținut sub nivelul sumelor de încasat de la contribuabili, ținând cont de faptul că necesarul de resurse pentru derularea programelor naționale de sănătate a crescut de la un an la altul.

Sintetizând cele prezentate anterior, se poate afirma că, derularea eficientă a programelor naționale de sănătate a fost influențată atât de factori interni cum ar fi resursele financiare alocate și managementul entităților implicate în sistem cât și de factori externi ca de exemplu distribuția și comercializarea medicamentelor.

În concluzie, deschiderile de credite bugetare lunare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate către casele de asigurări de sănătate județene nu au avut întotdeauna un ritm continuu și constant, înregistrându-se și discontinuități în finanțarea programelor naționale de sănătate auditate, deși repartizarea fondurilor bugetare în cadrul programelor naționale de sănătate auditate s-a efectuat pe criterii obiective.

3. Procedurile de achiziție utilizate pentru achiziția de medicamente necesare derulării programelor naționale de sănătate au condus la utilizarea cu economie a fondurilor alocate?

1) În perioada 2010-2012, Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a organizat la nivel național proceduri de achiziție publică pentru medicamentele utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate auditate, contrar prevederilor legale.

Astfel, prin *Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010*, aprobate prin Ordinul comun MS/CNAS nr.264/407/2010 cele patru programe auditate au fost nominalizate ca programe naționale de sănătate pentru care achiziția de medicamente și materiale sanitare să se realizeze prin proceduri de achiziție publică organizate la nivel național. **În fapt, Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a inițiat organizarea procedurilor de achiziție la nivel național pentru programele naționale auditate**, procedându-se la achiziția medicamentelor la nivel teritorial de către unitățile sanitare.

Prin Ordinul comun MS/CNAS nr. 1591/30.12.2010 *privind aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012*, s-a prevăzut ca, pentru *Subprogramul de tratament a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere*, să se organizeze proceduri de achiziție la nivel național. În anul 2011 Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a inițiat și nu a organizat proceduri de achiziție la nivel național.

Pentru anul 2012, prin Ordinul comun MS/CNAS nr. 1426/11.10.2011 *privind modificarea secțiunii B a Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012*, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1591/1110/2010, s-a prevăzut faptul că, programele/ subprogramele pentru care vor fi organizate proceduri de achiziție la nivel național vor fi nominalizate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. **În fapt, acest ordin nu a fost elaborat și adoptat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate astfel, nemaifiind nominalizate programele naționale de sănătate pentru care să se organizeze proceduri de achiziții la nivel național.**

Deosebit de cele prezentate mai sus auditul a reținut faptul că, prin OUG nr. 71/20.11.2012 *privind desemnarea Ministerului Sănătății ca unitate de achiziții publice centralizată*, Ministerul Sănătății a fost nominalizat să încheie acorduri-cadru în numele și pentru unitățile sanitare publice din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale.

Ca și excepție de la această regulă, Ministerul Sănătății putea aproba, în semestrul I al anului 2013, desfășurarea de achiziții de către unitățile sanitare publice.

Cu toate acestea, în *Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014* elaborate și adoptate de către Casa Națională de Sănătate prin Ordinul nr.190/2013, s-a prevăzut faptul că, medicamentele se achiziționează de către unitățile sanitare prin care se derulează programul, cu respectarea legislației în domeniul achiziției publice, la prețul de achiziție care pentru medicamente nu poate depăși prețul de decontare aprobat prin ordin al ministrului sănătății, în condițiile legii. **Nu au fost introduse prevederi referitoare la termenul până la care unitățile sanitare pot efectua achiziții de medicamente necesare în cadrul programelor naționale de sănătate, responsabilitățile ce revin unităților**

sanitare și caselor de asigurări de sănătate județene în situația realizării de către Ministerul Sănătății a procedurilor de achiziție la nivel național.

2) Achiziția de medicamente în perioada 2010-2012 pentru programele naționale de sănătate auditate s-a efectuat la nivel teritorial de către unitățile sanitare, pe bază de contracte încheiate cu furnizorii de medicamente.

Această modalitate de achiziție a medicamentelor a determinat utilizarea de către unitățile sanitare a unor proceduri de achiziții diferite (de la achiziția directă până la licitația publică) iar în anumite cazuri, pentru achiziționarea aceluiași medicament, au fost practicate prețuri diferite de la o unitate sanitară la alta.

În acest sens prezentăm ca și exemplu, situația *Programului național de oncologie și Subprogramului de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* derulate în anul 2012, prin unitățile sanitare care au avut relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate județene.

Astfel, s-ar fi obținut anumite economii ale fondurilor alocate dacă achiziția unor medicamente s-ar fi realizat la prețul cel mai mic de achiziție practicat de unele entități.

Exemplificăm în acest sens, pe baza unui eșantion de 5 medicamente reprezentative, selectate în funcție de consumul acestora, în cadrul a două programe naționale de sănătate auditate, care a fost analizat cu ocazia misiunii de audit desfășurată la nivelul CNAS, următoarele:

❖ pentru *Programul național de oncologie*, s-a estimat **o economie în sumă de 21.808 mii lei având în vedere următoarele aspecte:**

- au fost solicitate în timpul auditului de la 10 case de asigurări de sănătate județene, informații cu privire la achiziția în anul 2012, a celor cinci medicamente din eșantion fiind selectat prețul cel mai mic plătit de către unitățile sanitare pe fiecare medicament în parte;

- s-au preluat din Sistemul Informatic Unic Integrat gestionat de CNAS, informații cu privire la consumul total al celor 5 medicamente în anul 2012 și valoarea totală decontată și înregistrată la nivel național, respectiv suma de 165.097 mii lei reprezentând 17,12% din consumul total de medicamente în cadrul acestui program;

- s-a estimat costul care ar fi fost generat de achiziția la prețul cel mai mic al celor 5 medicamente obținut de către unitățile sanitare în relația cu furnizorii, respectiv suma de 143.289 mii lei;

- din compararea pentru cele 5 medicamente a valorii decontate în anul 2012 de către CNAS, cu valoarea obținută prin utilizarea prețului de achiziție celui mai mic, s-ar fi obținut o economie estimată la suma de 21.808 mii lei ($165.097 - 143.289 = 21.808$ mii lei).

Având în vedere consumul total de medicamente pentru programul național de oncologie, care în anul 2012 a fost de 963.840 mii lei, **prin extrapolare la întreg consumul de medicamente, s-a estimat o economie în sumă de 127.315 mii lei** ($963.840 \times 1.808 / 165.097 = 127.315$ mii lei).

Pentru exemplificare, în anul 2012, un medicament din cele 5 cuprinse în eșantion, a fost achiziționat la prețul de 897,07 lei de către Spitalul clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța, în timp ce Spitalul Clinic Municipal de Urgență "Dr.

Gavril Curteanu” Oradea a achiziționat același medicament la prețul de 2.181,29 lei, adică de 2,4 ori mai mult.

Analizând documentele prezentate de entitate s-a concluzionat existența unor situații în care achiziția unui medicament din cele 5 cuprinse în eșantion a fost realizată la prețul de 6.544 lei de către Medisprof Cluj (cumpărare directă), în timp ce, la polul opus se situează achiziția medicamentului la prețul de 4.420 lei de către Spitalul Județean Mureș (licitație), respectiv cu 33% mai ieftin.

Procedura de achiziție aleasă a influențat direct prețul de achiziție practicat, în sensul că prețurile cele mai competitive au fost obținute utilizând proceduri de achiziție prin licitație.

În tratamentul bolnavilor incluși în acest program au fost utilizate trei forme de terapii, respectiv:

- terapia standard;
- terapia cu medicamente inovatoare a căror utilizare se aprobă de către comisia de experți constituită la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene, care au costuri mai ridicate decât terapia standard;
- terapia cu medicamente inovatoare care sunt utilizate cu aprobarea comisiei de experți constituită la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, care implică costuri mai mari decât terapia standard.

De asemenea, medicamentele care au fost prescrise în cadrul ultimelor două forme de terapii, au avut un preț de achiziție superior față de medicamentele utilizate în terapia standard și care trebuiau prescrise numai cu aprobarea comisiei de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene.

Tratamentul prescris cu medicamentele aferente ultimelor două terapii a cunoscut o creștere continuă în consumul de medicamente realizat în perioada 2010-2012, datorită efectelor benefice ale acestora, dovedite în timp în tratamentul bolnavilor.

Pentru anul 2012, auditul a estimat consumul de medicamente utilizate în cadrul ultimelor două forme de terapii, ca reprezentând peste 50% din consumul total de medicamente utilizate în terapia bolnavilor.

Sintetizând exemplele de mai sus s-a concluzionat că, având în vedere costul cel mai mic al medicamentelor, din economia estimată în sumă de 21.808 mii lei s-ar fi putut asigura în aceste condiții, tratamentul unui număr aproximativ de 2.248 pacienți (ținând cont de costul mediu/bolnav tratat/an care a fost de 9 mii lei).

❖ pentru *Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratament postexpunere*, din evaluarea efectuată s-a constatat că, similar cu situația descrisă la programul național de oncologie, unitățile sanitare au achiziționat același tip de medicament la prețuri diferite și prin intermediul unor proceduri de achiziție diferite.

Valoarea estimată de către audit a **economiei de resurse a fost de 9.745 mii lei** având în vedere următoarele aspecte:

- din datele transmise de un număr de 10 case de asigurări de sănătate județene privind achiziția celor cinci medicamente ce compun eșantionul în anul 2012, a fost selectat prețul cel mai mic obținut;
- din SIUI au fost selectate date privind consumul total al celor cinci medicamente în anul 2012, precum și valoarea decontată totală în acest an, respectiv suma de 68.493 mii lei;

- a fost estimată valoarea consumului celor cinci medicamente la prețul de achiziție cel mai mic practicat, respectiv suma de 58.748 mii lei;
- a fost estimată o economie în sumă de 9.745 mii lei ($68.493 - 58.748 = 9.745$ mii lei), ca diferență între valoarea decontată în anul 2012 și valoarea estimată la prețul cel mai mic de achiziție practicat.

Având în vedere consumul total de medicamente pentru acest subprogram care în anul 2012 a fost de 236.356 mii lei, s-a estimat, **prin extrapolare la întreg consumul de medicamente, o economie în sumă de 33.628 mii lei** ($236.356 \times 9.745 / 68.493 = 33.628$).

Spre exemplificare, în anul 2012, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Apostol Andrei" Constanța a achiziționat un medicament din eșantion la prețul de 49,55 lei, în timp ce Spitalul "Louis Turcanu" Timișoara a achiziționat același medicament la prețul de 61,44 lei, adică mai mult cu aproximativ 20%. De asemenea, Spitalul de boli infecțioase Prahova a plătit furnizorului un preț de 88,98 lei pentru achiziția unui alt medicament, în timp ce Spitalul de boli infecțioase Brașov a decontat furnizorului prețul de 108,96 lei pentru a achiziționa același medicament, adică mai scump cu aproximativ 18%.

Sintetizând exemplele de mai sus s-a concluzionat că, având în vedere costul celor cinci medicamente (în funcție de prețul de achiziție cel mai mic), din economia estimată de 9.745 mii lei, s-ar fi putut asigura în aceste condiții, tratamentul unui număr aproximativ de 336 pacienți (având în vedere că pentru anul 2012 costul mediu/pacient/an stabilit prin norme a fost de 29 mii lei).

Având în vedere cele prezentate anterior se poate concluziona faptul că, procedurile de achiziții utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate auditate nu au condus la utilizarea cu economicitate a resurselor alocate, întrucât:

- prețurile de achiziție practicate la nivel teritorial pentru același tip de medicament au cunoscut fluctuații de la o unitate sanitară la alta, ceea ce a condus implicit la creșterea cheltuielilor cu medicamentele;
- prețurile de achiziție practicate au influențat cantitatea de medicamente achiziționate având în vedere fondurile alocate și faptul că furnizorii de medicamente au practicat în relația cu unitățile sanitare prețuri diferențiate.

În cazul în care, procedurile de achiziție s-ar fi realizat centralizat la nivel național, acestea ar fi generat, pe de o parte, o uniformizare a prețurilor de achiziție practicate de către furnizori în relațiile contractuale cu unitățile sanitare, iar pe de altă parte, obținerea unor economii la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și la nivelul resurselor transferate de la Ministerul Sănătății.

De asemenea, neorganizarea în perioada 2010-2012, la nivel central de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, a unor proceduri de achiziție publică deschisă pentru medicamente necesare în cadrul programelor naționale de sănătate auditate, a determinat în anumite situații, utilizarea fondurilor publice fără respectarea principiilor de eficiență și economicitate cât și crearea unor condiții de inechitate în repartizarea și utilizarea fondurilor la nivel teritorial.

Cu atât mai mult se impunea organizarea procedurilor de achiziție la nivel național, cu cât ponderea cheltuielilor pentru unele medicamente inovatoare a reprezentat 53% din fondurile utilizate în anul 2012, medicamente care au fost utilizate în cadrul programului național de oncologie cu aprobarea Comisiei de Experți constituită la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau a caselor județene de asigurări de sănătate.

4. Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pot depista prin instrumente specifice eventuale decontări nejustificate de medicamente și/sau servicii medicale efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene către unitățile sanitare teritoriale?

Pentru îndeplinirea obiectivelor și atribuțiilor prevăzute de actele normative incidente, direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate răspund de asigurarea, urmărirea, evidențierea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate.

Urmare auditului efectuat a rezultat faptul că, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nu s-a monitorizat și nu s-a controlat în totalitate modul de utilizare de către casele de asigurări de sănătate județene a fondurilor alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate, respectiv modul de aplicare a dispozițiilor legale referitoare la angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor cu medicamentele în cadrul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate județene cu furnizorii de servicii medicale și produse farmaceutice.

Pentru verificarea modului în care au fost aplicate prevederile legale referitoare la modul de validare și decontare a prescripțiilor de medicamente, s-a selectat pentru auditare un eșantion reprezentativ, constituit, în funcție de valoare, din datele raportate prin sistemul informatic unic integrat de către unitățile sanitare și/sau societățile farmaceutice în cadrul **programului național de oncologie**.

❖ Auditul desfășurat la nivelul CNAS a reținut următoarele:

Din analiza datelor raportate prin sistemul informatic unic integrat (SIUI) de către 27 de case de asigurări de sănătate județene, necuprinse în audit la nivel teritorial în anul 2013, s-au constatat deficiențe care au determinat efectuarea, în perioada 2010-2012, de cheltuieli nelegale și implicit prejudicii în valoare estimată de **17.908 mii lei**, detaliate după cum urmează:

- validarea nelegală a unui număr de 3.032 prescripții de medicamente în valoare estimată de **9.842 mii lei**, care au fost emise, contrar prevederilor legale, de către medici de altă specialitate;

- validarea nelegală a unor prescripții de medicamente în valoare estimată de **3.019 mii lei**, emise pe numele unor pacienți pentru care comisia de experți din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau a caselor de asigurări de sănătate județene nu a aprobat inițierea și continuarea tratamentului cu respectivele medicamente;

- validarea nelegală a prescripțiilor și eliberărilor de medicamente în valoare estimată de **2.080 mii lei** raportate de farmaciile cu circuit deschis și farmaciile cu circuit închis, pe numele unor pacienți care figurau ca **fiind decedați**;

- validarea nelegală a unui număr de 8.380 prescripții de medicamente în valoare estimată de **1.925 mii lei**, care au fost emise, contrar prevederilor legale, de către medicii de familie;

- validarea nelegală a unui număr de 690 prescripții de medicamente în valoare estimată de **1.042 mii lei**, care au fost emise, contrar prevederilor legale, de către medicii specialiști pentru pacienți care figurau ca fiind internați în spitalizare continuă, perioadă în care medicamentele prescrise au fost eliberate prin farmaciile cu circuit deschis.

Potrivit Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pe anii 2010, 2011 și 2012, medicamentele specifice care se acordă pe perioada spitalizării bolnavilor incluși în programul național de oncologie se eliberează prin farmaciile cu circuit închis care aparțin unităților sanitare.

❖ **La un număr de 14 case de asigurări de sănătate județene, auditate de către camerele de conturi județene, s-au constatat abateri de la legalitate și regularitate, din care:**

*A) Abateri de la legalitate și regularitate care au determinat producerea de prejudicii cu o valoare estimată de **29.729 mii lei**.*

1. În perioada 2010-2012 au fost angajate, lichidate, ordonanțate și plătite cheltuieli cu medicamente în cadrul programului național de oncologie, fiind validate nelegal în Sistemul Informatic Unic Integrat prescripții medicale fără ca inițierea și continuarea tratamentului să fie făcută de medicii oncologi sau hematologi, așa cum au prevăzut normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, astfel:

- prescripții medicale în valoare estimată de **17.825 mii lei**, care au fost emise, contrar prevederilor legale, de către medici de altă specialitate decât oncologie și hematologie (*Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București*);

- prescripții medicale în valoare estimată de **8.233 mii lei** emise, contrar prevederilor legale, de către medicii de familie care nu aveau contract încheiat pentru prestarea de servicii în cadrul programelor naționale de sănătate (*Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casele de asigurări de sănătate județene Botoșani, Brăila, Caraș-Severin, Hunedoara, Mehedinți și Neamț*).

2. În perioada 2010-2012 au fost angajate, lichidate, ordonanțate și plătite cheltuieli cu medicamente în valoare estimată de **3.163 mii lei**, în cadrul programului național de oncologie și a programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană, prin validarea nelegală în Sistemul Informatic Unic Integrat de prescripții medicale pentru medicamente fără aprobarea comisiilor de experți de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene și/sau de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (*Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casele de asigurări de sănătate județene Botoșani, Brăila și Vâlcea*).

3. Au fost validate nelegal în Sistemul Informatic Unic Integrat prescripții medicale în valoare estimată de **162 mii lei** pe coduri numerice personale care au aparținut unor persoane care erau decedate la data prescrierii cât și la data eliberării medicamentelor, atât prin farmaciile cu circuit deschis cât și cu circuit închis (*Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, Casele de asigurări de sănătate județene Botoșani, Caraș-Severin, Mehedinți și Vâlcea*).

4. Au fost validate nelegal prin Sistemul Informatic Unic Integrat și ulterior decontate, unele medicamente la prețuri superioare prețurilor maxime de decontare, sau care nu se regăsesc în sublista C, secțiunea C2 din LISTA medicamentelor cu procent de compensare 100% din prețul de decontare, aprobată prin HG nr. 720/2008 și Ordinul MS nr. 426/2009. Medicamentele au fost utilizate în cadrul *Subprogramului de tratament a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul*

postexpunere și în cadrul *Programului național de oncologie*. Această abatere a condus la producerea unui prejudiciu estimat în sumă de **50 mii lei** (*Casele de asigurări de sănătate județene Brăila și Vâlcea*).

B) Abateri de la legalitate și regularitate care nu au determinat producerea de prejudicii dar care au influențat utilizarea cu eficiență, economicitate și eficacitate a resurselor alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate

1. Existența de neconcordanțe la 31.12.2010 și la 31.12.2011 între datele consemnate în balanța de verificare și raportate prin situațiile financiare anuale și datele din Sistemul Informatic Unic Integrat cu privire la consumurile de medicamente efectuate pentru programele naționale de sănătate auditate derulate în sistem ambulatoriu. Acest fapt a determinat denaturarea cheltuielilor cu bunuri și servicii, cu valoarea estimată de **2.265 mii lei**, raportate prin situațiile financiare anuale aferente anilor respectivi (*Casa de asigurări de sănătate Caraș-Severin*).

2. Neîntocmirea de acte adiționale în vederea actualizării valorii orientative de contract cu sumele până la nivelul la care s-a efectuat lichidarea, ordonanțarea și plata serviciilor pe perioada derulării contractelor de furnizare de medicamente încheiate cu farmaciile cu circuit deschis pentru programele naționale de sănătate auditate (*Casa de asigurări de sănătate Brăila*).

3. Neconcordanțe în valoare estimată de **373 mii lei**, la finele anilor 2011 și 2012, între datele din balanța de verificare și datele din Sistemul Informatic Unic Integrat, cu privire la intrările de medicamente efectuate pentru programele naționale de sănătate (*Casa de asigurări de sănătate Brăila*).

4. Neconcordanțe între datele din balanța de verificare, respectiv, datele din Sistemul Informatic Unic Integrat și datele regăsite în balanțele de verificare analitice ale farmaciei cu circuit închis din cadrul *Spitalului Județean de Urgență Drobeta Turnu Severin* raportate în situația indicatorilor, cu privire la intrările de medicamente efectuate pentru programele de sănătate. Valoarea neconcordanțelor înregistrate a fost în sumă estimată de **285 mii lei** (*Casa de asigurări de sănătate a județului Mehedinți*).

5. Neconcordanțe între datele raportate de către *Casa de asigurări de sănătate a județului Galați* la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și datele raportate în Sistemul Informatic Unic Integrat de către unitățile sanitare aflate în relație contractuală cu Casa de asigurări de sănătate a județului Galați.

Aceste neconcordanțe au fost constatate la:

- *Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere*, cu privire la stocul de medicamente;

- *Programul național de oncologie*, cu privire la numărul bolnavilor tratați.

6. În perioada 2010-2012, au fost constatate valori ale consumului de medicamente eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, peste valoarea angajamentelor legale aprobate.

Aceste consumuri nu au fost validate și înregistrate în evidența contabilă la nivelul casei de asigurări de sănătate județene, dar au fost luate în calcul la determinarea

indicatorilor specifici pe baza datelor raportate în SIUI de către furnizori (*Casa de asigurări de sănătate Covasna*).

7. Neefectuarea în perioada 2010-2012 de controale interne la furnizorii de medicamente, respectiv farmaciile cu circuit deschis, privind indicatorii din programele naționale de sănătate auditate, prevăzute de obiectivele reglementate prin Ordinul comun MS/CNAS nr.1591/2010 (*Casele de asigurări de sănătate județene Brăila, Vaslui*).

8. Au fost depășite costurile medii pe bolnav tratat/an prevăzute în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru perioada 2010-2012 la *Casa de asigurări de sănătate Vaslui*, astfel:

- în cadrul *Subprogramului de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* au fost înregistrate următoarele depășiri: 10 mii lei/pacient în anul 2010, 3 mii lei/pacient în anul 2011 și 9 mii lei/pacient în anul 2012;
- în cadrul *Programului național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană-stare posttransplant* au fost înregistrate următoarele depășiri: 5 mii lei/pacient în anul 2010 și 3 mii lei/pacient în anul 2011.

Această situație de fapt, vine să întregască paleta abaterilor constatate în acțiunile efectuate anterior de către Curtea de Conturi a României, însă volumul și incidența acestora a cunoscut un trend descendent de la un an la altul, ceea ce denotă că există preocupare la nivelul managementului pentru identificarea și implementarea unor noi modalități de stopare a deficiențelor.

Evidențierea în continuare a unor astfel de constatări, conduce la concluzia că sistemul informatic utilizat – SIUI este perfectibil din mai multe puncte de vedere creându-se condiții de îmbunătățire a eficienței și eficacității în utilizarea fondurilor alocate printr-o bună monitorizare și un control riguros al unităților sanitare și/sau societăților farmaceutice.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a monitorizat și nu a controlat în totalitate, modul de utilizare de către casele de asigurări de sănătate județene a fondurilor alocate pentru derularea programelor naționale de sănătate auditate, respectiv modul de aplicare a dispozițiilor legale referitoare la angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor cu medicamentele în cadrul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate județene cu furnizorii de servicii medicale și de produse farmaceutice.

Sistemul informatic utilizat-SIUI nu conține filtre care să permită identificarea erorilor existente în documentele prezentate la decontare de către entitățile participante, în faza de validare a acestor documente.

Nu există o bază de date care să cuprindă evidența centralizată a persoanelor înscrise în programele naționale de sănătate. Această bază de date ar trebui să permită identificarea anterior decontării, a cazurilor de neasociere a pacientului cu programul național de sănătate în cadrul căruia au fost prescrise medicamente specifice.

Baza de date cu persoanele decedate nu este actualizată în timp real, ceea ce nu permite identificarea serviciilor medicale și/sau a prescripțiilor de medicamente care au fost validate și decontate pentru unele CNP-uri, care în fapt, la data validării, au aparținut unor pacienți decedați.

Ținând cont de exemplele prezentate anterior, se poate **concluziona** faptul că, direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nu au reușit întotdeauna, să depisteze și să corecteze operativ, prin instrumente specifice, toate cazurile în care casele de asigurări de sănătate județene au decontat nejustificat medicamente către unitățile sanitare și/sau societățile farmaceutice.

5. Controlul efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la entitățile cu care s-au încheiat contracte, a contribuit la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a fondurilor alocate derulării programelor naționale de sănătate?

Potrivit Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate aprobate prin Ordinul CNAS nr. 610/2011 s-a prevăzut ca, efectuarea acțiunilor de control la entitățile care au încheiat contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și cu casele de asigurări de sănătate județene, să se realizeze cel puțin o dată la 3 ani, cu scopul de a se evita prescrierea termenului de recuperare a eventualelor sume încasate necuvenit.

De asemenea, în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate (Ordinele comune MS/CNAS nr. 264/2010 și nr. 1591/2010), s-au prevăzut termene certe de efectuare a controlului programelor naționale de sănătate auditate, respectiv până la data de 15 februarie a anului următor pentru anul precedent, respectiv 15 februarie 2011 (anul 2010), 15 februarie 2012 (anul 2011) și 15 februarie 2013 (anul 2012).

Pentru perioada auditată, CNAS prin compartimentele de control ale caselor de asigurări de sănătate județene au efectuat verificări la un număr de 1.256 furnizori de servicii medicale și medicamente, care s-au aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate județene, prin care s-au derulat programele naționale de sănătate auditate, rezultând o medie anuală de 418 controale de acest tip.

Auditul a estimat un număr mediu anual de 3.828 furnizori de servicii medicale și medicamente, în cadrul programelor naționale de sănătate auditate, astfel că a rezultat un procent de doar 11% al controalelor efectuate anual față de numărul mediu de entități participante la derularea programelor naționale de sănătate auditate.

Din auditarea, prin eșantionare, a rapoartelor de control întocmite ca urmare a controalelor proprii efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene la furnizorii de servicii medicale și medicamente în cadrul celor patru programe naționale de sănătate auditate, a rezultat faptul că, în principal, aceste controale au fost efectuate la unitățile sanitare și mai puțin la farmaciile cu circuit deschis (casele de asigurări de sănătate județene Ialomița, Ilfov, Arad, Argeș, Sibiu, Tulcea etc.).

În anul 2011, Direcția de control și monitorizare din cadrul CNAS a dispus compartimentelor de control din cadrul caselor de asigurări de sănătate județene, efectuarea de controale privind respectarea normelor legale în vigoare pentru derularea programelor naționale de sănătate auditate.

Din verificarea prin eșantionare a documentelor puse la dispoziție de către entitate au rezultat următoarele aspecte:

- efectuarea unui număr redus de controale la unități sanitare și farmacii cu circuit deschis (CASJ Harghita);
- verificarea modului cum s-au respectat prevederile legale în vigoare privind programul național de oncologie la Spitalul Județean de Urgență Constanța fiind constatate unele deficiențe:

✚ lipsa procedurilor de lucru privind derularea programului național de oncologie pe anul 2011;

✚ neîntocmirea registrului regional de oncologie;

✚ neorganizarea evidenței bolnavilor din program;

✚ existența unor stocuri fără mișcare, cu mișcare lentă sau cu termenul de valabilitate expirat (CASJ Constanța).

Deosebit de cele prezentate mai sus auditul a constatat că, în perioada 2010-2012, prin farmaciile cu circuit deschis au fost eliberate medicamente utilizate în tratamentul bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate auditate în sumă estimată de 1.992.639 mii lei respectiv 52,45% din totalul medicamente-lor utilizate.

Eliberarea de medicamente noi prin farmaciile cu circuit deschis impunea efectuarea de controale la aceste farmacii care să asigure verificarea în termenele legale de prescripție a entităților participante.

De asemenea, auditul a reținut faptul că, în urma acțiunilor de control efectuate în perioada 2010-2012 de către compartimentele din cadrul caselor de asigurări de sănătate județene cu privire la modul cum au fost respectate prevederile legale în derularea programelor naționale de sănătate auditate, au fost dispuse un număr de 318 măsuri din care s-au implementat 261. Urmare acestor acțiuni de control, au fost estimate prejudicii în sumă de 558 mii lei din care până la 31.12.2012, s-a recuperat suma de 433 mii lei.

În concluzie, controlul efectuat de către CNAS nu a contribuit în totalitate la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a resurselor financiare în cadrul programelor naționale de sănătate auditate.

În perioada 2010-2012, structura internă de control și monitorizare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nu a coordonat și nu a monitorizat în totalitate activitatea de control desfășurată de casele de asigurări de sănătate județene privind modul cum s-au derulat programele naționale de sănătate auditate.

Deși au fost efectuate controale la unitățile sanitare și la un număr redus de farmacii cu circuit deschis fiind depistate unele erori care au produs prejudicii, acestea nu au fost în măsură să determine eliminarea producerii acestora pe viitor, fapt pus în evidență atât de prezenta misiune de audit al performanței cât și de misiunile anterioare desfășurate de către Curtea de Conturi a României, când s-au constatat deficiențe similare care au condus la producerea de prejudicii.

Controlul efectuat de către structurile proprii ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cât și ale caselor de asigurări de sănătate județene cu privire la derularea programelor naționale de sănătate supuse auditului, nu s-a desfășurat în toate cazurile în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în sensul că nu au fost efectuate de către unele entități teritoriale controale privind derularea programelor naționale de sănătate la toate farmaciile cu circuit deschis, așa cum au prevăzut normele legale în vigoare.

Acest fapt a fost determinat printre altele și de numărul redus de personal încadrat în compartimentele de control ale caselor de asigurări de sănătate județene, gradul redus de specializare al personalului angajat în compartimentele de control în domeniul analizei și verificării bazelor de date.

6. Indicatorii de evaluare a programelor naționale de sănătate au fost realizați?

În *Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru perioada 2010-2012*, au fost stabiliți pentru fiecare din programele naționale auditate, următorii indicatori de evaluare:

- indicatori fizici respectiv *numărul de bolnavi tratați* în cadrul programului;
- indicatori de eficiență respectiv *costul mediu/bolnav tratat/an*.

CNAS a monitorizat derularea programelor naționale de sănătate prin indicatori de evaluare stabiliți prin normele tehnice prezentate anterior.

Trimestrial și anual, entitatea auditată a întocmit un raport de analiză comparativă a indicatorilor prevăzuți față de cei realizați la nivel național.

De asemenea, CNAS a raportat Ministerului Sănătății modul de utilizare a sumelor transferate din bugetul acestuia în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, care au fost utilizate pentru finanțarea programelor naționale de sănătate.

Prin Direcția programe curative de sănătate din cadrul CNAS s-a urmărit modul de realizare a indicatorilor de evaluare a programelor naționale de sănătate auditate.

Potrivit documentelor analizate, a rezultat faptul că, CNAS a centralizat indicatorii fizici și de eficiență pe baza machetelor de raportare transmise de către casele de asigurări de sănătate județene.

De asemenea, CNAS a menționat în rapoartele de analiză ca principale cauze cu caracter general ale nerealizării indicatorilor fizici și de eficiență, următoarele:

- stadiul și evoluția bolii pacienților;
- apariția infecțiilor asociate;
- perioada de tratament a pacienților;
- ponderea medicamentelor inovative în tratamentul utilizat.

Din analiza efectuată din acest punct de vedere a rezultat că, în cadrul programelor naționale de sănătate auditate, nu au fost realizați în totalitate indicatorii de eficiență de către unele case de asigurări de sănătate județene.

Au fost înregistrate pe de o parte depășiri ale costului mediu/bolnav tratat/an, iar pe de altă parte, costul mediu/bolnav tratat/an obținut de către unele case de asigurări de sănătate județene s-a situat sub nivelul stabilit prin normele tehnice, uneori chiar sub 50%.

În acest sens exemplificăm:

- în anul 2010 unele entități teritoriale au realizat depășiri ale costului mediu/bolnav tratat/an la *subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* (18,10% -77,59%), *programul național de boli cardiovasculare* (1,28%-85,64%) și la *programul național de oncologie* (24,81%-77,42%);

- în anul 2011, s-au realizat depășiri ale costului mediu/bolnav tratat/an în cadrul *subprogramului de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* (5,17% -25,41%) și în cadrul *programului național de oncologie* (0,28% - 26,05%);

- în anul 2012, s-au realizat depășiri ale costului mediu/bolnav/an la *subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratament postexpunere* (0,54% - 27,53%) și la *programul național de oncologie* (6,82% - 35,74%).

Totodată, auditul a constatat la unele case de asigurări de sănătate județene existența unor neconcordanțe între datele raportate letric Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și informațiile introduse în SIUI cu privire la indicatorii fizici și de eficiență.

În vederea remedierii acestei deficiențe, în timpul misiunii de audit al performanței, CNAS a dispus caselor de asigurări de sănătate județene corelarea datelor transmise sub formă letrică cu cele introduse în sistemul informatic.

Nerealizarea indicatorilor de eficiență precum și existența unor neconcordanțe, s-au datorat printre altele și următoarelor cauze:

- în raportările efectuate de către CNAS Ministerului Sănătății, nu au fost identificate și analizate casele de asigurări de sănătate județene care nu au realizat indicatorii de eficiență;
- nu au fost analizați în dinamică indicatorii fizici și de eficiență;
- nu s-a efectuat o analiză trimestrială a cauzelor care au determinat nerealizarea indicatorilor de eficiență, precum și neconcordanțele constatate între raportările letrice și datele introduse în SIUI, cu reprezentanții caselor de asigurări de sănătate județene;
- nu au fost dispuse măsuri la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene pentru încadrarea în nivelul indicatorilor stabiliți.

Referitor la monitorizarea acestor indicatori de către CNAS, în cadrul programelor naționale de sănătate auditate, s-a constatat urmărirea acestora numai din punct de vedere al calcului matematic, fără însă a fi analizate abaterile de la nivelul costului mediu pe pacient/an realizat efectiv față de nivelul stabilit.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a monitorizat indicatorii fizici și de eficiență ai programelor naționale de sănătate, totuși, s-au manifestat unele deficiențe care au determinat în anumite situații, nerealizarea indicatorilor programelor naționale de sănătate auditate, deficiențe care au constat în următoarele:

- nu s-a urmărit ca trimestrial, în primele 30 de zile lucrătoare ale lunii următoare celei în care se face raportarea trimestrială, să se realizeze analiza și evaluarea indicatorilor raportați, împreună cu reprezentanții caselor de asigurări de sănătate județene responsabile cu programele de sănătate și implicate în completarea, analiza și transmiterea rapoartelor către Direcția programe naționale din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- nu au fost dispuse măsuri pentru încadrarea de către toate casele de asigurări de sănătate județene în costurile medii/bolnav tratat/an stabilite prin normele tehnice privind realizarea programelor naționale de sănătate auditate.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a urmărit și analizat realizarea concordanței dintre raportarea indicatorilor fizici și de eficiență comunicați sub formă letrică de către casele de asigurări de sănătate județene, cu indicatorii raportați prin programul informatic SIUI.

IV. CONCLUZII GENERALE

Față de constatările cuprinse în cadrul rapoartelor de audit încheiate în anii anteriori de către structurile Curții de Conturi, **în perioada 2010-2012, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate s-au înregistrat o serie de progrese în efortul de eficientizare a derulării programelor naționale de sănătate și a eliminării unor probleme existente**, fiind însă identificate și unele puncte slabe care se referă, în principal, la următoarele aspecte:

1. Cu privire la legislația adoptată în perioada analizată pentru derularea programelor naționale de sănătate auditate:

✚ Casa Națională de Asigurări de Sănătate a urmărit pe perioada 2010-2012 elaborarea și adoptarea legislației necesare asigurând, în general, derularea în condiții corespunzătoare a programelor naționale de sănătate.

✚ În anul 2012, Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu și-a îndeplinit însă obiectivul conform căruia trebuia să elaboreze și să adopte legislația privind programele naționale de sănătate auditate pentru care urmau să se realizeze proceduri de achiziții la nivel național.

2. Cu privire la fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate auditate:

✚ În perioada 2010-2012, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în general, a fundamentat resursele alocate pentru programele naționale auditate, corespunzător prevederilor legale în vigoare. În majoritatea situațiilor s-a manifestat o preocupare continuă pentru asigurarea necesarului de fonduri care să permită derularea corespunzătoare a programelor naționale de sănătate auditate.

✚ Cu toate acestea, au fost situații în care nivelul creditelor de angajament definitiv aprobate nu au fost la nivelul propunerilor caselor de asigurări de sănătate județene ceea ce a creat greutate în aprovizionarea continuă cu medicamente și materiale sanitare necesare unităților sanitare în tratamentul bolnavilor din cadrul celor patru programe naționale de sănătate.

✚ Creditele bugetare definitive nu au asigurat, în toate situațiile, acoperirea necesarului real de plăți către furnizorii de medicamente și materiale sanitare, conducând la acumularea de plăți restante către acești furnizori.

✚ În situația *Subprogramului de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere* nu s-au fundamentat corect fondurile alocate, efectuându-se în același timp și transferuri de credite bugetare către alte programe naționale de sănătate auditate. Astfel, la data de 31.12.2012, s-au înregistrat arierate în sumă de 30.477 mii lei.

✚ La fundamentarea necesarului de resurse financiare, nu s-a evidențiat cota parte/contribuția financiară a fiecărei instituții (Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate) la finanțarea programelor naționale de sănătate auditate.

✚ *Programul național de oncologie* a fost finanțat de la bugetul de stat începând cu anul 2010, în principal, din contribuția Ministerului Sănătății, iar din anul 2012 sursa principală de finanțare a acestui program a fost asigurată de la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

✚ Începând cu anul 2013, au fost efectuate modificări legislative privind modul de finanțare a programelor naționale de sănătate, inclusiv a celor patru programe auditate, pentru perioada 2013-2014.

✚ Deschiderile de credite bugetare lunare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate către casele de asigurări de sănătate județene nu au avut un ritm continuu și constant, deși, repartizarea fondurilor bugetare s-a efectuat pe criterii obiective.

✚ În unele cazuri nu s-a asigurat o aprovizionare ritmică și constantă cu medicamente, ceea ce a determinat aplicarea în tratamentul bolnavilor a unor scheme de tratament cu întârziere sau incomplete.

✚ Asigurarea resurselor bugetare necesare finanțării programelor naționale de sănătate a fost influențată și de gradul de încasare al resurselor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, ținând cont de faptul că, de la an la an în perioada auditată, ponderea finanțării din Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate a fost din ce în ce mai mare.

✚ Derularea eficientă a programelor naționale de sănătate auditate a fost influențată atât de factori interni cum ar fi resursele financiare alocate și managementul entităților implicate în sistem cât și de factori externi ca de exemplu procesul de producție, distribuție și comercializare a medicamentelor.

3. Referitor la procedurile de achiziție utilizate pentru achiziția medicamentelor necesare derulării programelor naționale de sănătate auditate:

✚ La nivel teritorial, unitățile sanitare au derulat proceduri de achiziții diferite în cadrul programelor naționale de sănătate auditate (de la cumpărare directă la licitație deschisă).

✚ Achizițiile de medicamente pentru programele naționale de sănătate, efectuate la nivel teritorial nu au condus la utilizarea cu economicitate a resurselor alocate, întrucât:

- prețurile de achiziție practicate la nivel teritorial au cunoscut fluctuații de la o unitate sanitară la alta, ceea ce a condus implicit la creșterea cheltuielilor cu medicamentele;
- prețurile de achiziție practicate au influențat cantitatea de medicamente achiziționate având în vedere că furnizorii de medicamente au practicat în relația cu unitățile sanitare prețuri diferențiate.

✚ În cazul în care procedurile de achiziție s-ar fi realizat centralizat la nivel național, acestea ar fi generat, pe de o parte uniformizarea prețurilor de achiziție, iar pe de altă parte, obținerea unor economii la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și la nivelul resurselor transferate de la Ministerul Sănătății.

✚ Cu atât mai mult se impunea organizarea procedurilor de achiziție la nivel național, cu cât pentru unele medicamente utilizate în cadrul *programului național de oncologie* cu aprobarea Comisiei de Experți constituită la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și/sau a caselor județene de asigurări de sănătate, respectiv medicamente inovatoare, ponderea cheltuielilor cu aceste medicamente a reprezentat aproximativ 53% din fondurile utilizate în anul 2012.

4. Cu privire la capacitatea Direcțiilor de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a depista prin instrumente specifice eventuale decontări nejustificate de medicamente și/sau servicii medicale efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene către unitățile sanitare teritoriale:

✚ Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nu au reușit întotdeauna, să depisteze și să corecteze în mod operativ, prin instrumente specifice, toate cazurile în care, casele de asigurări de sănătate județene au decontat nejustificat medicamente către unitățile sanitare și/sau farmaciile cu circuit deschis.

✚ Sistemul informatic utilizat (SIUI) nu conține filtre pentru identificarea erorilor, din documentele prezentate la decontare, astfel încât să se elimine validarea documentelor care conțin erori și pe baza cărora ulterior se efectuează plățile.

✚ Nu există o bază de date care să cuprindă evidența centralizată a persoanelor înscrise în programele naționale de sănătate.

✚ Baza de date cu persoanele decedate nu este actualizată în timp real, astfel încât să se evite efectuarea de plăți nejustificate pentru beneficiari neeligibili.

5. Cu privire la modul în care controlul efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, la entitățile cu care s-au încheiat contracte, a contribuit la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a fondurilor alocate:

✚ Controlul efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a contribuit, în totalitate, la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a resurselor financiare în cadrul programelor naționale de sănătate auditate.

✚ CNAS nu a coordonat și monitorizat în totalitate activitatea de control desfășurată de casele de asigurări de sănătate județene privind modul cum s-au derulat programele naționale de sănătate auditate.

✚ Controalele efectuate la unitățile sanitare și la un număr redus de farmacii cu circuit deschis au depistat unele erori producătoare de prejudicii, însă aceste controale nu au fost în măsură să elimine în totalitate producerea pe viitor a unor erori. Astfel

că, urmare acțiunilor de verificare ale Curții de Conturi au fost constatate deficiențe care în unele situații au produs prejudicii.

✚ Compartimentele de control din cadrul unor case de asigurări de sănătate județene au efectuat la farmaciile cu circuit deschis un număr redus de controale privind derularea programelor naționale de sănătate auditate, contrar prevederilor stabilite chiar de către entitatea verificată.

6. Cu privire la indicatorii de evaluare a programelor naționale de sănătate auditate, s-au desprins, în principal, concluziile următoare:

✚ Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în general, și-a îndeplinit obligațiile menționate în prevederile legale incidente privind monitorizarea indicatorilor fizici și de eficiență ai programelor naționale de sănătate auditate.

✚ Totuși, s-au manifestat unele deficiențe care au determinat în anumite situații nerealizarea indicatorilor programelor naționale de sănătate auditate, deficiențe care au constat în următoarele:

- nu a urmărit, analizat și evaluat trimestrial, în primele 30 de zile lucrătoare ale lunii următoare celei în care se face raportarea trimestrială, indicatorii raportați de către casele de asigurări de sănătate județene de acestea;

- necesitatea dispunerii de măsuri de către unele case de asigurări de sănătate județene pentru încadrarea în costurile medii/bolnav tratat/an stabilite prin normele tehnice privind realizarea programelor naționale de sănătate auditate.

✚ Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a urmărit realizarea concordanței dintre raportarea indicatorilor fizici și de eficiență comunicați sub formă letrică de către casele de asigurări de sănătate județene, cu indicatorii raportați din programul SIUI.

V. RECOMANDĂRI

1. Cu privire la elaborarea și adoptarea legislației specifice programelor naționale de sănătate auditate

❖ Adaptarea legislației specifice programelor naționale auditate corespunzător cerințelor impuse de realizarea obiectivelor care să asigure utilizarea eficientă a fondurilor publice.

❖ Introducerea în legislația specifică a unor indicatori relevanți cum ar fi:

- creșterea speranței de viață a pacienților;
- ponderea pacienților la care s-au obținut rezultate pozitive din aplicarea tratamentelor cu medicamente inovative care sunt mai costisitoare din punct de vedere al costurilor față de medicamentele standard;

- creșterea calității vieții pacienților, în sensul integrării în viața socială.

2. Cu privire la fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate auditate

❖ La alocarea resurselor financiare necesare derulării programelor naționale de sănătate, se va avea în vedere necesarul real de resurse astfel încât să se asigure continuitate și ritmicitate în alocarea fondurilor cu această destinație.

❖ La fundamentarea bugetului programelor naționale de sănătate se vor lua în considerare atât nivelul indicatorilor fizici și de eficiență aprobați cât și nivelul arieratelor înregistrate din anul precedent.

❖ Deschiderea de credite bugetare lunare către casele de asigurări de sănătate județene se va realiza în mod constant pentru a evita apariția de disfuncții în aprovizionarea cu medicamente.

3. Referitor la procedurile de achiziție utilizate pentru achiziția medicamentelor necesare derulării programelor naționale de sănătate auditate

❖ Casa Națională de Asigurări de Sănătate se va preocupa de elaborarea și adoptarea cadrului legal astfel încât să fie introduse responsabilități ce revin unităților sanitare și caselor de asigurări de sănătate județene în situația în care Ministerul Sănătății organizează proceduri de achiziții la nivel național.

❖ Casa Națională de Asigurări de Sănătate va monitoriza prin casele de asigurări de sănătate județene ca achiziția de medicamente în cadrul programelor naționale de sănătate auditate să asigure utilizarea cu economicitate a resurselor alocate.

❖ Colaborarea cu Ministerul Sănătății în vederea organizării procedurilor de achiziții la nivel național pentru medicamentele utilizate în terapiile din cadrul programelor naționale de sănătate auditate astfel încât să se asigure utilizarea eficientă a sumelor alocate din FNUASS.

4. Referitor la capacitatea direcțiilor de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a identifica prin instrumente specifice eventuale decontări nejustificate de medicamente efectuate de către casele de asigurări de sănătate județene

❖ Respectarea principiilor eficienței, eficacității și economicității în utilizarea fondurilor publice alocate și utilizate pentru achiziția de medicamente în cadrul programelor naționale de sănătate auditate.

❖ Urmărirea și monitorizarea corespunzătoare a entităților teritoriale subordonate în vederea utilizării fondurilor alocate conform destinațiilor stabilite.

❖ Casa Națională de Asigurări de Sănătate va urmări și monitoriza prin compartimentele funcționale cu atribuții, pe de o parte derularea programelor naționale de sănătate iar pe de altă parte, controlul utilizării fondurilor alocate, astfel încât entitățile teritoriale să respecte cadrul legal în vigoare cu privire la decontarea și plata obligațiilor față de furnizorii de servicii medicale și medicamente.

❖ Casa Națională de Asigurări de Sănătate se va preocupa de adaptarea programului informatic și introducerea unor chei de control care să permită identificarea erorilor de validare din momentul în care se introduc informații și date de către entitățile participante la derularea programelor naționale de sănătate auditate.

❖ Casa Națională de Asigurări de Sănătate va dispune măsuri de control la entitățile teritoriale subordonate în vederea clarificării tuturor situațiilor constatate în urma auditului performanței, va extinde controlul la toate entitățile teritoriale subordonate pentru identificarea unor situații similare, va stabili întinderea prejudiciului produs ca urmare a validărilor nelegale de prescripții de medicamente având în vedere situațiile rezultate urmare auditului și va recupera prejudiciul în integralitate.

❖ Realizarea de informări și instruirii cu personalul propriu al spitalelor și al farmaciilor cu circuit deschis cu privire la prevederile legislative care impun anumite restricții privind prescrierea și eliberarea medicamentelor, categoria medicamentelor ce pot fi prescrise și categoriile de medici care au dreptul să prescrie medicamente în cadrul programelor de sănătate auditate.

❖ Realizarea periodică de informări și instruirii cu organizații profesionale de profil.

❖ Transmiterea de circulare și scrisori de atenționare entităților subordonate, participanților la realizarea programelor naționale de sănătate (unități sanitare, farmacii cu circuit deschis, etc.), manageri de spital, medici specialiști, coordonatori de programe, cu privire la anumite prevederi legislative care impun respectarea unor reguli stricte în derularea programelor naționale de sănătate auditate.

5. Cu privire la modul în care controlul efectuat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate a contribuit la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a fondurilor alocate

❖ Casa Națională de Asigurări de Sănătate va monitoriza și dispune, structurilor de control de la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate, includerea în planul anual de control și efectuarea de acțiuni de control la furnizorii de prestări servicii (farmaciile cu circuit deschis), prin care s-au derulat programele naționale de sănătate auditate astfel încât, în termenul legal de prescripție să fie cuprinși în control toți furnizorii de astfel de servicii.

❖ Specializarea echipelor de control de la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene, ținând cont de complexitatea și specificul programelor naționale de sănătate

auditate pentru a permite identificarea unor posibile erori care generează utilizarea ineficientă a fondurilor publice.

6. Cu privire la realizarea indicatorilor de evaluare a programelor naționale de sănătate auditate

❖ CNAS va asigura asistență informatică de specialitate entităților participante la derularea programelor naționale de sănătate auditate, astfel încât informațiile transmise de către acestea să permită centralizarea corectă a datelor privind derularea programelor naționale de sănătate și elaborarea machetelor de raportare din SIUI pentru toate entitățile teritoriale și asigurarea concordanței dintre datele raportate pe suport letric cu cele din sistemul informatic SIUI.

❖ Trimestrial/anual Casa Națională de Asigurări de Sănătate va efectua cu reprezentanții caselor de asigurări de sănătate județene, analiza indicatorilor de raportare privind programele naționale de sănătate auditate, așa cum s-a prevăzut prin Normele tehnice de realizare a programelor și prin Regulamentul de organizare și funcționare al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Această analiză va avea în vedere identificarea disfuncționalităților la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene și nu în ultimul rând, dispunerea de măsuri pentru corectarea și eliminarea acestor disfuncționalități.

❖ Identificarea cauzelor care au determinat depășiri ale indicatorilor de eficiență stabiliți în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate auditate de către unele case de asigurări de sănătate județene sau situațiile în care costurile medii realizate/bolnav tratat/an sunt sub nivelul stabilit, precum și evaluarea impactului nerealizării acestor indicatori.

❖ Evaluarea și analiza în dinamică a indicatorilor fizici și de eficiență care privesc derularea celor patru programe naționale de sănătate auditate, pentru a asigura dimensionarea necesităților reale de finanțare pentru programele auditate.

❖ Elaborarea unei proceduri operaționale prin care să se stabilească responsabilități și termene precise cu privire la urmărirea și controlul indicatorilor fizici și de eficiență la nivelul caselor de asigurări de sănătate județene precum și la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**ȘEF DEPARTAMENT,
CONSILIER DE CONTURI**

DR. EC. IOAN HURJUI