



# România – Sectorul de Sănătate

## Studiu de politică sectorială

Notă

**SECTORUL DE SANATATE<sup>1</sup>**

**Rezumat:** *Indicatorii de sănătate în România au înregistrat o îmbunătățire constantă în ultimul deceniu. Este important, însă ca acest proces să continue, iar pentru aceasta factorii de elaborare a politicii în domeniul sănătății vor trebui să realizeze patru obiective fundamentale: (i) asigurarea unui acces sporit; (ii) reducerea poverii cheltuielilor de sănătate pentru populație; (iii) orientarea cheltuielilor îndeosebi asupra măsurilor preventive și asistenței primare și (iv) îmbunătățirea performanței spitalelor și a calității serviciilor de asistență medicală. În prezent cheltuielile pentru sănătate sunt cu precădere orientate spre asistența pe baza spitalizării, care este costisitoare. Corectarea acestui dezechilibru este un pas deosebit de important pe care România îl poate face pentru atingerea acestor obiective în vederea îmbunătățirii indicatorilor de sănătate și a creșterii beneficiilor de pe urma investițiilor publice în domeniul sănătății. Nota de față dezvoltă constatările și concluziile celor mai recente lucrări în domeniul sănătății ale Băncii Mondial, e utilizate în cadrul programului Băncii de sprijinire a sectorului de sănătate din România în următorii trei ani.*

**I. Indicatorii de sănătate în România și comparații internaționale**

1. **După o înrăutățire a indicatorilor de sănătate la jumătatea anilor nouăzeci, aceștia s-au îmbunătățit; dar România continuă să se situeze în urma țărilor din regiune.** Unii indicatori de sănătate ca, de exemplu speranța de viață la bărbați și ratele standardizate ale mortalității (SDR), s-au deteriorat la jumătatea anilor nouăzeci, în timp ce alții au continuat să se amelioreze. Mortalitatea maternă și cea infantilă sunt acum la cel mai scăzut nivel din 1970. Rata mortalității infantile se situează sub media țărilor cu niveluri de venit asemănătoare, în timp ce mortalitatea maternă este cu puțin peste medie.<sup>2</sup> Aceste rate sunt, însă, mai ridicate decât ale oricărei alte țări din Uniunea Europeană, și decât ale altor candidate la aderare.

---

<sup>1</sup> Această Notă a fost elaborată de Dan Sava și Rekha Menon cu ajutorul datelor și informațiilor furnizate de Daniel Dulitzky, Richard Florescu și Truman Packard.

<sup>2</sup> Comparația internațională se face prin realizarea unei regresii lineare prin metoda celor mai mici pătrate a indicatorului respectiv (de ex. rata mortalității infantile) pe baza logaritmului valorii PIB-ului pe locuitor, la paritatea puterii de cumpărare. Starea de sănătate în țările aflate la mare distanță de linia regresiei poate fi comparativ mai bună sau mai proastă, în funcție de care indicatorul de sănătate la care ne referim. De exemplu, atunci când el se referă la mortalitatea infantilă, țările care se găsesc sub linie înregistrează rezultate mai bune decât ne-am putea aștepta prin prisma nivelului venitului pe locuitor al acestora. Eșantionul utilizat în regresiiile din capitolul de față cuprinde toate țările din regiunea Europa și Asia Centrală pentru care există date în baza de date OMS pentru Europa. Regresiile sunt ponderate cu populația.

**Tabelul 1. Unii indicatori de sănătate, 1989-2004**

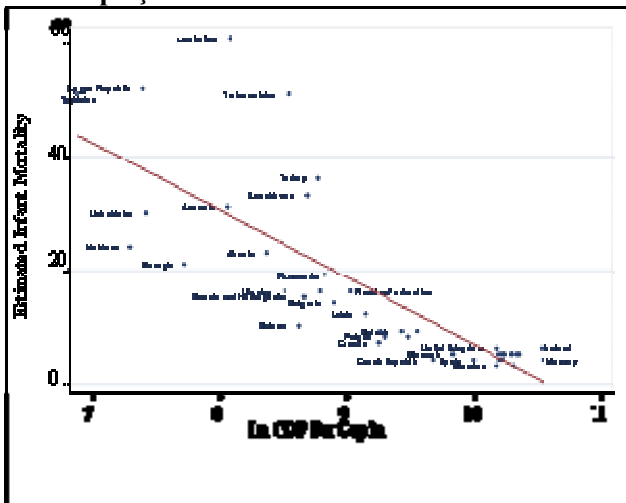
Indicatori	1970	1980	1990	1995	2000	2004
Speranța de viață la naștere pentru femei	70	72	73	74	75	76
Speranța de viață la naștere pentru bărbați	66	67	67	66	68	68
SDR cardiopatii ischemice 0-64 la 100.000 bărbați	26	42	55	72	63	62 (2003)
SDR toate cauzele și vârstele	1.236	1.284	1.169	1.224	1.098	1.076
Rata mortalității infantile (la 1.000 nașteri vii)	49	29	27	21	19	17
Mortalitate maternă (la 100.000 nașteri vii)	116	132	83	48	33	24

Sursa: WHO HFADB și statistica MSP.

2. **Există, însă, mari diferențe regionale ale indicatorilor de sănătate, pe care mediile pe țară le maschează.** Rata mortalității infantile la nivel de județ variază între 9 (București) și 25 (Ialomița) decese / 1.000 născuți vii. Faptul se datorează în parte diferențelor socioeconomice regionale, dar reflectă și mari diferențe în repartitia resurselor publice pentru sănătate.

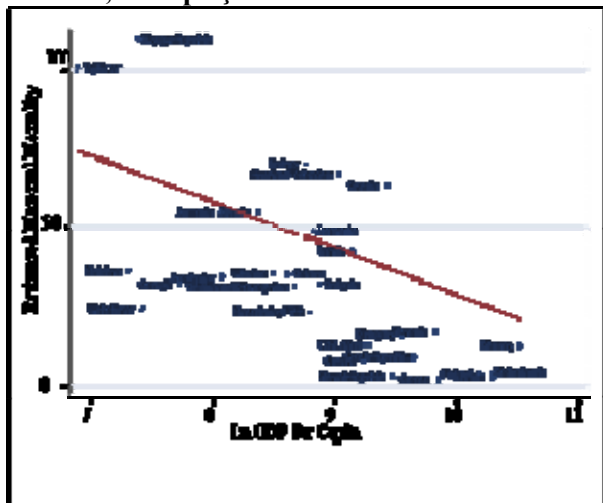
3.

**Figura 1. Mortalitatea infantilă și PIB pe locuitor în Europa și Asia Centrală**



Sursa: Banca Mondială pe baza datelor WHO HFADB.

**Figura 2 Mortalitate maternă și PIB pe locuitor, Europa și Asia Centrală**



Sursa: Banca Mondială pe baza datelor WHO HFADB.

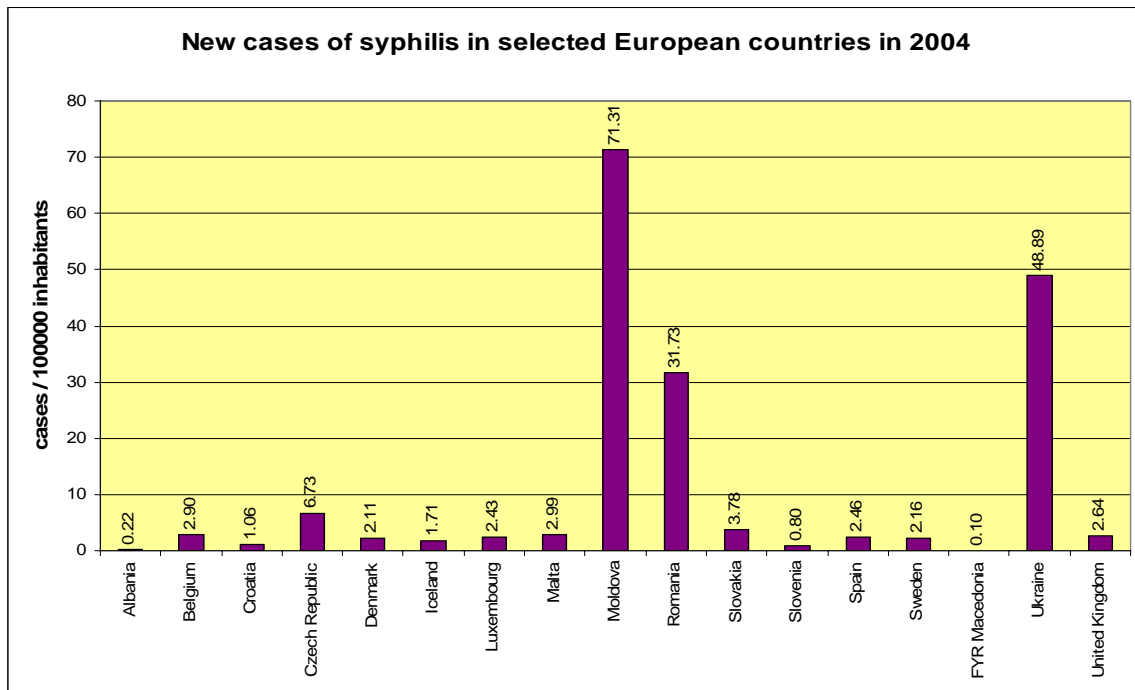
4. **Persistă, apoi, bolile transmisibile, iar incidența bolilor netransmisibile se menține ridicată.** Așa, de exemplu, dacă apariția de noi cazuri de TBC a scăzut constant, de la 26566 în 2002 la 22860 în 2005<sup>3</sup>, numărul lor se situează în continuare la cel mai ridicat nivel din Europa. România înregistrează și cel mai mare număr de cazuri de alte

<sup>3</sup> Centrul de Calcul și Statistică Sanitară.

boli infecțioase, precum sifilisul, hepatita virală, rubeola și oreionul (vezi Figura 3 și 4), în bună parte ca urmare a unui nivel scăzut de educație și a standardului de viață. Pentru rezolvarea acestor probleme este nevoie de o abordare mai cuprinzătoare care să includă o evaluare a metodelor de prevenire și vaccinare și a rezultatelor acestora, măsuri de sănătate publică și educative, precum și metode de tratament mai bune.

5. **Indicatorii nesatisfăcători ai stării de sănătate relevă o lipsă de accent pe măsurile preventive.** Progresele înregistrate în prevenirea și controlul bolilor cardiovasculare au fost reduse. România înregistrează cea mai ridicată rată a mortalității la cancerul cervical din Europa, în parte și datorită diagnosticării târzii a bolii și necunoașterii factorilor de risc și simptomelor.<sup>4</sup> În plus, rata ridicată atât a *mortalității infantile* cât și a *mortalității materne* în regiune se datorează unei combinații de factori socioeconomi și calității scăzute a serviciilor de asistență medicală primară, obstetrică și pentru nou-născuți.

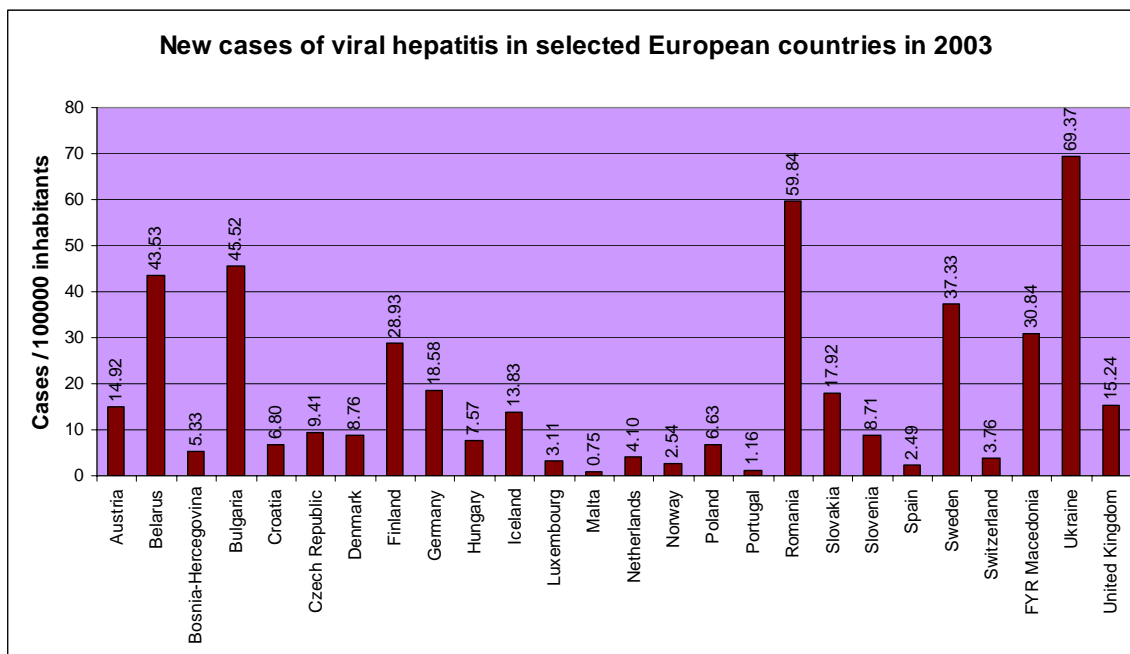
**Figura 3: Incidența sifilisului în unele țări europene**



Sursa: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară

<sup>4</sup> România, Studiu privind sănătatea reproducerii 2004.

**Figura 4: Incidența hepatitei virale în unele țări europene**

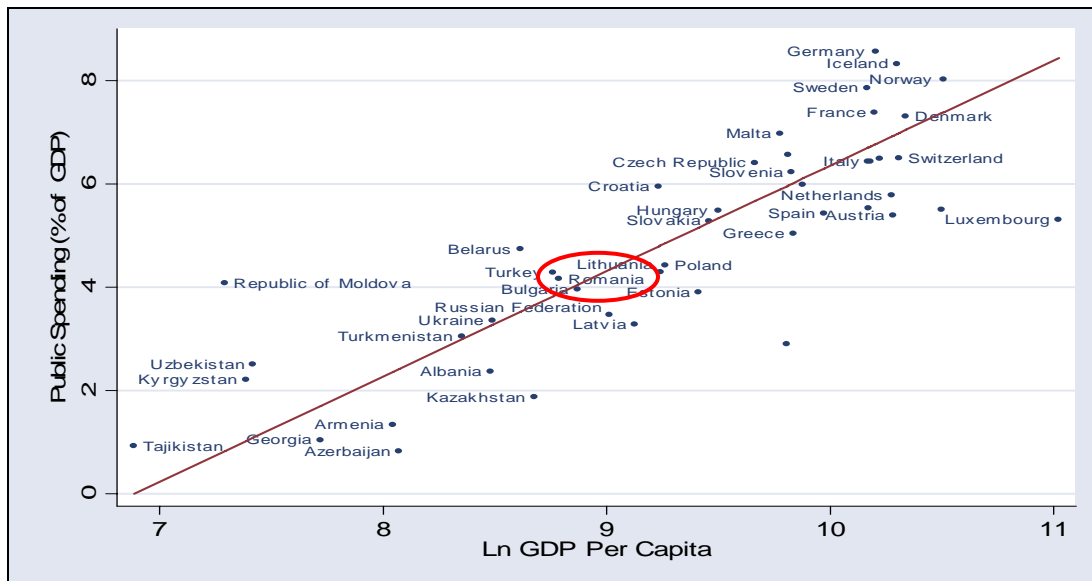


Sursa: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară

## II. Cheltuielile pentru sănătate în România și indicatorii comparativi internaționali privind cheltuielile

6. **Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut în ritm susținut.** Cheltuielile publice pentru sănătate au fluctuat între 3,4% și 4 % din PIB. Suma alocată sănătății în bugetul pe 2006 s-a situat în jurul a 4.139 milioane dolari SUA (3.241 milioane dolari SUA pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) și 898 milioane dolari SUA pentru Ministerul Sănătății Publice) ceea ce reprezintă aproximativ 3,3% din PIB. Este de așteptat o creștere a cheltuielilor publice, sau măcar menținerea lor la nivelul actual, dată fiind recenta hotărâre de a aloca sectorului o parte a veniturii din accizele la alcool și tutun, care au fost majorate în 2006. Indicatorii internaționali arată că în România, cheltuielile publice pentru sănătate, ca procent din PIB, sunt asemănătoare celor din alte țări cu același nivel de dezvoltare.

**Figura 5. Cheltuielile publice pentru sănătate ca procent din PIB, în unele țări, 2002**



Sursa: Estimările Băncii Mondiale pe baza WHO HFADB.

Fondul Național Unic al asigurărilor sociale de sănătate este în prezent finanțat din contribuțiile angajaților (6,5% din venitul acestora) și angajatorilor (6% din fondul de salarii). Veniturile fiscale generale precum și cele din taxa pe viciu sunt și ele o sursă importantă a bugetului sănătății. Dată fiind tendința de creștere a cheltuielilor publice (o dată cu accesul tot mai multor persoane la sistem și creșterea prețurilor), va trebui să se acorde o atenție deosebită oricărei hotărâri de reducere a contribuției fie a cetățenilor, fie a firmelor, fără o compensare corespunzătoare din alte surse de finanțare. Cu o populație care îmbătrânește, ar fi rezonabil ca cheltuielile pentru sănătate pe locuitor să fie menținute la nivelurile actuale și chiar să fie avută în vedere o mărire a acestora, dată fiind posibilitatea creșterii cererii de servicii de sănătate.

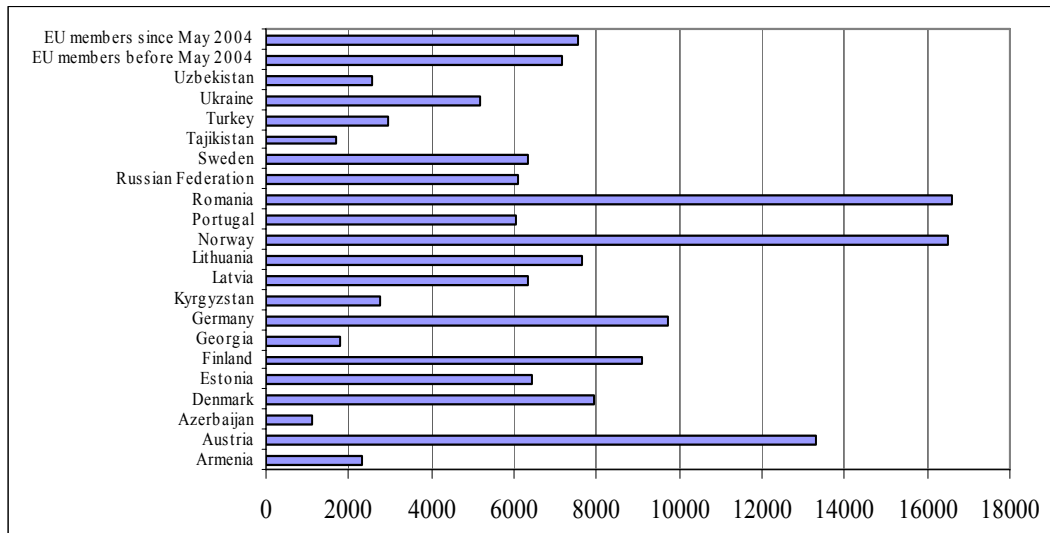
### III. Principalele provocări în sectorul de sănătate

7. **România trebuie să mărească eficiența cheltuielilor sale pentru serviciile de asistență medicală și cea mai importantă problemă în acest sens în sectorul de sănătate o constituie predilecția către sectorul spitalicesc.** Aproximativ 53% din bugetul pentru sănătate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se cheltuiește pentru îngrijirile acordate prin spitalizare, față de 40%, cât reprezintă media în OCED. Poziția netă în favoarea asistenței spitalicești este reflectată și de numărul internărilor, care este mult mai mare decât al celor din grupul țărilor care au aderat la UE înainte de mai 2004, al celor care au aderat după această dată și chiar mai mare decât în Bulgaria și Croația. Mai mult decât atât, această predilecție pare să persiste, întrucât rata internărilor în România a crescut constant în perioada 1995 - 2005.

8. **O importantă sursă de ineficiență o constituie numărul excesiv de cazuri spitalizate care ar trebui tratate în ambulator.** Aceasta tinde să mărească costul

asistenței medicale și cheltuielile pentru sănătate. Figura 7 arată că în România numărul intervențiilor chirurgicale asupra persoanelor spitalizate se ridică la peste 16.000 la 100.000 locuitori anual, fiind cel mai mare din regiunea ECA, de aproape trei ori mai mare decât media UE și printre cele mai ridicate din întreaga Europă.<sup>5</sup>

**Fig. 7. Intervenții chirurgicale asupra persoanelor spitalizate pe an, la 100.000 locuitori, 2002**



Sursa: WHO HFADB.

9. **Rapoartele din 2004 arată că 6 din cele mai frecvente 20 grupe comune de diagnostic (DRG)<sup>6</sup>, care reprezintă aprox. 10% din cazurile de internare pentru tratament, pot fi tratate la niveluri inferioare de asistență medicală.** Este de așteptat ca proiectata construire a 8 unități regionale pentru asigurarea de servicii specializate costisitoare la nivel regional să mărească presiunea asupra cheltuielilor pentru sănătate. Aceasta, împreună cu construirea a 20 noi spitale județene, va mări ceea ce constituie deja o capacitate spitalicească mare. Aceasta este parte a politicii curente de a concentra într-o singură unitate spitalicească serviciile de urgență din toate specialitățile din motive de creștere a eficienței și îmbunătățire a accesului. Impactul financiar al acestei schimbări poate fi diminuat considerând aceste noi investiții ca fiind o înlocuire a vechilor unități spitalicești care vor fi închise.

10. **Restructurarea din trecutul apropiat a agravat discrepanța în favoarea asistenței medicale spitalicești.** In 2002, România a introdus plata per caz. Până atunci, spitalele primiseră un buget pe baze istorice, iar apoi fuseseră plătite pe baza numărului de zile de spitalizare. Numărul de paturi era prea mare, iar reglementările legau numărul

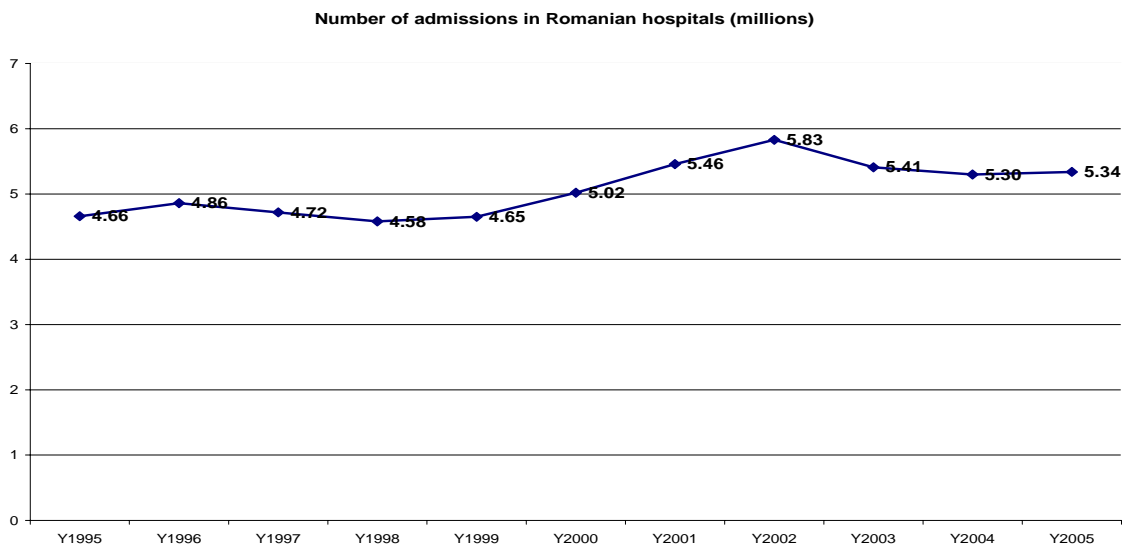
<sup>5</sup> Baza de date "Sănătate pentru toți"

<sup>6</sup> Acestea sunt probleme medicale ale spatelui, hipertensiune, boli ale ficatului cu excepția tumorilor, ciroză, hepatită alcoolică fără complicații și afecțiuni conexe, chemoterapie fără leucemie acută ca diagnostic secundar, esofagită, gastroenterită și alte afecțiuni digestive la persoane >17 ani, fără complicații și boli conexe, și tulburări menstruale și ale aparatului genital la femei.

de doctori și asistente de numărul de paturi. Reducerile de personal al spitalelor din ultimii ani au vizat cu precădere personalul auxiliar și ne-medical. Aceasta a dus la creșterea cheltuielilor spitalelor, întrucât salariile, conform reglementărilor din România, reprezintă cheltuieli fixe. Presiunea constantă pentru angajarea de noi doctori și asistente, în special în spitalele universitare, determină o creștere și mai mare a cheltuielilor.

11. **Dacă durata medie de spitalizare a scăzut semnificativ în decursul timpului și rata de ocupare a paturilor este relativ ridicată comparativ cu alte țări din Europa Răsăriteană,** ceea ce face ca sistemul spitalelor din România să pară eficient, faptul reflectă în realitate metoda curentă de a crește ratele de utilizare printr-o creștere a internărilor depășind cu mult efectul scurtării duratei de spitalizare. De exemplu, în ultimii 3 ani, în timp ce numărul total de paturi a rămas neschimbat, numărul de paturi de chirurgie a crescut împreună cu rata de ocupare. Conform Centrului de Calcul și Statistică Sanitară, în 2005, media pe plan național de utilizare a paturilor chirurgicale a fost de 289,5 zile, ceea ce reprezintă o rată de ocupare de 79%. Este clar că, din cauza numărului excesiv de paturi și a sistemului actual de plată, pentru a putea face față cheltuielilor fixe, spitalele fac internări cu multă ușurință.

**Figura 6: Numărul de internări în spitalele din România**



Sursa: Centrul de Calcul și Statistică Sanitară

12. **Prin aplicarea sistemului DRG, spitalele utilizează diverse mecanisme precum creșterea numărului de internări, pentru a-și mări veniturile și a-și putea acoperi costurile fixe.** Întrucât mecanismele de control al internărilor nu sunt folosite, aceasta se face cu precădere prin internarea pacienților care ar putea fi tratați în ambulatoriu; acești pacienți necesita cheltuieli mici, dar reprezintă o bună sursă de venit, ajutând spitalele să supraviețuiască, însă ele conduc la o ineficiență generală a sistemului. Spitalele își măresc veniturile și prin serviciile de asistență medicală în ambulator, spitalizare de zi (în special avorturi la cerere), spitalizare de o zi, etc. Astfel de servicii pot fi furnizate în ambulator cu cheltuieli reduse. Introducerea sistemului DRG australian care presupune o codificare cu precizie mai mare a activității spitalului (mai multe DRG-uri și codificarea separată a unor proceduri) împreună cu eliminarea ajustării cu bugetul

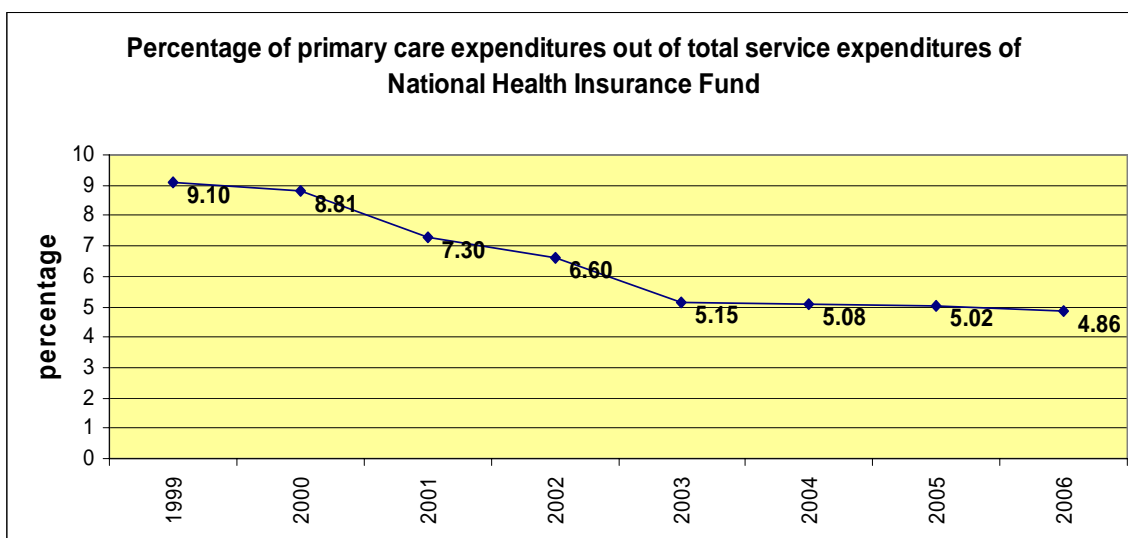
istoric în calcularea plăților pentru spital sunt pași importanți către rezolvarea problemei, dar măsuri directe cum ar fi aplicarea de criterii de internare ar trebui luate în considerare.

13. **Cheltuielile spitalelor depășesc, de regulă, veniturile curente ale acestora, fapt care conduce la lipsuri inutile și asistență medicală de slabă calitate.** Spitalele ajung frecvent în situația de a nu mai avea consumabile precum feșe, dezinfectante sau chiar medicamente, cerându-li-se pacienților să își aducă ei înșiși articolele de care au nevoie. Faptul se datorează neconcordanței cronice dintre cheltuieli și venituri ale spitalului. Pentru a supraviețui, spitalele trebuie să-și îmbunătățească activitatea și performanța, și să-și mărească eficiența. Fapt care s-ar putea realiza prin reducerea cheltuielilor și închiderea unor secții, prin îmbunătățirea metodelor de achiziție și prin aplicarea unor sisteme de cheltuieli mai raționale.

14. **Este nevoie de mecanisme de asigurare a calității în sistemul de sănătate din România.** Procedurile de autorizare sunt complicate, iar respectarea normelor și condițiilor minime nu este pusă în aplicare. Unele spitale funcționează fără autorizație sanitară. Asistența medicală spitalicească nu se bazează pe ghiduri sau protocoale, iar furnizarea serviciilor și rezultatele obținute nu sunt evaluate și monitorizate corespunzător. Activitatea nu este sistematic supusă auditului clinic și evaluării de către colegi. Infecțiile nozocomiale par să fie o problemă ce revine periodic. Cu toate că există o legislație destul de complexă referitoare la această problemă se pare că este încă nevoie de eforturi pentru a o implementa. Este o practică obișnuită prescrierea de antibiotice pentru orice operație chirurgicală, chiar și pentru operații aseptice, precum cura herniei inghinale, din motive de profilaxie. Dar atunci când profilaxia se face pe baza prescrierilor individuale și nu pe baza unui protocol comun în întregul spital există un risc ridicat ca anumite sușe de germeni să devină rezistente la antibiotice. Infecții nozocomiale au izbucnit mai ales în secțiile de obstetrică și ginecologie, având consecințe grave în special asupra nou-născuților. Această problemă ar trebui abordată într-o manieră mai cuprinzătoare. O altă metodă de îmbunătățire a calității, acreditarea spitalelor nu este pusă în practică în ciuda prevederilor din legea privind reforma sănătății.

15. **Efectul negativ asupra stării de sănătate al actualei discrepante în favoarea serviciilor spitalicești este accentuat de lipsa asistenței preventive, primare și ambulatorii.** România cheltuiește doar 15% pentru serviciile de asistență în ambulatoriu, față de 35% cât reprezintă media în țările OCED. Cheltuielile asigurărilor publice de sănătate pentru serviciile medicale în ambulatoriu reprezintă aproximativ 11% din bugetul pentru servicii, în timp ce proporția serviciilor de asistență primară în bugetul alocat serviciilor asigurărilor de sănătate de către CNAS a scăzut constant de la 9% în 1999, la 4,9% în 2006. În pofida accentului pus în politica mai multor guverne pe prioritatea și îmbunătățirea serviciilor primare de sănătate, acesta a rămas până nu demult un exercițiu de retorică. Recentă majorare a plăților reprezintă un pas bun în direcția recunoașterii importanței acestui segment al serviciilor de sănătate, dar mai sunt încă mulți alții de făcut, în special pentru creșterea accesului la serviciile de sănătate al locuitorilor din zonele izolate și în care aceste servicii sunt insuficiente. Acestea sunt zonele cu o rată mai ridicată a mortalității, ca urmare a lipsei furnizorilor de servicii de sănătate care să asigure diagnosticarea bolilor, și recomandarea și efectuarea tratamentelor. În plus, în aceste zone nu există nici servicii farmaceutice.

**Figura 8: Cheltuieli pentru serviciile primare de sănătate, ca procent din totalul cheltuielilor pentru serviciile de sănătate al Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate, 1999 – 2006**



Sursa: Pagina de internet a CNAS

16. **Este de așteptat ca structura pe vârste a medicilor de familie și mobilitatea crescândă a forței de muncă (odată cu integrarea în UE) să supună sistemul de sănătate la presiuni considerabile.** Un recent studiu USAID<sup>7</sup> arată că majoritatea doctorilor de familie au vârsta cuprinsă între 45 și 55 ani, urmând a se pensiona în 10-15 ani, și că puțini sunt doctorii tineri care practică medicina de familie. Dacă această tendință va continua, numărul medicilor, al medicilor de familie în special, va scădea dramatic, conducând la o scădere a accesului și creștere a cheltuielilor de funcționare ale sistemului. Această situație ar putea fi rezolvată prin stimulente, ca de exemplu salarii mai mari și diverse avantaje, prin care tinerii absolvenți să fie încurajați să practice medicina de familie sau să se stabilească în localități rurale. Evident, actualul indicator comparabil este venitul unui doctor de familie din Europa Occidentală. Creșterea recentă a numărului de rezidenți pentru specialitatea medicină de familie este un mod de abordare a problemei dar este nevoie și de o punere de acord a politicilor de a face mai atractive aceste zone fără servicii medicale și crearea unui pachet de beneficii motivant.

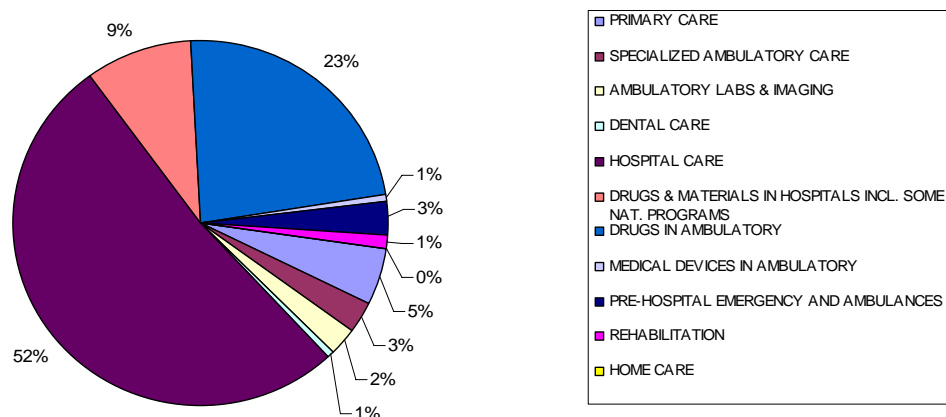
17. **Prin aderarea la UE, piețele vest-europene care oferă salarii mai mari au devenit foarte atractive pentru doctorii și asistentele medicale din România.** Deși fenomenul este global și greu de abordat, este de așteptat ca el să afecteze considerabil sistemul de sănătate românesc în anii care vin. De aceea este nevoie de o strategie de resurse umane specifică noii poziții a României ca membră a Uniunii Europene.

<sup>7</sup> “Summary Report of Financing and Training Needs of Small Scale Health Service Providers and Distributors in Romania” (Raport succint privind necesarul de finanțare și instruire a micilor furnizori și distribuitori de servicii de sănătate din România) Draft Report, Banking on Health Project, June 2007.

18. **Nivelul ridicat al cheltuielilor cu medicamentele duce la creșterea cheltuielilor generale.** Medicamentele și consumabilele pentru asistența medicală ambulatorie reprezintă circa 23% din cheltuielile de asistență medicală ambulatorie și 9% din cheltuielile spitalelor, din bugetul de asigurări de sănătate. Drept urmare, 32% din bugetul asigurărilor de sănătate sunt cheltuieli pentru medicamente și consumabile, acesta fiind al doilea articol de cheltuieli ca mărime, după serviciile de asistență prin spitalizare. Cheltuielile CNAS cu medicamentele din sistemul asistenței medicale ambulatorii, programele naționale și procentul din cheltuielile serviciilor de asistență prin spitalizare au crescut constant de-a lungul anilor. Modul de stabilire a prețului medicamentelor s-ar putea îmbunătăți ca și controlul volumului medicamentelor rambursate. Aceasta ar fi posibilă prin reanalizarea listei medicamentelor rambursate de CNAS pe baza eficacității dovedite a acestora; reformularea metodelor de co-plată pentru medicamentele pe bază de rețetă; și introducerea unor măsuri de monitorizare și control a modului de prescriere a rețetelor. Creșterea concurenței pe piața medicamentelor ar putea și ea contribui atât la reducerea prețului medicamentelor, cât și la creșterea eficienței și eficacității.

**Figura 9: Structura cheltuielilor CNAS pe categorii de servicii**

Percent of total service expenditure of National Health Insurance Fund for various types of services



Sursa: Pagina de internet CNAS

19. **Excluderea constituie și ea o problemă, având în vedere accesul încă dificil la serviciile de sănătate al populației din zonele rurale.** Un număr considerabil de persoane, în special din mediul rural, pare să nu beneficieze de sistemul de sănătate. Faptul s-ar putea datora mai multor factori ca, de exemplu: neplata contribuției la sistemul de asigurări; lipsa serviciilor de sănătate în zona de reședință; sau, în cazul în care aceste servicii există, numărul limitat de unități sau ore de funcționare. Transportul până la cea mai apropiată unitate medicală deschisă este de obicei dificil, împiedicând accesul. Farmaciile sunt rare în mediul rural.

20. **Deși accesul a fost întrucâtva îmbunătățit în ultimul timp, în special la serviciile de sănătate a reproducerii, continuă să existe importante zone cu probleme.** Datele anchetelor sociale arată că nu toată populația a beneficiat în egală măsură de pe urma creșterii accesului. Doar 54% din femeile din ultima treime din punct de vedere socioeconomic au fost asistate de un medic la naștere, față de peste 90% din femeile din treimea de la vârf. Accesul la serviciile de sănătate diferă și în funcție de apartenență etnică. De exemplu, doar 47% din femeile de etnie romă și 50% din bărbații romi declară că au o asigurare de sănătate, față de 84% și, respectiv, 80% din totalul populației. Cum spitalele absorb un volum disproporționat de resurse publice și sunt concentrate în principalele orașe, diferența sub aspect geografic a cheltuielilor mărește și mai mult inegalitatea regională în alocarea resurselor. Numărul de paturi pe județ variază, de la 300 la 100.000 locuitori în Ialomița, la 1.110 în București și 1.020 în Cluj. Această diferență apare evidentă prin contrastul între indicatorii de sănătate aceștia fiind defavorabili grupurilor vulnerabile. Gospodăriile din zonele rurale și cele sărace sunt și cele mai puțin probabil să apeleze la serviciile de sănătate în caz de boală, iar sumele rambursate de asigurările de sănătate se îndreaptă într-o măsură disproporționat de mare către populația înstărită care are un mai bun acces la tehnica modernă în îngrijirile de care beneficiază.

21. Proporția persoanelor care achită direct, din propriul buzunar, serviciile de sănătate este în creștere, iar aceste cheltuieli au crescut și ele, măbind vulnerabilitatea financiară a populației și conducând la sărăcie. Unul din obiectivele asigurărilor naționale de sănătate este ca populația să nu fie obligată la plata unor sume mari în cazul în care are nevoie de asistență medicală. Fără o asigurare de sănătate, o problemă de sănătate poate fi o uriașă povară în cazul în care îngrijirile sunt costisitoare. Dacă suportarea unei părți din cheltuieli este o formă rezonabilă de limitare a utilizării excesive de servicii de sănătate, plățile directe cu valori mari pot determina pierderi extreme. În cazul gospodăriilor care au avut cel puțin un membru spitalizat pentru tratament, 31% din aceste persoane au trebuit să plătească din buzunar mai bine de 30% din disponibilul lor bănesc. Unele segmente de populație sunt expuse la mari șocuri negative legate de consum datorită sumelor mari pe care trebuie să le plătească pentru servicii de sănătate scumpe – oficiale și neoficiale – pe care sistemul de asigurări de sănătate era conceput în principiu să le acopere. Plățile directe pentru serviciile de sănătate, în special pentru tratamentul spitalicesc, a dus chiar la sărăcirea unor persoane. Umărul total al populației sărace din România în 2004 a crescut cu 2% datorită plăților directe, în timp ce numărul persoanelor aflate în sărăcie extremă a crescut cu 8%.

22. **Pentru abordarea aceste probleme (și a altora), România a adoptat reforme importante** precum introducerea asigurărilor universale obligatorii de sănătate și separarea finanțării de furnizarea serviciilor prin crearea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) – o instituție care achiziționează serviciile de sănătate de la furnizori prin unitățile sale județene de asigurări de sănătate. De asemenea, Guvernul a adoptat un mare pachet legislativ prin care se urmărește în primul rând o mai bună responsabilizare și conducere a sectorului spitalelor. Cu toate acestea, mai sunt încă multe de făcut în această privință.

23. **Principala provocare o constituie acum punerea în aplicare a acestor inițiative într-un mod coordonat și coerent** și în special asigurarea că programul de

reformă este ferm ancorat în procesul bugetar. Aceasta are două aspecte. Un prim aspect este asigurarea că resursele bugetare prevăzute în acest sector pe termen mediu sunt pe măsura sarcinilor. Un al doilea este elaborarea de planuri de cheltuieli specifice corespunzătoare liniei generale a agendei de reformă. Un factor cheie al succesului acestei activități este o bună strategie de comunicare astfel încât toți actorii principali ai sistemului să poată înțelege și participa la acest efort comun.

#### **IV. Concluzii și recomandări de politică pentru sectorul de sănătate**

24. **Deși indicatorii de sănătate din România s-au îmbunătățit în ultimii zece ani, mai rămân încă serioase provocări, iar pentru realizarea de progrese în continuare, guvernul va trebui să întreprindă noi acțiuni.** Creșterea accesului la serviciile de sănătate ale populației din zonele izolate și cu acoperire insuficientă prin educarea publicului, facilitarea transportului și încurajarea furnizorilor de servicii de sănătate să deschidă activități în zonele cu o slabă acoperire, reducerea poverii pe care o reprezintă cheltuielile de sănătate plătite direct - atât cele oficiale, cât și cele neoficiale - și punerea accentului pe serviciile preventive și de asistență primară se numără printre prioritățile ce trebuie avute în vedere. Guvernul a și început să-și concentreze atenția pe aceste priorități, dar trebuie să-și adapteze mai bine măsurile pentru a ajunge la acele grupuri de populație pentru care indicatorii încă nu au înregistrat o îmbunătățire.

25. **România va trebui să-și modifice structura cheltuielilor pentru sănătate, măbind proporția cheltuielilor de asistență primară și ambulatorie.** Strategia de raționalizare a spitalelor constituie o excelentă foaie de parcurs pentru reducerea numărului de paturi pentru afecțiuni acute, trecerea la servicii mai puțin costisitoare de spitalizare de zi sau în ambulator, și crearea de noi modele de asistență medicală, în special de asistență socio-medicală și pentru bătrâni, precum și pentru populația din zonele izolate și cele rurale. Schimbarea de accent de la serviciile pe bază de spitalizare la cele în ambulator va rezolva în parte problema lipsei de acces al anumitor grupuri vulnerabile de populație, în special în zonele rurale sărace, prin înlocuirea spitalelor mari cu modele alternative de asistență medicală cu precădere ambulatorie. Cele câteva măsuri avute în vedere cum ar fi plăți separate pentru îngrijiri de zi și includerea de noi servicii în pachetul furnizat în medicina primară trebuie să fie urmate de strategii mai cuprinzătoare care să îmbine continuitatea îngrijirilor cu beneficiile îmbunătățirii eficienței în segmentul ambulator.

26. **Este probabil ca prin aplicarea unei strategii de raționalizare a spitalelor să se obțină economii nete, dar numai după o perioadă de tranziție de cheltuieli suplimentare.** S-ar putea argumenta o realizare treptată a investițiilor pentru restructurarea spitalelor, numai după închiderea unor unități cu paturi și realizarea de economii. Dar experiența țărilor care și-au restructurat sectorul spitalelor – precum Canada și Estonia – sugerează că ar fi de preferat o abordare simultană. Economii respective ar putea fi, la rândul lor, utilizate pentru trecerea resurselor la serviciile de asistență primară și renovarea serviciilor de sănătate ambulatorii în paralel cu restructurarea spitalelor. Pentru a face față costurilor de tranziție ale raționalizării spitalelor și aderării la UE, este mai realist să se anticipeze o creștere treptată a cheltuielilor de sănătate la circa 4,5% din PIB până în 2010 finanțată parțial din taxele prevăzute prin Legea privind reforma în domeniul sănătății. O extindere în continuare a

taxelor sau accizelor pentru produsele considerate nesănătoase ar putea include zahărul rafinat și sarea.

27. **In scopul creșterii eficienței cheltuielilor de sănătate curente și a realizării chiar a unor economii, actuala structură a spitalelor va trebui simplificată.** MSP a redus în două rânduri numărul paturilor de spital; întâi a eliminat 20.000 paturi care nu mai erau folosite, iar apoi a redus încă 9000 paturi prin aplicarea unor norme mai stricte. Dar numărul de paturi poate fi redus în continuare. Necesarul de paturi pentru o anumită populație poate fi controlat prin reducerea ratelor de internare, reducerea duratei medii de spitalizare, sau creșterea ratelor de ocupare și bineînțeles prin eliminarea paturilor neocupate (redundante) prin decizie administrativă. România are una dintre cele mai ridicate rate de internare din lume, și ar putea îmbunătăți și durata medie de spitalizare și ratele de ocupare (Figura 10)<sup>8</sup>. Autoritățile din Letonia au stabilit că s-ar putea reduce numărul total de paturi pentru afecțiuni acute de la 21.594 la 11.606. Unele paturi ar urma să fie eliminate, altele trecute la unitățile socio-medice și pentru cazuri cronice, și la căminele de bătrâni. Totodată, unele unități ar urma să fie renovate și altele noi, cu caracter diferit, construite. Costul renovării a fost estimat la 34,3 milioane dolari SUA, iar cel al construirii de noi unități la 250,6 milioane dolari SUA. Extrapolând aceste sume la cazul României, costul total al restructurării spitalelor s-ar ridica la 2,1 miliarde dolari SUA. Suma nu este mică, având în vedere că întregul buget anual de sănătate publică este de circa 4,1 miliarde dolari SUA. In ceea ce privește economiile, o estimare generală sugerează că prin trecerea a 15.000 paturi la unitățile socio-medice și pentru afecțiuni cronice s-ar putea realiza economii anuale de aproximativ 47,8 milioane dolari SUA, iar prin închiderea unor unități cu un număr total de 60.000 paturi ar duce la economii anuale de ordinul a 480 milioane dolari SUA.<sup>9</sup> O altă posibilitate este crearea unor holdinguri spitalicești care să își restructureze pe plan intern numărul de paturi în funcție de nevoile locale.

28. **Actualele proiecții din Cadrul fiscal al cheltuielilor pe termen mediu - MTEF - pentru cheltuielile publice în sectorul de sănătate trebuie să fie actualizate pentru a include creșterea veniturilor acestui sector și impactul reformelor asupra bugetului.** MTEF proiectează o reducere a cheltuielilor pentru sănătate, de la 3,3% din PIB în 2006, la 2,5% din PIB în 2009 în principal datorită creșterii PIB-ului. In plus, aceste proiecții nu par să țină seama de veniturile generate de “taxa pe viciu” din care o parte urmează să fie cheltuită de Ministerul Sănătății pentru construirea de noi spitale și preluarea unor programe naționale prin crearea Agenției de Naționale de Programe în Sănătate în

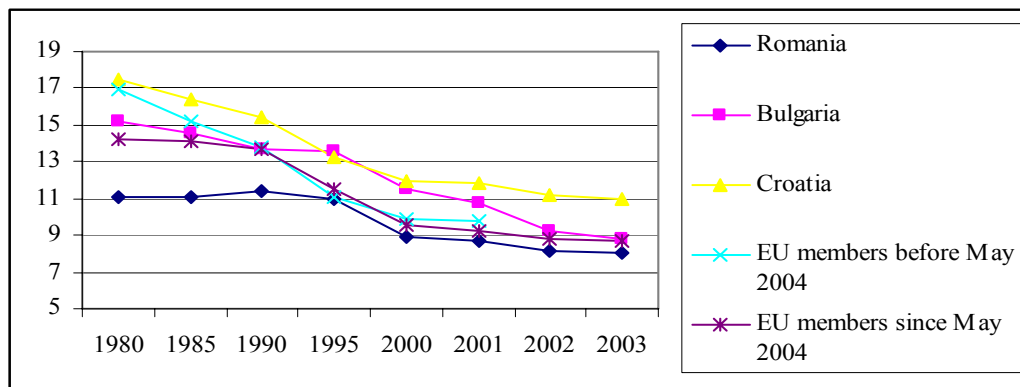
---

<sup>8</sup> Un studiu pilot pentru pregătirea aplicării DRG întreprins în 24 spitale în 2002 a stabilit că 57% din paturi nu erau necesare pe baza comparației cu un eșantion de spitale din SUA. Strategia de raționalizare a spitalelor elaborată în 2003 a recomandat reducerea numărului de paturi pentru afecțiuni acute de la 160.294 (în 2001) la 96.805, și transferarea altor 14.908 pentru afecțiuni ne-acute. Ray Blight: Hospital Rationalization Strategy, 2003.

<sup>9</sup> Acest calcul se bazează pe următoarele ipoteze: (i) nu intervine nici o schimbare în structura utilizării, ci doar în numărul paturilor; (ii) cheltuielile anuale pentru un pat sunt egale cu cheltuielile spitalului împărțite la numărul total de paturi existente în 2004, adică aproximativ 8.016 dolari SUA pe an pentru un pat; (iii) cheltuielile unităților care acordă îngrijiri pe termen lung pentru un pat sunt cu 60% mai mici decât pentru spitalele care au paturi pentru afecțiuni acute; (iv) 14.908 paturi sunt trecute la unitățile socio-medice și cele care dau îngrijiri pe termen lung; și (v) numărul paturilor pentru cazuri acute se reduce de la 160.294 la 96.805.

subordinea Ministerului Sănătății Publice. Pentru 2006, veniturile provenite din “taxa pe viciu” sunt estimate la 925 milioane RON (330 milioane dolari SUA) și reprezintă aproximativ 58% din suma alocată în prezent bugetului sănătății. În bugetul estimat pentru 2007 se alocă circa 3.400 milioane RON sau 1,24 miliarde dolari SUA, din care 1.900 milioane RON proveniți din veniturile generale, iar restul din veniturile din taxa pe viciu. Ca urmare a proiectatei creșteri a PIB, este de așteptat ca cheltuielile pentru sănătate pe locuitor să se mențină la același nivel sau să crească ușor. Mai mult decât atât, experiența majorității țărilor din UE și OCED sugerează că procentul din PIB cheltuit pentru sănătate tinde mai curând să crească, decât să scadă, o dată cu creșterea PIB-ului. Ipoteza creșterii PIB-ului luată în calcul în MTEF va aduce România, la sfârșitul perioadei MTEF, la un nivel comparabil cu actualul PIB pe locuitor al țărilor cu venit ridicat din rândul celor intrate în UE în 2004 – cum ar fi Slovenia- sau al țărilor membre UE cu venit mic, precum Grecia sau Portugalia. Țările cu un astfel de nivel al PIB pe locuitor cheltuiesc cel puțin 5% din PIB pentru sănătate. Strategia Guvernului de a crește cheltuielile cu sănătatea la 5% din PIB și chiar mai mult până în 2008 necesită o estimare prudentă a veniturilor bugetului în special prin contribuțiile la sistemul asigurărilor de sănătate și a taxei pe viciu.

**Figura 10: Durata medie de spitalizare, toate spitalele, unele țări**



Sursa: WHO HFADB.

29. Ținând seama de aceste aspecte, Banca face următoarele recomandări:

- **Eliminarea rolului precumpănitor al serviciilor furnizate în regim de internare.** Aceasta va necesita reducerea în continuare a numărului de paturi de spital, închiderea unor spitale și o mai mare specializare a serviciilor asigurate de spitalele rămase, precum și extinderea în continuare a mecanismelor de furnizare a serviciilor în afara spitalelor, conform Strategiei de raționalizare a spitalelor.
- **Reorganizarea serviciilor spitalicești** în servicii pentru afecțiuni cronice și acute, pentru îngrijirea bătrânilor și de asistență socială, din care doar primele să fie tratate în spitale, și reducerea numărului de paturi prin aplicarea unor criterii mai stricte pentru paturile din spitalele pentru afecțiuni acute.

- **Extinderea serviciilor la nivelul comunităților** și a serviciilor medicale în zonele rurale și localitățile mici a căror populație nu este acoperită corespunzător.
- **Îmbunătățirea practicilor actuale din spitale** prin noi modalități de prestare a serviciilor cum ar fi chirurgia de zi și o îmbunătățire a capacității diagnostice și terapeutice; acestea vor conduce la economii suplimentare pe termen lung, întrucât reprezintă alternative mai ieftine ale acelorași servicii furnizate în spitale.
- **Creșterea eficienței spitalelor printr-un mai bun management al pacienților** prin stabilirea de criterii de internare, introducerea traseelor clinice, elementelor de gestiune a asistenței medicale și a listelor de medicamente.
- **Creșterea calității asistenței medicale acordate în spitale** prin luarea de măsuri specifice pentru reducerea infecțiilor nozocomiale și măsuri generale cum ar fi auditul clinic și evaluarea de către colegi. Acreditarea spitalelor ar trebui avută în vedere ca un mijloc de îmbunătățire a calității asistenței medicale.
- **Îmbunătățirea sistemelor de plată.** Aceasta va duce la extinderea aplicării sistemelor DRG, perfecționarea metodologiei de control împotriva fraudelor din sistem și crearea unor noi modalități de plată care să sprijine modelele / furnizorii pentru a oferi servicii în afara spitalelor.
- **Perfecționarea mecanismelor economice pe piața medicamentelor** și aplicarea mecanismelor pentru controlul utilizării medicamentelor în spitale.
- **Elaborarea unei strategii de comunicare** care să asigure acceptarea și susținerea de către public și profesioniști a obiectivelor reformei.
- **Calcularea costului fiscal al reformelor propuse.** Bugetul și cadrul fiscal al cheltuielilor pe termen mediu trebuie să reflecte în mod adecvat costurile de tranziție ale raționalizării spitalelor, o modalitate practică pentru deschiderea oricăror noi spitale regionale sau locale, și tranziția la un nivel al cheltuielilor pentru sănătate mai aproape de cel al țărilor recent intrate în UE și care să corespundă mai bine cu creșterea PIB-ului pe locuitor al României. Este necesară evaluarea integrală a impactului financiar al noului pachet de legi ale sănătății.