

Reforma sistemului sanitar: eforturi într-o direcție greșită

În ciuda logicii reformei, sectorul spitalelor primește o cotă mai mare din resursele dedicate sănătății decât înainte. Schimbările de politică luate în considerare de către Ministerul Sănătății vor deveni fie irelevante fie agravante.

Reforma sistemului sanitar românesc menită a crește resursele alocate sănătății și schimbării accentului către îngrijirea primară. Trei ani după introducerea la nivel național a noului sistem de colectare de fonduri – asigurările sociale – cota alocată sănătății a crescut în mod substanțial. În ciuda deficiențelor comparabile în utilizare, spitalele consumă o parte în creștere din această felie. Această situație prezintă riscul de a aglomera cheltuielile dedicate îngrijirii primare – un element esențial în strategia de reformă – și medicamentelor compensate – o problemă socială extrem de importantă. Noua guvernare a identificat corect sectorul spitalelor ca fiind veriga slabă a reformei. Propunerile sale legislative însă fie nu reușesc să rezolve aceste probleme – noul sistem de finanțare DRG – fie o înrăutățesc – privatizarea parțială a clinicilor, care prezintă riscul transferării costurilor private către deja supra-solicitatul sector public.

Date introductive

Reforma sistemului sanitar românesc a fost luată în considerație încă din anii 1990. Partea de legislație crucială, Legea Asigurărilor de Sănătate, a fost adoptată în 1997 și a intrat în vigoare în 1998. Legea a înlocuit vechiul sistem de finanțare de la unul bazat pe impozitarea la nivel național, către una bazată pe taxarea separată pe statul de plată (ca asigurare socială) și administrată de către fonduri sanitare regionale (județene).

Cele două obiective cele mai relevante ale procesului de reformă au fost:

- Să crească resursele alocate pentru sănătate și
- Să mărească accentul pus pe îngrijirea medicală primară

De exemplu, Fig. 1 indică problemele majore care necesită rezolvare, în conformitate cu opiniile consultanților care au ajutat la proiectarea reformelor. Lipsa fondurilor și accentele puse pe îngrijirea la nivel de medic specialist sunt proeminente.

Fig. 1. Strategia pre-reformă. Probleme ale sistemului sanitar românesc

-
- * Fonduri insuficiente
 - ⇒ De-motivarea specialiștilor
 - * Indicatori de sănătate la nivele îngrijorătoare
 - * Ineficiență prin:
 - ⇒ Accentul ridicat pus pe îngrijirea la nivel de medic specialist
 - ⇒ Rate de spitalizare crescute (însă durate de spitalizare medii)
 - ⇒ Surplus de paturi de spital și rate mari de ocupare (însă fără surplus de personal)
-
- * Asigurări de calitate insuficiente
 - * Proasta evoluție a unor programe de prevenire
 - * Existența de sisteme sanitare paralele
 - * Acces scăzut la sistemul sanitar în zonele rurale
 - * Situația juridică neclară a clădirilor
-

Sursa: BASYS, 1997

Procesul reformei a continuat în domeniul asistenței primare care a fost privatizată prin introducerea medicului de familie și schimbarea sistemului de fonduri înlocuit cu unul care se bazează pe calculul *per capita*. O evoluție mult mai scăzută a fost înregistrată în sectorul spitalelor. Proprietarul bunurilor nu este încă stabilit, iar fondurile au la bază distribuția bugetară tradițională. **Casele de sănătate, care în mod teoretic aparțin beneficiarilor de servicii de sănătate și trebuie să încheie contracte cu furnizorii, nu au reușit să fie selective și nu au avut un impact prea mare asupra furnizorilor.**

Finanțarea în sistemul sanitar

România alocă 2-3% din PIB pentru sănătate. Aceasta a reprezentat una dintre cele mai mici alocări pentru sănătate înregistrate de țările central și est europene – chiar dacă, conform Băncii Mondiale, ea reflecta nivelul de dezvoltare al țării. Totodată, starea sănătății populației României era mai scăzută decât în țările vecine. În acest context, factorii de decizie au considerat nivelul cheltuielilor din acest domeniu ca fiind insuficient; prin urmare, au fost introduse asigurările sociale pentru a redresa situația.

Fig.2. indică faptul că de la introducerea sa în 1998, asigurarea socială și-a atins acest scop. Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut cu 4% din PIB. Dacă sunt adăugate și cheltuielile din domeniul privat, procentul ajunge la 5%. Deși acesta este încă scăzut comparativ cu standardele Uniunii Europene, și chiar cu statisticile celorlalte țări central și est europene, reprezintă o evoluție considerabilă în raport cu 1990.

Fig. 2. Evoluția cheltuielilor în sistemul sanitar – în termeni relativi

Surse de finanțare	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cheltuieli totale pentru sistemul sanitar public, % din PIB	2.7	2.8	3.1	3.0	3.1	3.1	3	2.8	3.2	4.0	4.0
Cheltuieli totale pentru sănătate, % din PIB	3.5	3.5					3.7	3.5	4.1	4.9	-

Chiar și în termeni absoluți, creșterea resurselor este considerabilă. Fig. 3 prezintă evoluția cheltuielilor pentru sănătate calculate în USD. Cheltuielile totale au scăzut din faza inițială a tranziției – alocarea din PIB a rămas constantă, dar PIB-ul s-a diminuat. Introducerea asigurării sociale a condus la o creștere cu 25% în 1990 și de peste 30% în 1997 (ultimul an ce a precedat introducerea fondului de asigurare socială).

Fig. 3. Evoluția cheltuielilor cu sănătatea - termeni absoluți

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Cheltuieli totale cu sistemul sanitar public (mild. \$)	1.09	0.81	0.6	0.78	0.93	1.09	1.05	0.98	1.3	1.37	1.34

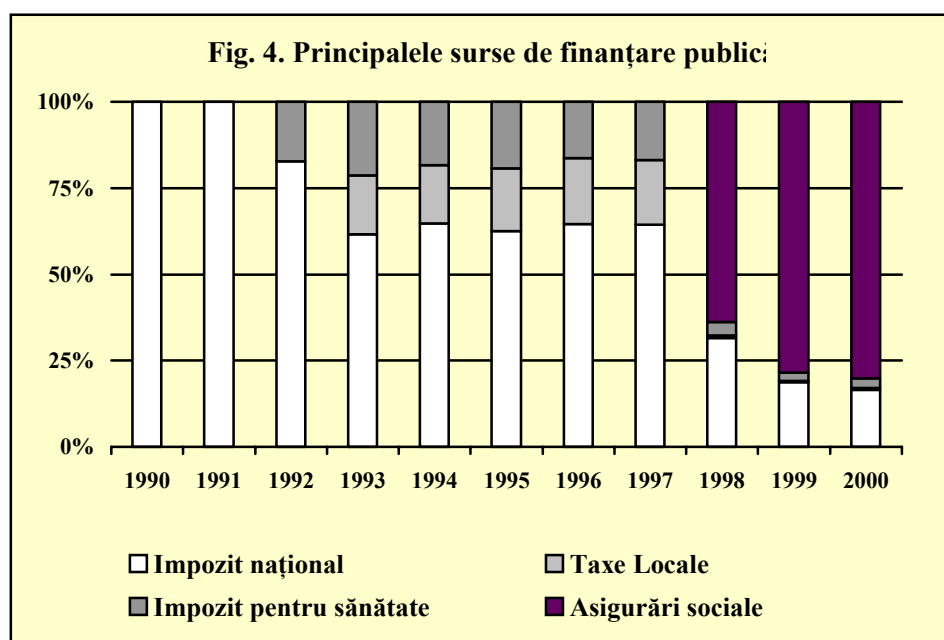
Asigurările sociale au devenit acum principala sursă de finanțare a sectorului sanitar. Fig. 4 indică evoluția surselor de finanțare. În prezent, asigurarea socială acoperă mai mult de 80% din fondurile pentru sănătate.

Sectorul spitalelor

România a început reforma cu un sector spitalicesc supraaglomerat – nu cu mult diferit de cele mai multe țări din UE sau Europa centrală și de est. Principalii indicatori folosiți pentru evaluarea sectorului spitalicesc sunt:

- Numărul de paturi
- Rata de ocupare
- Numărul de spitalizări
- Durata spitalizărilor

Ultimele statistici disponibile, indică cifrele din România ca ocupând cea mai înaltă poziție, dar încadrându-se în marja anticipată, în raport cu toți indicatorii. Rata spitalizărilor (aproximativ 20/100 persoane) și durata acestora (aproximativ 10 zile) indică cele mai mari cifre din regiunea OMS și cifre medii pentru țările central și est europene. Rata de ocupare (75%) se înscrie în jumătatea inferioară a statisticilor, în timp ce numărul de paturi (peste 7/1000 pacienți) se înscrie în jumătatea superioară.



Pentru evaluarea acestei situații, trebuie luat în considerație faptul că toate țările pe le analizăm trec printr-o situație critică în sectorul spitalelor: toate încearcă să reducă numărul paturilor, spitalizările și perioada de spitalizare și să crească rata de ocupare. O situație care este încă mai gravă decât media din aceste țări este încă problematică. Totuși, este de remarcat faptul că, începând cu anii '90, toți acești indicatori s-au îndreptat în direcția potrivită. Numărul paturilor a scăzut brusc cu aproape 20% în timp ce rata spitalizărilor a rămas aproape neschimbată. Aceasta a condus la explozia ratei de ocupare. Durata spitalizărilor a scăzut cu aproximativ 15%. Concluzia principală în ceea ce privește fondurile este că indicatorii de utilizare nu au scăzut. Aceasta indică faptul că presiunea pentru cheltuieli mai mari nu se datorează numărului mare de cazuri.

Fondurile pentru spitale

Fig. 5 indică încă o dată așteptările celor care promovează reforma în privința alocării resurselor în cadrul sectorului sănătății. Se poate foarte bine observa trecerea intenționată a resurselor dinspre sectorul spitalelor către cel al ajutorului primar.

Fig. 5. Strategia de pre-reformă 1997.

Tipul de facilitate sanitară	Alocarea financiară de resurse (1997), %	Alocarea financiară estimată, %
1. Spitale	50	35
2. Îngrijire secundară	30	30
3. Îngrijire primară	20	35

Sursa: BASYS, 1997

Fig. 6. Cheltuieli cu sistemul sanitar: o comparație între cheltuielile realizate și suma prevăzută în Contractul Național Cadru (CNC) și revizuirea bugetului (RB)

Tipul de serviciu, %	1998 Realiz.	1999 CNC	1999 RB	1999 Reliz.	2000 CNC	2000 RB	2000 Realiz.	CoCa 2001
Îngrijire primară	9	15.5	9.5	9	14.5-15	9.8	9.5	14.5-15
Specialiști	5.8	11.7	6.6	6.1	8.7	7.8	7.2	8.7
Spitale	67.2	40	61.2	64.1	59-61	64	65.5	50-53
Medicamente compensate	6.8	20	9.3	8	10-11	12.8	12.4	10
Stomatologie	2.7	4.2	2.8	2.4	2.5-3	1.6	1.4	3
Servicii de reabilitare	0.8	1	1.2	1.1	1	0.6	0.6	1-1.2
Proteze	3.2	3	0.6	0.3	1	0.3	0.3	1
Serviciu ambulatoriu	4.3	4.5	3.8	3.7	3-4	3	3	3
Programe de sănătate	0.1	0	5	5.2	0.1-1	0	0	8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fig. 7. Venituri și cheltuieli la fondurile de sănătate 1998-2000

Mild. ROL ,000	1998			1999			2000		
	Legea bugetului	(*)	Realizat	Legea bugetului	(*)	Realizat	Legea bugetului	(*)	
Venituri	10.3	9.5	8.4	11.9	20.4	18.4	26.7	29	
Cheltuieli totale	7.6	7.6	7.4	11.4	17	15.9	23.9	25.2	
Fonduri	-	-	-	0.6	0.96	0.8	1.3	1.4	
Balanța	2.7	1.9	0.9	0	2.5	1.6	2.3	2.3	

(*) Rectificarea bugetară

Fig. 8. Cheltuieli cu sistemul sanitar după sector în țările OECD

Cheltuieli publice după sector din cadrul sistemului sanitar din totalul cheltuielilor pentru sănătate, %			
	Medie	Max.	Min.
Spitale	54	78	30
Prescrierea de medicamente	13	27	6
Servicii de specialitate	21	40	8

Fig. 6 prezintă desfășurarea alocării resurselor în sectorul sănătății. Sunt prezentate prevederile contractului cadru (propus la începutul anului) și ale bugetului pentru perioada de vară – modificarea bugetului.

În fiecare an sumele alocate de bugetul pe perioada de vară pentru spitale au fost depășite de cheltuielile propriu-zise. Reciproca este valabilă pentru ajutorul primar și

cheltuielile pentru medicamente. Datele indică incapacitatea sectorului bugetar de a respecta limitele impuse de buget. Trebuie să luăm în considerare faptul că, așa cum indică fig. 7, resursele colectate au fost mai mici cele estimate: în fiecare an, venitul propriu-zis a fost mai mic în comparație cu cel necesar pentru bugetul de vară. Aceasta a condus la cheltuieli mai mici decât cele așteptate. În consecință, o alocare mai mare decât cea așteptată pentru spitale presupune resurse reale mai scăzute pentru ajutorul primar și medicamente decât cele așteptate. **De la campion al reformei, ajutorul primar a ajuns Cenușăreasa alocațiilor bugetare.**

Concluzia este că România cheltuiește, în termeni relativi, mai mult pentru spitale și mai puțin pentru ajutorul primar și medicamente decât majoritatea țărilor OECD. **Pe lângă aceasta, trebuie să luăm în considerare faptul că această distribuție are la bază cheltuielile fondurilor de sănătate. Alocarea pentru cheltuielile spitalelor ar fi chiar mai mare dacă 20% din cheltuielile publice ar fi luate în considerație.**

Aceasta este cu atât mai surprinzător cu cât luăm în considerare faptul că la începutul anilor 1990 România și Republica Cehă erau campionii cheltuielilor pentru medicamente. Se așteaptă de la o țară ca România un procentaj mai mare al cheltuielilor pentru medicamente în comparație cu țările vest europene deoarece prețurile pentru bunurile comerciale precum medicamentele variază mai puțin între țări decât prețul muncii. Prin urmare, sectoarele care se bazează în principal pe forța de muncă, trebuie să aibă o contribuție mai mică la resursele totale din România în comparație cu țările vest europene.

O explicație instituțională

Problema sectorului sanitar este determinată de lipsa încurajărilor privind limitarea costurilor la nivelul spitalelor. Sectorul spitalelor este puternic politizat, întrucât este format din elitele din domeniul medical. Problema este agravată de faptul că membrii acestei elite sunt factori de decizie la toate nivelurile din sistemul sanitar.

Lipsa competiției între fondurile de sănătate (care sunt monopoluri regionale, așadar nu intră în competiție pentru clienți) creează un cadru instituțional în care nu există încurajări pentru fondurile de sănătate în vederea implicării acestor grupuri de interes și implementării durelor constrângeri bugetare asupra spitalelor. Strategia dominantă este formarea unei alianțe între beneficiar și furnizor în vederea aruncării costurilor în seama bugetului.

În plus, autonomia managerilor de spitale este una limitată, ceea ce previne chiar și implementarea măsurilor de restructurare pe care le promovează managerii deschiși la nevoile publicului.

Planurile de reformă ale guvernului

Administrația anterioară a reușit să se obișnuiască cu acest mod de lucru din sistemul spitalelor, acceptând creșterile de cheltuieli din sistem. Noua conducere a Ministerului Sănătății și Familiei a identificat reforma sistemului spitalicesc ca fiind principala sa prioritate. Este mai puțin clar însă dacă noii factori de decizie înțeleg mecanismele care au condus la actuala stare de fapt – iar dacă le înțeleg – cum vor reuși politicile anunțate să rezolve situația.

Principalele inițiative consistă în schimbarea sistemului de finanțare către DRG (grupuri de diagnoză) și privatizare parțială. Teoretic, fundamentarea finanțării pe amestecul de cazuri mai degrabă decât pe costuri reale ar încuraja spitalele să fie mai eficiente. Problema este că

DRG în sine ar putea conduce la intervenții mai eficiente, însă nu în mod necesar la reducerea costurilor. Mai important, implementarea completă a DRG este un proces foarte complicat, care va lua ani – așa cum indică experiența Ungariei – una din primele țări din CEE care a adoptat această metodă. Așadar, indiferent care vor fi beneficiile, DRG nu va fi o soluție pe termen scurt.

Privatizarea parțială nu este o metodă sigură. Oricum s-ar realiza aceasta – prin asigurarea prin surse private a unor servicii, sau chiar prin privatizarea facilităților de cazare a pacienților, implică riscul ca o parte din costurile facilităților private să fie suportate de secțiunea publică a spitalului. O alternativă mult mai eficientă ar fi privatizarea în întregime a spitalelor sau crearea de spitale noi, private.

Concluzii

În ciuda calității îmbunătățite a finanțării în domeniul sanitar și păstrării constante a nivelului ratelor de utilizare, spitalele consumă o parte din ce în ce mai mare din resursele dedicate sistemului sanitar. România, în ciuda veniturilor mici, este în situația paradoxală de a aloca mai mulți bani publici spitalelor decât alte țări OECD. Această situație prezintă riscuri politice și sociale evidente. În plus, ea subminează rolul îngrijirii primare ca piesă principală a reformei.

Inițiativele noii administrații privind sectorul spitalelor nu reușesc să rezolve problema menținerii nivelului scăzut al costurilor. În timp ce trecerea la finanțare pe bază de amestec de cazuri și privatizarea au reușit să punteze succese comensurabile, efectele lor nu vor ieși la iveală în viitorul apropiat. Mai mult decât atât, privatizarea parțială a spitalelor ar putea înrăutăți problema financiară a sectorului public, resursele din acesta fiind deturnate către pacienții părții private.