



CURTEA DE CONTURI A ROMÂNIEI

Sinteza

***rapoartelor de audit al performanței privind unele
Programe Naționale de Sănătate derulate în perioada
2012-2014 la Ministerul Sănătății și la
Casa Națională de Asigurări de Sănătate***



2016

Sinteza

rapoartelor de audit al performanței privind unele Programe Naționale de Sănătate derulate în perioada 2012-2014 la Ministerul Sănătății și la Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Colectivul de elaborare:

Curtea de Conturi a României – Departamentul V

Conf. univ. dr. Ioan HURJUI – Șef Departament

Mirela IONESCU – Director

Silvia MINCIUNĂ – Șef serviciu

Bogdan Mînzicu – Auditor public extern

Elena Dumitriu – Auditor public extern

Adresa:

Curtea de Conturi a României

Strada Lev Tolstoi, nr.22-24, sector 1, București

Telefon: (+40)21.30.78.706; Fax: (+40) 21.30.78.894

Email: DepartamentV@rcc.ro

Site: <http://www.curteadeconturi.ro>

C U P R I N S

Nr. Crt.	Capitol	Pagina
	Abrevieri	2
1.	Introducere	3-7
2.	Prezentare generală a programelor naționale de sănătate auditate	8-26
3.	Constatările, concluziile și recomandările Curții de Conturi a României urmare misiunii de audit al performanței privind unele programe naționale de sănătate derulate în perioada 2012-2014 la Ministerul Sănătății și la Casa Națională de Asigurări de Sănătate	26-60
3.1	Principalele constatări identificate	26-54
3.2	Recomandările formulate pentru înlăturarea abaterilor	54-60
	Listă grafice, tabele și figuri	61

ABREVIERI UTILIZATE:

MS	➤	Ministerul Sănătății
CNAS	➤	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CAS	➤	Casa de Asigurări de Sănătate
CJAS	➤	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
FNUASS	➤	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
OUG	➤	Ordonanță de Urgență a Guvernului
HG	➤	Hotărârea Guvernului
PNC	➤	Punct Național de Contact pentru asistență medicală transfrontalieră
PNS	➤	Program Național de Sănătate

INTRODUCERE

Prezentul raport este destinat Parlamentului României, Guvernului și opiniei publice. Sinteza a fost redactată în baza constatărilor, concluziilor și recomandărilor conținute în rapoartele de audit întocmite ca urmare a misiunii de audit al performanței cu tema: „*Auditul performanței privind unele Programe Naționale de Sănătate derulate în perioada 2012-2014 la Ministerul Sănătății și la Casa Națională de Asigurări de Sănătate*” care s-a desfășurat atât la Ministerul Sănătății (denumit în continuare MS), la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (denumită în continuare CNAS) cât și la un număr de 21 case județene de asigurări de sănătate (CJAS).

Ministerul Sănătății este organ de specialitate al administrației publice centrale, cu personalitate juridică, în subordinea Guvernului și reprezintă autoritatea centrală în domeniul asistenței de sănătate publică.

Ministerul Sănătății, ca autoritate națională în domeniul sănătății, exercită controlul asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate din punctul de vedere al aplicării politicilor și programelor în domeniul sanitar aprobate de Guvernul României și realizează coordonarea funcționării eficiente a sistemului de asigurări sociale de sănătate organizat prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

În scopul realizării obiectivelor Strategiei naționale de sănătate, Ministerul Sănătății elaborează programele naționale de sănătate cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar derularea acestora se realizează de către Ministerul Sănătății și/sau Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

Atribuțiile Ministerului Sănătății în domeniul programelor naționale de sănătate sunt următoarele:

- ✓ aprobă strategia programelor naționale de sănătate, parte integrantă a Strategiei naționale de sănătate;
- ✓ aprobă normele metodologice de realizare a programelor naționale de sănătate publică;
- ✓ avizează normele metodologice de realizare a programelor naționale curative elaborate de CNAS;

✓ organizează la nivel național proceduri de achiziții publice pentru achiziționarea de bunuri și servicii necesare implementării programelor naționale de sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare privind achizițiile publice;

✓ realizează organizarea, monitorizarea, evaluarea și controlul implementării programelor naționale de sănătate publică.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate este instituție publică autonomă, de interes național, cu personalitate juridică și funcționează pe baza Statutului propriu, administrând și gestionând sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar.

CNAS are în subordine, în temeiul *Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate județene, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

CNAS conduce sistemul de asigurări sociale de sănătate și funcționează pe baza principiilor stabilite prin prevederile Titlului VIII „*Asigurările Sociale de Sănătate*” din Legea nr.95/2006, cu modificările și completările ulterioare, ale statutului propriu precum și a altor acte normative cu incidență asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate iar Programele naționale de sănătate auditate intră în sfera de atribuții a Direcției Programe Curative din cadrul CNAS.

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

✓ realizează strategii, studii, analize și prognoze privind dezvoltarea, funcționarea, eficacitatea și performanțele sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în vederea perfecționării acestuia;

✓ asigură organizarea și administrarea platformei informatice din asigurările de sănătate (PIAS), care cuprinde sistemul informatic unic integrat, sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate, sistemul național de prescriere electronică și sistemul dosarului național al pacientului;

✓ monitorizează și controlează modalitatea de eliberare a medicamentelor compensate și gratuite;

✓ prezintă Ministerului Sănătății, trimestrial și anual, precum și în cadrul unor analize funcționale, activitățile realizate de CNAS cu privire la serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale furnizate asiguraților, inclusiv cele din cadrul programelor naționale de

sănătate, contractarea, decontarea și finanțarea acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate precum și execuția bugetului;

✓ monitorizează și controlează modul de încheiere și executare a contractelor încheiate între CAS și furnizorii de servicii medicale, de medicamente și de dispozitive medicale;

✓ efectuează direct sau prin intermediari specializați, sondaje în vederea evaluării gradului de satisfacție a asiguraților și de evaluare a interesului manifestat de aceștia față de calitatea serviciilor medicale și asigură controlul măsurilor stabilite în gestionarea fondurilor pentru realizarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate într-un mod coerent și unitar;

✓ asigură evidența statistică necesară în activitatea specifică sistemului de asigurări sociale de sănătate și colaborează cu instituții care au atribuții în domeniul statisticii;

✓ răspunde de asigurarea, urmărirea și controlul fondurilor alocate pentru derularea programelor și subprogramelor naționale de sănătate cu scop curativ, precum și de monitorizarea, controlul și analiza indicatorilor fizici și de eficiență, prin intermediul CAS.

Obiectivul general al auditului performanței:

▪ evaluarea modului în care **Ministerul Sănătății** a fundamentat necesarul de fonduri și a coordonat, monitorizat și controlat modul de derulare și implementare, în condițiile respectării principiilor de legalitate, regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate în utilizarea fondurilor alocate pentru prevenirea îmbolnăvirii, în perioada 2012-2014 a următoarelor programe de sănătate: Programul național de diabet zaharat și Programul național de tratament pentru boli rare.

▪ evaluarea modului în care **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** și casele județene de asigurări de sănătate au fundamentat necesarul de fonduri și au respectat principiile de legalitate, regularitate, economicitate, eficiență și eficacitate în utilizarea fondurilor alocate în perioada 2012-2014 pentru achiziția de medicamente în vederea derulării următoarelor programelor naționale de sănătate:

a) Programul național de diabet zaharat;

b) Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare (scleroză multiplă, hemofilie, talasemie, alte boli rare) derulat în anul 2012 și Programul național de tratament pentru boli rare derulat în perioada 2013-2014;

c) Programul național de ortopedie;

d) Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

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

La Ministerul Sănătății:

✘ Evaluarea modului de fundamentare anuală a necesarului de resurse financiare pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică și a modului de repartizare a fondurilor pe surse și titluri bugetare, programe/subprograme naționale de sănătate publică, respectiv pe unități de specialitate;

✘ Evaluarea modului de coordonare, monitorizare și control al implementării PNS;

✘ Evaluarea gradului de realizare a indicatorilor fizici și de eficiență.

Auditul a încercat să răspundă cu prioritate la următoarele întrebări:

✓ Fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate a asigurat fondurile necesare și repartizarea acestora la unitățile sanitare/DSP-uri s-a efectuat pe criterii obiective?

✓ Coordonarea, monitorizarea și controlul asupra derulării și implementării programelor naționale de sănătate s-a efectuat de către Ministerul Sănătății constant și la termenele legale?

✓ Indicatorii de evaluare ai programelor naționale de sănătate au fost realizați?

La Casa Națională de Asigurări de Sănătate:

☞ 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 CAS 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 CNAS 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;

☞ Evaluarea gradului de informare a asiguraților.

Auditul a încercat să răspundă cu prioritate la următoarele întrebări:

✓ Legislația specifică a influențat derularea cu eficiență a PNS?

✓ Fundamentarea bugetului alocat derulării PNS a asigurat fondurile necesare, iar repartizarea acestora la CAS teritoriale 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 CNAS pot depista prin instrumente specifice eventuale decontări nejustificate de medicamente și/sau servicii medicale efectuate de către CAS județene și CNAS către furnizorii de servicii medicale, medicamente și/sau materiale sanitare?

✓ Controlul efectuat de CNAS a contribuit la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a fondurilor alocate derulării PNS?

✓ Indicatorii de evaluarea ai PNS au fost realizați?

✓ În perioada auditată, au fost utilizate suficiente modalități/metode de informare a pacienților privind prevenirea, și controlul periodic al anumitor afecțiuni grave de sănătate?

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 2012-2014, 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.

Rapoartele de audit încheiate în urma misiunii de audit al performanței au fost transmise MS și CNAS și au la bază constatările rezultate din sintetizarea, analizarea și interpretarea probelor de audit colectate la nivelul MS, respectiv CNAS cât și aspectele cuprinse în rapoartele de audit întocmite de către camerele de conturi teritoriale care au desfășurat acțiuni de audit la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate.

Misiunea a fost efectuată în temeiul Legii nr. 94/1992 *privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi*, republicată, actualizată, a *Regulamentului privind organizarea și desfășurarea activităților specifice Curții de Conturi, precum și valorificarea actelor rezultate din aceste activități*, aprobat prin Hotărârea Plenului Curții de Conturi nr. 155/2014, precum și în conformitate cu standardele proprii de audit, elaborate în baza standardelor internaționale de audit.

2. PREZENTARE GENERALĂ A PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE AUDITATE

Programele naționale de sănătate reprezintă cadrul implementării obiectivelor politicii și strategiei sănătății publice de către Ministerul Sănătății, ca autoritate centrală a domeniului de sănătate publică.

Programele naționale de sănătate se adresează populației și sunt orientate către promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și prelungirea vieții de bună calitate.

Programele naționale de sănătate se finanțează de la **bugetul de stat**, din **veniturile proprii ale Ministerului Sănătății**, din **bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate** și prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și din alte surse, inclusiv din donații și sponsorizări, în condițiile legii.

Guvernul României, prin Aria Strategică de Intervenție 1 “*Sănătate Publică*” și-a propus ca **obiectiv general**, diminuarea ritmului de creștere a morbidității și mortalității prin boli netransmisibile și reducerea poverii lor asupra populației, prin programe naționale, regionale și locale de sănătate cu caracter preventiv, prin asigurarea accesului la servicii de diagnostic și/sau tratament pentru patologii speciale.

Astfel, în domeniul **bolilor rare**, politica Ministerului Sănătății vizează consolidarea capacității sistemului de a oferi servicii de sănătate de calitate pentru pacienții cu asemenea boli, un acces cât mai bun în măsura posibilităților la produsele medicamentoase orfane¹ și apropierea performanței sistemului din România de standardele și recomandările promovate de politica europeană comună și structurilor europene de profil.

În domeniul auditat, ca priorități strategice sectoriale se regăsesc:

- Planul național de Control al Diabetului din care fac parte: realizarea registrelor de boală, prevenția primară a bolilor netransmisibile, tratamentul bolnavilor, sprijinul acordat automonitorizării bolnavilor, monitorizarea răspunsului terapeutic prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA 1c);

- Planul Național de Boli Rare din care fac parte: realizarea registrelor de boală, prevenția primară a bolilor netransmisibile, cu evidențierea riscului genetic în cadrul consultației

¹ http://ec.europa.eu/health/rare_diseases/orphan_drugs/index_ro.htm: „Medicamentele „orfane” sunt destinate tratării bolilor rare. Sunt denumite astfel deoarece industria farmaceutică manifestă un interes scăzut pentru producerea și comercializarea de produse destinate numai unui număr redus de pacienți, care suferă de afecțiuni foarte rare”.

preventive furnizate de medicul de familie, realizarea de ghiduri clinice (ex hemofilie) și trasee clinice, realizarea de servicii de recuperare/ paliativă.

Prin H.G. nr.1028/2014, Guvernul României a aprobat **Strategia națională de sănătate 2014 – 2020** care se dorește a fi dovada angajamentului decidenților din sectorul de sănătate și a Guvernului României de a asigura și promova sănătatea ca determinant cheie al unei dezvoltări durabile a societății românești, inclusiv din punct de vedere social, teritorial și economic, ca motor de progres și prosperitate al națiunii.

În scopul realizării obiectivelor Strategiei naționale de sănătate, Ministerul Sănătății elaborează programele naționale de sănătate cu participarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), iar derularea acestora se realizează distinct, după cum urmează:

- de către Ministerul Sănătății pentru programele naționale de sănătate publică;
- de către CNAS pentru programele naționale de sănătate curative.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate repartizează caselor de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București și Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, **fondurile destinate derulării programelor naționale de sănătate**, în baza indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul precedent.

Unitățile de specialitate care implementează programe naționale de sănătate au obligația utilizării fondurilor în limita bugetului alocat și potrivit destinației specificate, cu respectarea dispozițiilor legale, precum și obligația gestionării eficiente a mijloacelor materiale și bănești și a organizării evidenței contabile a cheltuielilor pentru fiecare program, pe subdiviziunile clasificăției bugetare, atât pentru bugetul aprobat, cât și în execuția bugetului de venituri și cheltuieli.

În perioada 2012-2014, CNAS a urmărit, coordonat și a administrat resursele financiare atât din FNUASS cât și din subvenții/transferuri și resurse primite din venituri proprii de la Ministerul Sănătății pentru programele naționale cu scop curativ.

Programele naționale de sănătate cu scop curativ care s-au derulat în perioada 2012-2014 au fost aprobate prin **H.G nr. 1388/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012** și prin **HG nr. 124/27.03.2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014**.

➔ **Ministerul Sănătății** a derulat în perioada 2012-2014 în medie un număr de **24 de Programe Naționale de Sănătate**, pentru care au fost raportate plăți totale în sumă de 1.677.672 mii lei (473.347 mii lei în anul 2012, 541.579 mii lei în anul 2013 și 662.746 mii lei în anul 2014).

Dintre programele naționale de sănătate derulate de Ministerul Sănătății, au fost supuse auditării un număr de două programe, respectiv:

- a) Programul național de diabet zaharat;
- b) Programul național de tratament pentru boli rare.

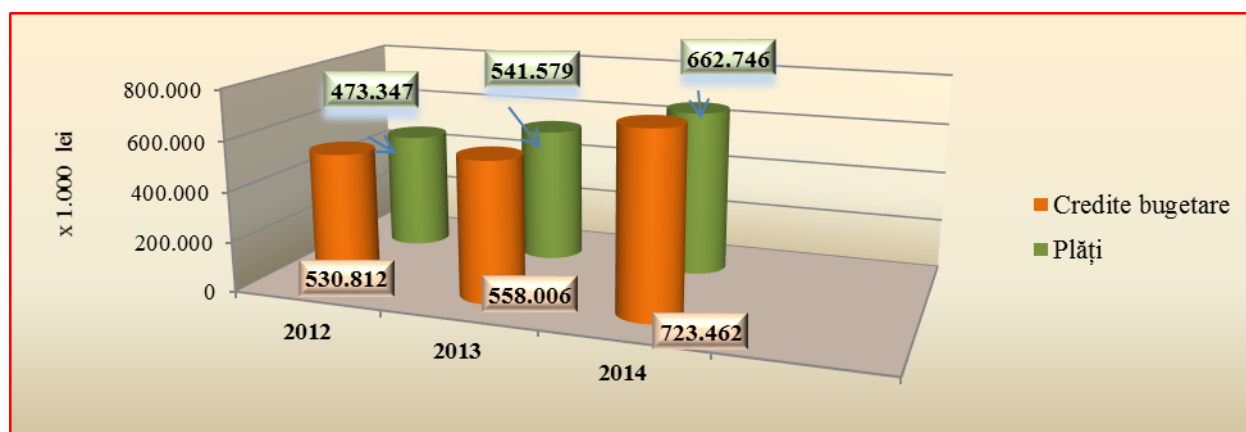
Pentru programele de sănătate auditate, au fost alocate fonduri în sumă totală de 7.094 mii lei, din care au fost efectuate plăți în sumă totală de 6.872 mii lei.

În anul 2012, pentru *Programul național de diabet zaharat*, s-a înregistrat o execuție bugetară de 95%, iar pentru *Programul național de diagnostic și tratament al bolilor rare* de 97%.

În perioada 2013-2014, a fost derulat prin Ministerul Sănătății numai *Programul național de tratament pentru boli rare*, execuția bugetară fiind de 100% pe total buget, sursa venituri proprii.

Evoluția creditelor bugetare, precum și a plăților efectuate pentru derularea Programelor naționale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătății, în perioada 2012-2014, se prezintă astfel:

Graficul nr.1



Analizând datele din graficul anterior se constată faptul că, atât creditele bugetare aprobate cât și plățile efectuate pentru derularea Programelor naționale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătății au avut un trend ascendent în perioada 2012 – 2014, cea mai mare creștere din perioada analizată fiind aferentă anului 2014 față de anul 2012, respectiv 36% pentru creditele bugetare aprobate și 40 % pentru plățile efectuate.

➤ **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** în perioada 2012 – 2014 a derulat în medie **17 Programe Naționale de Sănătate** iar plățile efectuate pentru derularea programelor naționale de sănătate au înregistrat o evoluție mixtă, ca și în situația creditelor bugetare aprobate,

respectiv de la suma de 2.979 milioane lei în anul 2012, la suma de 3.556 milioane lei în anul 2014, reprezentând o creștere în sumă absolută de 577 milioane lei, respectiv o diminuare de 233 milioane lei față de anul 2013.

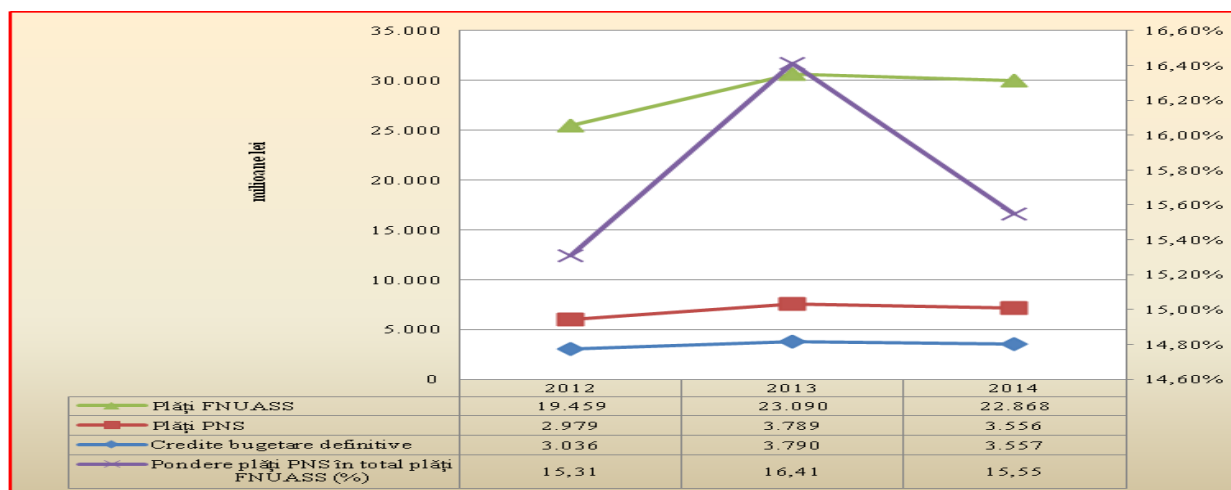
Din totalul celor **17 PNS** derulate în perioada 2012-2014, Programul național de diabet zaharat, Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și Programul național de oncologie au deținut ponderea cea mai mare în totalul plăților efectuate pentru derularea Programelor Naționale de Sănătate, de aproximativ 85%, acest fapt fiind determinat în principal atât de numărul mare al bolnavilor, cât mai ales de valoarea crescută a medicamentelor utilizate în tratamentul specific.

De altfel în anul 2014, ponderea plăților efectuate pentru Programul național de oncologie a avut cea mai mare creștere, comparativ cu ponderea plăților care au fost efectuate în anul 2012.

Această creștere a fost influențată, în principal, de numărul de bolnavi (la 31.12.2014 numărul bolnavilor oncologici înscriși în PNS a fost de 109.602) care a cunoscut un trend ascendent în perioada auditată dar și de introducerea, în anul 2014, a subprogramului de reconstrucție mamară după afecțiuni oncologice prin endoprotezare.

Reprezentarea grafică a **evoluției creditelor bugetare și a plăților pentru derularea PNS comparativ cu totalul plăților efectuate din FNUASS**, se prezintă astfel:

Graficul nr.2



Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

În perioada 2012 – 2014, volumul plăților efectuate de către CNAS, destinate Programelor Naționale de Sănătate, a reprezentat în medie circa **16%** din totalul plăților efectuate din FNUASS. Sumele alocate programelor/subprogramelor naționale de sănătate în perioada 2012-2014 s-au utilizat pentru:

- asigurarea în spital și în ambulatoriu a unor medicamente și materiale sanitare specifice unor boli cronice cu risc crescut;

- asigurarea serviciilor de suplere a funcției renale (inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților);

- asigurarea unor servicii medicale paraclinice (dozarea hemoglobinei glicozilate la bolnavii cu diabet zaharat și investigație PET-CT pentru monitorizarea evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice);

- asigurarea serviciilor prin tratament Gamma Knife² și a serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute (începând cu anul 2014).

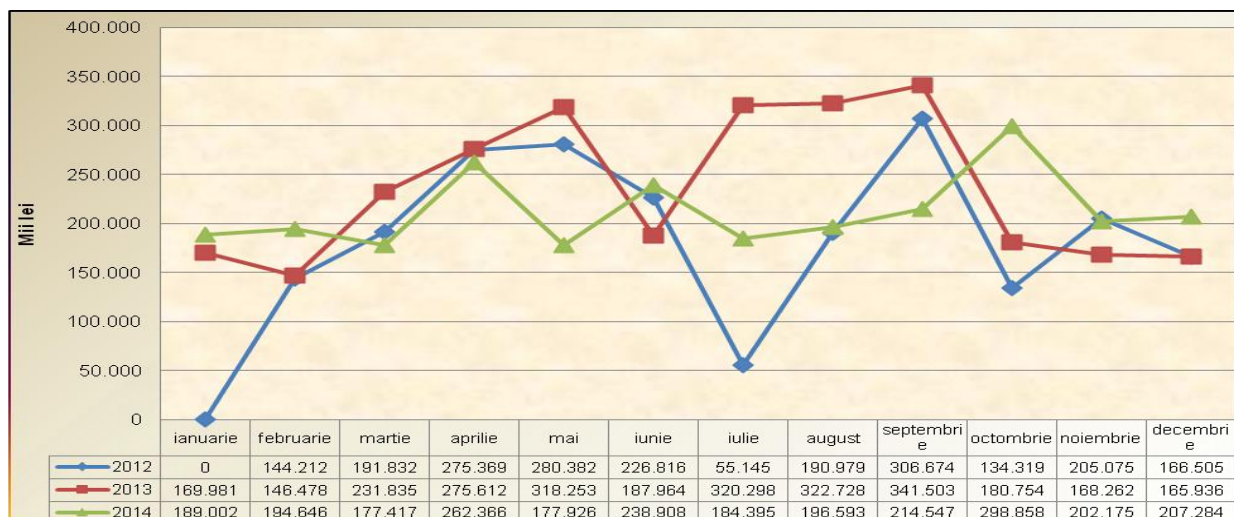
Astfel:

☛ Fondurile alocate în perioada 2012-2014 la capitolul **medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ** au fost în sumă totală de **7.554.236 mii lei** (2.180.423 mii lei – în anul 2012, 2.829.690 mii lei – în anul 2013, 2.544.123 mii lei – în anul 2014), din care s-au efectuat plăți în sumă totală de **7.551.029 mii lei** (2.177.309 mii lei - în anul 2012, 2.829.604 mii lei - în anul 2013, 2.544.116 mii lei – în anul 2014).

Din totalul plăților efectuate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ le revin o pondere de aproximativ 12%. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ dețin o pondere de aproximativ 27%.

Grafic, evoluția în dinamică a plăților lunare în perioada 2012-2014 aferente medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ, este următoarea:

² *Gamma-knife - procedeu de radiochirurgie stereotaxica, metodă de iradiere țintită a leziunilor cerebrale asistată de calculator. Instrumentul este de mare precizie și este capabil să iradieze cu o doză foarte mare de radiații X o arie din creier bine precizată. Restul creierului din jur nu este afectat prin această procedură.*



Sursa: CNAS

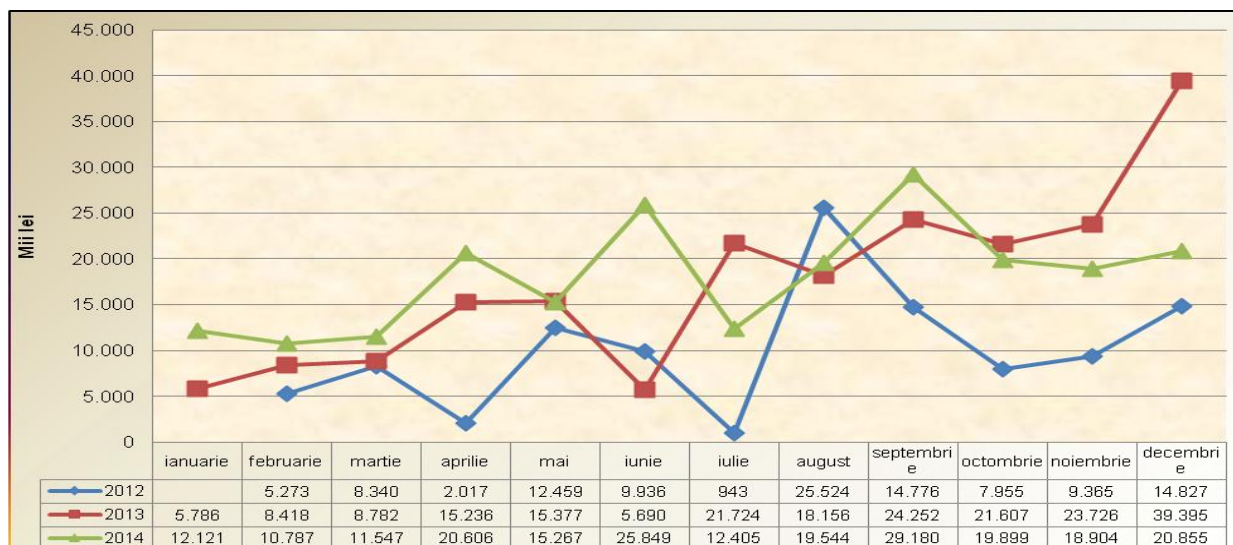
Așa după cum rezultă din situația prezentată, plățile la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale de sănătate curative în anul 2013 au fost cu 652.295 mii lei mai mari, respectiv cu 29,96%, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2012 iar în perioada ianuarie – decembrie a anului 2014, plățile efectuate au fost cu 285.488 mii lei mai mici, respectiv cu 10,09%, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2013.

☞ Fondurile alocate în perioada 2012-2014 la capitolul **materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ** au fost în sumă totală de **545.874 mii lei** (120.313 mii lei – în anul 2012, 208.596 mii lei – în anul 2013, 216.965 mii lei – în anul 2014), din care s-au efectuat plăți în sumă totală de **536.528 mii lei** (111.416 mii lei - în anul 2012, 208.148 mii lei - în anul 2013, 216.964 mii lei – în anul 2014).

Din totalul plăților efectuate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ le revin o pondere în medie de aproximativ 0,87%. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ dețin o pondere în medie de aproximativ 1,88%.

Comparativ cu aceeași perioadă a anului 2012, plățile la materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale de sănătate curative în anul 2014 au fost cu 105.548 mii lei mai mari, respectiv cu 94,73%.

Evoluția în dinamică a plăților lunare în perioada 2012-2014 aferente materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ este următoarea:



Sursa: CNAS

Așa după cum rezultă din situația prezentată, plățile la materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale de sănătate curative în anul 2013 au fost cu 96.732 mii lei mai mari respectiv cu 86,82%, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2012 iar în perioada ianuarie – decembrie a anului 2014, plățile efectuate au fost cu 8.816 mii lei mai mari respectiv cu 4,24%, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2013.

Din datele prezentate în graficele anterioare rezultă că plățile lunare efectuate în perioada 2012-2014 aferente **medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut și materialelor sanitare specifice** utilizate în programele naționale cu scop curativ au avut în general un trend crescător determinat, în principal de respectarea termenelor de decontare a obligațiilor de plată la termenele prevăzute de Legii nr. 72/2013 *privind măsurile pentru combaterea întârzierii în executarea obligațiilor de plată a unor sume de bani rezultând din contracte încheiate între profesioniști și între aceștia și autorități contractante.*

În perioada 2012-2014, plățile efectuate la aceste domenii de asistență medicală au avut în vedere și decontarea facturilor de medicamente și materiale sanitare aferente programelor naționale de sănătate curative, înregistrate în contabilitatea caselor de asigurări de sănătate în perioadele anterioare, astfel încât la finele anilor 2012-2014 să nu se înregistreze obligații restante la plată³.

³ <http://www.cnas.ro/page/rapoarte-de-activitate.html>: Rapoartele de activitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în anii 2013 și 2014;

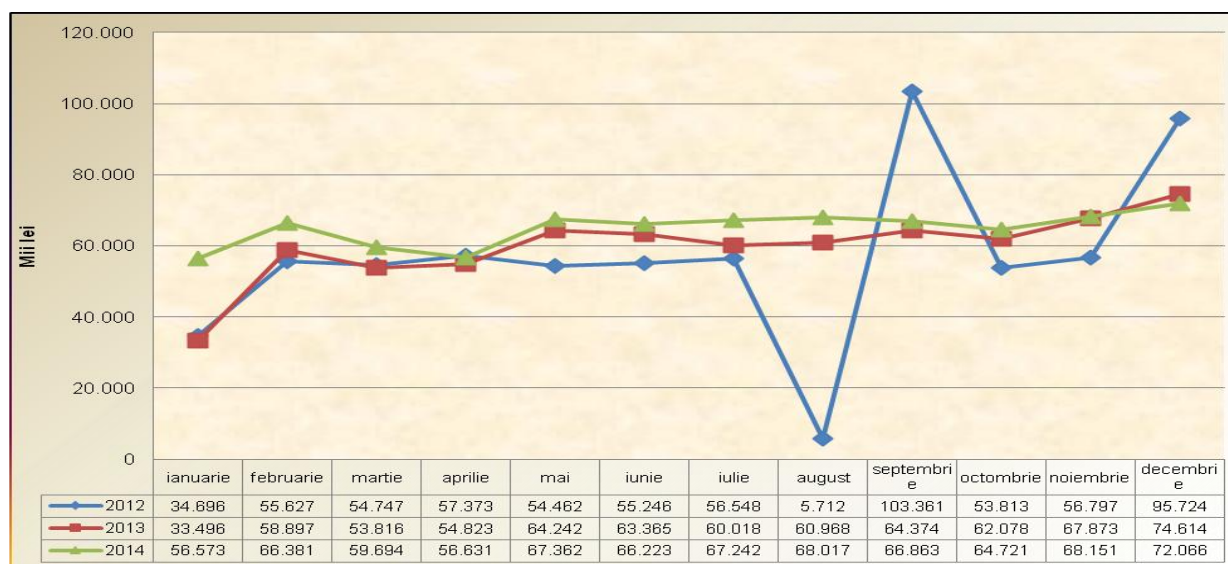
Potrivit OUG 65/2014 pentru modificarea și completarea unor acte normative, în vederea asigurării unui acces echitabil la serviciile medicale pentru toți cetățenii, având în vedere prevederile Acordului stand-by dintre România și Fondul Monetar Internațional, referitoare la reducerea arieratelor din sistemul de sănătate, la art. X alin.(2) s-a prevăzut că: „Până la finele anului 2014, prin derogare de la prevederile art. 30 alin. (2) din Legea nr. 500/2002, cu modificările și completările ulterioare,

➤ Fondurile alocate în perioada 2012-2014 pentru **servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală** au fost în sumă totală de **2.184.029 mii lei** (685.032 mii lei – în anul 2012, 718.887 mii lei – în anul 2013, 780.110 mii lei – în anul 2014), din care s-au efectuat plăți în sumă totală de **2.182.596 mii lei** (684.106 mii lei - în anul 2012, 718.565 mii lei - în anul 2013, 779.925 mii lei – în anul 2014).

Din totalul plăților efectuate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent serviciilor medicale de hemodializă și dializă peritoneală le revin o pondere în medie de aproximativ 3,61%. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală dețin o pondere în medie de aproximativ 7,91%.

Grafic, evoluția în dinamică a plăților lunare în perioada 2012-2014 pentru serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală este următoarea:

Graficul nr.5



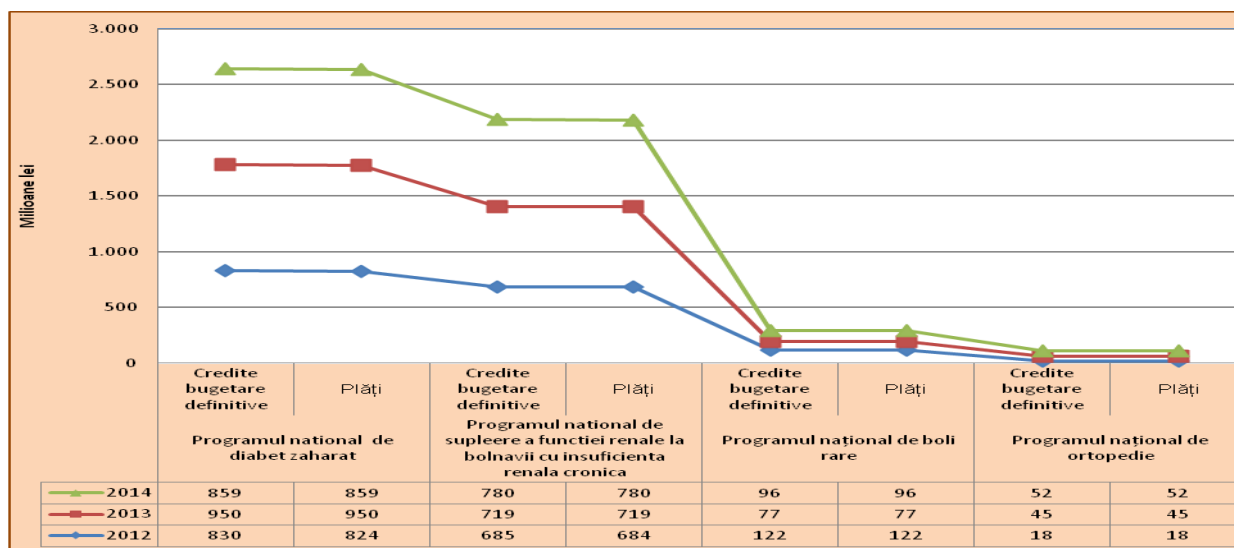
Sursa: CNAS

Așa după cum rezultă din situația prezentată, plățile efectuate în anul 2013 pentru servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală au crescut cu 5,04%, respectiv cu 34.459 mii lei, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2012 iar în perioada ianuarie – decembrie a anului 2014, plățile efectuate au crescut cu 8,54%, respectiv cu 61.361 mii lei, comparativ cu aceeași perioadă a anului 2013.

din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, prin hotărâre a Guvernului, pot fi alocate sume Ministerului Sănătății și Ministerului Justiției pentru plata arrieratelor înregistrate de către unitățile sanitare cu paturi din subordinea acestora”.

Reprezentarea grafică a evoluției creditelor bugetare și a plăților efectuate pentru derularea celor 4 programe naționale de sănătate auditate, se prezintă astfel:

Graficul nr.6



Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

Plățile efectuate, în perioada 2012-2014, pentru derularea celor 4 PNS auditate au deținut o pondere importantă din totalul plăților efectuate pentru derularea Programelor Naționale de Sănătate, de aproximativ 51%, din care *Programul național de diabet zaharat* și *Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică* au deținut ponderea cea mai mare, de aproximativ 47%, iar *Programul național de tratament pentru boli rare* și *Programul național de ortopedie* au deținut o pondere de aproximativ 4%.

Urmare misiunii de audit al performanței care a fost efectuată la MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, s-au reținut următoarele:

Conform datelor statistice publicate de International Diabetes Federation, în anul 2014, prevalența diabetului zaharat la adulți în România era peste media europeană (~9,3% față de 7,9%), fapt care ne situează pe locul 9 în Europa, după numărul de pacienți.

Potrivit datelor Institutului Național de Sănătate Publică, numărul bolnavilor de diabet zaharat în România a crescut de la an la an, ajungând în anul 2014 la **918.886 bolnavi**⁴, mai mult cu 154.739 bolnavi față de anul 2011, din care:

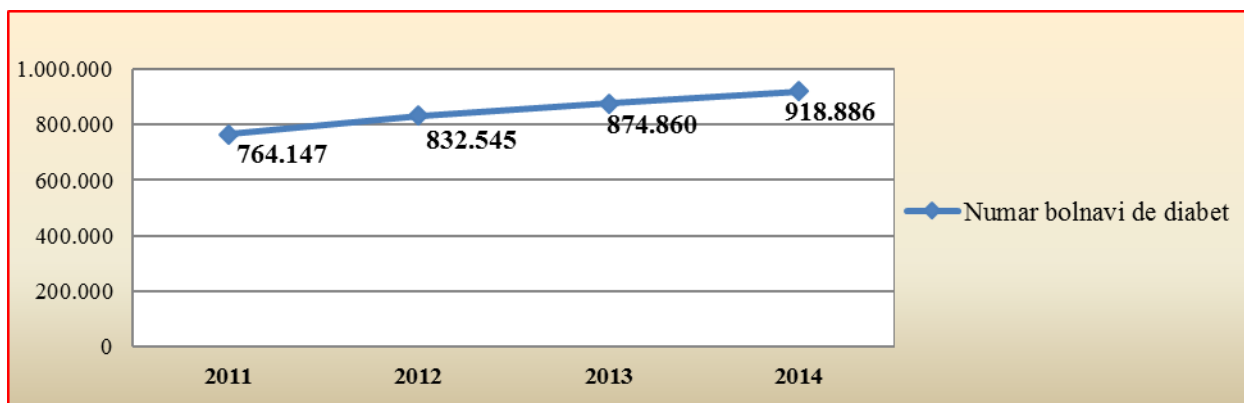
- bolnavi Diabet Zaharat (DZ) - tip 1: 128.881 bolnavi;
- bolnavi DZ- tip 2 – 772.197 bolnavi;

⁴ Bolnavi de diabet zaharat- rămași în evidență - în cabinetul de nutriție - toate formele clinice (bolnavi DZ – tip 1; bolnavi DZ- tip 2; bolnavi DZ- forma clinică de malnutriție; bolnavi DZ- alte forme clinice; bolnavi DZ- forma clinică fără precizare).

- bolnavi DZ- forma clinică de malnutriție – 74 bolnavi;
- bolnavi DZ- alte forme clinice – 17.706 bolnavi;
- bolnavi DZ- forma clinică fără precizare - 28 bolnavi.

Grafic, evoluția numărului de bolnavi de diabet în perioada 2011-2014 se prezintă astfel:

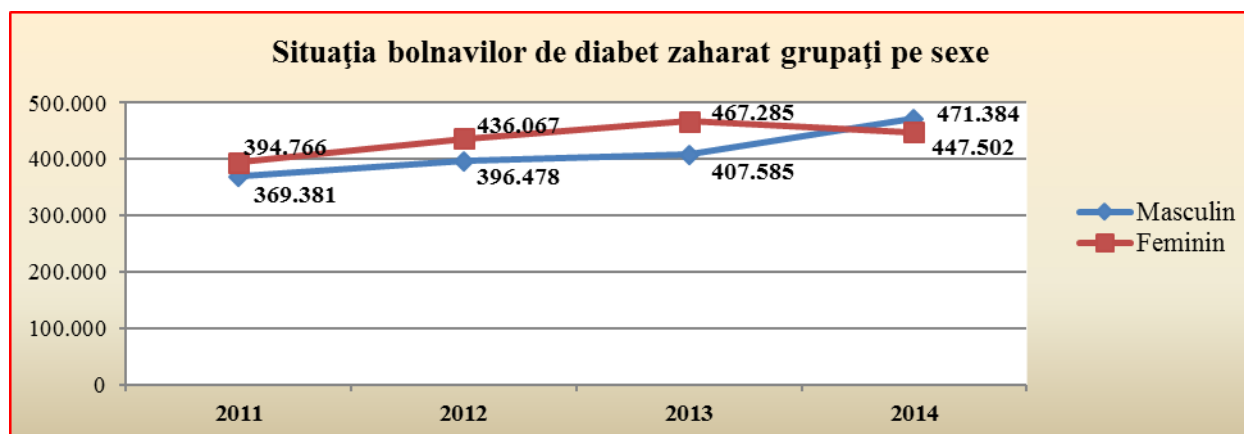
Graficul nr.7



În perioada 2011-2014, numărul bolnavilor de diabet zaharat a cunoscut un trend ascendent, înregistrând o creștere cu 20,25% în anul 2014 față de anul 2011. Un element important, care a dus în ultimii ani la creșterea incidenței bolii, a fost reprezentat de urmărirea mai atentă a populației și de îmbunătățirea metodelor de diagnostic.

Grupați pe sexe, pe regiuni de dezvoltare și pe grupe de vârstă, bolnavii de diabet zaharat din România se prezintă astfel:

Graficul nr.8



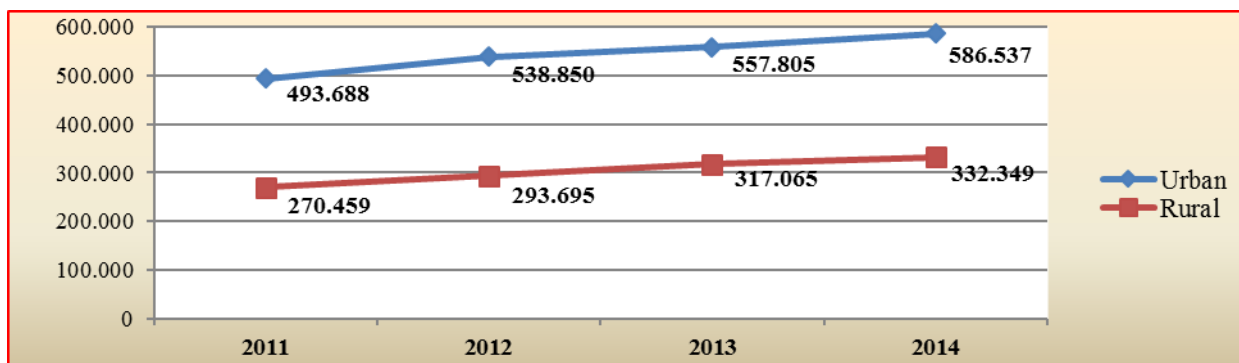
Analizând aceste date se constată că în perioada 2011-2014, numărul bolnavilor de diabet zaharat a cunoscut un trend ascendent, respectiv cu 27 % în rândul populației de sex masculin și cu 13 % în rândul populației de sex feminin, în anul 2014 comparativ cu anul 2011.

În cadrul perioadei analizate, cea mai mare creștere a numărului de bolnavi de diabet zaharat în rândul populației de sex masculin, respectiv cu 15%, s-a înregistrat în anul 2014

comparativ cu anul 2013 iar cea mai mare creștere a numărului de bolnavi în rândul populației de sex feminin, respectiv cu 10%, s-a înregistrat în anul 2012 comparativ cu anul 2011.

Situația bolnavilor de diabet zaharat grupați pe regiuni de dezvoltare (urban și rural), se prezintă astfel:

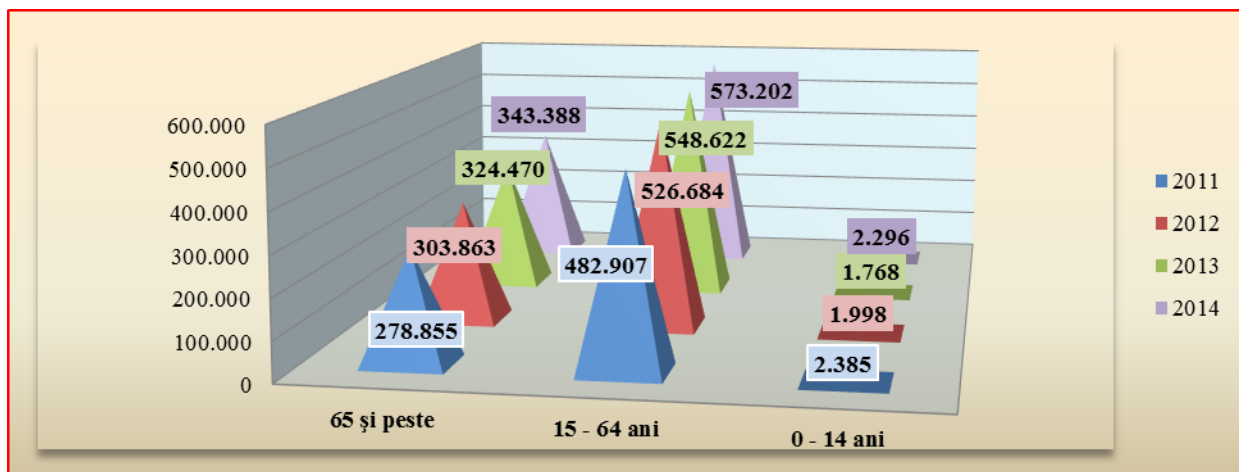
Graficul nr.9



Analizând aceste date se constată că în perioada 2011-2014, numărul bolnavilor de diabet zaharat din mediul urban și rural a cunoscut un trend ascendent, respectiv cu 18% în mediul urban și cu 22% în mediul rural, în anul 2014 comparativ cu anul 2011.

Situația bolnavilor de diabet zaharat pe grupe de vârstă se prezintă astfel:

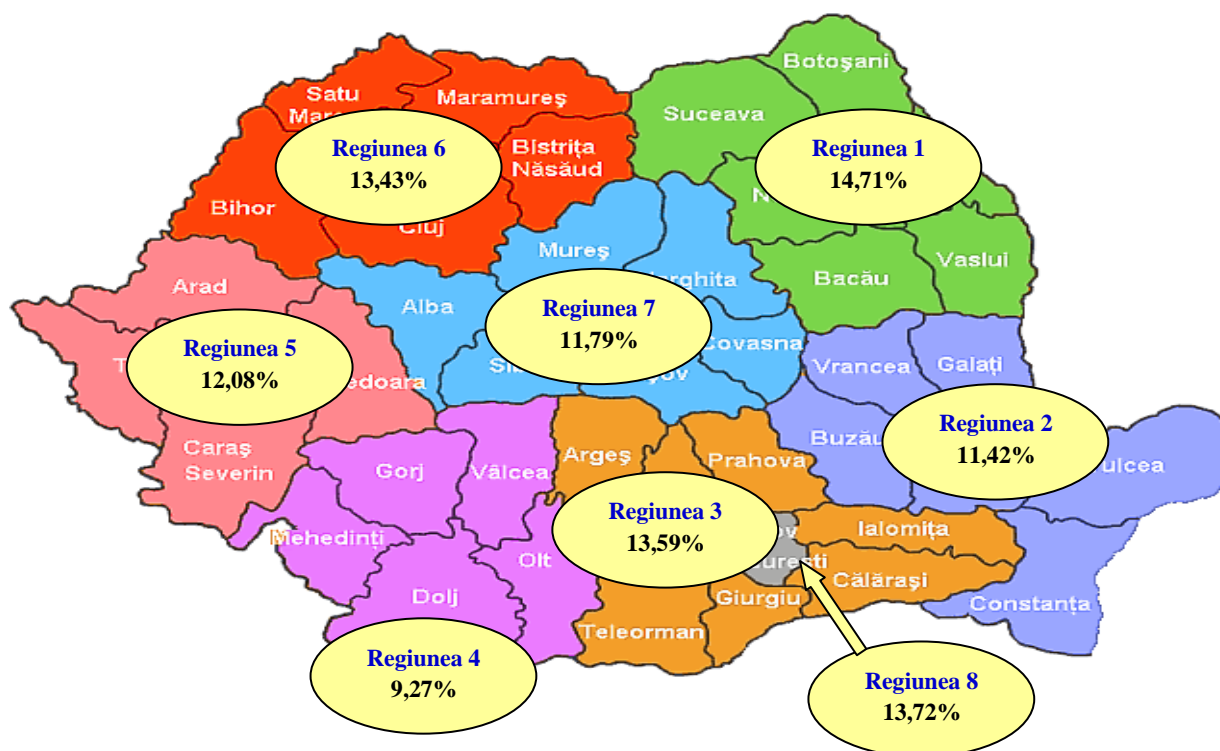
Graficul nr.10



Analizând aceste date se constată faptul că, în perioada 2011 – 2014, din totalul bolnavilor de diabet zaharat, cea mai semnificativă categorie de pacienți au fost cei cu vârsta cuprinsă între 15 și 64 ani, aceștia reprezentând aproximativ 63% din totalul bolnavilor rămași în evidență.

Raportat la cei **918.886 bolnavi** de diabet zaharat care au fost înregistrați în România la nivelul anului 2014, situația numărului bolnavilor de diabet zaharat și ponderea acestora pe fiecare regiune geografică de dezvoltare, se prezintă astfel:

Figura nr. 1 - Ponderea numărului de bolnavi de diabet zaharat în perioada 2012-2014 în funcție de regiunile geografice de dezvoltare în totalul bolnavilor de diabet zaharat din România:



În concluzie, așa cum reiese din datele prezentate, regiunea 1 a înregistrat în anul 2014 cea mai mare pondere din totalul bolnavilor cu diabet zaharat (14,71%). La polul opus se situează regiunea nr.4 (Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt, Vâlcea), care înregistrează o pondere a numărului de pacienți cu diabet zaharat de 9,27%. Județul Giurgiu înregistrează cel mai mic număr de bolnavi din toate județele, respectiv 4.563 bolnavi.

Cu privire la profilul stării de sănătate a populației din România în contextul actual al sistemului de sănătate, se apreciază că **diabetul zaharat** este o afecțiune cronică handicapantă în absența unui tratament incorect condus și intens consumatoare de resurse, o patologie răspândită în România.

De asemenea, în ceea ce privește **bolile rare**, deși afectează un număr relativ redus de persoane din populația generală și au un potențial limitat de prevenire/diagnostic precoce, mai ales în contextul unui determinism preponderent genetic (80%), pot avea un grad mare de severitate și letalitate precoce înaltă (circa 1/5 din cazurile cu debut în copilărie decedază înaintea vârstei de 5 ani). În România, pacienții cu asemenea boli reprezintă circa 6-8% din populație (din care 75% copii)⁵. Aceștia au nevoie de accesul la diagnostic precoce și tratament adecvat – servicii uneori înalt specializate și indisponibile pe plan național - în centre de referință

⁵ Sursa: Strategia națională de sănătate 2014 – 2020

specializate, de sprijinul unei palete largi de practicieni din sănătate, dar și de integrarea serviciilor medicale cu cele sociale, educaționale și de sprijin al familiei. La nivel de individ, povara bolii este mai importantă la categoriile vulnerabile, costurile uneori foarte mari de îngrijire și tratament specific - atunci când este disponibil - îi afectează disproporționat pe cei din categoriile defavorizate economico-social, mai ales pe copii.

Urmare misiunii de audit al performanței privind unele Programe de Sănătate care au fost derulate în perioada 2012-2014 de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, privind numărul d pacienți tratați și cheltuielile efectuate, s-au reținut următoarele:

➤ **Programul național de diabet zaharat**

În anul **2012**, potrivit Ordinului MS/CNAS nr. 1.591/1.110/2010, în cadrul *Programului național de diabet zaharat* din bugetul FNUASS au fost finanțate următoarele activități:

- evaluarea periodică a bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c);
- asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat: insulină și ADO;
- asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării persoanelor cu diabet zaharat insulinoțratați.

În perioada **2013-2014**, în cadrul *Programului național de diabet zaharat*, potrivit prevederilor Ordinului MS/CNAS nr. 190/2013 activitatea de asigurare a accesului de către pacienți la pompe de insulină și materiale consumabile a fost preluată de la Ministerul Sănătății prin finanțarea din FNUASS.

➤ În anul 2012, pentru activitățile finanțate în cadrul programului au fost raportați pacienți beneficiari, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 693.478 mii lei, din care:

- 630.541 bolnavi au beneficiat de asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 622.998 mii lei;
- 173.140 bolnavi au beneficiat de asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 69.663 mii lei;
- 38.071 bolnavi au beneficiat de evaluare periodică prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c), pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 817 mii lei.

➤ În anul 2013 pentru activitățile finanțate în cadrul programului au fost raportați pacienți beneficiari, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 743.824 mii lei, din care:

- 667.532 bolnavi au beneficiat de asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 667.381 mii lei;

- 184.711 bolnavi au beneficiat de asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 74.916 mii lei;

- 39.818 bolnavi au beneficiat de evaluare periodică prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c), pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 850 mii lei;

- 14 bolnavi au beneficiat de pompe de insulină, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 52 mii lei;

- 168 bolnavi au beneficiat de seturi consumabile pentru pompe de insulină, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 625 mii lei.

➤ În anul 2014 pentru activitățile finanțate în cadrul programului au fost raportați pacienți beneficiari⁶, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 807.964 mii lei, din care:

- 703.719 bolnavi au beneficiat de asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu diabet zaharat, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 724.565 mii lei;

- 198.192 bolnavi au beneficiat de asigurarea testelor de automonitorizare prin farmaciile cu circuit deschis, în vederea automonitorizării, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 80.418 mii lei;

- 40.213 bolnavi au beneficiat de evaluare periodică prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c), pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 893 mii lei;

- 76 bolnavi au beneficiat de pompe de insulină, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 527 mii lei;

- 280 bolnavi au beneficiat de seturi consumabile pentru pompe de insulină, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 1.561 mii lei.

➤ Programul național de tratament pentru boli rare

În perioada 2012-2014, tratamentul pacienților diagnosticați cu boli rare a fost finanțat din bugetul FNUASS, potrivit OMS/CNAS nr. 1.591/1110/ 2010 *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012 și a*

⁶ Numărul pacienților beneficiari a fost determinat prin însumarea numărului de bolnavi raportați în perioada menționată (2012, 2013 și 2014) pentru fiecare activitate finanțată în cadrul PN Diabet zaharat. Deși un pacient poate beneficia de una sau mai multe activități finanțate în cadrul programului, în raportările și centralizările efectuate la nivelul CNAS nu s-a determinat numărul net al pacienților tratați în cadrul programului iar numărul pacienților beneficiari determinat astfel diferă de numărul bolnavilor de diabet zaharat-rămăși în evidența cabinetelor de nutriție.

Ordinului CNAS nr. 190/2013 *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014.*

O parte din bolile rare (MCPZ tip II, MCPZ I, Sindrom de imunodeficiență primară) au fost derulate de CNAS din a doua parte a anului 2012, în prima parte fiind derulate de Ministerul Sănătății. Bolnavii cu epidermoliză buloasă au beneficiat în cursul anului 2012 numai de medicamente.

✎ În anul 2012 au fost tratați un număr de 4.946 pacienți, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 181.398 mii lei.

✎ În anul 2013 au fost tratați un număr de, la 1.718 pacienți, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 66.712 mii lei.

În anul 2013, numărul bolnavilor tratați în cadrul programului de sănătate a scăzut față de 2012, la 1.718 pacienți, întrucât tratamentul bolnavilor cu hemofilie și talasemie a fost finanțat din FNUASS în cadrul unui program național de sănătate distinct, respectiv „*Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei*”.

✎ În anul 2014 au fost tratați un număr de 2.067 pacienți, cu 349 pacienți mai mulți decât în anul 2013, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 89.062 mii lei.

➤ **Programul național de ortopedie:**

În perioada 2012-2014, potrivit prevederilor OMS/CNAS nr. 1.591/1110/ 2010 *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012* și ale Ordinului CNAS nr. 190/2013, în cadrul *Programului național de ortopedie* din bugetul FNUASS au fost finanțate următoarele activități:

- asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecțiuni articulare;

- asigurarea endoprotezelor articulare tumorale specifice tratamentului bolnavilor cu pierderi osoase importante epifizo-metafizare de cauză tumorală sau netumorală, pentru tratamentul prin implant segmentar de coloană al pacienților cu diformități de coloană și pentru tratamentul prin chirurgie spinală pentru bolnavii cu patologie tumorală degenerativă sau traumatică.

În anul 2014, a fost inclus în Programul național de ortopedie și finanțat din FNUASS și tratamentul copiilor cu malformații grave vertebrale care necesită instrumentație specifică.

✎ În anul 2012 au fost tratați un număr de 9.723 pacienți, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 33.339 mii lei.

✎ În anul 2013 au fost tratați un număr de, la 11.186 pacienți, cu 1.463 pacienți mai mulți decât în anul 2012, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 42.024 mii lei.

✎ În anul 2014 au fost tratați un număr de 12.666 pacienți, cu 1.480 pacienți mai mulți decât în anul 2013, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 50.750 mii lei.

➤ Programul național de suplere renală la bolnavii cu insuficiență renală cronică

În perioada 2012-2014, potrivit prevederilor OMS/CNAS nr. 1.591/1110/ 2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012 și ale Ordinului CNAS nr. 190/2013, în cadrul Programului național de suplere renală la bolnavii cu insuficiență renală cronică, din bugetul FNUASS a fost finanțată în perioada **2012-2014** activitatea de asigurare a serviciilor de suplere renală, inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

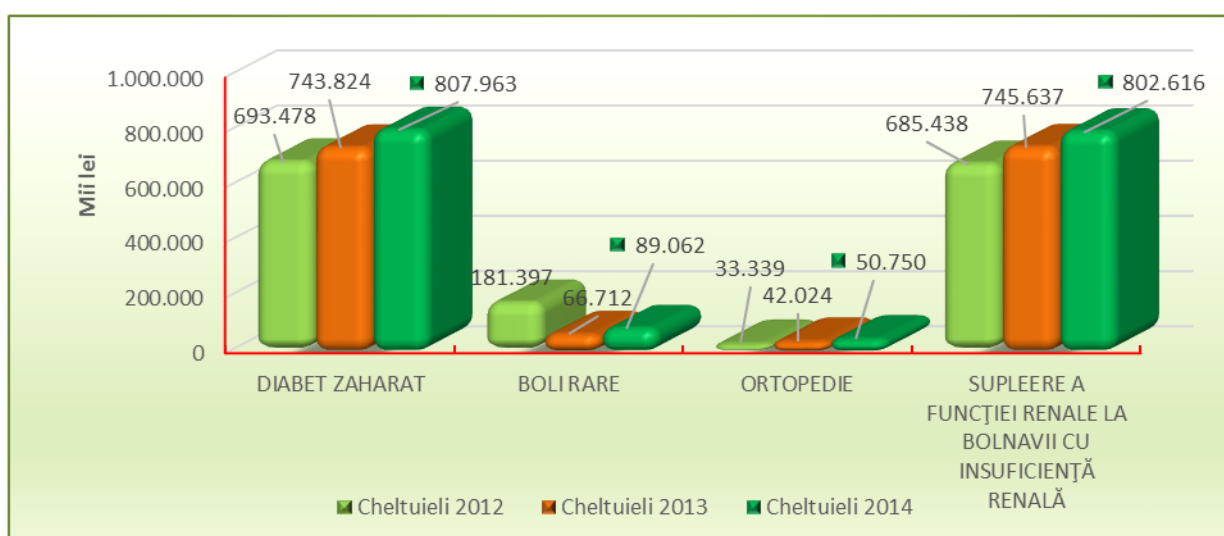
✎ În anul 2012 au fost tratați un număr de 12.583 pacienți, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 685.438 mii lei.

✎ În anul 2013 au fost tratați un număr de, la 13.445 pacienți, cu 862 pacienți mai mulți decât în anul 2012, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 745.637 mii lei.

✎ În anul 2014 au fost tratați un număr de 12.224 pacienți, cu 1.221 pacienți mai puțini decât în anul 2013, pentru care au fost efectuate cheltuieli în valoare de 802.616 mii lei.

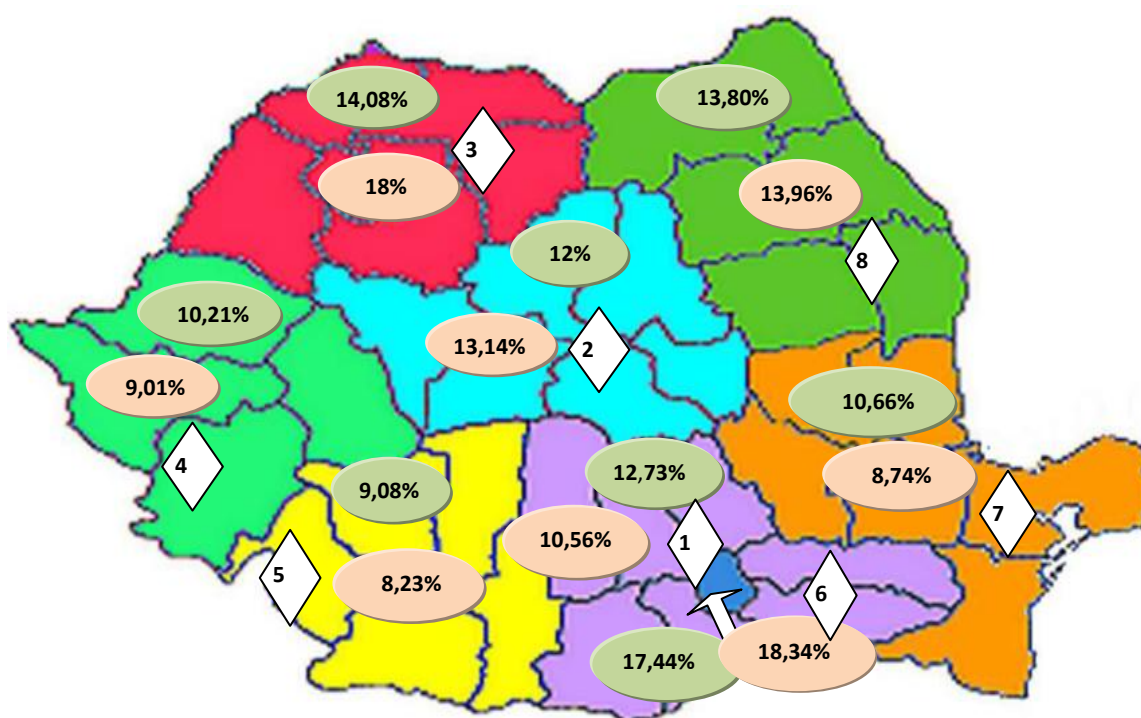
Grafic, situația privind evoluția cheltuielilor efectuate în perioada 2012-2014, pentru activități specifice derulate în cadrul programelor naționale de sănătate auditate, se prezintă astfel:

Graficul nr.11



Din analiza evoluției numărului de bolnavi beneficiari ai fiecărui program/subprogram național de sănătate auditat și a costului mediu/bolnav în perioada 2012-2014, s-a constatat că cel mai ascendent trend al numărului de bolnavi în perioada 2012-2014 s-a înregistrat în cadrul **Programului Național de Diabet Zaharat**, unde numărul bolnavilor tratați cu medicamente specifice (insulină, antidiabetice orale), a crescut în anul 2014 cu 73.178 bolnavi comparativ cu anul 2012.

În funcție de regiunile geografice de dezvoltare, ponderea pacienților tratați și a cheltuielilor efectuate cu medicamentele și materialele sanitare specifice utilizate în cadrul programului *Programului național de diabet zaharat* pentru perioada 2012-2014, este prezentată în **Figura nr.2:**



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

Situația privind evoluția numărului total de pacienți tratați și a cheltuielilor totale cu medicamentele aferente *Programului național de diabet zaharat* în perioada 2012-2014, în funcție de regiunile de dezvoltare geografică este următoarea:

Tabelul nr.1

Nr. crt.	Regiune	Nr. total pacienți tratați ⁷	Ponderea pacienților pe regiuni de dezvoltare în nr. total de pacienți tratați (%)	Cheltuieli totale Program național de diabet - lei -	Ponderea cheltuielilor pe regiuni de dezvoltare în totalul cheltuielilor efectuate în cadrul Programului național de diabet zaharat (%)
0	1	2	3	4	5
1	Nord - Est	374.188	13,80	313.481.366	13,96
2	Sud - Est	268.273	10,66	196.261.080	8,74
3	Sud - Muntenia	313.395	12,73	237.205.188	10,56
4	Sud - Vest Oltenia	229.520	9,08	184.777.967	8,23
5	Vest	261.106	10,21	202.313.535	9,01
6	Nord - Vest	409.613	14,08	404.469.084	18,02
7	Centru	347.013	12,00	295.039.052	13,14
8	București-Ilfov	500.034	17,44	411.718.880	18,34
TOTAL		2.703.142	100,00	2.245.266.152	100,00

Analizând aceste date se constată faptul că, regiunea București-Ilfov a înregistrat în perioada 2012-2014 cea mai mare pondere din total în ceea ce privește numărul de pacienți tratați (17,44%) cât și cu privire la cheltuielile totale cu medicamentele (18,34%). 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.

La polul opus se situează regiunea Sud - Vest Oltenia, care înregistrează o pondere a numărului de pacienți tratați de 9,08% în condițiile în care cheltuielile cu medicamentele dețin o pondere de 8,23%.

În cadrul acestei regiuni, județul Gorj înregistrează cel mai mic număr de bolnavi din județele componente ale acestei regiuni, respectiv 23.611 pacienți tratați în cadrul acestui

⁷ Numărul mediu al pacienților beneficiari a fost determinat din numărul de bolnavi raportați în perioada 2012-2014 pentru fiecare activitate finanțată în cadrul PN Diabet zaharat. Diferența de 26.667 bolnavi dintre numărul total al bolnavilor tratați pe regiuni de dezvoltare și numărul total al bolnavilor tratați la nivel național (2.703.142 bolnavi - 2.676.475 bolnavi) este determinată de pacienții care au beneficiat de tratament în două unități sau județe.

program din totalul de 183.842 pacienți tratați în această perioadă în cadrul regiunii Sud - Vest Oltenia. Cheltuielile totale cu medicamentele în sumă de 22.973.446 lei reprezintă 12,44% din totalul cheltuielilor pe regiune, în procent de 1,03% din totalul cheltuielilor realizate cu medicamentele în cadrul programului în perioada 2012-2014.

De asemenea, regiunea Vest înregistrează o pondere redusă în ceea ce privește numărul de pacienți tratați (10,21%) iar cheltuielile cu medicamentele au reprezentat 9,01% din totalul cheltuielilor.

Ponderea mică a cheltuielilor cu medicamentele s-a datorat faptului că în tratamentul bolnavilor s-au utilizat cu preponderență medicamente generice care presupune costuri mai reduse și mai puțin terapia cu medicamente inovative.

Astfel, în perioada 2012-2014, numărul mediu de pacienți tratați în cadrul *Programului național de diabet zaharat* a fost de aproximativ **901.047 persoane** pentru care au fost efectuate cheltuieli în sumă totală de **2.245.266.152 lei** (în medie 2.492 lei/bolnav).

3. CONSTATĂRILE, CONCLUZIILE ȘI RECOMANDĂRILE

CURȚII DE CONTURI A ROMÂNIEI URMARE MISIUNII DE AUDIT AL PERFORMANȚEI PRIVIND UNELE PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE DERULATE ÎN PERIOADA 2012-2014 LA MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI LA CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În conformitate cu Programul propriu de control/audit al Curții de Conturi pentru anul 2015, aprobat de Plenul Curții de Conturi a României, au fost efectuate un număr de 23 misiuni de audit al performanței, respectiv la nivelul Ministerului Sănătății pentru 2 programe naționale de sănătate publică, la nivelul ordonatorului principal de credite – CNAS și la 21 de case județene de asigurări de sănătate, ordonatori de credite din subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru 4 programe naționale de sănătate curative.

În urma misiunilor de audit desfășurate la Ministerul Sănătății, la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și la casele județene de asigurări de sănătate, au rezultat o serie de constatări și s-au formulat concluzii care au fost sintetizate corespunzător obiectivelor propuse a fi evaluate de către audit.

3.1. PRINCIPALELE CONSTATĂRI IDENTIFICATE

A. Cu privire la „Auditul performanței privind unele Programe de Sănătate derulate în perioada 2012-2014” efectuat la MINISTERUL SĂNĂTĂȚII:

Urmare auditului efectuat, prezentăm în continuare constatările pentru fiecare obiectiv specific abordat în auditul performanței:

1. Fundamentarea bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate a asigurat fondurile necesare și repartizarea acestora la unitățile sanitare/DSP-uri s-a efectuat pe criterii obiective?

Fundamentarea anuală a necesarului de resurse financiare pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică în perioada 2012-2014 s-a efectuat de către Ministerul Sănătății pe baza propunerilor direcțiilor de sănătate/unităților sanitare care au derulat programul.

Repartizarea fondurilor destinate derulării programelor naționale de sănătate implementate de structurile sanitare din subordinea Ministerului Sănătății, s-a efectuat având în vedere:

- estimările privind necesarul de credite pentru derularea programelor de sănătate efectuate de către direcțiile de sănătate publică și unitățile sanitare din subordinea Ministerului Sănătății;

- estimarea realizată de către Direcția de Sănătate Publică și control în sănătate publică pentru programele aflate în coordonarea acestei direcții de specialitate;

- limitele bugetului repartizat programelor naționale de sănătate.

Estimarea de către Direcțiile de Sănătate Publică/unități sanitare a fondurilor necesare pentru derularea programelor de sănătate a fost efectuată având în vedere:

- Pentru *Programul național de diabet zaharat*: costul estimativ pentru achiziționarea consumabilelor aferente pompelor de insulină achiziționate de MS sau din fonduri alocate la nivel local de către MS, utilizate pentru tratarea pacienților cu diabet zaharat prin infuzie continuă de insulină;

- Pentru *Programul național de diagnostic și tratament boli rare*: tratament medicamentos/pacient în evidență.

Din analiza situațiilor privind consumurile anuale de medicamente necesare derulării *Programului național de diabet zaharat*, precum și a stocurilor existente la unitățile sanitare la

începutul anilor 2012-2013 (perioada în care s-a derulat acest program la Ministerul Sănătății), a rezultat faptul că, la **fundamentarea bugetului nu s-au avut în vedere și stocurile inițiale de materiale sanitare** (consumabile aferente pompelor de insulină), ci numai costul estimativ pentru achiziționarea acestora și numărul pacienților cu pompe de insulină, ceea ce a condus la achiziționarea medicamentelor/materialelor sanitare de către unitățile sanitare, peste necesarul real.

De asemenea, întrucât la finele perioadei 2012-2014, unele unități sanitare au înregistrat stocuri însemnate de materiale sanitare - consumabile pentru pompele de insulină (de ex: Spitalul Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași), iar altele stocuri de medicamente din cadrul *Programului de diagnostic și tratament boli rare* (de ex: Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, Institutul de Gastroenterologie - Hepatologie „Prof. dr. Octavian Fodor” Cluj-Napoca, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași), se poate concluziona că, **nu în toate cazurile, alocarea fondurilor pentru programele de sănătate auditate s-a efectuat echitabil.**

Finanțarea de către Ministerul Sănătății a programelor de sănătate s-a efectuat la nivelul cererilor de finanțare, fără a se monitoriza și controla stocurile de medicamente și materiale sanitare aflate în gestiunea unităților sanitare.

În concluzie, deși gradul de utilizare a creditelor bugetare a fost situat între 95-100%, nu în toate cazurile **fundamentarea bugetului și repartizarea fondurilor pentru aceste programe de sănătate s-a efectuat echitabil**, astfel că unele unități sanitare au achiziționat medicamente și materiale sanitare, peste necesarul real, ceea ce a condus la o imobilizare nejustificată de fonduri publice.

2. Coordonarea, monitorizarea și controlul asupra derulării și implementării programelor naționale de sănătate s-a efectuat de către Ministerul Sănătății constant și la termenele legale?

În perioada 2012-2014, **nu au fost efectuate acțiuni de control** cu privire la implementarea programelor de sănătate auditate (*Programul național de diabet zaharat și Programul național de boli rare*) de către Corpul de Control, Serviciul Audit Public din cadrul Ministerului Sănătății sau Agenția Națională pentru Programe de Sănătate în colaborare cu structurile de control menționate deși **Agencia Națională pentru Programe de Sănătate** avea atribuția de a propune organizarea unor activități planificate de **control** în domeniul implementării programelor naționale de sănătate și de a participa la realizarea acestora.

Pentru activitatea de control, **nu a fost elaborată de către** Agenția Națională pentru Programe de Sănătate o **procedură operațională**, potrivit OMFP nr.946/2005 *pentru aprobarea Codului controlului intern/managerial, cuprinzând standardele de control intern/managerial la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control intern/managerial.*

Cu privire la derularea programelor naționale de sănătate, în perioada 2012-2014, Agenția Națională pentru Programe de Sănătate a întocmit rapoarte anuale care conțin date centralizate privind indicatorii de evaluare realizați și transmiși de către DSP-urile/unitățile sanitare care au derulat programele de sănătate, fără însă a analiza și motiva costurile de achiziție a medicamentelor/materialelor sanitare care variază de la o unitate sanitară la alta.

Astfel, entitățile au achiziționat medicamentele și materialele sanitare prin proceduri de achiziție diferite (de la achiziția directă până la achiziția publică deschisă), precum și cantități diferite de medicamente de la o unitate sanitară la alta, ceea ce a condus la achiziționarea de către unitățile sanitare a aceluiași medicament de la același furnizor, însă la prețuri diferite.

Spre exemplu, în cadrul *Programului de diagnostic și tratament pentru boli rare - Sindrom de imunodeficiență primară*, unitățile sanitare au achiziționat medicamente de la același furnizor cu diferențe de preț de până la 60% între prețul cel mai mic (706 lei la Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov) și prețul cel mai mare (1.166 lei la Spitalul Județean Zalău).

Aceeași situație s-a constatat și în cazul *Programului de diabet zaharat*, unde unitățile sanitare au achiziționat consumabile pentru pompele de insulină (de aceeași marcă/tip) la prețuri diferite, de la același furnizor.

Ceea ce rezultă că, unitățile sanitare care au aplicat procedura de achiziție prin licitație deschisă, au obținut, de regulă, un preț de achiziție mai mic față de cel obținut prin alte proceduri de achiziție, respectiv cumpărare directă, cerere de ofertă online sau negociere fără publicarea unui anunț.

În concluzie, modul de organizare și funcționare a sistemului de control a Ministerului Sănătății asupra implementării și derulării programelor naționale de sănătate **nu a asigurat identificarea eventualelor disfuncționalități în ceea ce privește derularea programelor naționale de sănătate**, astfel că unitățile sanitare au achiziționat medicamente/materiale sanitare de același fel de la același furnizor prin proceduri diferite de achiziții, respectiv de la achiziția directă la licitație deschisă, cu consecințe asupra utilizării cu economicitate a fondurilor alocate.

3. Indicatorii de evaluare ai programelor naționale de sănătate au fost realizați?

În anul 2012, la nivelul Ministerului Sănătății nu s-au atins țintele stabilite prin indicatorii prevăzuți în OMS/CNAS nr. 1591/1110/2010, în ceea ce privește numărul pompelor de insulină și seturilor de consumabile aferente acestora achiziționate la nivel național, precum și în ceea ce privește numărul bolnavilor cu diabet monogenic autoimunizați. De asemenea, indicatorii privind numărul bolnavilor tratați prin perfuzie subcutanată continuă cu insulină, respectiv numărul de seturi de consumabile pentru pompele de insulină achiziționate de Ministerul Sănătății au înregistrat niveluri intermediare (81%, respectiv 92%) privind atingerea țintei stabilite conform Ordinului menționat anterior.

Costul mediu realizat la nivel național/seturi consumabile pentru pompa de insulină/persoană/an în anul 2012 a fost de 5.859,59 lei, reprezentând 62,34% din valoarea medie estimată la nivel național (9.400 lei).

Costul mediul/bolnav/an în cadrul *Programului național de diabet zaharat* a fost depășit cu valori cuprinse între 10,37 % și 32,71%. În ceea ce privește costurile medii suportate din bugetul Ministerului Sănătății pentru achiziționarea seturilor de consumabile utilizate pentru pompele de insulină, s-a constatat faptul că cele mai ridicate niveluri s-au înregistrat în județul Timiș (Direcția de Sănătate Publică Timiș cu 12.474,75 lei/bolnav), urmat de Direcția de Sănătate Publică Sibiu (cu 12.300 lei/bolnav).

De asemenea, s-a constatat faptul că un număr de 5 entități teritoriale din cadrul județelor Cluj, Caraș-Severin, Iași, Olt și Harghita au realizat un cost mediu/bolnav mai mic decât cel stabilit conform Ordinului MS/CNAS.

Referitor la costurile medii realizate/seturi consumabile pentru pompe de insulină/persoană/an, s-a constatat o mare variabilitate de la o unitate sanitară la alta, respectiv de la un minimum de **2.418,87 lei/set** de consumabile la Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca la un maxim de **12.474,75 lei/set** de consumabile la DSP Timiș.

Pentru **activitatea de asigurare a tratamentului pentru unele boli rare**, s-a constatat că, în anul 2012, față de nivelul stabilit prin OMS/CNAS nr. 1591/1110/2010, există diferențe la indicatorul care se referă la numărul de bolnavi cu sindrom de imunodeficiență primară care au fost tratați, acesta înregistrând un nivel de realizare de 125,93%.

În ceea ce privește **indicatorii fizici ai activității de diagnosticare precoce a bolnavilor cu amiotrofii spinale, distrofii musculare Duchenne și Backer, diagnosticarea prenatală precoce și sfat genetic**, se remarcă faptul că nu a fost atinsă nici o țintă din cele stabilite conform Ordinului

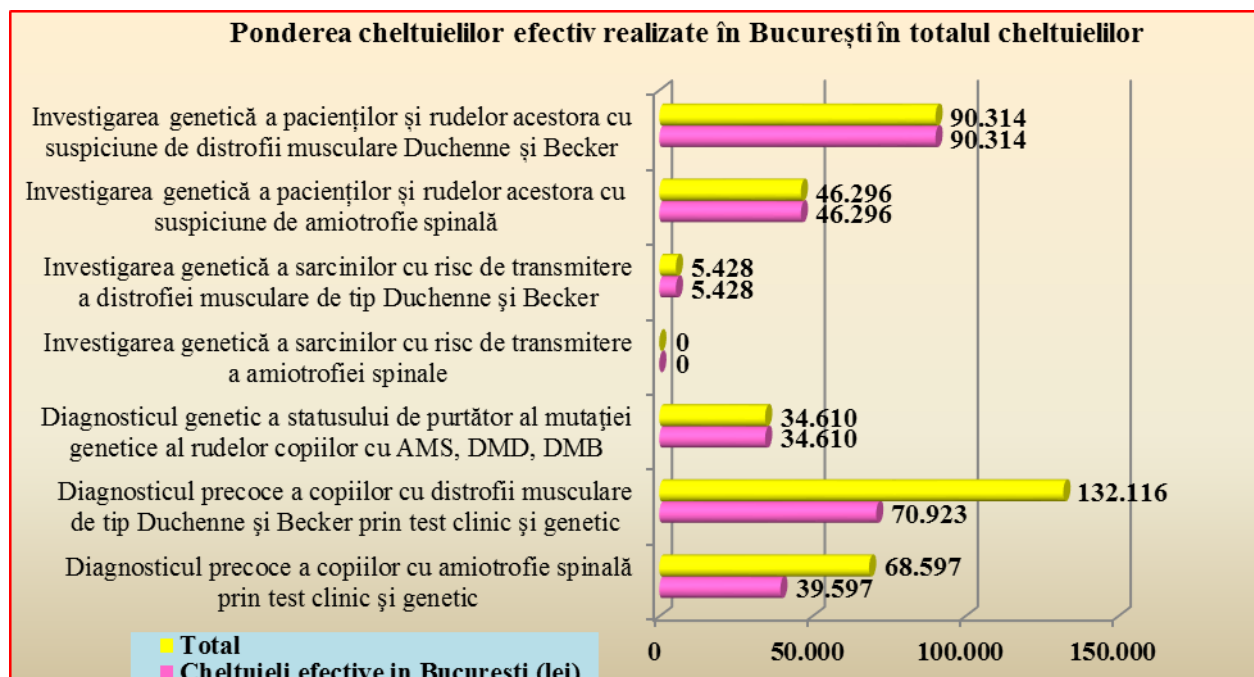
MS/CNAS nr. 1.591/1.110/2010, existând niveluri de realizare foarte mici în unele cazuri. Spre exemplu, referitor la *numărul de sarcini cu risc de transmitere a amiotrofiei spinale investigate genetic/an* se constată un grad de îndeplinire a acestui indicator de doar 10% față de nivelul stabilit. Un alt indicator al cărui grad de realizare este mic se referă la *numărul rudelor pacienților la care se diagnostichează genetic statusul de purtător al mutației genetice*, nivelul atins de entitate fiind de aproximativ 17% față de nivelul stabilit prin actul normativ.

În ceea ce privește **indicatorii de rezultat**, menționăm că în România nu au existat raportări a acestor indicatori și în consecință, date statistice cu privire la bolile rare în general și ale amiotrofiilor spinale și distrofiilor musculare Duchenne și Backer, în particular. În aceste condiții, dintre indicatorii de rezultat prevăzuți în Ordinul MS/CNAS nr. 1.591/1.110/2010, cu modificările și completările ulterioare, a fost calculat numai **indicatorul de scădere a recurenței bolilor**. Acesta a fost măsurat în baza rezultatelor înregistrate în registrul inițiat la nivelul Spitalului Clinic de Psihiatrie Prof. Dr. Alexandru Obregia.

Din analiza cheltuielilor efectiv realizate în anul 2012 de entități pentru activitatea de diagnosticare precoce a bolnavilor cu amiotrofii spinale, distrofii musculare Duchenne și Backer, diagnosticarea prenatală precoce și sfat genetic s-a constatat faptul că, în București s-a alocat și utilizat pentru această activitate cea mai mare parte a finanțării din bugetul Ministerului Sănătății, grafic situația prezentându-se astfel:

Graficul nr.12

-lei-



Din analiza indicatorilor realizați de entitate în perioada 2013-2014, comparativ cu cei prevăzuți de Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate a rezultat că numărul de pacienți incluși în Programul național de tratament pentru boli rare a crescut în cursul anului 2014 ajungând la 20, față de 17 pacienți în anul 2013, respectiv 16 în anul 2012, iar costul mediu/bolnav cu fenilcetonurie a scăzut în anul 2014 cu 3.109,87 lei față de anul 2013 și cu 8.735,7 lei față de 2012, deși numărul de pacienți a cunoscut în perioada 2012-2014 un trend ascendent.

În ceea ce privește evoluția indicatorului fizic ce face referire la numărul bolnavilor cu fenilcetonurie s-a constatat faptul că, în perioada 2013-2014, Ministerul Sănătății a atins niveluri ale acestui indicator peste ținta stabilită conform OMS nr.422/29.03.2013, înregistrându-se astfel o creștere a numărului de bolnavi de fenilcetonurie în această perioadă.

Referitor la costul mediu/bolnav cu fenilcetonurie/an, la nivelul anului 2012 Ministerul Sănătății a înregistrat un nivel peste ținta stabilită în Ordinul MS/CNAS nr. 1591/1.110/2010 (23.922,41 lei față de 17.500 lei stabilit conform prevederilor legale). În perioada 2013-2014 Ministerul Sănătății a înregistrat un cost mediu/bolnav cu fenilcetonurie/an mai mic față de nivelul stabilit potrivit prevederilor legale. Este de remarcat că, având în vedere nivelul stabilit (de 25.000 lei/an/bolnav) în perioada 2013-2014, Ministerul Sănătății și-a redus costul mediu anual cu bolnavii de fenilcetonurie de la 18.296,58 lei/bolnav în anul 2013 la 15.186,71 lei în anul 2014.

În concluzie, Ministerul Sănătății **nu a asigurat controlul** realizării indicatorilor de eficiență, nu a identificat și analizat cauzele care au determinat ca unele unități sanitare să depășească indicatorii stabiliți sau situațiile în care costurile medii realizate sunt sub nivelul stabilit, precum și evaluarea impactului nerealizării acestor indicatori.

De asemenea, **nu au fost identificate măsuri pe care Ministerul Sănătății să le implementeze**, în scopul încadrării indicatorilor realizați de către unitățile sanitare care derulează programele de sănătate în nivelul indicatorilor aprobați prin *Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică* pentru perioada 2012-2014.

B. Cu privire la „Auditul performanței privind unele Programe de Sănătate derulate în perioada 2012-2014” efectuat la CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE:

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, astfel:

1. Legislația specifică a influențat derularea cu eficiență a PNS?

Cu privire la aprobarea și derularea programelor naționale de sănătate curative, legislația specifică adoptată în perioada 2012-2014 a vizat următoarele:

➤ Reglementarea cadrului legal pentru **aprobarea derulării programelor naționale de sănătate** în anul 2012 și respectiv 2013 – 2014, care s-a realizat prin adoptarea **HG nr. 1388/2010** și **HG nr.124/2013**.

➤ Reglementarea cadrului legal pentru **aprobarea listei medicamentelor de care beneficiază asigurații** s-a realizat prin adoptarea **HG nr. 720/2008** *pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate.*

➤ Reglementarea cadrului legal pentru **stabilirea metodei de calcul al prețului de referință**, s-a realizat prin **Ordin al Președintelui Casei Naționale de Sănătate nr. 615/2010** *privind aprobarea metodei de calcul al prețului de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu*, cu modificările și completările ulterioare.

În contextul obiectivului de implementare a politicilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, au fost promovate și o serie de acte normative, privind aprobarea Listei materialelor sanitare de care beneficiază bolnavii incluși în programele naționale de sănătate curative, finanțate din bugetul FNUASS, pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă contractate de CNAS sau casele de asigurări de sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă autorizați și evaluați în condițiile legii precum și cu privire la aprobarea condițiilor și documentelor necesare furnizorilor de servicii medicale de

dializă în vederea intrării în relații contractuale pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu, cu CNAS.

De asemenea, încă din anul 2012, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a desfășurat activități în vederea armonizării legislative și compatibilizării cu sistemele similare din Uniunea Europeană, cu privire la stabilirea listei de elemente nonexhaustive pentru prescripția medicamentelor transfrontaliere și care trebuie identificate în toate prescripțiile sau cu privire la implementarea rețetei electronice și adosarului electronic de sănătate.

Având în vedere faptul că, asigurarea îndeplinirii obiectivelor pentru fiecare program în parte este condiționată în parte și de cadrul legal și tehnic de reglementare, modul de alocare și de analiză a sumelor utilizate în cadrul programelor naționale de sănătate auditate precum și evoluția indicatorilor fizici și de eficiență realizați, au atras atenția asupra cadrului legislativ, prin care, în perioada auditată nu au fost instituite modalități de efectuare a unor analize complete și complexe cu scopul de a identifica eventualele disfuncționalități, zone de risc și care ar necesita măsuri de îmbunătățire.

Complexitatea cadrului legal și tehnic de reglementare a modului de derulare a programelor naționale de sănătate a fost determinată de necesitatea asigurării accesului neîntrerupt și neîngrădit al asiguraților la servicii medicale și medicamente, concomitent cu implementarea prescrierii electronice a medicamentelor, însă aceasta nu a adus modificări importante în zona de îmbunătățire a controlului și monitorizării derulării fondurilor alocate.

2. Fundamentarea bugetului alocat derulării PNS a asigurat fondurile necesare, iar repartizarea acestora la CAS teritoriale s-a efectuat pe criterii obiective?

La stabilirea volumului bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate auditate, precum și la repartizarea acestuia de Casa Națională de Asigurări de Sănătate către casele județene de asigurări de sănătate nu s-a avut în vedere valoarea medicamentelor aflate în stoc la unitățile sanitare, ceea ce a condus la o alocare inechitabilă a fondurilor, cât și la o utilizare ineficientă a acestora.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a repartizat bugetul alocat derulării programelor naționale de sănătate către casele județene de asigurări de sănătate numai în funcție de numărul de bolnavi estimați a fi tratați în unitățile sanitare și de nivelul costului mediu/bolnav tratat/an, indicator al cărui nivel a fost stabilit, pentru anul 2014, prin Ordinul Președintelui CNAS nr.

190/2013 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014, cu modificările și completările ulterioare.

Se constată astfel că, nefundamentarea bugetului alocat caselor județene de asigurări de sănătate și repartizarea acestuia fără a se avea în vedere stocurile de medicamente existente la sfârșitul anului precedent, a condus la posibilitatea unităților sanitare de a achiziționa medicamente peste necesarul real, cu riscul depășirii termenului de valabilitate a medicamentelor/materialelor sanitare neutilizate.

În concluzie, la stabilirea volumului bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate auditate, precum și repartizarea acestuia de Casa Națională de Asigurări de Sănătate către casele județene de asigurări de sănătate, nu s-a avut în vedere valoarea medicamentelor aflate în stoc la unitățile sanitare, ceea ce a condus la o alocare inechitabilă a fondurilor, cât și la o utilizare inefficientă a acestora.

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

În perioada 2012-2014, medicamentele specifice care se acordă pentru tratamentul bolnavilor incluși în programul național de diabet zaharat și programul național de boli rare, pe perioada spitalizării acestora, au fost achiziționate la nivel teritorial de către unitățile sanitare, pe bază de contracte încheiate cu furnizorii de medicamente.

Pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în programele naționale de sănătate auditate, în perioada 2012-2014, Casele județene de asigurări de sănătate au încheiat contracte cu farmaciile cu circuit deschis⁸.

Contractarea între Casele de asigurări de sănătate județene și farmaciile cu circuit deschis nu s-a efectuat având în vedere o negociere a prețurilor de decontare a medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate, prevăzute în listele aprobate prin Ordinul MS nr.1275/2011 *privind aprobarea listelor și prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora*, cu modificările și completările ulterioare.

⁸ Cu excepția medicamentelor acordate pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu scleroză multiplă, hemofilie, talasemie unele boli rare(...) cuprinși în programele naționale de sănătate curative care se eliberează prin farmaciile cu circuit închis aparținând unităților sanitare prin care se derulează aceste programe.

Astfel, în perioada auditată achiziția medicamentelor s-a realizat, pe de o parte de unitățile sanitare (instituții publice) care aveau obligația respectării legislației în domeniul achizițiilor publice, iar pe de altă parte prin contractarea cu farmaciile cu circuit deschis (societăți private) fără o negociere a prețului de decontare.

În cazul farmaciilor cu circuit deschis, prețul de decontare practicat a fost de cele mai multe ori, prețul maxim prevăzut în listele aprobate prin Ordinul MS nr.1275/2011, cu modificările și completările ulterioare, în timp ce achiziția medicamentelor de către unitățile sanitare participante s-a efectuat prin aplicarea legislației în domeniul achiziției publice, care a condus la obținerea unui preț de achiziție mai mic decât prețul de decontare aprobat în condițiile legii.

Din analiza efectuată pe anii 2012-2014 din perspectiva respectării principiului economicității la încheierea contractelor cu furnizorii de servicii medicale/farmacii cu circuit deschis prin care se derulează *Programul național de diabet zaharat* s-a constatat faptul că, sumele aferente programelor naționale de sănătate curative au fost alocate în baza contractelor încheiate între furnizorii privați și casele de asigurări de sănătate teritoriale fără a se realiza negocierea acestora, contrar prevederilor art.6 alin.(1) din Ordinul CNAS nr.190/2013, *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014*.

Totodată, unitățile sanitare au utilizat, conform cadrului legal aplicabil, proceduri diferite de achiziții, respectiv de la achiziția directă, la cerere de oferte, licitație deschisă sau negociere fără publicarea unui anunț, fapt ce a condus la practicarea prețurilor diferite de achiziții pentru același medicament cu consecințe asupra utilizării fondurilor alocate, având în vedere principiile de eficiență, eficacitate și economicitate.

Valoarea contractelor încheiate în perioada 2012-2014 cu farmaciile cu circuit deschis au deținut ponderea cea mai mare din totalul valorii contractate pe cele patru programe naționale de sănătate iar din cheltuielile totale cu medicamentele decontate în cadrul *Programului național de diabet zaharat*, în perioada 2012-2014, ponderea cheltuielilor cu medicamente decontate farmaciilor cu circuit deschis a fost de peste 99%, în timp ce, cheltuielile cu medicamentele achiziționate de către unitățile sanitare (instituții publice) au reprezentat doar aproximativ 0,2% din total.

Cauzele acestor deficiențe se datorează faptului că, în perioada auditată nu s-a efectuat o analiză a disfuncționalității programelor sau a posibilităților de creștere a performanței acestora, pornind de la constatările în practică a coordonatorilor de programe și o informare a CNAS

privind aceste deficiențe în vederea înlăturării lor în timp sau a finanțării celor mai adecvate cheltuieli, astfel încât programele să-și atingă obiectivele stipulate prin norme.

Un alt aspect deosebit de important îl reprezintă plata, în perioada 2012-2014 de către pacienți, pentru unele medicamente specifice din cadrul *Programului național de diabet zaharat*, a diferenței între prețul cu amănuntul maximal și prețul de decontare, aprobate în CaNaMed prin ordin al ministrului sănătății.

Raportat la cheltuielile cu medicamentele decontate farmaciilor cu circuit deschis în perioada 2012-2014 de către un număr de 20 case județene de asigurări de sănătate, pacienții au suportat diferențe de preț în valoare estimată de **31.425 mii lei**.

Astfel, numai în cazul unui singur medicament „*Pioglitazonum*” - *Actos 30 mg*, pentru care entitatea a decontat în perioada auditată farmaciilor cu circuit deschis, cantități eliberate în valoare de 1.703.966 lei, reprezentând aproximativ 0,08% din valoarea totală a cheltuielilor cu medicamente decontate farmaciilor cu circuit deschis în perioada 2012-2014, a rezultat că pacienții au suportat diferențe în valoare de 287 mii lei, reprezentând, în medie 16,87% din valoarea compensată, în condițiile în care medicamentele din programul național de diabet zaharat ar trebui compensate 100%.

Deși prin art. 8¹, alin.2, lit.ș) din HG 1388/2010 *privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012* și prin art.10 lit.ș) din HG nr.124/2013 *privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014*, a fost legiferată împrejurarea ca pacienții să suporte aceste diferențe de preț, situație în care este necesar ca bolnavii să își exprime acordul scris, acest fapt poate fi determinat și de către factori care nu țin de opțiunea pacientului, cel mai frecvent factor putând fi reprezentat de **aprovizionarea farmaciilor cu insuficiente cantități de medicamente similare al căror preț este compensat în procent de 100%**.

Neîntreprinderea de către CNAS și CJAS a unor măsuri de încurajare a furnizorilor de medicamente de a se aproviziona și cu versiunea compensată în procent de 100% a unui medicament, cât și gradul mic de verificare al acestor furnizori privați de medicamente, poate conduce la disfuncționalități în sistemul medical, în detrimentul pacienților.

Un alt factor care susține aspectele constatate, îl constituie gradul mic de utilizare a medicamentelor generice în tratamentul pacienților incluși în PN diabet zaharat, care a reprezentat aproximativ 7% din valoarea totală decontată în perioada 2012-2014 comparativ cu ponderea medicamentelor generice incluse în lista medicamentelor aprobate ce puteau fi

utilizate/decontate în cadrul PN diabet zaharat, care a reprezentat aproximativ 40% din numărul total de medicamente incluse.

Astfel, s-a analizat prin comparație, cantitatea eliberată și valoarea decontată, în cadrul programului național de diabet zaharat, atât pentru versiunea inovativă a medicamentului „*Pioglitazonum*”, respectiv „*Actos 30 mg*”, cât și pentru versiunea generică a aceluiași medicament, respectiv „*Lispecip 30 mg*”.

Urmare analizei efectuate s-a constatat faptul că, pentru versiunea inovativă a medicamentului *Pioglitazonum - Actos 30 mg*, în perioada 2012-2014 a fost decontată suma de 1.704 mii lei, la un preț mediu de 5,25 lei/U.T. (unitate terapeutică), în timp ce pentru versiunea generică a aceluiași medicament, *Pioglitazonum - Lispecip 30 mg*, a fost decontată suma de 35 mii lei, la un preț mediu de 3,56 lei/U.T.

În plus față de valoarea decontată din FNUASS, pentru achiziționarea acestui medicament pacienții au suportat și diferențe de preț în valoare de **287 mii lei**.

Economia care se putea realiza prin stimularea utilizării versiunii generice a medicamentului *Pioglitazonum*, a fost estimată la valoarea de **322 mii lei** care adunată la valoarea de preț suportată de pacienții înscriși în program, reprezintă aproximativ 35,75% din valoarea decontată de CNAS pentru versiunea inovativa a medicamentului *Pioglitazonum*.

Având în vedere aspectele menționate, valoarea estimată de către audit a economiei de resurse a fost de **162.672 mii lei**, având în vedere următoarele aspecte:

- s-au preluat din programul informatic SIUI gestionat de CNAS, informații cu privire la consumul de medicamente realizat în perioada 2012-2014 în cadrul Programului Național de diabet zaharat, precum și informații cu privire la prețurile de achiziție și de decontare a acestor medicamente;

- s-a analizat, prin comparație, cantitatea eliberată și valoarea decontată, în cadrul programului național de diabet zaharat, atât pentru versiunea inovativă a medicamentului „*Pioglitazonum*”, respectiv „*Actos 30 mg*”, cât și pentru versiunea generică a aceluiași medicament, respectiv „*Lispecip 30 mg*”, pentru care entitatea a decontat în perioada auditată, farmaciilor cu circuit deschis, cantități eliberate în valoare de 1.704 mii lei, reprezentând aproximativ 0,08% din valoarea totală a cheltuielilor cu medicamente decontate farmaciilor cu circuit deschis în perioada 2012-2014;

- s-a estimat economia care ar fi putut fi realizată prin utilizarea în tratamentul bolnavilor incluși în Programul Național de diabet zaharat, a versiunii generice a medicamentului *Pioglitazonum* (**322 mii lei**), reprezentând aproximativ 19% din consumul total cu acest medicament înregistrat în SIUI de către farmaciile cu circuit deschis;

- având în vedere consumul total de medicamente, respectiv 918.674 mii lei, pentru programul național de diabet zaharat înregistrat la nivelul a 20 CAS teritoriale, în perioada 2012-2014, prin farmaciile cu circuit deschis, s-a estimat prin extrapolare, o economie totală posibil de realizat în sumă de **162.672 mii lei** (856.169 mii lei x 19% = 162.672 mii lei), economie care ar fi putut fi realizată prin creșterea gradului de utilizare în tratamentul pacienților incluși în Programul național de diabet zaharat, a versiunilor generice ale medicamentelor inovative, luând în considerare faptul că, prin utilizarea în tratamentul bolnavilor incluși în Programul Național de diabet zaharat, a versiunii generice a medicamentelor inovative economia estimată a reprezentat aproximativ 19% din consumul cu acest tip de medicamente⁹.

Astfel, sintetizând exemplele de mai sus, din economia estimată posibil de realizat în sumă de **162.672 mii lei**, s-ar fi putut asigura, în aceste condiții tratamentul unui număr de **161.702 pacienți** (ținând cont de costul mediu pe bolnav tratat/an care a fost de 1.006 lei).

În concluzie, deși scopul programului a fost compensarea cu 100% a medicamentelor specifice care se acordă în tratamentul bolnavilor de diabet zaharat, neanalizarea cauzelor care au determinat gradul foarte mic de utilizare a unor medicamente generice incluse în listă și utilizarea cu preponderență în tratamentul bolnavilor incluși în Programul Național de diabet zaharat, a versiunilor inovative a medicamentelor care au avut un preț de vânzare/decontare mai mare decât versiunile generice ale acestora a determinat costuri suplimentare atât pentru pacienți cât și pentru bugetul FNUASS.

Întrucât, potrivit condițiilor contractuale, furnizorii de medicamente aveau obligativitatea de a se aproviziona continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în lista C - secțiunea C2 din Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, având prioritate **medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare** și luând în considerare principalele concluzii care au rezultat urmare verificărilor efectuate de CNAS cu privire la respectarea de către furnizorii de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu a obligațiilor asumate prin contractele încheiate¹⁰, se poate concluziona faptul că, **nerespectarea prevederilor contractuale de către furnizorii de medicamente**

⁹La nivelul a 20 CAS teritoriale cuprinse în eșantion, în perioada 2012-2014, prin farmaciile cu circuit deschis, s-a înregistrat un consum de medicamente în valoare de 918.674 mii lei, din care medicamente generice în valoare de 65.505 mii lei și medicamente inovative în valoare de **856.169 mii lei**.

¹⁰ În baza OMS/CNAS nr.1095/798/07.09.2015, CNAS împreună cu Ministerul Sănătății a desfășurat în perioada 09.09.2015-25.09.2015, o acțiune de control tematică (la un număr de aproximativ 5.000 de farmacii) care a avut ca tematică **verificarea respectării de către furnizorii de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu a obligațiilor asumate prin contractele încheiate**. Din sinteza principalelor concluzii și măsuri dispuse prin rapoartele de control întocmite a rezultat faptul că, au fost constatate deficiențe, în special cu privire la **nerespectarea de către furnizori a obligației de a se aproviziona cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare**.

constituie principala cauză a disfuncționalităților identificate în derularea programelor naționale de sănătate auditate.

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;

- alocarea de fonduri aferente programelor naționale de sănătate curative s-a realizat în baza contractelor care au fost încheiate între furnizorii privați și casele de asigurări de sănătate teritoriale fără negocierea acestora;

- nu au fost întreprinse măsuri de încurajare a furnizorilor de medicamente de a se aproviziona și cu versiunea compensată în procent de 100% a unui medicament, iar gradul mic de verificare al acestor furnizori privați de medicamente, a condus la utilizarea cu preponderență, în tratamentul pacienților, a unor medicamente mai scumpe al căror preț cu amănuntul practicat de farmaciile nu se decontează 100%, diferența fiind suportată de către pacienți;

- nu au fost întreprinse măsuri de creștere a gradului de utilizare a medicamentelor generice în tratamentul pacienților incluși în PNS, medicamente mai ieftine comparativ cu cele inovative, ceea ce a condus implicit la creșterea cheltuielilor cu medicamentele.

Realizarea de negocieri ale contractelor încheiate cu furnizorii privați de medicamente și/sau materiale sanitare ar fi generat pe de o parte obținerea unor economii la FNUASS iar pe de altă parte, asigurarea unui cadru concurențial real în rândul furnizorilor care au încheiat contracte pentru derularea Programelor naționale de sănătate¹¹.

În concluzie, în perioada 2012-2014, Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a întreprins toate măsurile necesare respectării principiilor de eficiență, eficacitate și economicitate în utilizarea fondurilor publice necesare derulării Programelor Naționale de Sănătate fapt ce a condus și la crearea unor condiții de inechitate în rândul furnizorilor de medicamente¹², determinate în principal de neimplementarea unui mecanism eficient de monitorizare și control care să prevadă atât aplicarea de sancțiuni pentru neconformitate cât și acordarea de stimulente pentru depășirea țintelor definite¹³.

¹¹ Întrucât statul suportă prețul maxim cu amănuntul pentru aceste medicamente, farmaciile nu au niciun stimulent pentru a le comercializa la un preț mai mic, deși acestea pot obține discounturi semnificative de la distribuitorii de medicamente, fiind medicamente care se comercializează în volume importante. Prin urmare, prin practicarea acestui sistem, se elimină principala formă de concurență cu privire la aceste medicamente, și anume concurența prin preț, atât la nivelul producătorilor, cât și la nivelul farmaciilor, în detrimentul bugetului alocat programelor naționale și, în final, al pacienților.

¹² Monitorizarea în sine a respectării de către furnizori a obligativității aprovizionării, cu prioritate cu medicamentele al căror preț pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de decontare, s-a dovedit a fi ineficientă, întrucât numărul mic de verificări care au fost efectuate au condus la neaplicarea unor sancțiuni în caz de neconformare. Aceste disfuncționalități au condus și la crearea unor condiții de inechitate în rândul furnizorilor de medicamente, în condițiile în care, potrivit Ordinului nr.75/2009 pentru aprobarea Normelor privind modul de calcul al prețurilor la medicamentele de uz uman, prețul genericilor trebuie să reprezinte cel mult 65% din prețul local al medicamentului inovator, nefiind astfel descurajate și prevenite în totalitate practicile curente ale furnizorilor de medicamente, respectiv: concentrarea pe propriile fluxuri de numerar în locul eficienței cheltuielilor publice.

¹³ În România, pentru rețetele bazate pe DCI emise de medici, eliberarea medicamentelor generice (mai ieftine) nu este obligatorie, iar farmaciile puteau asigura o creștere a gradului de utilizare al medicamentelor generice, spre beneficiul statului

4. Direcțiile de specialitate din cadrul CNAS pot depista prin instrumente specifice eventuale decontări nejustificate de medicamente și/sau servicii medicale efectuate de către CAS teritoriale și CNAS către furnizorii de servicii medicale, medicamente și/sau materiale sanitare?

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 și a serviciilor medicale s-a selectat pentru auditare un eșantion reprezentativ constituit în funcție de valoare, din datele raportate prin sistemul informatic unic integrat atât de către unitățile sanitare și/sau societățile farmaceutice în cadrul **programului național de diabet zaharat** cât și de către furnizorii privați în cadrul **programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică**.

Din analiza datelor raportate prin sistemul informatic unic integrat (SIUI) de către 21 de case de asigurări de sănătate județene, în cadrul **programului național de diabet zaharat**, s-au constatat deficiențe care au determinat efectuarea, în perioada 2012-2014, de cheltuieli nelegale și implicit prejudicii în valoare estimată de 9.424 mii lei, detaliate după cum urmează:

- validarea nelegală a unor prescripții de medicamente în valoare estimată de 3.551 mii lei, care au fost emise, contrar prevederilor legale, de către medici fără specializarea și/sau competența necesară și care nu au fost nominalizați potrivit normelor;

cât și al pacienților, atât prin respectarea condițiilor contractuale cât și prin stabilirea pentru farmacii a unor ținte valorice a genericelor eliberate pe rețete compensate care să acționeze ca un nivel unde adoptarea genericelor să fie stimulată.

- în perioada 01.01.2012 - 31.12.2014 au fost validate de către CAS, eliberări de medicamente raportate de farmacii cu circuit deschis, pe numele unor pacienți care figurau ca fiind decedați, respectiv:

☒ farmaciile cu circuit deschis au eliberat medicamente în valoare estimată de 63 mii lei, către un număr de 71 pacienți care figurau ca fiind decedați la data eliberării acestor medicamente, respectiv deși prescripțiile medicale au fost emise de medicii prescriptori anterior datei decesului, medicamentele prescrise au fost eliberate de către farmaciile cu circuit deschis ulterior datei de deces a pacientului;

☒ pentru un număr de 139 pacienți, au fost validate medicamente în valoare de 33 mii lei, eliberate prin farmacii cu circuit deschis pe numele unor pacienți care figurau ca fiind decedați, la data prescrierii.

- pentru un număr de 1242 pacienți incluși în Programul național de diabet zaharat, au fost emise și eliberate prescripții medicale în valoare estimată de 452 mii lei, pe perioada în care pacienții beneficiari figurau ca fiind internați în spitalizare continuă, deși potrivit prevederilor legale, un pacient nu poate fi internat în spital unde să beneficieze de servicii medicale și tratament adecvat din spital și în același timp, să beneficieze de servicii medicale din ambulatoriu care se finalizează prin emiterea unei prescripții medicale;

- au fost validate în SIUI, prescripții medicale cu medicamente în valoare estimată de 5.325 mii lei fără aprobarea inițierii și/sau continuării tratamentului de către comisiile de specialitate, așa cum prevăd actele normative incidente în vigoare.

În aplicația SIUI, câmpurile ce permit introducerea aprobărilor comisiilor CJAS existente în modulele farmaciilor cu circuit închis și farmaciilor cu circuit deschis, nu au fost completate corespunzător cu datele aferente astfel încât validarea acestor date să fie și în funcție de existența aprobărilor și perioadelor pentru care s-a acordat aprobarea.

Din verificarea modului în care au fost decontate de către CNAS, serviciile efectuate de furnizorii privați prin care s-a derulat programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, s-a constatat faptul că, la nivelul CNAS furnizorii de dializă privați au raportat spre decontare, servicii de hemodializă convențională în valoare estimată de 722 mii lei, efectuate pentru un număr de 76 pacienți care nu au fost însă raportate și în Registrul renal român.

Potrivit prevederilor normelor tehnice de realizare a programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, decontarea serviciilor de suplere renală pentru furnizorii privați de servicii de dializă aflați în contract cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate se realizează lunar de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, din fondurile aprobate

cu această destinație, **cu condiția raportării datelor de către furnizori la Registrul renal român.**

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.

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 teritoriale 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 cu furnizorii de servicii medicale și produse farmaceutice.

Sistemul informatic utilizat - SIUI nu conține filtre prin care ar trebui identificate în faza de validare, erorile care au fost introduse de către entitățile participante din documentele prezentate la decontare.

Neutilizarea bazelor de date existente în Registrul renal român la decontarea serviciilor de dializă.

Neutilizarea corespunzătoare a funcțiilor sistemului informatic unic integrat care atenționează anterior validării, asupra serviciilor care au fost raportate spre decontare pe numele unor CNP-uri pentru care nu au fost efectuate raportări la Registrul renal român.

5. Controlul efectuat de CNAS a contribuit la utilizarea cu economicitate, eficacitate și eficiență a fondurilor alocate derulării PNS?

Normele legale în vigoare care au reglementat desfășurarea PNS - urilor în perioada 2012-2014 au prevăzut ca termen de realizare a controlului programului național în scop curativ, până la 15 februarie a anului în curs pentru anul anterior.

De asemenea, în Normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate s-a prevăzut că efectuarea acțiunilor de control, la entitățile care au încheiat contract cu CNAS 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.

În perioada auditată, numărul mediu al entităților participante la realizarea programelor naționale de sănătate auditate a fost de 2.800 pe an, din care unități sanitare în număr de 240 iar farmaciile cu circuit deschis un număr mediu de 2560 de unități, din care ponderea furnizorilor cuprinși în planurile de control ale caselor de asigurări de sănătate județene a reprezentat aproximativ 55% din total în cazul unităților sanitare și aproximativ 19% în cazul farmaciilor cu circuit deschis.

Pentru cele 4 Programe Naționale de Sănătate auditate, în perioada 2012-2014, structura de specialitate din cadrul CNAS a efectuat o singură acțiune de control, urmare unei sesizări.

În concluzie, s-a constatat faptul că în această perioadă compartimentele de control au efectuat în principal acțiuni de control și verificare privind desfășurarea programelor naționale de sănătate la unitățile sanitare și în mai mică măsură la farmaciile cu circuit deschis.

Structura internă de control și monitorizare a CNAS nu a coordonat și monitorizat în totalitate activitatea de control desfășurată în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în perioada 2012-2014, în conformitate cu obiectivele generale și specifice ale programelor naționale de sănătate cu scop curativ finanțate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

În perioada analizată controlul efectuat de către structurile proprii ale CNAS cât și a entităților teritoriale cu privire la derularea programelor naționale de sănătate (PNS) supuse auditului nu s-a desfășurat în totalitate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, nefiind efectuate de către unele entități teritoriale controale privind derularea Programelor Naționale de Sănătate la toate entitățile participante (farmacii cu circuit deschis), așa cum prevăd normele tehnice de realizare a PNS și normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

6. Indicatorii de evaluarea ai PNS au fost realizați?

În urma evaluării modului de desfășurare a activității de urmărire de către Direcția Programe Curative din cadrul CNAS a indicatorilor fizici și de eficiență, precum și de raportare a acestor indicatori stabiliți prin normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, au rezultat următoarele aspecte:

- CNAS a monitorizat derularea programelor naționale de sănătate prin indicatori de evaluare stabiliți prin normele tehnice aprobate, trimestrial și anual, entitatea auditată întocmind un raport de analiză comparativă a indicatorilor prevăzuți față de cei realizați la nivel național;

- CNAS a urmărit modul de realizare a indicatorilor de evaluare a programelor naționale de sănătate auditate, prin centralizarea indicatorilor fizici și de eficiență pe baza machetelor de raportare transmise de către casele de asigurări de sănătate județene;

- 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. Astfel, 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;

- la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate nu s-a urmărit realizarea concordanței dintre raportarea indicatorilor fizici și de eficiență comunicați sub formă letrică și indicatorii din programul SIUI conform machetelor de raportare;

- CNAS nu a calculat și raportat indicatorii fizici și de eficiență pentru serviciile prestate în anul 2014, de furnizorii privați de dializă.

În acest sens exemplificăm:

➤ **Programul național de diabet zaharat**

Comparativ cu anul **2012**, asigurarea accesului de către pacienți la pompe de insulină și materiale consumabile pentru acestea, pentru cazurile aprobate de coordonatorii centrelor metodologice regionale, în perioada **2013-2014**, a fost preluată de la Ministerul Sănătății prin finanțarea de la FNUASS în cadrul *Programului național de diabet zaharat*, potrivit prevederilor Ordinului MS/CNAS nr. 190/2013.

Din analiza situației cu privire la realizarea **indicatorilor fizici și de eficiență** din cadrul *Programului național de diabet zaharat* în perioada 2012-2014, comparativ cu nivelul acestora stabilit prin normele tehnice, a rezultat faptul că au fost tratați un număr mai mare de pacienți decât numărul pacienților prevăzuți în normele legale, cu 5,94%, în anul 2012 și respectiv 3,67%, în anul 2013.

Din analiza indicatorilor de eficiență realizați în cadrul *Programului național de diabet zaharat* în perioada **2012-2014** de către entitățile teritoriale subordonate CNAS au rezultat atât **depășiri** ale costurilor medii stabilite prin norme tehnice, cât și **nerealizări** ale acestor indicatori, astfel:

☞ au fost constatate depășiri ale costului mediu/bolnav/an pentru bolnavii cu diabet zaharat tratați față de nivelul stabilit prin normele tehnice, după cum urmează:

- în anul 2012, între 25,77% (CAS Sibiu) și 30,37% (CAS Bihor);
- în anul 2013, între 27% (CAS Sibiu) și 33,74% (CAS Bihor);

- în anul 2014, între 30,32% (CAS Satu Mare) și 33,74% (CAS Bihor).

☞ au fost identificate entități teritoriale care au realizat un cost mediu/bolnav/an sub nivelul stabilit prin normele tehnice, după cum urmează:

- CAS Brăila (în 2012 – 52,56%, în 2013 – 55,31% și în 2014 – 58,65%);
- CAS Ilfov (în 2012 – 38,46%, în 2013 – 51,1% și în 2014 – 63,15%);
- CAS Giurgiu (în 2012 – 56,06%, în 2013 – 57,46% și în 2014 – 59,38%).

Principalele cauze care au determinat realizarea unor costuri medii/bolnav tratat mai mari față de costurile prevăzute în actele normative în vigoare care au fost identificate de personalul Direcției Programe Curative și de responsabilii programelor naționale de sănătate curative de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, au constat în:

- costuri mai mari au fost în centrele universitare și în județele în care sunt înregistrați mai mulți bolnavi cu diabet zaharat pe terapie cu insulină;
- costuri ridicate ale consumabilelor pentru anumite pompe de insulină, întrucât prețurile diferă în funcție de tipul pompei, lungimea și diametrul cateterului, fiind aproape duble în cazul cateterelor cu diametru de 13 mm față de cele de 8 sau 9 mm;
- începând din anul 2013, a crescut numărul bolnavilor tratați cu insuline scumpe și tratament mixt.

Toate aceste disfuncționalități s-au realizat în condițiile în care prin Normele tehnice de realizare a *Programului de diabet zaharat* nu s-au prevăzut indicatori de referință separat pentru costurile efectuate la nivelul unităților spitalicești (circuit închis) și costurile înregistrate la nivelul farmaciilor cu circuit deschis, situație care, coroborată cu lipsa unor indicatori de eficiență pentru fiecare tip de terapie (bolnavi tratați cu antidiabetice orale, cu insulină sau tratament mixt, antidiabetice orale și insulină), a determinat efectuarea cu dificultate a unei analize complete asupra costurilor pe tipuri de diabet, iar pe de altă parte, a identificării eventualelor zone ce impun o monitorizare și un control mai riguros al operațiunilor specifice acestui domeniu.

☞ **Programul național de tratament pentru boli rare**

În perioada 2012-2014, tratamentul pacienților diagnosticați cu boli rare a fost finanțat din bugetul FNUASS, potrivit OMS/CNAS nr. 1.591/1110/ 2010 *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012* și a Ordinului CNAS nr. 190/2013 *pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2013 și 2014*, cu modificările și completările ulterioare.

O parte din bolile rare (MCPZ tip II, MCPZ I, Sindrom de imunodeficiență primară) au fost derulate de CNAS doar din a doua parte a anului 2012, în prima parte fiind derulate de Ministerul Sănătății. bolnavii cu epidermoliză buloasă au beneficiat în cursul anului 2012 numai de medicamente.

Din analiza situației cu privire la realizarea *indicatorilor fizici și de eficiență* din cadrul acestui program în perioada 2012-2014, comparativ cu nivelul acestora stabilit prin normele tehnice a rezultat faptul că, în anul 2012, numărul pacienților tratați a fost mai mic 1,88% decât numărul pacienților prevăzuți în normele legale iar în anul 2013 au fost tratați un număr de pacienți mai mare cu 12,81%, decât numărul pacienților prevăzuți în norme.

Din analiza indicatorilor de eficiență realizați în cadrul acestui program în perioada **2012-2014**, de către entitățile teritoriale subordonate CNAS au rezultat atât **depășiri** ale costurilor medii stabilite prin norme tehnice, cât și **nerealizări** ale acestor indicatori, astfel:

☞ costul mediu/bolnav/an în perioada 2012-2014 a fost depășit în unele cazuri cu valori între:

- 2,17% (CAS Timiș) și 218,9% (CAS Alba) – în anul 2012;
- 4,12% (CAS Cluj) și 218,98% (CAS Timiș) – în anul 2013;
- 3,8% (CAS Cluj) și 208,98% (CAS Maramureș) – în anul 2014.

☞ au fost identificate entități teritoriale care au realizat un cost mediu/bolnav/an sub nivelul stabilit prin normele tehnice, uneori chiar și sub 50%, cum ar fi:

- CAS Bihor (în 2012 – 29,09%, în 2014 - 10,85%);
- CAS Ilfov (în 2013 – 1,97%, în 2014 – 2%).

Principalele cauze care au determinat realizarea unor costuri medii/bolnav tratat mai mari față de costurile prevăzute în actele normative în vigoare care au fost identificate de personalul Direcției Programe Curative și de responsabilii programelor naționale de sănătate curative de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, au constat în:

- costurile mari au fost influențate de greutatea bolnavului, de schemele terapeutice care se stabilesc de specialiști în centre universitare și de complicațiile bolii;
- costurile mici au fost generate de întreruperi de tratament prin neprezentarea bolnavilor sau apariția unor complicații care contraindică tratamentul.

☞ **Programul național de ortopedie**

În comparație cu anii 2012 și 2013, în anul **2014**, a fost inclus în Programul național de ortopedie finanțat de la FNUASS și tratamentul copiilor cu malformații grave vertebrale care necesită instrumentație specifică.

Din analiza situației cu privire la realizarea *indicatorilor fizici și de eficiență* din cadrul acestui program în perioada 2012-2014, comparativ cu nivelul acestora stabilit prin normele tehnice, au rezultat faptul că, în anul 2012 au fost tratați un număr de pacienți mai mic cu 3,82% decât numărul pacienților prevăzuți în normele legale.

În anul 2014, numărul bolnavilor tratați în cadrul programului a crescut cu 1.480 pacienți față de 2013, depășind în acest caz numărul de bolnavi stabilit prin normele tehnice (de 12.102 pacienți).

Din analiza indicatorilor de eficiență realizați în cadrul acestui program în perioada **2012-2014** de către entitățile teritoriale subordonate CNAS, au rezultat atât **depășiri** ale costurilor medii stabilite prin norme tehnice, cât și **nerealizări** ale acestor indicatori, după cum urmează:

☛ costul mediu/bolnav/an în perioada 2012-2014 a fost depășit în unele cazuri, astfel:

- în anul 2012, între 181,13% (CAS Timiș) și 268,70% (CAS Iași);
- în anul 2013, cu 215,80% (CAS Iași);
- în anul 2014, cu 178,28% (CAS București).

☛ nerealizări ale indicatorului de eficiență, uneori chiar și sub 50%, cum ar fi:

- CAS Giurgiu (în anul 2012 – 14,84%);
- CAS Călărași (în anul 2013 - 13,56%, în anul 2014 - 12,64%).

Principalele cauze care au determinat realizarea unor costuri medii/bolnav tratat mai mari față de costurile prevăzute în actele normative în vigoare care au fost identificate de personalul Direcției Programe Curative și de responsabilii programelor naționale de sănătate curative de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, au constat în costuri mari/endoprotezate care au fost justificate prin complexitatea cazurilor și tipul de endoproteză implantat.

➔ **Programul național de suplere renală la bolnavii cu insuficiență renală cronică**

Așa cum s-a menționat în Raportul de activitate aferent anului 2014 al Direcției programe curative din cadrul CNAS, indicatorii fizici și de eficiență realizați în anul 2014 nu au fost obținuți din SIUI, calculându-se de către CNAS pe baza raportărilor caselor județene de asigurări de sănătate doar indicatorii la nivelul **sectorului public**.

În timpul auditului, au fost generați din SIUI indicatorii fizici (numărul de bolnavi dializați) și cheltuielile efectuate pentru dializa bolnavilor în anul 2014 la nivelul furnizorilor **privati** de dializă. Precizăm faptul că, serviciile de dializă prestate de către furnizorii privați au fost raportate lunar în SIUI și ulterior decontate de către CNAS.

Astfel, s-a constatat faptul că pentru acest program național de sănătate, CNAS nu a calculat și nu a raportat valorile totale (sector public și privat) ale indicatorilor fizici și de eficiență realizați în anul 2014 la nivel național, fiind calculați și raportați doar indicatorii realizați la nivelul **sectorului public**.

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.

Din analiza datelor prezentate au reieșit diferențe dintre indicatorii fizici și de eficiență raportați de către CNAS și indicatorii generați din SIUI conform machetelor de raportare editate din modulul machete la finele anilor 2012-2014, care au fost justificate de către persoanele cu atribuții în derularea și monitorizarea programelor naționale de sănătate, astfel:

- pentru perioada 2012-2013 nu au fost colectate datele din SIUI, nu s-au generat rapoarte centralizate la nivel național deoarece **nu au fost implementate** corect și/sau complet componentele modulelor pentru programe naționale de sănătate;
- pentru anul 2014, doar câteva case de asigurări de sănătate au utilizat modulul SIUI-PNS pentru raportarea machetelor la CNAS, filtrarea indicatorilor la CNAS nerealizându-se prin intermediul SIUI - modulul PNS, deoarece acest modul nu a fost funcțional în anul 2014;
- în anul 2014, în SIUI nu au fost implementate modificările machetelor de raportare a indicatorilor, aprobate prin Ordinul CNAS nr.256/2013;
- deși datele introduse în SIUI de unele case de asigurări de sănătate concordă cu datele transmise în format letric, la generarea machetei centralizatoare au apărut erori de calcul;
- machetele centralizatoare generate pentru aceeași perioadă din SIUI, la momente diferite, utilizând aceleași criterii de filtrare, cuprind rezultate diferite în funcție de tipul de raport solicitat (pdf. sau xls.).

În concluzie, deși au fost analizați indicatorii de evaluare realizați, la nivelul unor case județene de asigurări de sănătate nu s-au dispus măsuri pentru încadrarea în costurile medii stabilite prin normele tehnice privind realizarea programelor naționale de sănătate cu scop curativ.

La nivelul caselor județene de asigurări de sănătate nu s-a urmărit realizarea concordanței dintre raportarea indicatorilor fizici și de eficiență comunicați sub formă letrică și indicatorii din programul SIUI conform machetelor de raportare.

CNAS nu a calculat și raportat indicatorii fizici și de eficiență pentru serviciile prestate de furnizorii privați de dializă în anul 2014.

7. În perioada auditată, au fost utilizate suficiente modalități/metode de informare a pacienților privind prevenirea și controlul periodic al anumitor afecțiuni grave de sănătate?

Deși informarea asiguraților ar trebui să reprezinte una dintre cele mai importante activități, la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, principalul mecanism utilizat în perioada auditată pentru informarea directă a asiguraților cu privire la modul de derulare a programelor de sănătate auditate a fost pagina de internet a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (www.cnas.ro).

Măsurile care au fost întreprinse pentru îmbunătățirea principalelor caracteristici tehnice ale sistemului informatic al web site-urilor CNAS-CAS și al Punctului Național de Contact¹⁴ pentru asistenta medicală transfrontalieră, au condus la creșterea gradului de informare atât a cetățenilor cât și a furnizorilor de servicii medicale în relația sistemului de asigurări de sănătate, doar pentru un segment limitat din rândul populației, în special datorită gradului ridicat de complexitate a informațiilor publicate.

Acest sistem informatic a fost realizat **în anul 2014** și este utilizat pentru a pune la dispoziția cetățenilor și furnizorilor de servicii medicale informațiile și datele necesare privind sistemul asigurărilor sociale de sănătate, din care exemplificăm:

- date privind contractarea, listele de furnizori aflați în contract și serviciile medicale oferite de aceștia;
- utilizarea fondurilor în acest domeniu, legislația specifică, accesul la diversele tipuri de servicii medicale, inclusiv asistența medicală transfrontalieră;
- localizarea furnizorilor de servicii și datele de contact ale acestora;
- motoare de căutare pentru accesul rapid la informația dorită;
- listele de medicamente gratuite și compensate;
- alte rapoarte și situații privind proiectele și programele derulate de CNAS.

Referitor la utilizarea unor mijloace de comunicare în masă, acestea s-au limitat la conferințe și comunicate de presă precum și la comunicarea de informații solicitate de jurnaliști

¹⁴ Punctul Național de Contact pentru asistență medicală transfrontalieră (PNC) funcționează pe lângă CNAS, ca structură fără personalitate juridică. Aprobarea organizării și funcționării PNC s-a realizat prin **Ordinul nr. 340 din 27 martie 2014** care transpune art. 4 alin. (2) lit. a), art. 5 lit. b), art. 6, art. 8 alin. (7), art. 10 alin. (1) și alin. (4) din Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, seria L, nr. 88 din 4 aprilie 2011, precum și art. 4 din Directiva de punere în aplicare 2012/52/UE a Comisiei din 20 decembrie 2012 de stabilire a unor măsuri pentru facilitarea recunoașterii prescripțiilor medicale emise în alt stat membru, publicată în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, seria L, nr. 356 din 22 decembrie 2012.

pentru realizarea unor materiale de informare, nefiind utilizate și alte mijloace cu un grad de eficiență mai ridicat (pliante, realizarea și difuzarea unor materiale publicitare, realizarea de afișe și panouri de informare), acestea din urmă fiind însă și generatoare de costuri.

Înțelegând importanța relației cu asigurații și necesitatea informării acestora în mod corect și complet, Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu casele de asigurări de sănătate au derulat în principal campanii de informare pentru prescripția electronică, deși activitățile desfășurate în cadrul programelor curative au un impact deosebit asupra asiguraților.

În concluzie, deși măsurile care au fost întreprinse pentru îmbunătățirea principalelor caracteristici tehnice ale sistemului informatic al web site-urilor CNAS-CAS și al Punctului Național de Contact pentru asistenta medicala transfrontalieră, au condus la creșterea gradului de informare atât a cetățenilor cât și a furnizorilor de servicii medicale în relația sistemului de asigurări de sănătate, această modalitate de informare rămâne în continuare dedicată unui segment limitat din rândul populației, în special datorită gradului ridicat de complexitate a informațiilor publicate.

În acest context, pentru o mai bună informare a asiguraților față de calitatea serviciilor medicale furnizate și în mod special a condițiilor de accesare a programelor naționale de sănătate, până în prezent, CNAS nu a efectuat analize de evaluare a gradului de informare a asiguraților cu privire la legislația aplicabilă sistemului de asigurări sociale de sănătate național și european și nici cu privire la programele curative derulate, în vederea identificării unor mecanisme cât mai rapide și eficiente de diseminare a informației în rândul populației.

În completarea celor consemnate mai sus, prezentăm în continuare, **principalele concluzii** rezultate pe fiecare obiectiv specific urmare a misiunilor de audit al performanței efectuate de către camerele teritoriale de conturi la nivelul a 21 de case județene de asigurări de sănătate:

1. Urmare verificărilor efectuate cu privire la *organizarea și funcționarea Compartimentului Programe de Sănătate din cadrul CAS județene din subordinea Direcției Medic Șef (R.O.F., organigramă, stat funcții, fișe post) și a repartizării sarcinilor pe categorii de activități și operațiuni*, s-au constatat, în principal următoarele:

- numărul redus de personal din cadrul Compartimentului programe de sănătate în comparație cu complexitatea activității ce trebuie desfășurată și a sarcinilor conform regulamentului de organizare și funcționare;

- fișele de post ale persoanelor efectiv implicate în derularea PNS nu au fost actualizate cu sarcinile/atribuțiile rezultate din ROF, din normele tehnice sau alte reglementări specifice implementării programelor de sănătate;

- nu au fost efectuate cursuri de perfecționare de către personalul Compartimentului Programe de Sănătate.

2. Urmare verificărilor efectuate cu privire la *analiza gradului de îndeplinire a atribuțiilor în ceea ce privește derularea și monitorizarea PNS*, s-au constatat, în principal următoarele:

- numărul estimat de pacienți nu poate fi fundamentat în mod obiectiv, nu există un document/studiu clinic prin care să se cunoască sau prin care să se estimeze numărul de pacienți ce urmează a fi incluși în PNS;

- indicatorii de eficiență specifici fiecărui program sunt indicatori de referință aprobați la nivel de țară, neexistând restricții instituite prin normele legale și tehnice cu privire la costul tratamentelor sau al serviciilor medicale și nici consecințe asupra părților implicate în derularea lor;

- valoarea orientativă a contractelor încheiate cu farmaciile cu circuit deschis nu a fost în toate cazurile monitorizată și actualizată cu consumul real raportat într-un exercițiu bugetar;

- la fundamentarea bugetului nu s-a ținut cont de costul mediu/bolnav/an stabilit la nivel național și de modificările intervenite pe parcursul derulării PN, iar costurile pe anumite perioade/programe au depășit costul mediu plafonat pe pacient/program/an;

- creditele bugetare definitive din perioada 2012-2014 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 aceștia;

- încheierea contractelor cu farmaciile cu circuit deschis fără a se respecta principiul economicității, datorită încheierii acestora fără o negociere a prețurilor de decontare aprobate;

- fundamentarea valorii contractelor aferente dializei peritoneale nu corespunde utilizării tarifelor legale, respectiv valoarea estimată a contractului s-a stabilit utilizându-se un tarif mai mare decât 50.800 lei/an/pacient, prevăzut în actele normative și în contractele încheiate.

3. Urmare verificărilor efectuate cu privire la *analiza modului de decontare a medicamentelor/serviciilor medicale, în condiții de legalitate, economicitate, eficiență și eficacitate, în baza contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale autorizați/farmacii cu circuit deschis pentru PNS*, s-au constatat, în principal următoarele:

- stocurile de medicamente la unitățile sanitare implicate în derularea programelor auditate nu au fost verificate și inventariate efectiv;

- au fost prescrise medicamente de către medici cu altă specialitate decât cei prevăzuți de normele legale sau fără aprobarea comisiei de specialitate, prescripții medicale validate și decontate;

- a fost depășită valoarea unor indicatori de eficiență, respectiv costul mediu/pacient tratat;

- datele raportate pe suport de hârtie cu privire la numărul de pacienți și cheltuieli aferente medicamentelor/materialelor sanitare efectiv consumate nu corespund cu raportarea prin aplicația SIUI.

4. Urmare verificărilor efectuate cu privire la *analiza modului de efectuare de către CAS județene a controlului derulării PNS la furnizorii de servicii medicale/farmacii cu circuit deschis*, s-au constatat, în principal următoarele:

- nu a fost verificată realitatea stocurilor de medicamente achitate din FNUASS existente la farmaciile cu circuit închis din cadrul programelor naționale de sănătate auditate;

- controalele efectuate nu s-au desfășurat și la farmaciile cu circuit deschis, cu toate că o parte importantă din fondurile alocate programelor naționale de sănătate se derulează prin intermediul lor;

- tematicile de control sunt incomplete deoarece nu cuprind toate obiectivele prevăzute de legislația în vigoare.

5. Urmare verificărilor efectuate cu privire la *Evaluarea modului de soluționare a deficiențelor și disfuncționalităților constatate*, s-au constatat, în principal următoarele:

- controlul privind programele naționale de sănătate nu a fost orientat în zonele deja sesizate de asigurați pentru a identifica disfuncționalitățile și deficiențele majore, semnificative;

- lipsa unor proceduri operaționale privind valorificarea constatărilor, a implementării recomandărilor formulate și/sau a măsurilor dispuse, de raportare a stadiului de implementare și de control al realității implementării.

6. Urmare verificărilor efectuate cu privire la *Analiza modului de realizare a obiectivelor stabilite pentru fiecare program în condiții de legalitate, economicitate, eficiență și eficacitate* s-au constatat, în principal următoarele:

- la încheierea contractelor de furnizare a serviciilor medicale, conducerea CAS nu a negociat și inclus în contracte clauze suplimentare privind unii indicatori de eficiență și eficacitate ai programelor (rată de supraviețuire, grad de îmbunătățire a stării de sănătate, creșterea speranței de viață a pacienților);

- nu s-a realizat o analiză a disfuncționalităților programelor naționale de sănătate sau a posibilităților de creștere a performanței acestora, pornind de la constatările din practică a

coordonatorilor de programe și o informare a CNAS privind aceste deficiențe în vederea înlăturării lor în timp sau a finanțării celor mai adecvate cheltuieli, astfel încât programele să-și atingă obiectivele stipulate prin Ordinele MS/CNAS nr.1591/1110/2010 și Ordinul CNAS nr.190/2013.

3.2 PRINCIPALELE RECOMANDĂRI FORMULATE ÎN RAPOARTELE DE AUDIT

Având în vedere concluziile auditului performanței în legătură cu gradul de realizare a obiectivelor specifice programelor naționale de sănătate auditate, potrivit *Regulamentului privind organizarea și desfășurarea activităților specifice Curții de Conturi, precum și valorificarea actelor rezultate din aceste activități*, prin rapoartele de audit întocmite au fost formulate o serie de recomandări cu privire la măsurile ce urmează a fi luate de entitate pentru îmbunătățirea economicității, eficienței și eficacității domeniului auditat, astfel:

A. Cu privire la „Auditul performanței privind unele Programe de Sănătate derulate în perioada 2012-2014” efectuat la MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

1. Referitor la obiectivul evaluarea modului de fundamentare anuală a necesarului de resurse financiare pentru implementarea programelor naționale de sănătate publică și a modului de repartizare a fondurilor pe surse și titluri bugetare, programe/subprograme naționale de sănătate publică, respectiv pe unități de specialitate, au fost formulate următoarele recomandări:

➤ La stabilirea volumului bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate, precum și la repartizarea acestuia către DSP/unități sanitare, MS va avea în vedere valoarea medicamentelor aflate în stoc la începutul anului la unitățile sanitare, astfel încât să se asigure o alocare echitabilă a fondurilor și o utilizare eficientă a acestora;

➤ Repartizarea fondurilor pentru derularea programelor naționale de sănătate către unitățile sanitare se va efectua în mod echitabil, evitându-se astfel o imobilizare nejustificată de fonduri publice.

2. Referitor la obiectivul evaluarea modului de coordonare, monitorizare și control al implementării PNS, au fost formulate următoarele recomandări:

➤ Ministerul Sănătății va urmări și monitoriza prin compartimentele funcționale, derularea programelor naționale de sănătate astfel încât achiziția de către unitățile sanitare a medicamentelor/materialelor sanitare să asigure utilizarea cu economicitate a resurselor alocate;

➔ Ministerul Sănătății va monitoriza și dispune structurilor de control includerea în planul anual de control și efectuarea de acțiuni la unitățile sanitare prin care s-au derulat programele de sănătate publică;

➔ Elaborarea unei proceduri operaționale prin care să se stabilească responsabilitățile cu privire la propunerile de organizare a acțiunilor de control în domeniul implementării programelor naționale de sănătate și de participare la realizarea acestora.

3. Referitor la obiectivul evaluarea analizei trimestriale și anuale efectuată de MS asupra modului de derulare a programelor naționale de sănătate publică, respectiv a gradului de îndeplinire a obiectivelor programelor de sănătate și a gradului de realizare a indicatorilor fizici și de eficiență, au fost formulate următoarele recomandări:

➔ Trimestrial/anual Ministerul Sănătății va efectua analiza indicatorilor de raportare privind programele de sănătate, prin identificarea și particularizarea disfuncționalităților constatate pe unități sanitare și consemnarea acestora în analizele efectuate;

➔ Identificarea cauzelor care au determinat ca unele unități să depășească indicatorii stabiliți sau situațiile în care costurile medii realizate sunt sub nivelul stabilit, precum și evaluarea impactului nerealizării acestor indicatori;

➔ Evaluarea și analiza în dinamică a indicatorilor fizici și de eficiență;

➔ Monitorizarea cheltuielilor în cadrul programelor naționale de sănătate, astfel încât acestea să fie proporționale cu fondurile alocate prin buget cu această destinație, în scopul încadrării în nivelul indicatorilor aprobați;

➔ Definirea unor indicatori de rezultat care să măsoare impactul derulării programelor naționale de sănătate (efectul resimțit la nivelul pacienților tratați), în scopul evaluării obiectivelor programelor naționale de sănătate, respectiv îmbunătățirea stării de sănătate și creșterea speranței de viață a populației;

➔ Ministerul Sănătății se va preocupa de implementarea unui sistem informațional logistic, care să permită accesarea de date medicale, raportarea indicatorilor fizici și de eficiență realizați de unitățile sanitare, precum și urmărirea gradului de utilizare a fondurilor aprobate derulării PNS.

B. Cu privire la „Auditul performanței privind unele Programe de Sănătate derulate în perioada 2012-2014” efectuat la CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE:

1. Referitor la obiectivul evaluarea modului în care s-a derulat cu eficiență PNS, având în vedere legislația specifică, s-a recomandat ca la elaborarea normelor tehnice de realizare a

programele naționale de sănătate se va avea în vedere instituirea unor măsuri de eficientizare a utilizării fondurilor bugetului FNUASS, prin analiza sustenabilității acestor măsuri și a posibilității reale de implementare a acestora.

2. Referitor la obiectivul evaluarea modului de fundamentare a bugetului alocat derulării PNS, au fost formulate următoarele recomandări:

➔ la stabilirea volumului bugetului alocat derulării programelor naționale de sănătate, precum și la repartizarea acestuia către casele județene de asigurări de sănătate, CNAS va avea în vedere valoarea medicamentelor/materialelor sanitare aflate în stoc la începutul anului la unitățile sanitare, astfel încât să se asigure o alocare echitabilă a fondurilor și o utilizare eficientă a acestora;

➔ repartizarea fondurilor pentru derularea programelor naționale de sănătate către casele județene de asigurări de sănătate se va efectua în mod echitabil, evitându-se astfel o imobilizare nejustificată de fonduri publice.

3. Referitor la obiectivul evaluarea legalității procedurilor de atribuire a contractelor de achiziție a medicamentelor, au fost formulate următoarele recomandări:

➔ CNAS se va preocupa de întreprinderea măsurilor necesare asigurării respectării principiilor de eficiență, eficacitate și economicitate în utilizarea fondurilor publice necesare derulării Programelor Naționale de Sănătate, respectiv:

- stabilirea condițiilor în care se pot realiza negocieri ale contractelor încheiate cu furnizorii privați de medicamente și/sau materiale sanitare;

- identificarea cauzelor care au determinat consumul mic de medicamente generice față de cele inovative și întreprinderea unor măsuri de stimulare a creșterii gradului de utilizare în tratamentul pacienților a versiunilor generice ale medicamentelor inovative;

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

4. Referitor la obiectivul evaluarea decontării medicamentelor de către CAS județene către unitățile sanitare și farmaciile cu circuit deschis, în limitele bugetului aprobat și cu respectarea principiilor economicității, eficienței și eficacității în utilizarea fondurilor, au fost formulate următoarele recomandări:

➔ întreprinderea măsurilor necesare de către CNAS pentru perfecționarea aplicației informatice SIUI în vederea asigurării controlului complet, corespunzător și operativ al

îndeplinirii condiționalităților impuse de cadrul legal de reglementare, respectiv implementarea/introducerea unor filtre care să nu mai permită validarea datelor dacă nu sunt îndeplinite condițiile legale minimale referitoare, ca de exemplu la medicul prescriptor, perioada de prescriere, aprobarea comisiilor de specialitate etc.;

➤ CNAS va urmări și monitoriza prin compartimentele funcționale care au atribuții pe de o parte în derularea programelor naționale de sănătate iar pe de altă parte, în controlul utilizării fondurilor alocate, ca entitățile teritoriale să respecte cadrul legal în vigoare cu privire la decontarea și plata obligațiilor față de furnizorii de servicii medicale și medicamente;

➤ CNAS 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, dimensionarea prejudiciului și recuperarea acestuia;

5. Referitor la obiectivul evaluarea controlului efectuat de CNAS asupra utilizării fondurilor destinate achiziției de medicamente de către furnizorii de servicii medicale și farmaciile cu circuit deschis, au fost formulate următoarele recomandări:

➤ CNAS va monitoriza și dispune structurilor de control teritoriale includerea în planul anual de control și efectuarea de acțiuni la un număr corespunzător de farmacii cu circuit deschis prin care s-au derulat programele de sănătate cu scop curativ;

➤ specializarea echipelor de control din cadrul structurilor teritoriale ținând cont și de complexitatea și specificul programelor naționale de sănătate pentru a permite identificarea unor posibile erori similare cu cele identificate în urma auditului performanței;

➤ elaborarea și implementarea unei proceduri operaționale cuprinzând activități și responsabilități de verificare a modului în care la nivelul CAS teritoriale se realizează monitorizarea trimestrială a consumului de medicamente eliberate prin farmacii cu circuit deschis.

6. Referitor la obiectivul evaluarea gradului de realizare a obiectivelor PNS, respectiv a gradului de realizare a indicatorilor fizici și de eficiență, au fost formulate următoarele recomandări:

➤ trimestrial/anual CNAS va efectua analiza indicatorilor de raportare privind programele de sănătate, prin identificarea și particularizarea disfuncționalităților constatate pe unități sanitare și consemnarea acestora în analizele efectuate;

➤ identificarea cauzelor care au determinat ca unele unități să depășească indicatorii stabiliți sau situațiile în care costurile medii realizate sunt sub nivelul stabilit, precum și evaluarea impactului nerealizării acestor indicatori;

➤ evaluarea și analiza în dinamică a indicatorilor fizici și de eficiență;

➤ monitorizarea cheltuielilor în cadrul programelor naționale de sănătate, astfel încât acestea să fie proporționale cu fondurile alocate prin buget cu această destinație, în scopul încadrării în nivelul indicatorilor aprobați, precum și urmărirea realizării concordanței dintre raportarea indicatorilor fizici și de eficiență comunicați sub formă letrică și indicatorii din programul SIUI, conform machetelor de raportare.

7. Referitor la obiectivul **evaluarea gradului de informare a asiguraților** s-a recomandat efectuarea unor analize de evaluare a gradului de informare a asiguraților cu privire la legislația aplicabilă sistemului de asigurări sociale de sănătate național și european și cu privire la programele curative derulate, în vederea identificării unor mecanisme mai rapide și eficiente de diseminare a informației în rândul unui segment mai larg al populației.

C. Cu privire la „*Auditul performanței privind unele Programe de Sănătate derulate în perioada 2012-2014*” efectuat la Casele de Asigurări de Sănătate teritoriale

➤ analiza și revizuirea responsabilităților și sarcinilor salariaților din entitățile auditate implicați în derularea PNS, conform atribuțiilor redefinite prin ROF și potrivit legislației în domeniu;

➤ efectuarea demersurilor în vederea asigurării unui număr suficient de posturi în cadrul Compartimentului Programe de Sănătate, care să asigure în mod operativ monitorizarea și verificarea modului de derulare a programelor de sănătate;

➤ elaborarea și implementarea unor proceduri operaționale prin care să se stabilească responsabilitățile și activitățile necesare asigurării analizei și monitorizării continue a derulării programelor naționale de sănătate prin indicatorii fizici și de eficiență realizați, inclusiv în ceea ce privește identificarea disfuncționalităților și nu în ultimul rând, responsabilități și activități pentru corectarea și eliminarea lor, în limita competențelor și a responsabilităților instituite de cadrul normativ și tehnic de reglementare;

➤ analizarea contractelor încheiate cu farmaciile cu circuit deschis și aplicarea prevederilor legale privind negocierea contractelor;

➤ actualizarea valorii contractelor încheiate cu farmaciile cu circuit deschis, în toate cazurile în care valoarea medicamentelor eliberate depășește sau este mai mică decât valoarea contractată inițial;

➤ fundamentarea valorii contractelor de dializă - metoda de tratament dializa peritoneală, pe baza tarifului prevăzut în clauzele contractuale și respectiv în actele normative care le reglementează;

➤ stabilirea unor indicatori de eficiență pe tipuri de terapie, luând în calcul costurile diferite în cazul tipurilor de tratament;

➤ formularea demersurilor necesare către CNAS pentru perfecționarea aplicației informatice SIUI în vederea asigurării controlului complet, corespunzător și operativ al îndeplinirii condiționalităților impuse de cadrul legal de reglementare respectiv implementarea/introducerea unor filtre care să nu mai permită validarea datelor dacă nu sunt îndeplinite condițiile legale minimale referitoare la medicul prescriptor, perioada de prescriere, aprobarea comisiilor de specialitate, calitatea de asigurat;

➤ prin compartimentul de specialitate, sa se procedeze la intensificarea controalelor având ca obiectiv acuratețea informațiilor privind stocurile de medicamente raportate, consumurile validate, achizițiile efectuate respectiv realitatea informațiilor utilizate în procesul de decontare al medicamentelor achiziționate de unitățile spitalicești;

➤ prin compartimentul de specialitate în control, să se procedeze la cuprinderea în planul de control a unor verificări la farmaciile cu circuit deschis, cu care CAS are încheiate contracte de furnizare de medicamente din cadrul programelor naționale de sănătate, în vederea acoperirii integrale a obiectivelor stabilite prin tematici;

➤ efectuarea demersurilor la CNAS pentru includerea în indicatorii specifici de monitorizare a derulării Programelor naționale de sănătate cu scop curativ, a indicatorilor de sănătate publică (îmbunătățirea stării de sănătate a populației și creșterea speranței de viață a bolnavilor) considerați ca fiind mai cuprinzători, relevanți și rezonabili;

➤ monitorizarea permanentă a stadiului realizării indicatorilor, în vederea depistării și înlăturării operative a cauzelor care au condus la depășirea costului mediu/bonav tratat;

➤ efectuarea unor controale tematice la farmacii cu circuit deschis pentru a verifica dacă există o tendință de aprovizionare cu medicamente scumpe sau care necesită contribuția financiară a bolnavului, în dauna medicamentelor ieftine care nu implică această contribuție;

➤ urmărirea permanentă a stocurilor de medicamente la unitățile sanitare pentru identificarea unor eventuale supradimensionări ale acestora;

➤ sistematizarea, analizarea sesizărilor și reclamațiilor primite prin apeluri telefonice TEL VERDE și transmise Biroului de control pentru a fi verificate și întreprinse măsuri de înlăturare a cauzelor și de protejare a interesului asiguraților;

➤ includerea în tematicile de control a unor obiective, care să vizeze zone de risc major, pentru a identifica posibile disfuncționalități ale sistemului.

**ȘEF DEPARTAMENT
CONSILIER DE CONTURI**

Conf. univ. dr. IOAN HURJUI

LISTĂ GRAFICE

<i>Graficul nr.1:</i> Evoluția creditelor bugetare, precum și a plăților efectuate pentru derularea Programelor naționale de sănătate publică derulate de Ministerul Sănătății, în perioada 2012-2014
<i>Graficul nr.2:</i> Evoluția creditelor bugetare și a plăților pentru derularea PNS comparativ cu totalul plăților efectuate din FNUASS
<i>Graficul nr.3:</i> Evoluția în dinamica a plăților lunare în perioada 2012-2014 pentru medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ
<i>Graficul nr.4:</i> Evoluția în dinamică a plăților lunare în perioada 2012 - 2014 aferente materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ
<i>Graficul nr.5:</i> Evoluția în dinamica a plăților lunare în perioada 2012-2014 pentru serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală
<i>Graficul nr.6:</i> Evoluția creditelor bugetare și a plăților efectuate pentru derularea celor 4 programe naționale de sănătate auditate
<i>Graficul nr.7:</i> Evoluția numărului de bolnavi de diabet în perioada 2011-2014
<i>Graficul nr.8:</i> Situația bolnavilor de diabet zaharat din România, grupați pe sexe, pe regiuni de dezvoltare și pe grupe de vârstă
<i>Graficul nr.9:</i> Situația bolnavilor de diabet zaharat grupați pe regiuni de dezvoltare (urban și rural)
<i>Graficul nr.10:</i> Situația bolnavilor de diabet zaharat grupați pe grupe de vârstă se prezintă
<i>Graficul nr.11:</i> Situația privind evoluția cheltuielilor efectuate în perioada 2012-2014, pentru activități specifice derulate în cadrul programelor naționale de sănătate auditate;
<i>Graficul nr.12:</i> Ponderea cheltuielilor efectiv realizate în București pentru activitatea de diagnosticare precoce a bolnavilor cu amiotrofii spinale, distrofii musculare Duchenne și Backer, diagnosticarea prenatală precoce și sfat genetic.

LISTĂ TABELE

<i>Tabelul nr.1:</i> Situația privind evoluția numărului total de pacienți tratați și a cheltuielilor totale cu medicamentele aferente Programului național de diabet zaharat în perioada 2012-2014, în funcție de regiunile de dezvoltare geografică

LISTĂ FIGURI

<i>Figura nr.1:</i> Ponderea numărului de bolnavi de diabet zaharat în perioada 2012-2014 în funcție de regiunile geografice de dezvoltare în totalul bolnavilor de diabet zaharat din România
<i>Figura nr.2:</i> Ponderea pacienților tratați și a cheltuielilor cu medicamentele utilizate în cadrul Programului național de diabet zaharat în perioada 2012-2014 în funcție de regiunile de dezvoltare geografică în totalul pacienților tratați și a cheltuielilor cu medicamentele efectuate în cadrul programului