

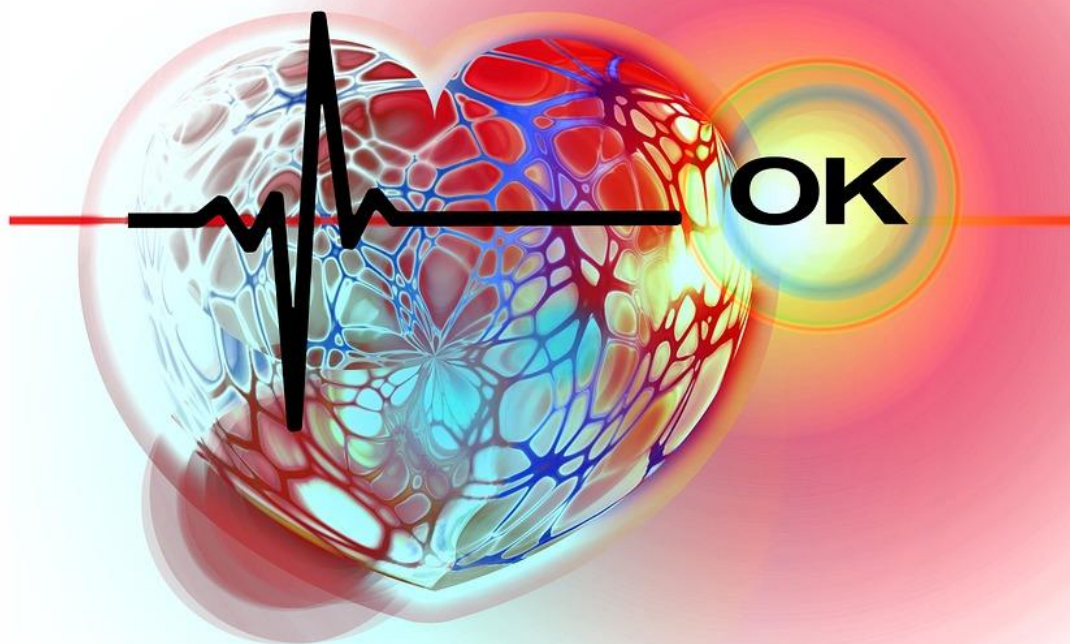


CURTEA DE CONTURI A ROMÂNIEI

S I N T E Z A

*rapoartelor de audit financiar asupra contului de
execuție a bugetului Fondului Național Unic de
Asigurări Sociale de Sănătate pentru anul 2015
la*

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



2016

Colectivul de elaborare:

Curtea de Conturi a României – Departamentul V

Conf. univ. dr. Ioan HURJUI – Șef Departament

Mirela IONESCU – Director

Silvia MINCIUNĂ – Director adjunct

Nicoleta NICULESCU – 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>

CUPRINS

<i>Abrevieri</i>	2
<i>1. Introducere</i>	3-4
<i>2. Sistemul de asigurări de sănătate din România</i>	4-11
<i>3. Scurtă prezentare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate</i>	12-19
<i>4. Analiza de ansamblu a situațiilor financiare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate</i>	20-37
<i>5. Constatările, concluziile și recomandările Curții de Conturi a României urmare a misiunilor de audit financiar desfășurate în anul 2015</i>	38-54
<i>5.1. Principalele constatări identificate</i>	39-47
<i>5.2. Recomandările formulate pentru eliminarea deficiențelor</i>	48-50
<i>6. Opinia de audit</i>	50-51
<i>Listă grafice, tabele și figuri</i>	52

ABREVIERI

CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
UE	Uniunea Europeană
MS	Ministerul Sănătății
FNUASS	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
INS	Institutul Național de Statistică
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
PIB	Produsul Intern Brut
OUG	Ordonanță de Urgență a Guvernului
HG	Hotărârea Guvernului
ANAF	Agenția Națională de Administrare Fiscală
AJFP	Agenția Județeană a Finanțelor Publice
BNR	Banca Națională a României
ONU	Organizația Națiunilor Unite
RODAS	Regulamentul privind organizarea și desfășurarea activităților specifice Curții de Conturi, precum și valorificarea actelor rezultate din aceste activități
PNS	Program Național de Sănătate
DGFP	Direcția Generală a Finanțelor Publice
CANAMED	Catalogul Național al Prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România

1.INTRODUCERE



Prezentul raport este destinat Parlamentului României, Guvernului și opiniei publice. Sinteza a fost redactată în baza constatărilor, concluziilor și recomandărilor consemnate în rapoartele de audit întocmite ca urmare a misiunilor de audit financiar a contului de execuție a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pe anul 2015, care s-au desfășurat atât la sediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (denumită în continuare CNAS), cât și la un număr de 20 case județene de asigurări de sănătate.

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.

Obiectivul general al auditului financiar a fost acela de a obține o asigurare rezonabilă asupra faptului că:

- situațiile financiare auditate nu conțin denaturări semnificative ca urmare a unor abateri sau erori, permițând astfel să se exprime o opinie cu privire la măsura în care acestea sunt întocmite de către entitate în conformitate cu cadrul de raportare financiară aplicabil în România, respectă principiile *legalității și regularității* și oferă o imagine fidelă a poziției financiare, a performanței financiare și a celorlalte informații referitoare la activitatea desfășurată de entitatea respectivă;

- modul de administrare a patrimoniului public și privat al statului, precum și execuția bugetului de venituri și cheltuieli al CNAS au fost în concordanță cu scopul, obiectivele și atribuțiile prevăzute în actele normative prin care a fost înființată entitatea verificată și respectă principiile *legalității, regularității, economicității, eficienței și eficacității*.

Raportul de audit încheiat în urma misiunii de audit financiar a fost transmis CNAS și are la bază constatările rezultate din sintetizarea, analizarea și interpretarea probelor de audit colectate la nivelul 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, 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. SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA



Sistemele de sănătate din statele membre UE sunt finanțate prin contribuții publice sau prin contribuții directe. Fiecare stat membru și-a dezvoltat propriile mecanisme de finanțare. Aceste sisteme de finanțare sunt supuse în permanență modificărilor urmare faptului că, aceste state sunt într-o continuă evoluție și schimbare, atât în ceea ce privește profilul bolilor cât și a resurselor necesare vindecării și /sau ameliorării acestora.

În Europa nu există în prezent sisteme de sănătate care să fie finanțate în exclusivitate din resurse publice sau private, finanțarea realizându-se din mai multe surse, atât publice cât și private. Astfel, sistemele de sănătate la nivel european sunt finanțate din mai multe surse, îmbinând finanțarea de la bugetul de stat, din asigurările sociale de sănătate publice și private, coplata sau plata directă a serviciilor medicale de către pacienți.

Deși aceste sisteme de finanțare diferă de la o țară la alta, comun acestora este nevoia unui mecanism complex de finanțare a sănătății, de o forță de muncă bine pregătită și plătită în mod adecvat, de informații fiabile pe care să se bazeze deciziile și politicile în domeniul sănătății, precum și de logistica și tehnologia necesară pentru a livra medicamente și servicii medicale de calitate.

Sistemul de sănătate din România este finanțat din resurse financiare publice și private, preponderența majoritară fiind a celor publice, din acestea cea mai mare parte fiind administrată de Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS).

Deși finanțarea din resursele financiare publice reprezintă o importantă sursă de finanțare a sistemului de sănătate, în România ca și în majoritatea țărilor din Europa, principala sursă de venituri publice destinate sănătății sunt contribuțiile de asigurări sociale de sănătate. Astfel, similar majorității statelor membre UE și în România funcționează un sistem de asigurări sociale de sănătate, cu venituri din cote de asigurări de sănătate colectate într-un fond unic.

Prin reglementările legale naționale, statele membre UE au instituit obligația plății unei contribuții de asigurări sociale, astfel încât aceste sisteme să își poată realiza obiectivul principal, respectiv cel de a asigura asistența medicală pentru populație, inclusiv pentru acele categorii de persoane care se află în imposibilitatea de a contribui la constituirea fondurilor de asigurări de sănătate. Mecanismele actuale care stau la baza acoperirii costurilor din sistemul de sănătate la nivelul statelor membre UE, au la bază latura de solidaritate socială. Potrivit acestui principiu, toți cetățenii, indiferent de veniturile pe care le realizează au dreptul la protejarea sănătății.

Finanțarea asistenței medicale în România este asigurată în principal din bugetul FNUASS, completată cu sume de la bugetul de stat, precum și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății. În cazul celor private, majoritatea resurselor financiare provin din plăți directe, respectiv coplăți sau tarife pentru servicii. Îmbolnăvirile datorate unui accident de muncă sau unei boli profesionale sunt acoperite prin bugetul asigurărilor sociale de stat din Fondul de risc pentru accidente de muncă și boli profesionale, gestionat de Casa Națională de Pensii Publice.

În prezent în România, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației care asigură accesul la un pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat.

Potrivit datelor privind Raportul de țară întocmit de Comisia Europeană¹, starea de sănătate a populației din România este deficitară. Speranța de viață la naștere este cu mult sub media UE, atât în ceea ce privește bărbații (71,6 ani față de 77,8), cât și în ceea ce privește femeile (78,7 ani față de 83,3). Ratele mortalității legate de sistemul circulator și mortalitatea infantilă sunt deosebit de ridicate. Există o mare discrepanță între speranța de viață în condiții bune de sănătate estimată la naștere și speranța de viață, care arată că oamenii petrec o perioadă de viață îndelungată în condiții de morbiditate și dizabilitate (13,0 ani pentru bărbați și 20,8 ani pentru femei). România are una dintre cele mai mari rate de decese potențial evitabile prin asistența medicală și prevenție, care nu ar trebui să aibă loc în condițiile acordării unei asistențe medicale prompte și eficiente.

În raportul Comisiei Europene se consemnează de asemenea că, accesul la asistență medicală rămâne o preocupare majoră. În ciuda unui sistem obligatoriu de asigurări de sănătate, numai cca. 86% din populație era asigurată în 2015. Românii sunt printre europenii cu cea mai redusă percepție asupra stării lor de sănătate. În comparație cu media UE de 3,7%, 10,4% din români relatează că au avut nevoi medicale nesatisfăcute din cauza costurilor, a serviciilor medicale furnizate la distanță sau a timpului de așteptare. Plățile informale practicate pe scară largă sporesc costurile și reprezintă unul dintre principalele motive pentru accesul limitat la asistență medicală, în

¹ ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_romania_ro.pdf

special în cazul pacienților cu venituri mici. Accesul la serviciile de sănătate este împiedicat și de lipsa cadrelor medicale. Numărul medicilor și a asistenților medicali pe cap de locuitor este foarte scăzut în comparație cu media UE, în principal din cauza migrației medicilor calificați în alte state membre ale UE, a condițiilor de muncă precare și a salariilor mici.

Totodată, finanțarea insuficientă și utilizarea ineficientă a resurselor publice continuă să afecteze sistemul de sănătate. Pentru a răspunde acestor preocupări, autoritățile au depus eforturi menite să îmbunătățească sustenabilitatea finanțelor publice, eficiența și eficacitatea prestării serviciilor de sănătate, în contextul programului UE de asistență pentru balanța de plăți. Printre aceste reforme se numără, de exemplu, plata arieratelor din sectorul medical, creșterea sustenabilității cheltuielilor farmaceutice, punerea în aplicare a soluțiilor de e-sănătate, îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate și elaborarea unei strategii pentru a transfera resurse de la asistența medicală spitalicească la asistența medicală preventivă și primară.

Reformele puse în aplicare prin programele pentru balanța de plăți au garantat viabilitatea sistemului pe termen scurt, dar măsurile esențiale rămân nefinalizate. Arieratele spitalelor au scăzut, dar nu sunt pe deplin eliminate. S-a introdus cardul electronic de sănătate, dar utilitatea sa efectivă de a asigura că numai serviciile medicale furnizate vor fi rambursate de către sistemul național de asigurări de sănătate, a devenit vizibilă abia în 2016.

România încă nu dispune de un sistem integrat de îngrijire pe termen lung. Nu există o guvernare clară a serviciilor de îngrijire pe termen lung (îngrijire în centre specializate și la domiciliu), diferitele componente fiind gestionate de autorități diferite. Integrarea este îngreunată de sursele fragmentate de finanțare a diferitelor componente ale serviciului.

Accesul limitat la serviciile medicale afectează rezultatele în domeniul sănătății. Asigurarea de sănătate are o acoperire scăzută, inegalitățile în materie de sănătate dintre zonele rurale și cele urbane se reflectă în rata mult mai ridicată a mortalității infantile, în speranța de viață mai scăzută și ratele mai reduse de vaccinare a copiilor.

În relația contractuală cu CASJ, în anul 2015 erau înscrși un număr de 11.295 medici de familie, dintre care 6.888 medici de familie își desfășoară activitatea în mediu urban și 4.407 medici în mediu rural.

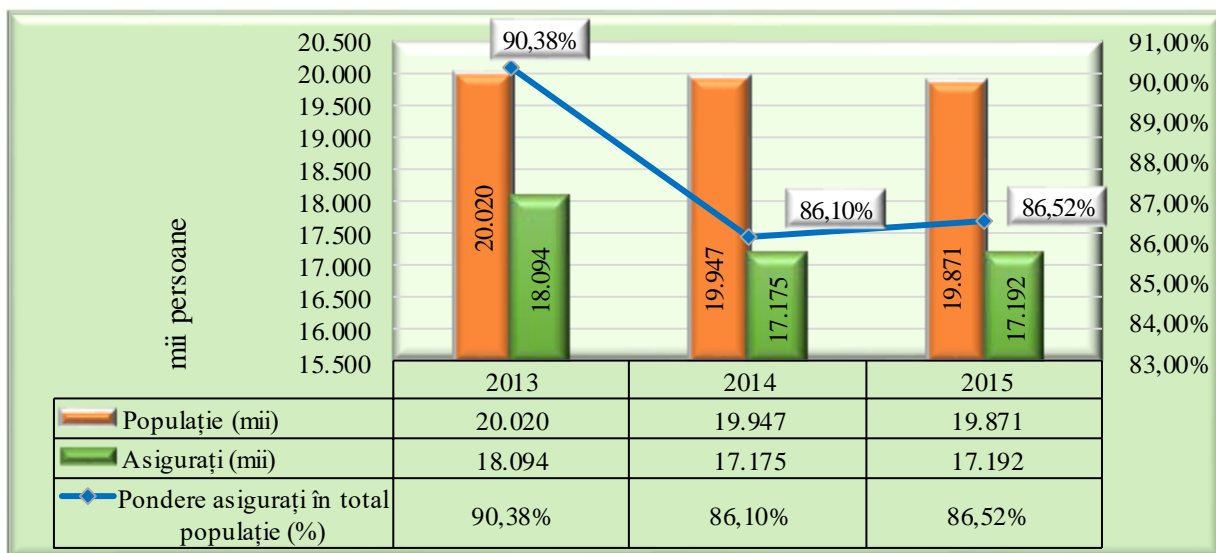
Potrivit datelor publicate pe site-ul CNAS² la 31.12.2015, figurau înscrși pe listele medicilor de familie un număr de 17.192 mii asigurați, reprezentând 86,52% din populația României existentă în anul 2015 (19.871 mii locuitori, conform datelor publicate de Institutul Național de Statistică³).

² <http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20%ACTIVITATE%2015.pdf>

³ <http://statistici.inse.ro/shop>

Reprezentarea grafică a evoluției **asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie, comparativ cu evoluția populației României**, în perioada 2013-2015, se prezintă după cum urmează:

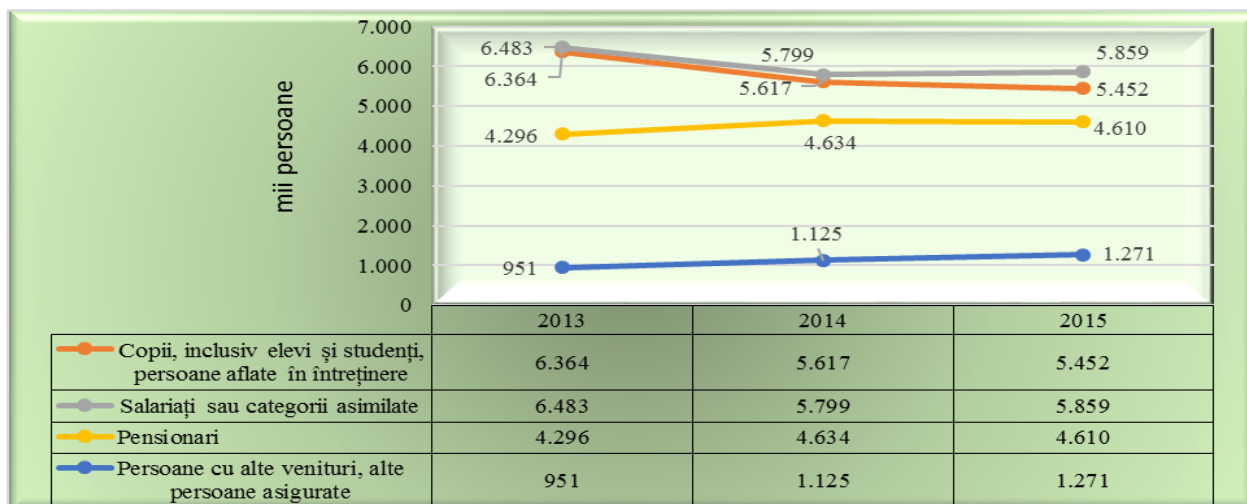
Graficul nr.1



Raportat la populația României, din datele prezentate în graficul de mai sus rezultă că ponderea asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie a scăzut în perioada 2013-2015, **de la 90,38% la 86,52%** (18.094 mii asigurați în anul 2013 la 17.175 mii asigurați în anul 2014 și 17.192 mii asigurați în anul 2015).

Conform datelor publicate pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cât și în Rapoartele de activitate ale CNAS, **evoluția numărului de asigurați înscriși pe listele medicilor de familie**, în funcție de categoria acestora, în perioada 2013-2015, se prezintă după cum urmează:

Graficul nr.2

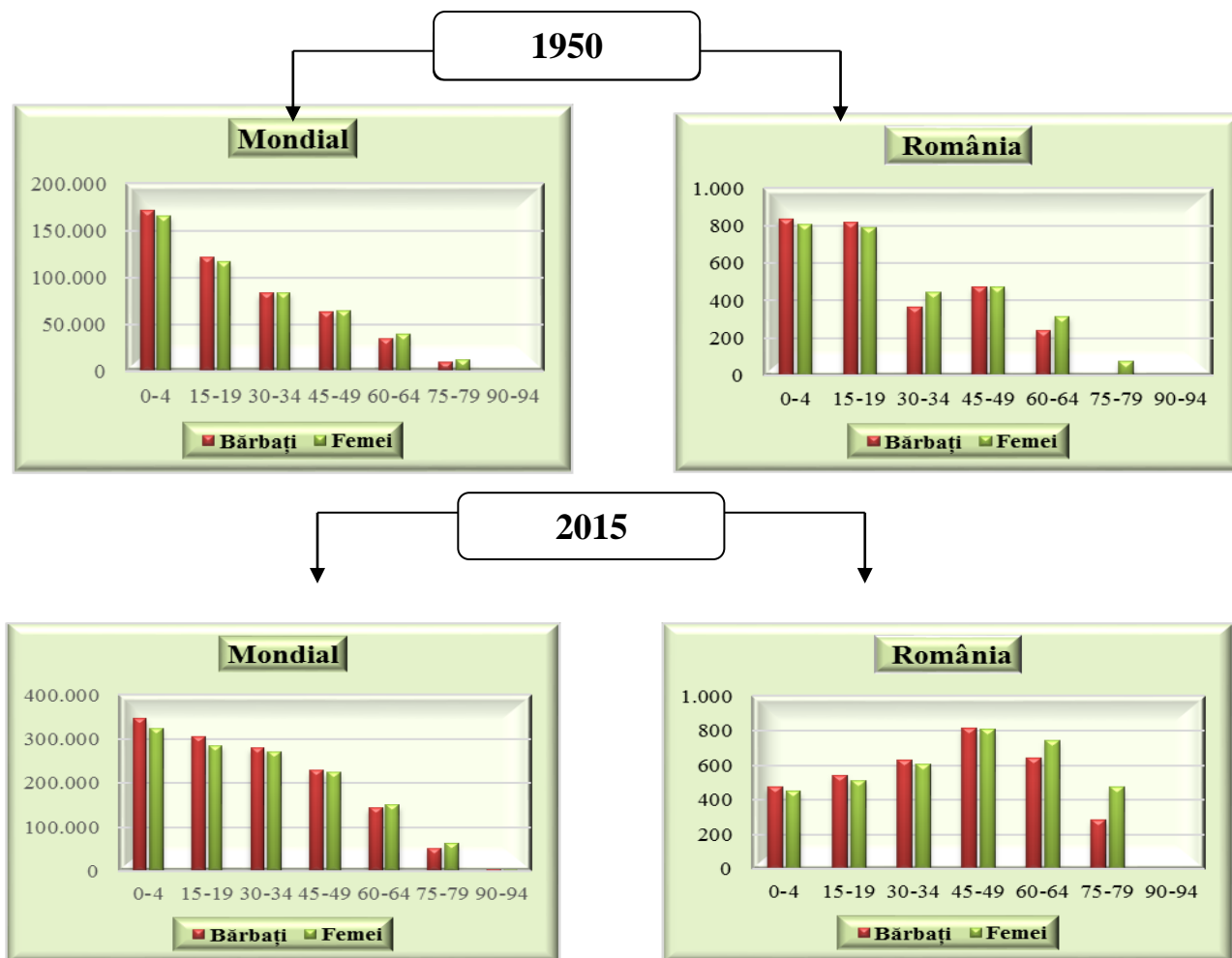


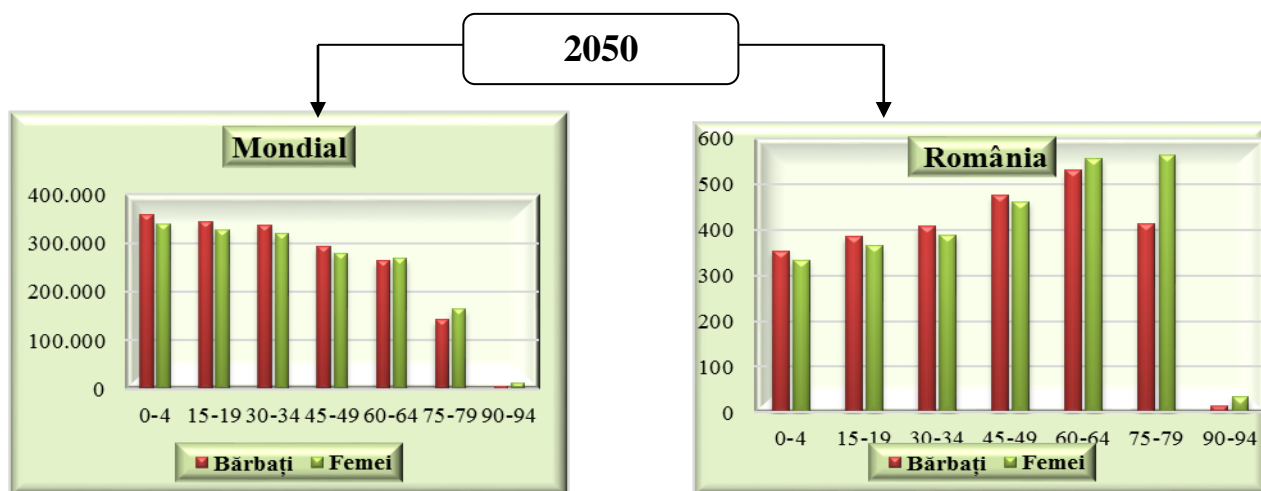
Din numărul total de asigurați, **ponderea cea mai mare** a înregistrat-o, în perioada 2013-2015, **salariații** care dețineau în anul 2013 circa 35,83% din total, apoi aceștia au înregistrat scăderi succesive de la un an la altul, ajungând la finele anului 2015 la 34,08% din totalul asiguraților.

Îmbătrânirea populației este un fenomen global, care în ultimele decenii afectează aproape toate țările lumii. Reducerea globală a natalității și scăderea numărului de copii în paralel cu sporirea constantă a numărului vârstnicilor duc la schimbarea echilibrului dintre generații. Dacă fenomenul scăderii și îmbătrânirii populației poate fi observată și în alte țări, acesta este cu atât mai pronunțat și mai grav în România.

Rapiditatea cu care îmbătrânește populația României ca rezultat combinat al scăderii fertilității și a mortalității, este ilustrată în *Figura nr. 1* (Sursa: Compartimentul pentru Populație din cadrul Departamentului Economic și de Afaceri Sociale al Secretariatului Organizației Națiunilor Unite, *Perspectiva populației la nivel mondial: revizuirea din 2015*, <http://esa.un.org/unpd/wpp>).

Figura nr. 1: Structura de vârstă a populației din România și la nivel mondial – mii persoane





Din analiza datelor prezentate în figura nr. 1, se poate constata că în anii 1950, la nivel mondial, populația globală se concentra în cadrul categoriilor de vârstă mai mică, fiecare grup de vârstă fiind mai amplu decât cel de vârstă mai mare decât el. Astăzi, acest lucru nu mai este valabil deoarece grupurile de vârstă mai mică se apropie de mărimea celor ale adulților. Se preconizează că până în anul 2050, această modificare a structurii vârstelor va deveni mai proeminentă, toate categoriile de vârstă pentru adulți și tineret apropiindu-se de aceeași mărime.

Alta este situația României care, înregistrează un avans față de restul lumii și care încă din anii 1950, cele mai tinere grupuri de vârstă ale populației nu mai erau cele mai mari. Astăzi, spre deosebire de restul lumii, majoritatea populației din România este alcătuită din adulți cu vârste cuprinse între 20 și 60 de ani. Se preconizează că până în anul 2050, cel mai mare segment al populației va fi alcătuit din persoane vârstnice (cele cu vârsta de peste 60 de ani), fiecare grup de vârstă fiind mai mare față de cel mai tânăr decât el.

Începând cu anul 1990, în România s-a manifestat o tendință de scădere a populației. Astfel, de la cca 23 milioane de locuitori, s-a ajuns astăzi, la aproximativ 20 de milioane. ONU prognozează că populația totală va scădea ajungând până la aproximativ 17 milioane până în 2050, revenind astfel la nivelul anului 1950.

Îmbătrânirea populației va conduce la creșterea numărului de persoane în vârstă solicitante de îngrijiri de sănătate și îngrijiri specifice, iar sistemul de îngrijiri de sănătate și de îngrijiri de lungă durată se vor confrunța cu dificultăți privind accesul pentru toți indiferent de venituri, un nivel înalt al calității îngrijirilor și viabilitatea financiară a sistemelor de îngrijire, implicând identificarea cu celeritate a unor noi surse de finanțare pentru îngrijirile de lungă durată a persoanelor vârstnice.

Efectul îmbătrânirii populației va influența direct și implicit structura categoriilor de asigurați ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.

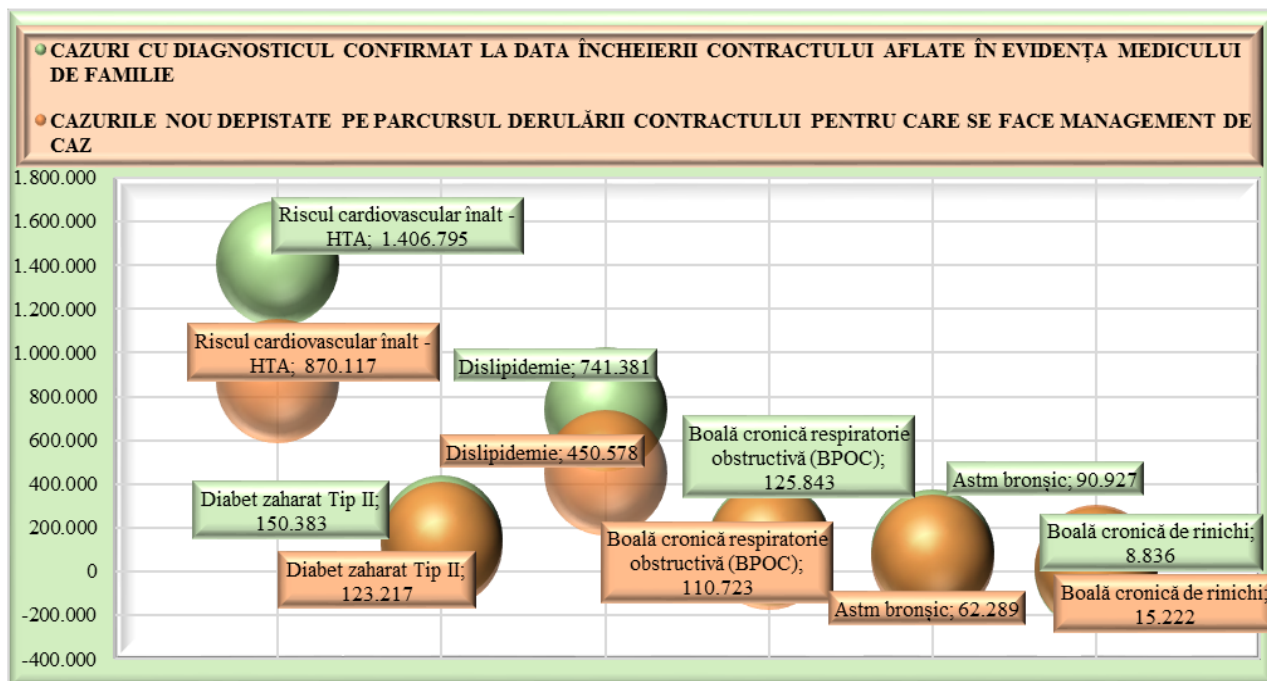
În condițiile scăderii și îmbătrânirii populației, se preconizează o tendință de egalizare a celor două categorii din structura asiguraților, respectiv salariați și pensionari, astfel că baza veniturilor FNUASS va fi implicit în scădere și nevoile de cheltuieli în creștere.

În orice sistem de asigurări de sănătate, **bolnavii cronici generează cele mai mari costuri**, iar România se încadrează în această regulă. La sfârșitul anului 2014, în registrele medicilor de familie erau înregistrați peste 2,6 milioane de bolnavi cronici, în timp ce un an mai târziu, în registrele medicilor de familie erau înregistrați peste 4,16 milioane de bolnavi cronici, cu diverse afecțiuni⁴ (Graficul nr.3).

Cifra este în creștere continuă încă din anul 2010, de când raportarea centralizată a acestora a devenit obligatorie, ceea ce nu se reține și pentru perioada anterioară, deoarece raportarea bolnavilor cronici nu se realiza în mod unitar. Cele mai ample evoluții le-au avut pacienții cu diabet, cancer, afecțiuni ale aparatului respirator și cardiovasculare.

În graficul de mai jos se prezintă evoluția bolnavilor cronici înregistrați pe listele medicilor de familie, astfel:

Graficul nr. 3



⁴ <http://www.cnas.ro/page/asistenta-medicala-în-anul-2015.html>

Din analiza numărului de persoane cu afecțiuni cronice pentru care se organizează o evidență distinctă la nivelul medicilor de familie, se constată o creștere a cazurilor de diagnostic nou depistate de la 62% în cazul diabetului zaharat tip II, până la 172% în cazul bolilor cronice de rinichi. Printre cauzele acestor afecțiuni se numără obezitatea care determină creșterea numărului de pacienți cu diabet zaharat tip II, iar diabetul reprezintă principala cauză a bolii cronice de rinichi. Bolile cardiovasculare constituie una din principalele cauze ale deceselor din România, aceasta însemnând că succesul înregistrat în cadrul intervențiilor cardiace reprezintă un indicator important al sistemului de sănătate în ansamblu.

Conform datelor Institutului Național de Sănătate Publică, numărul deceselor înregistrate în anul 2015 a fost de 260.997, cu 6.206 mai multe față de anul 2014, printre cauze enumerându-se următoarele:

- boli ale aparatului circulator, respectiv 153.849 decese în anul 2015 față de 149.060 decese în anul 2014;

- tumori, 51.288 decese în anul 2015 față de 50.583 decese în anul 2014;

- boli ale aparatului respirator, respectiv 14.992 decese în anul 2015 în creștere cu 12% față de anul 2014;

- boli ale aparatului digestiv, 14.374 decese în anul 2015 în scădere cu 173 față de anul 2014.

Astfel, în anul 2015 **decesele datorate aparatului circulator au fost în medie de 421/zi, datorate tumorilor în medie de 140/zi, iar cele datorate aparatului digestiv în medie de 39/zi.**

Trebuie avută în vedere *promovarea sănătății* ce reprezintă un proces prin care persoanele sunt ajutate să-și crească gradul de control asupra propriei sănătăți - pentru a și-o menține sau îmbunătăți – nu este doar o știință, ci arta de a cultiva sănătatea persoanei și comunității prin conștientizarea, motivarea și construirea abilităților necesare care permit adoptarea, schimbarea și menținerea unui stil de viață sănătos, a unor practici favorabile conservării sau recuperării sănătății.

Domeniul promovării sănătății constă în reducerea poverii prin boli cronice asupra persoanei și societății, obiectiv principal ce subliniază potențialul său superior ce contribuie la reducerea morbidității și mortalității precoce.

Promovarea sănătății se realizează prin intervențiile de formare și consolidare a comportamentelor sănătoase la preșcolari și școlari care sunt demonstrate a fi eficiente în păstrarea unei bune stări de sănătate pe tot parcursul vieții.

3. SCURTĂ PREZENTARE A CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România și are în subordine casele județene de asigurări de sănătate (CJAS), Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, precum și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești. CNAS funcționează pe baza Statutului propriu și are ca atribuții asigurarea logistică a funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate, urmărirea colectării și folosirea cu eficiență a Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, utilizarea mijloacelor adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă și acoperirea nevoilor de servicii de sănătate ale persoanelor, în limita fondurilor disponibile. Atât obiectivul general cât și obiectivele specifice în domeniul sănătății sunt stabilite de Guvernul României. Casa Națională de Asigurări de Sănătate este principala instituție în sistemul de asigurări de sănătate, stabilind alocarea resurselor pe diverse ramuri de asistență și condițiile în care achiziționează/decontează serviciile medicale. Cu toate acestea, CNAS operează într-un cadru strategic și legislativ determinat, în mare măsură, de Ministerul Sănătății și Guvern. CNAS achiziționează prestații medicale prin intermediul contractelor încheiate între casele județene de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale. Listele serviciilor și produselor medicale, condițiile de contractare, tarifele, drepturile și obligațiile părților sunt stabilite unitar prin contractul-cadru și normele sale de aplicare, aprobate anual prin hotărâre a Guvernului și, respectiv, ordin comun al ministrului sănătății și președintelui CNAS. O parte importantă a prestațiilor finanțate de CNAS se realizează prin programele naționale de sănătate, care au condiții și reguli diferite de cele ale contractului-cadru și sunt aprobate separat. Contractele se încheie între casele județene de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii sau produse medicale.

Chiar dacă aproape întreaga populație a României este beneficiară a serviciilor de asistență medicală, o parte nu achită contribuții la asigurările sociale de sănătate, fiind scutiți de plată prin efectul legii (printre care se numără copiii, șomerii, unele categorii de pensionari, deținuții, personalul monahal, persoane cu handicap care nu realizează venituri, persoanele aflate în concediu

medical sau concediu de maternitate)⁵. Astfel, principalele venituri publice destinate sănătății sunt contribuțiile de asigurări plătite de angajatori și angajați, anumite categorii de pensionari și persoane fizice autorizate. În anul 2015, din totalul celor peste 17 milioane de asigurați ai FNUASS, mai mult de jumătate sunt și contribuabili, procentul fiind semnificativ ameliorat comparativ cu anii precedenți: în anul 2008, peste 60% din asigurați nu plăteau contribuții pentru sănătate.

Menținerea unui nivel ridicat de sănătate a populației echivalează cu necesitatea obținerii unor venituri mai mari la bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate care să asigure acordarea de servicii medicale populației și totodată să acopere deficitele create la nivelul acestuia. Având în vedere că întreaga populație consumă servicii medicale finanțate din surse publice⁶, una din marile provocări ale autorităților în următorii ani este să reducă pe cât posibil numărul celor activi dar necontribuabili, transformându-i în plătitori de contribuții la FNUASS și alte bugete publice. Urmând modelului statelor membre UE, în România, în contextul măsurilor luate pentru suplimentarea surselor de venit la bugetul FNUASS, pe lângă contribuția datorată de angajați, angajatori și persoanele fizice, au fost identificate noi surse și anume: contribuțiile datorate de deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor, aplicate asupra consumului de medicamente suportate din bugetul FNUASS și bugetul Ministerului Sănătății (cunoscută ca „*taxa clawback*”)⁷ și respectiv veniturile din accizele pe tutun și băuturi alcoolice (denumite informal „*taxa pe viciu*”)⁸.

În perioada 2013-2015, **plățile efectuate pentru susținerea sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și ponderea acestora în produsul intern brut (PIB) și bugetul general consolidat**, se prezintă astfel:

Tabelul nr.1

Nr. crt.	Anul	Plăți din bugetul FNUASS (milioane LEI)	Plăți din bugetul FNUASS (milioane EURO) ⁹	PIB*) (milioane LEI)	Buget general consolidat**) (milioane lei)	% pondere plăți din FNUASS în PIB	% pondere plăți din FNUASS în bugetul general consolidat
0	1	2	3	4	5	6=2/4*100	7=2/5*100
1.	2013	23.090	5.225	637.456	215.817	3,62	10,70
2.	2014	22.868	5.145	669.500	226.327	3,42	10,10
3.	2015	23.490	5.285	712.832	243.915	3,30	9,63

*)PIB 2013-2015 – Institutul Național de Statistică Comunicat de presă nr.255/2015, nr.54/2015, nr. 88/2016.

**)Bugetul general consolidat –mfinante.ro

⁵Raportul Băncii Mondiale „*Analiza Funcțională a Sectorului Sănătate în România*”, http://advocacy.ro/sites/advocacy.ro/files/files/pagina-audiere/alte_documente/2013-04/ms_ro_fr_health_sector_rom_3.pdf

⁶ Neasigurații au dreptul la servicii medicale din programele naționale de sănătate și de urgență. Cele furnizate de unitățile/ compartimentele de primiri urgențe din spitale sunt finanțate de Ministerul Sănătății sau FNUASS.

⁷ Este vorba de taxa clawback în forma reglementată prin O.U.G. nr. 77 din 21 septembrie 2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății

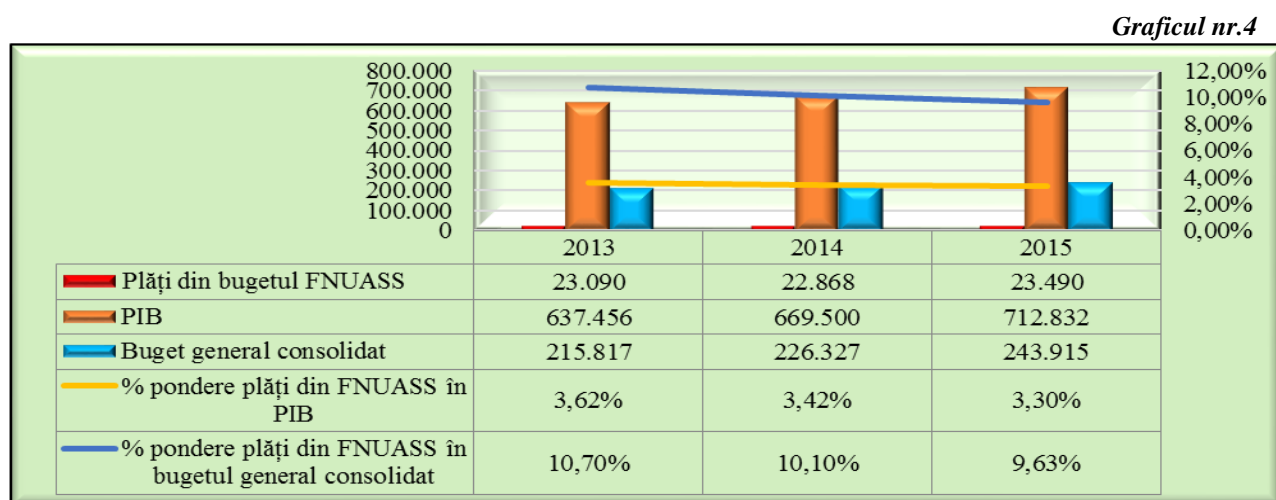
⁸ Taxa pe viciu este aplicată țigărilor, tutunului, băuturilor alcoolice (mai puțin berea și vinul), precum și publicității la tutun și băuturi alcoolice.

⁹ Valoare calculată , potrivit BNR la un curs mediu 2013 - 1EUR=4,4190; 2014-1EUR=4,4446; 2015 – 1EUR=4.4450

În anul 2015, plățile din bugetul FNUASS în sumă de 23.490 milioane lei au reprezentat 3,30% din PIB, în ușoară scădere comparativ cu anul 2014, când aceste plăți au reprezentat 3,42% din PIB, în timp ce în raport cu bugetul general consolidat, plățile din bugetul FNUASS au înregistrat o scădere cu 0,47% comparativ cu anul 2014.

Plățile efectuate din bugetul FNUASS au avut un trend mixt, însă cea mai mare pondere au înregistrat-o plățile anului 2015, respectiv plăți în sumă de 23.490 milioane lei, acestea fiind determinate de trendul crescător al PIB în perioada 2013-2015.

Reprezentarea grafică a **ponderii plăților** (milioane lei) **din bugetul FNUASS în PIB și în bugetul general consolidat**, în perioada 2013-2015, se prezintă după cum urmează:



Un sistem de sănătate performant implică alocarea în consecință a fondurilor. Înainte de 1990, cheltuielile pentru sănătate se situau sub 3% din PIB, adică sub jumătate din ceea ce alocau țări precum Bulgaria, Cehoslovacia, Polonia sau Ungaria¹⁰. Cu toate că procentul din PIB utilizat pentru sănătate a crescut în ultimii ani, subfinanțarea rămâne o boală cronică a sistemului sanitar din România. Pentru comparație, în anul 2011, media noilor state membre ale UE depășea 7%¹¹.

Din creditele bugetare alocate în perioada 2013-2015, s-au efectuat plăți pentru servicii medicale atât pentru asigurații în sistemul național de sănătate cât și pentru celelalte categorii de persoane beneficiare, pentru asigurarea:

- dispozitivelor și echipamentelor medicale
- medicamentelor cu și fără contribuție personală

¹⁰ Conform Organizației Mondiale a Sănătății, Health for All Database. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>, accesată în luna iulie 2014.

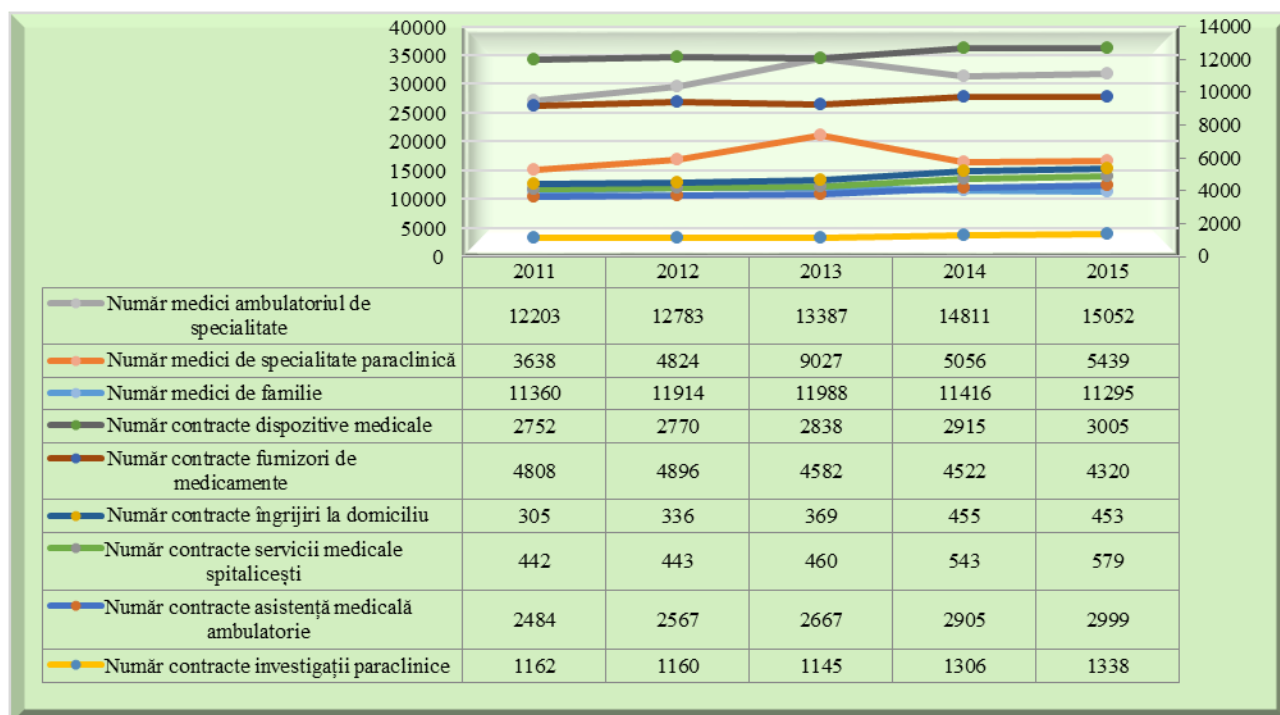
¹¹ Eurostat, baza de date a resurselor financiare din sănătate, tabelul „Expenditure of selected health care functions by providers of health care - %”, accesat la data de 07.07.2014.

*Sursă: Rapoartele de activitate ale CNAS în perioada 2011-2015

- serviciilor medicale în asistență medicală primară, specialități clinice și paraclinice
- asistenței medicale stomatologice
- serviciilor medicale de recuperare în centre medicale multifuncționale
- serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi, servicii medicale în ambulatoriu și îngrijiri medicale la domiciliu
- prestațiilor medicale acordate în baza documentelor internaționale

Evoluția **numărului de medici și a numărului de contracte** încheiate de CJAS, în perioada 2011-2015 cu furnizorii de servicii medicale, se prezintă după cum urmează:

Graficul nr.5



În perioada 2011-2015, numărul mediu de medici de familie a fost de aproximativ 11.000, aproximativ 2.724 cabinete în ambulatoriul clinic de specialitate, 1.222 laboratoare de investigații paraclinice, 383 furnizori de îngrijiri la domiciliu și peste 493 spitale. Variația numărului furnizorilor publici de servicii medicale așa cum se prezintă în graficul nr.5, are la bază schimbările din sistemul de sănătate, atât în ceea ce privește prevederile legislative incidente cât și a reorganizării acestui sistem.

În anul 2015 în România, **numărul de medici a fost de 248 de medici la 100.000 de locuitori**, în comparație cu media UE de 347 iar **numărul de asistenți medicali a fost de 601 asistenți medicali la 100.000 de locuitori**, în comparație cu media UE de 836. În pofida acestei

situații, nu există nicio strategie formală privind resursele umane din domeniul asistenței medicale. Rețeaua de mediatori sociali și în materie de sănătate este în curs de constituire și a fost propus un proiect de lege privind serviciile comunitare. Cu toate acestea, sunt necesare măsuri suplimentare pentru a rezolva problema necesităților medicale nesatisfăcute¹².

În ceea ce privește evoluția numărului de consultații ambulatoriu – clinic, a numărului de servicii medicale paraclinice decontate de CNAS după tipul recomandării respectiv medici de familie și medici specialiști potrivit rapoartelor CNAS în anul 2015, s-a înregistrat un trend descendent față de anul anterior, astfel:

- numărul de consultații în ambulatoriu în 2015 a fost de 17.729 mii, față de 18.216 mii în anul 2014;

- numărul de servicii medicale paraclinice după tipul recomandării, respectiv medici de familie, decontate de CNAS, a fost de 20.565 mii în anul 2015 față de 34.148 mii recomandări în anul 2014;

- numărul de servicii medicale paraclinice după tipul recomandării, respectiv medici specialiști, decontate de CNAS, a fost de 11.632 mii în anul 2015 față de 13.510 mii recomandări în anul 2014.

Raportat la populația României (18.871 mii) din anul 2015 rezultă că, cca. 94% din aceasta a beneficiat în medie de o consultație în ambulatoriu, fiecare persoană beneficiind în medie de cel puțin o recomandare de la medicul de familie pentru un serviciu medical paraclinic. De asemenea, cca. 62 % din populația României raportată în 2015 a beneficiat de o recomandare de la un medic specialist pentru un serviciu medical paraclinic.

În ceea ce privește evoluția numărului de cazuri rezolvate prin spitalizare de zi în spitale aflate în relații contractuale cu CAJS, aceasta a avut, conform raportărilor CNAS, un trend descendent în anul 2015 față de anul 2014 respectiv a scăzut cu cca. 8,66% pentru cazurile rezolvate prin spitalizare continuă și cu 2,58% pentru cazurile rezolvate prin spitalizare de zi.

Toate aceste servicii medicale au fost decontate din FNUASS.

O contribuție semnificativă a acestor evoluții o reprezintă **utilizarea cardului național de asigurări de sănătate**, care începând cu data de 1 septembrie 2015 a devenit principalul instrument în ceea ce privește validarea și decontarea serviciilor medicale în sistemul public al asigurărilor sociale de sănătate, acesta contribuind la eficientizarea utilizării fondurilor în sistemul de asigurări de sănătate, conferind transparență serviciilor medicale/farmaceutice decontate din FNUASS. Prin

¹² ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_romania_ro.pdf

utilizarea acestui card se oferă garanția controlului serviciilor medicale/farmaceutice efectuate contribuind nemijlocit la eliminarea raportărilor și decontărilor de servicii medicale nereale. În acest sens, au fost tipărite cca. 15,7 milioane carduri de sănătate din care au fost activate la 31.12.2015 aproximativ 64%, acest proces fiind în continuă desfășurare astfel încât fiecare asigurat să beneficieze de drepturile legale conferite de deținerea și utilizarea acestui card.

În structură, **situația execuției plăților efectuate din bugetul FNUASS** în perioada 2013-2015, se prezintă astfel:

Tabelul nr.2
-milioane lei-

Indicatori	2013		2014		2015	
	Plăți efectuate	Pondere în total plăți (%)	Plăți efectuate	Pondere în total plăți(%)	Plăți efectuate	Pondere în total plăți(%)
I. SĂNĂTATE	21.871	94,72	21.487	93,96	22.013	93,71
Administrația centrală	124	0,54	75	0,33	52	0,22
Servicii publice descentralizate	181	0,79	249	1,09	196	0,83
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale	10.887	47,14	9.471	41,4	9.279	39,50
Servicii medicale în ambulatoriu	2.309	10	2.734	11,96	2.968	12,64
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	118	0,51	31	0,14	35	0,15
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	8.064	34,93	8.566	37,46	9.011	38,36
Îngrijiri medicale la domiciliu	37	0,16	52	0,23	57	0,24
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	150	0,65	308	1,35	415	1,77
II. ASIGURĂRI ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ	1.219	5,28	1.381	6,04	1.477	6,29
Asistență socială în caz de boli	725	3,14	803	3,51	860	3,66
Asistență socială pentru familie și copii	495	2,14	578	2,53	617	2,63
TOTAL	23.090	100	22.868	100	23.490	100

Sursa: Situațiile financiare întocmite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pe anii 2013-2015

Din datele prezentate în tabelul precedent, rezultă că în perioada 2013-2015, atât la capitolul *Sănătate* cât și la capitolul *Asigurări și asistență socială*, plățile au înregistrat în medie un trend crescător, ponderea cea mai mare, de aproximativ 94%, fiind reprezentată de plățile efectuate la capitolul *Sănătate*, din care plățile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale reprezintă, în medie 40% din plățile efectuate din bugetul FNUASS.

În cadrul capitolului ”*Sănătate*” o altă pondere importantă a fost ocupată de plățile alocate serviciilor medicale în unități sanitare cu paturi, respectiv 38,36%, care a înregistrat o creștere față de anul 2014 de circa 1%, iar față de anul 2013 de circa 3,43%.

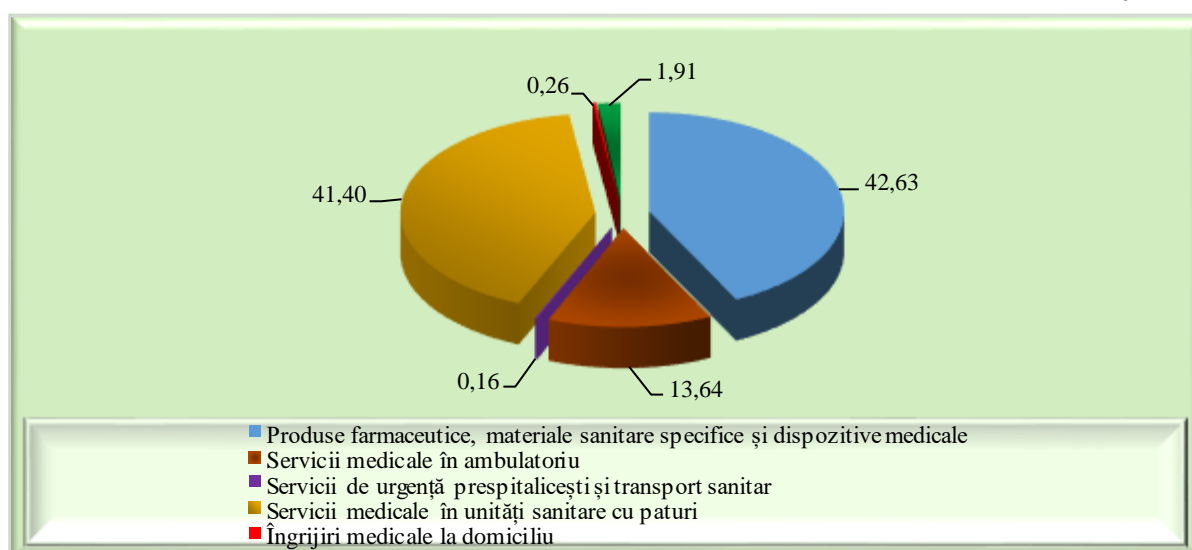
În cadrul capitolului ”Sănătate”, ponderea plăților pe domenii de asistență medicală se prezintă în tabelul de mai jos:

Tabelul nr.3
-milioane lei-

0	Indicatori	2015	
		Plăți efectuate	Pondere în total plăți(%)
1	1	2	3
	SĂNĂTATE	21.765	100,00
1	Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale	9.279	42,63
2	Servicii medicale în ambulatoriu	2.968	13,64
3	Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	35	0,16
4	Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	9.011	41,40
5	Îngrijiri medicale la domiciliu	57	0,26
6	Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	415	1,91

Ponderea plăților în ”Sănătate”, aferente fiecărui domeniu de asistență medicală, în totalul plăților pentru serviciile medicale, medicamente și dispozitive medicale în anul 2015, se prezintă în graficul de mai jos, astfel:

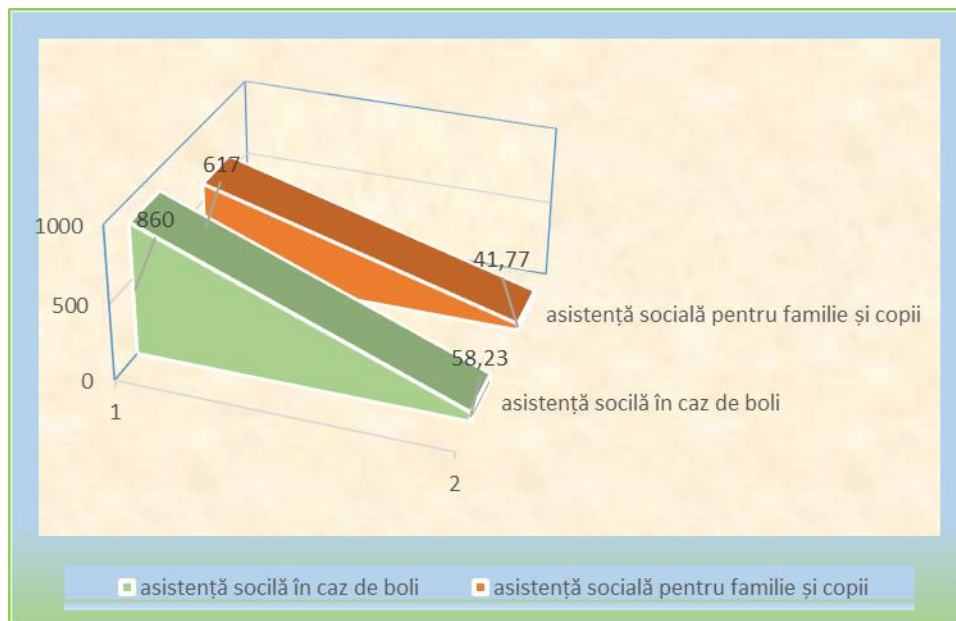
Graficul nr. 6



Din datele prezentate în graficul anterior, rezultă că **produsele farmaceutice, materialele sanitare specifice și dispozitivele medicale** dețin cea mai mare pondere din capitolul ”Sănătate”, din acestea efectuându-se plăți în principal pentru medicamente cu și fără contribuție personală, medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ, serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală, materialele specifice, dispozitivele și echipamentele medicale.

Ponderea plăților aferente ”**asistenței sociale** pe categorii de asistență, în totalul plăților pentru asigurări și asistență socială în anul 2015, se prezintă astfel:

Graficul nr. 7
-milioane lei-



Sursa: Raportul de activitate al CNAS pe anul 2015

Cheltuielile totale ale bugetului FNUASS se compun din cheltuieli pentru ”**Sănătate**” (93,71%) și cheltuieli pentru ”**Asigurări și Asistență socială**”, acestea reprezentând 6,29% din total.

Menționăm faptul că, cheltuielile privind ”**Asigurările și Asistența socială**” se constituie din cota de 0,85 % aplicată la fondul de salarii, indemnizații de șomaj și venituri supuse impozitului pe venit potrivit OUG nr.158/2005, acestea fiind prevăzute distinct la partea de cheltuieli a bugetului FNUASS.

În anul 2015, numărul mediu al persoanelor fizice asigurate pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate a fost de 6.383 asigurați, suma încasată de la aceste persoane fiind de 2.589,38 mii lei.

Suma suportată din bugetul FNUASS pentru concedii și indemnizații pentru persoane fizice a fost de 21.041,71 mii lei.

4. ANALIZA DE ANSAMBLU A SITUAȚIILOR FINANCIARE ALE CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



Casa Națională de Asigurări de Sănătate are în subordine casele județene de asigurări de sănătate, Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, precum și Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, care sunt instituții publice, cu personalitate juridică, cu bugete proprii.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate funcționează în baza Legii nr. 95/2006 *privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației care oferă un pachet de servicii de bază ce cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

Activitatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este una complexă și se referă în primul rând la aspectele medicale și economice care caracterizează sistemul asigurărilor sociale de sănătate și care presupun administrarea fondurilor colectate precum și finanțarea serviciilor medicale necesare asiguraților

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate este un fond special care se constituie și se utilizează potrivit reglementărilor în vigoare. Constituirea fondului se face din contribuția pentru asigurări sociale de sănătate suportată de asigurați, de persoanele fizice și juridice care angajează personal salariat, din subvenții/transferuri de la bugetul de stat, precum și din alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, exploatarea patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate potrivit legii.

Gestionarea fondului se realizează, în condițiile legii, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele județene de asigurări sociale de sănătate și a municipiului București, prin Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești.

Execuția bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

Conform datelor din contul de execuție centralizat întocmit de CNAS, **execuția bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate în perioada 2013 – 2015, precum și evoluția indicatorilor economico -financiari ai CNAS**, se prezintă după cum urmează:

*Tabelul nr.4
-milioane lei -*

	Denumirea indicatorului	Realizat 2013	Realizat 2014	Realizat 2015	Grad de realizare 2015/2013 (%)	Grad de realizare 2015/2014 (%)
0	1	2	3	4	$5=4/2*100$	$6=4/3*100$
I.	Venituri totale, din care:	23.090	22.868	23.317	100,98	101,96
I.1	Impozite și taxe generale pe bunuri și servicii	1.064	1.521	1.623	152,54	106,71
I.2	Contribuțiile angajatorilor	7.680	8.244	9.207	119,88	111,68
I.3	Contribuțiile angajaților	7.775	9.221	10.229	131,56	110,93
I.4	Venituri nefiscale	60	25	28	46,67	112,00
I.5	Subvenții	6.511	3.857	2.230	34,24	57,81
II.	Cheltuieli totale, din care:	23.090	22.868	23.490	101,73	102,72
II.1	Cheltuieli de personal	150	181	167	111,33	92,27
II.2	Bunuri și servicii	21.644	21.300	21.868	101,03	102,67
II.3	Dobânzi	10	4	1	10,00	25,00
II.4	Proiecte europene	81	21	0	0,00	0,00
II.5	Cheltuieli de capital	4	2	1	25,00	50,00
II.6	Cheltuieli pentru asigurări și asistență socială	1.219	1.381	1.477	121,16	106,95
II.7	Plăți efectuate în anii precedenți și recuperate în anul curent	-18	-21	-24	133,33	114,29
III.	EXCEDENT/ DEFICIT	0	0	-173	0	0

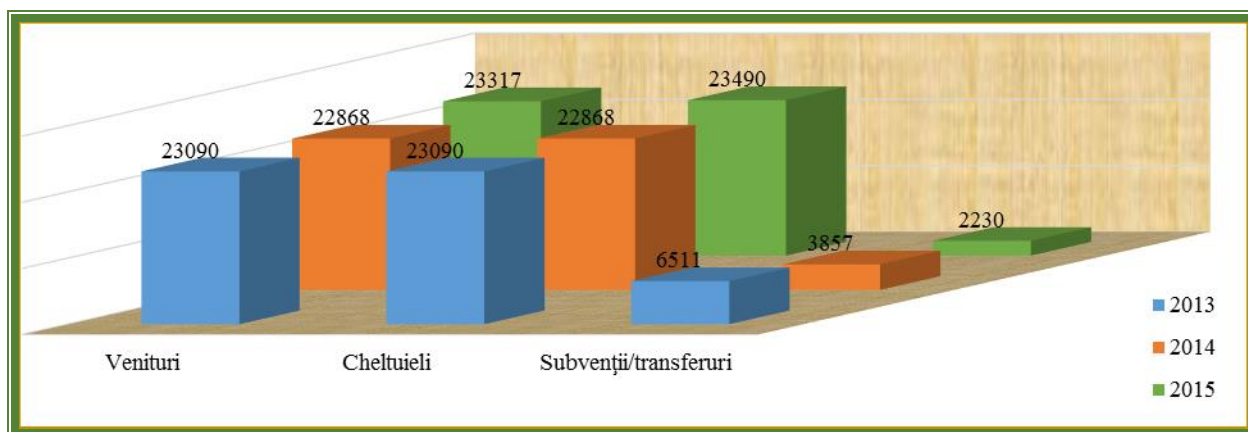
Din informațiile prezentate anterior rezultă că, veniturile încasate de către entitate în anul 2015 au crescut cu 1,96% față de anul 2014 și au crescut cu 0,98% față de anul 2013. În aceeași perioadă, cheltuielile efectuate de către CNAS au cunoscut același trend ca și veniturile, respectiv au crescut cu 2,72% în anul 2015 față de anul 2014 și cu 1,73% față de anul 2013.

În ceea ce privește subvențiile/transferurile acordate în anul 2015, acestea au scăzut cu 42,19% față de anul 2014, respectiv cu 65,76% față de anul 2013.

În anul 2015, din totalul cheltuielilor, cea mai mare pondere o reprezintă cele aferente bunurilor și serviciilor, de circa 93,09% . Cheltuielile efectuate de către entitate în anul 2015 cu bunuri și servicii au crescut cu 2,67% față de anul 2014 și cu 1,03 % față de anul 2013.

În perioada 2013-2015, evoluția veniturilor, a cheltuielilor, precum și a sumelor primite cu titlu de subvenții/transferuri de la bugetul de stat și din venituri proprii ale Ministerului Sănătății, se prezintă astfel:

*Graficul nr.8
- milioane lei -*



Din analiza graficului de mai sus rezultă că, veniturile bugetului FNUASS în perioada 2013 – 2015 au înregistrat un trend mixt, același trend înregistrând și cheltuielile, în consecință CNAS a fost nevoită să solicite subvenții în vederea echilibrării bugetului FNUASS, acestea fiind alocate de la bugetul de stat. Subvențiile pentru echilibrarea bugetului FNUASS în perioada menționată au înregistrat un trend descendent.

Execuția veniturilor

Venituri din contribuțiile angajatorilor și angajaților

O pondere importantă în totalul veniturilor încasate în anul 2015, o reprezintă **contribuțiile de asigurări (angajatori și angajați)**, de circa 83,36%, care în anul 2015 au fost în sumă de 19.436 milioane lei, înregistrând creșteri de la un an la altul, respectiv în anul 2015 față de anul 2014 (11,29%) și față de anul 2013 (25,76%).

În perioada 2013 – 2015, cotele de contribuții pentru asigurările de sănătate prevăzute prin Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare și respectiv Legile bugetului de stat pentru anii 2013 - 2015, au fost stabilite după cum urmează:

- a) 5,2% pentru cota datorată de angajatori;
- b) 10,7% pentru cota datorată de persoanele care se asigură facultativ;
- c) 5,5% pentru celelalte categorii de persoane care au obligația plății contribuției direct sau cu plata din alte surse;
- d) 0,85% pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate.

Veniturile încasate sub formă de **contribuții de asigurări de sănătate datorate de angajatori** au înregistrat o creștere cu 11,68% în anul 2015 comparativ cu anul 2014, în timp ce **contribuțiile de asigurări de sănătate datorate de angajați** au înregistrat o creștere cu 10,93% în anul 2015 față de anul precedent.

Începând cu anul 2015, cota contribuțiilor de asigurări de sănătate datorate de angajator s-a modificat, respectiv a scăzut la 5%, potrivit prevederilor Legii nr.123/2014 pentru modificarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, modificări legislative ce au avut impact asupra veniturilor încasate din aceste contribuții.

Gradul de realizare a **veniturilor** față de prevederile aprobate se prezintă în tabelul de mai jos:

*Tabelul nr.5
-milioane lei-*

Indicatori	2013	2014	2015
0	1	2	3
Prevederi definitive	23.135	22.902	23.715
Încasări realizate	23.090	22.868	23.467
Total drepturi constatate, din care în principal:	30.282	30.527	31.441
Contribuțiile angajatorilor	11.666	12.342	13.511
Contribuțiile angajaților	10.882	12.641	13.722

Din datele prezentate anterior rezultă că, gradul de realizare a veniturilor față de prevederile aprobate a crescut de la 99,80 % în anul 2013 la 99,85% în anul 2014, ulterior scăzând la 98,95% în anul 2015. Însă, gradul de realizare a veniturilor FNUASS față de totalul drepturilor constatate este în realitate de doar 76,25% în anul 2013, de 74,91% în anul 2014 și respectiv de 74,64% în anul 2015.

Potrivit datelor raportate prin contul de execuție centralizat al CNAS, gradul de încasare a veniturilor la bugetul FNUASS colectat de ANAF a fost de 89,79%, constând în principal din contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de către angajatori și asigurați. Așadar, din totalul contribuțiilor datorate de angajator și angajați la bugetul FNUASS, în sumă de 27.233 milioane lei, în anul 2015 s-a încasat efectiv suma de 19.436 milioane lei, respectiv contribuțiile angajatorului în sumă de 9.207 milioane lei și ale angajaților 10.229 milioane lei.

La 31.12.2015, soldul contului venituri neîncasate provenea din contribuții la bugetul FNUASS în sumă totală de 7.849 mil.lei, din care contribuția angajatorului era în sumă de 4.240 mil. lei (54%), contribuția asiguraților în sumă de 3.434 mil.lei (43,75%), iar diferența de 175 milioane (2,25%) reprezintă alte venituri din taxe și impozite.

Din totalul arieratelor în sumă de 92.802,7 milioane lei înregistrate la **nivel național** raportate de către ANAF, **arieratele aferente bugetului asigurărilor sociale de sănătate** gestionat de CNAS erau în sumă de **4.666,10 mil.lei (5,02%)**, din care suma de **3.454,10 mil. lei este aferentă arieratelor nerecuperabile** și reprezintă circa 44 % din veniturile neîncasate la finele anului 2015 de **7.849 mil. lei**¹³, raportate de către CNAS.

Veniturile din impozite și taxe pe bunuri și servicii (taxa clawback)

Conform OUG nr. 77/2011 *privind stabilirea unei contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor sau reprezentanții legali ai acestora au obligația de a plăti trimestrial o contribuție pentru medicamentele incluse în programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele cu sau fără contribuție personală, folosite în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală prin farmaciile cu circuit deschis, în tratamentul spitalicesc și pentru medicamentele utilizate în cadrul serviciilor medicale acordate prin centrele de dializă, suportate din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și din bugetul Ministerului Sănătății. Sumele încasate din contribuția trimestrială prevăzute de OUG nr. 77/2011, constituie venituri ale bugetului FNUASS.

Veniturile încasate din impozite și taxe pe bunuri și servicii de către CNAS, în anul 2015, au crescut cu 6,71% față de anul 2014 și respectiv cu 52,54 % față de anul 2013.

Veniturile nefiscale sunt constituite din venituri din proprietate și vânzări de bunuri și servicii. Veniturile nefiscale încasate în anul 2015 au scăzut cu 53,33% față de anul 2013 și au crescut cu 12,00% față de anul 2014.

Subvențiile/transferurile de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății reprezintă:

- contribuții de asigurări de sănătate pentru diferite categorii de persoane și anume persoane care satisfac serviciul militar în termen, persoane care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv, persoane aflate în concediu pentru creșterea copilului, persoane care se află în concediu medical pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani, persoane beneficiare de ajutor social, pensionari, cetățeni străini aflați în centrele de cazare, personalul monahal al

¹³ Sursa: Raportul de control încheiat la ANAF de către departamentul din cadrul Curții de Conturi a României care are în competența de verificare această entitate

cultelor recunoscute, persoane care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și persoane care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei private de libertate;

- contribuții din bugetul asigurărilor sociale de stat, din sumele alocate sistemului de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru concedii și indemnizații datorate persoanelor aflate în incapacitate temporară de muncă din cauza accidentelor de muncă sau bolilor profesionale;

- subvenții/transferuri primite pentru echilibrarea bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

Evoluția **subvențiilor** în perioada 2013-2015, pentru echilibrarea FNUASS, se prezintă astfel:

*Tabelul nr.6
- milioane lei -*

Nr. crt.	Denumire indicator	Realizat 2013	Realizat 2014	Realizat 2015	Grad de realizare 2015/2013 (%)	Grad de realizare 2015/2014 (%)
0	1	2	3	4	5	6
	Subvenții	6.511	3.857	2.230	34,24	57,81
1.	Subvenții de la bugetul de stat	5.876	3.637	2.079	35,38	57,16
2.	Subvenții de la alte administrații	560	205	151	26,96	73,66
3.	Sume primite de la UE	75	15	0	0,00	0,00

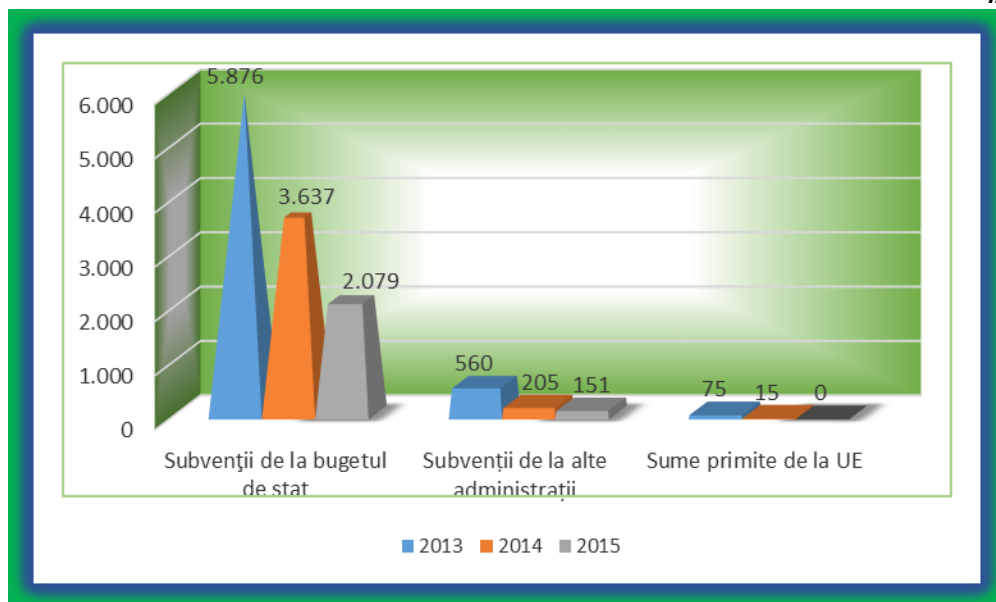
Din datele prezentate anterior, rezultă că, subvențiile pentru echilibrarea bugetului FNUASS gestionate de CNAS se constituie din subvenții primite de la bugetul de stat, subvenții primite de la alte administrații și alte sume primite de la UE.

În ceea ce privește subvențiile pentru echilibrarea bugetului FNUASS se constată că, au înregistrat un trend descrescător, respectiv în anul 2013 au fost în sumă de 6.511 milioane lei, înregistrând o scădere de 2.654 milioane lei față de anul 2014 și de 4.281 milioane lei față de anul 2015.

Însă, în același timp se constată că, în perioada 2013-2015 subvențiile au înregistrat un trend descendent, în consecință pentru echilibrarea bugetului FNUASS nu au mai fost necesare subvenții la nivelul celor din anul 2013.

Graficul privind evoluția **subvențiilor** pentru perioada 2013 – 2015, se prezintă astfel:

Graficul nr.9
- milioane lei-



În totalul subvențiilor pe anul 2015, cele mai semnificative au fost subvențiile primite de la bugetul de stat pentru echilibrarea bugetului FNUASS, în sumă de 2.079 milioane lei, respectiv 93,22%.

Situația indicatorului „*Venituri totale*” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari încasări în anul 2015, se prezintă astfel:

Tabelul nr. 7
- milioane lei -

Nr. crt.	Casa de asigurări de sănătate	Prevederi definitive	Încasări realizate	Grad de realizare (%)
0	1	2	3	$4=3/2*100$
1.	Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București	11.400	11.174	98,02
2.	Casa de Asigurări de Sănătate Cluj	681	678	99,56
3.	Casa de Asigurări de Sănătate Timiș	585	584	99,83
4.	Casa de Asigurări de Sănătate Iași	511	486	95,11
5.	Casa de Asigurări de Sănătate Constanța	481	471	97,92
	TOTAL	13.658	13.393	98,06

Din datele prezentate în tabelul anterior rezultă că, cele cinci case județene de asigurări de sănătate au realizat încasări în sumă de 13.393 milioane lei, care reprezintă 57,44% din totalul veniturilor încasate în anul 2015 la bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (în sumă de 23.317 milioane lei).

Execuția cheltuielilor

Contul de execuție cheltuieli pe domenii de asistență medicală în perioada 2014-2015 se prezintă astfel:

*Tabelul nr.8
- milioane lei -*

Denumirea indicatorului	Realizat 2014	Realizat 2015	Realizat 2015/2014 (%)
0	1	2	3
Total cheltuieli, din care:	22.868	23.490	102,72
Cheltuieli pentru sănătate	21.487	22.013	102,45
Materiale și prestări de servicii cu caracter medical	21.163	21.765	102,84
Medicamente cu și fără contribuție personală	5.755	5.369	93,29
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	2.543	2.610	102,63
Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	217	253	116,59
Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală	778	862	110,80
Dispozitive și echipamente medicale	178	186	104,49
Asistență medicală primară	1.423	1.502	105,55
Asistență medicală pentru specialități clinice	622	660	106,11
Asistență medicală stomatologică	48	80	166,67
Asistență medicală pentru specialități paraclinice	552	629	113,95
Asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)	89	96	107,87
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	31	35	112,90
Spitale generale	8.517	8.957	105,17
Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	49	54	110,20
Îngrijiri medicale la domiciliu	53	57	107,55
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	308	415	134,74
Cheltuieli de administrare a fondului, din care:	324	248	76,54
Cheltuieli de personal	181	167	92,27
Cheltuieli materiale și servicii	116	78	67,24
Cheltuieli de capital	2	2	100,00
Dobânzi	5	1	20,00
Proiecte cu finanțare din fonduri europene postaderare	21	0	0,00
Asigurări și asistență	1.381	1.477	106,95

Materiale și prestări de servicii cu caracter medical

Cheltuielile cu materiale și prestări servicii cu caracter medical au crescut față de anul precedent cu 2,84%.

În anul 2015, începând cu data intrării în vigoare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr.12/2015 privind aprobarea susținerii cheltuielilor de întreținere și funcționare a Formațiunii Medicale ROL 2 din bugetul Ministerului Sănătății și pentru modificarea și completarea unor acte

normative în domeniul sănătății, se pot încheia contracte cost-volum/cost-volum-rezultat în limita creditelor de angajament aprobate în anexa la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Astfel, în bugetul Fondului National Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pe anul 2015, la paragraful medicamente cu și fără contribuție personală s-au prevăzut distinct fonduri pentru încheierea contractelor cost volum rezultat, în sumă de 236 milioane lei.

Pentru încheierea contractelor cost-volum-rezultat în limita creditelor de angajament aprobate, în anul 2015 s-au repartizat 86 milioane lei, sume necesare pentru plată medicamentelor aprobate urmare analizării dosarelor de către comisia de experți la nivelul CNAS în tratamentul afecțiunilor hepatice - tratament fără interferon.

Plățile efectuate în anul 2015 la paragraful „*Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale de sănătate cu scop curativ*” au fost în sumă de 2.610 milioane lei, respectiv cu 2,63 % mai mari decât cele din anul 2014. Plățile efectuate la acest domeniu de asistență medicală au avut în vedere decontarea facturilor de medicamente aferente programelor naționale de sănătate curative, înregistrate în contabilitatea caselor de asigurări de sănătate în perioada noiembrie 2014 – noiembrie 2015, astfel încât la finele anului 2015 să se asigure decontarea medicamentelor la termenele prevăzute de actele normative în vigoare.

În anul 2015, categoria ”Spitalele generale” reprezintă 41,15%, respectiv cea mai mare pondere în cadrul indicatorului ”*Materiale și prestări de servicii cu caracter medical*”, au reprezentat-o credite alocate în sumă de 8.976 milioane lei, pentru domeniul asistență medicală, din care s-au efectuat plăți în sumă de 8.957 milioane lei, în principal pentru:

- Servicii medicale spitalicești – activitatea curentă, creditele bugetare alocate în anul 2015 au fost în sumă de 8.667 milioane lei;

- Programul național de diagnostic și tratament cu ajutorul aparaturii de înalta performanță - credite bugetare în sumă de 32 milioane lei;

- Subprogramul de diagnostic imunofenotipic, citogenetic și biomolecular al leucemiei acute – credite bugetare în sumă de 1 milion lei;

- Subprogramul de radioterapie a bolnavilor cu afecțiuni oncologice– credite bugetare în sumă de 57 milioane lei;

- Alte activități privind serviciile medicale spitalicești în sumă de 200 milioane lei.

Conform prevederilor HG nr. 400/2014 și ale OMS/CNAS nr. 388/186/2015, CNAS prin CASJ au încheiat Contracte-cadru pentru decontarea serviciilor medicale prestate de spitale publice, contracte ce reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Valoarea totală contractată de **spitale** cu casele de asigurări de sănătate în anul 2015, se prezintă astfel:

*Tabelul nr.9
-milioane lei-*

Nr. crt.	Denumire indicator	Credite alocate Spitale generale	Suma contractată 2015	Procent contractat în total credite alocate
0	1	2	3	4
1	Sume contractate -Spitale generale	8.957	8.796	98,20%
2	Servicii medicale spitalicești acordate în spitale decontate pe baza de DRG	0	6.568	73,32%
3	Spitalele de cronici precum și secții și compartimente de cronici	0	1.317	14,70%
4	Servicii medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi	0	911	10,17%

*sursa Raportul de activitate al CNAS pe anul 2015

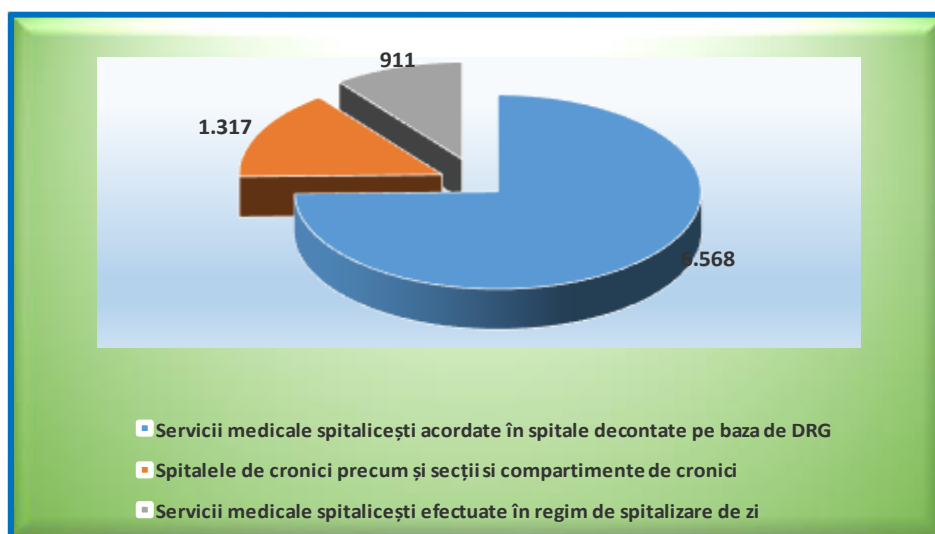
Din analiza datelor prezentate mai sus, rezultă că au fost aprobate creditele bugetare în sumă 8.957 milioane lei, din care CNAS prin CAS județene a asigurat decontarea serviciilor medicale spitalicești realizate în limita creditelor de angajament aprobate, respectiv 98,20 % din totalul creditelor aprobate, acestea fiind suplimentate pentru:

➤ contractarea cu unitățile sanitare publice, potrivit HG nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 - 2015 și ale OMS/CNAS nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice;

➤ punerea în aplicare a prevederilor OUG nr. 35/2015 pentru modificarea și completarea OUG nr. 83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015, alte măsuri în domeniul cheltuielilor publice.

Graficul privind **valoarea contractată** de casele de asigurări de sănătate județene cu **spitalele generale**, se prezintă astfel:

*Graficul nr.10
-milioane lei*



La **prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale**, creșterea plăților față de aceeași perioadă a anului trecut s-a datorat în primul rând modificărilor survenite în legislația Uniunii Europene, precum și a convențiilor internaționale încheiate cu statele membre.

În acest sens, se rambursează cheltuielile ocazionate de acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, aflate pe teritoriul altor state, în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, și în același timp se recuperează sumele plătite furnizorilor de servicii medicale cu care Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau casele de asigurări de sănătate teritoriale se află în relații contractuale pentru serviciile oferite cetățenilor statelor cu care România are încheiate documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății.

Cheltuielile de personal au avut un trend descendent în perioada 2014 – 2015, respectiv au scăzut cu 14 milioane lei de la 181 milioane lei în anul 2014, ajungând în anul 2015 la 167 milioane lei, acestea datorându-se în primul rând reducerii cotei de contribuții de asigurări de sănătate stabilită pentru angajatori de la 5,2% la 5% începând cu data de 01.01.2015, conform prevederilor Legii nr. 123/2014 pentru modificarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal, precum și a trendului descendent al plăților efectuate în baza sentințelor judecătorești. Potrivit modificărilor organigramei aprobate pe anul 2015, CNAS a funcționat în anul 2014 cu un număr mediu de 249 salariați, iar în anul 2015 în medie 255 salariați din totalul de 296 posturi aprobate. Salarizarea personalului din cadrul CNAS în anul 2015 s-a realizat potrivit prevederilor Legii-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și a OUG nr.103/2013 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2014, a Legii nr.71/2015 pentru aprobarea OUG nr.83/2014 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice în anul 2015.

Cheltuielile de capital au înregistrat o scădere de la 4 milioane lei în anul 2013, la 2 milioane lei în anul 2014 și la 1 milion lei în anul 2015.

Situația indicatorului „**Cheltuieli totale**” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2015 se prezintă astfel:

Tabelul nr. 10
- milioane lei -

Nr. crt.	Casa de asigurări de sănătate	Prevederi definitive	Plăți efectuate	Grad de realizare (%)
0	1	2	3	4=3/2*100
1.	Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București	4.838	4.835	99,94
2.	Casa de Asigurări de Sănătate Iași	1.249	1.247	99,84
3.	Casa de Asigurări de Sănătate Cluj	1.217	1.214	99,75
4.	Casa de Asigurări de Sănătate Timiș	939	937	99,79
5.	Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești	851	844	99,17
	TOTAL	9.094	9.077	99,81

Din datele prezentate în tabelul anterior rezultă că, cele cinci case județene de asigurări de sănătate au efectuat plăți în sumă de 9.077 milioane lei, care reprezintă 38,64% din totalul plăților efectuate în anul 2015 din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (în sumă de 23.490 milioane lei).

Bugetul FNUASS este principala sursă de finanțare a sănătății și cuprinde două capitole: **sănătate și asistență socială.**

Capitolul sănătate

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate se constituie din contribuții ale persoanelor fizice sau juridice, subvenții de la bugetul de stat, din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, din donații, sponsorizări, dobânzi, precum și din alte venituri, în condițiile legii.

Colectarea contribuțiilor de la salariați, precum și de la persoanele fizice sau juridice care angajează personal salariat se face în contul unic deschis pe seama CNAS de către Agenția Națională de Administrare Fiscală, prin organele fiscale teritoriale, cu respectarea dispozițiilor OG nr. 86/2003 *privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală*, aprobată cu modificări prin Legea nr. 609/2013, cu modificările și completările ulterioare. Lunar, sub semnătura persoanelor autorizate, organele fiscale teritoriale trimit caselor județene de asigurări de sănătate situația încasărilor realizate și a drepturilor constatate de încasat, care se înregistrează în contabilitatea acestora și se raportează în contul de execuție.

Începând cu data de 1 iulie 2012, casele județene de asigurări de sănătate au predat organelor fiscale din subordinea Agenției Naționale de Administrare Fiscală, în vederea colectării și creanțele reprezentând contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice care realizează venituri din activități independente, activități agricole și asocieri fără personalitate juridică, stabilite și neachitate până la data de 30 iunie 2012 (OUG nr.125/2011 pentru modificarea și completarea Legii 571/2003 *privind Codul Fiscal*).

Având în vedere prevederile art.III din OUG nr.71/2013, care modifică OUG nr.125/2011 prin care s-a prorogată termenul de predare a dosarelor către ANAF până la 31.12.2013, CASJ au procedat la predarea dosarelor până la termenul stabilit.

Aceste contribuții de asigurări sociale de sănătate se cuvin în continuare bugetului FNUASS și sunt reglementate prin dispoziții legale specifice.

Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, în perioada 2013-2015, pentru capitolul *Sănătate*, se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.11
-milioane lei-

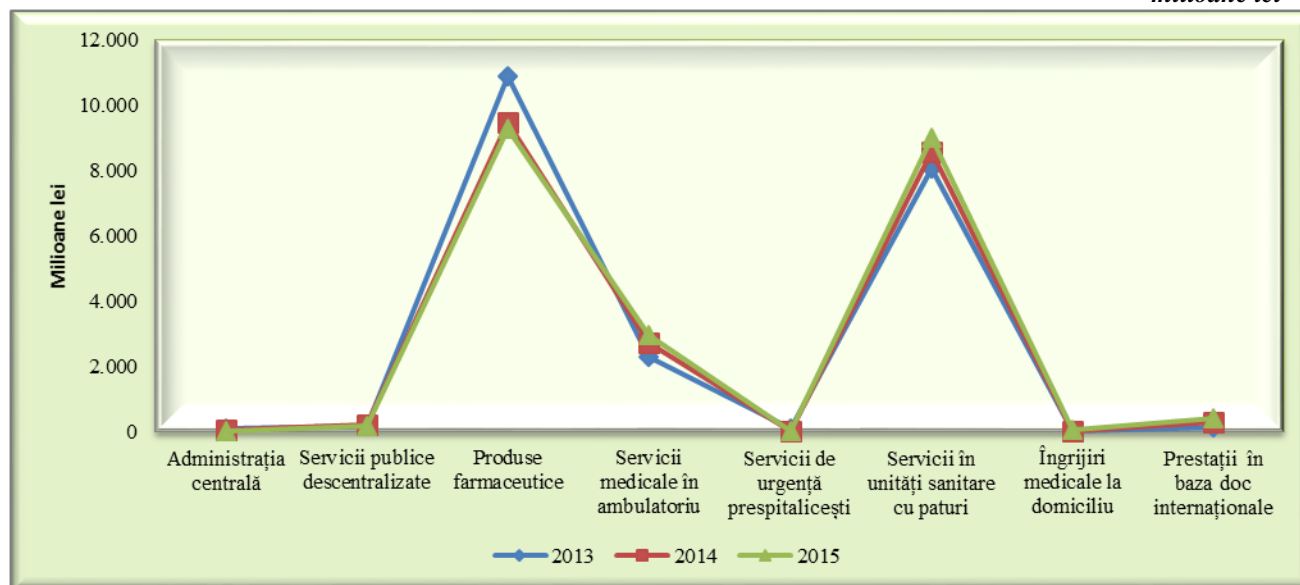
Anii	Administrația centrală	Servicii publice descentralizate	Produce farmaceutice	Servicii medicale în ambulatoriu	Servicii de urgență prespitalicești	Servicii în unități sanitare cu paturi	Îngrijiri medicale la domiciliu	Prestații în baza documentelor internaționale
0	1	2	3	4	5	6	7	8
2013	125	181	10.887	2.309	118	8.064	37	150
2014	75	249	9.471	2.734	31	8.566	53	308
2015	52	196	9.279	2.968	35	9.011	57	415

În anul 2015, din totalul cheltuielilor alocate capitolului "Sănătate", conform prevederilor art. 271 din Legea nr. 95/2006 *privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, s-a utilizat o cotă de 3% pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS și caselor de asigurări de sănătate. Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%. Fondurile aprobate în anul 2015 au fost în sumă de 260 milioane lei, din care s-au efectuat plăți până la data de 31 decembrie 2015 în sumă de 248 milioane lei, reprezentând un procent de realizare 95,51% .

Din totalul cheltuielilor realizate în anul 2015, cheltuielile de administrare a fondului dețin o pondere de 1,05%.

Reprezentarea grafică a execuției cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul *Sănătate*, se prezintă astfel:

Graficul nr.11
-milioane lei-



Deși, **tendința** anilor 2013-2015 a fost de a se **reduce** ponderea sectorului spitalicesc prin **prevenirea internării cazurilor** ce puteau fi rezolvate la alte niveluri de asistență medicală, din datele prezentate rezultă că **medicina primară nu a fost stimulată**, astfel încât să se creeze **disponibilitatea și capacitatea furnizorilor** de servicii în ambulatoriu de a **prelua și trata** cât mai **mulți pacienți** la nivelul respectiv de asistență, **înregistrându-se** în continuare o ușoară creștere a **cheltuielilor cu serviciile medicale** acordate în unitățile sanitare cu paturi.

Capitolul Asistență Socială

În baza prevederilor OUG nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Legea nr. 399/2006, cu modificările și completările ulterioare, și a Normelor de aplicare a OUG nr.158/2005, aprobate prin OMS/CNAS nr. 60/32/2006, activitatea de înregistrare și evidență a declarațiilor de asigurare pentru concedii și indemnizații – persoane fizice, precum și de plată a contribuțiilor pentru concedii și indemnizații, revine în sarcina caselor de asigurări de sănătate care au primit și înregistrat documentele respective.

Veniturile pentru asigurări și asistență socială se constituie din cota de 0,85 % aplicată la fondul de salarii, indemnizații de șomaj, venituri supuse impozitului pe venit sau asupra venitului cuprins în contractul de asigurare. Aceste venituri sunt prevăzute distinct la partea de venituri a bugetului FNUASS în capitolul ”Asistență Socială”, iar cheltuielile pentru plata drepturilor conform OUG nr. 158/2005 sunt prevăzute distinct la partea de cheltuieli a bugetului FNUASS în același capitol.

Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul Asistență Socială, în perioada 2013-2015, se prezintă după cum urmează:

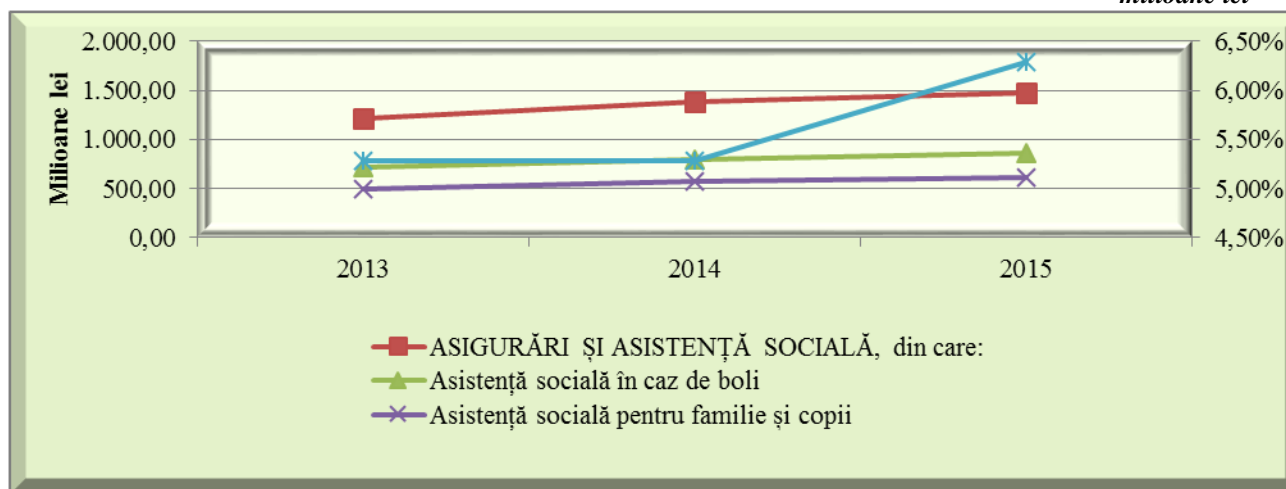
Tabelul nr.12
- milioane lei-

Denumire indicator	2013	2014	2015
0	1	2	3
TOTAL CHELTUIELI	23.090	22.868	23.490
ASIGURĂRI ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ, din care:	1.219	1.381	1.477
Asistență socială în caz de boli	725	803	860
Asistență socială pentru familie și copii	495	578	617
Pondere în total cheltuieli (%)	5,28	6,04	6,29

Din analiza datelor prezentate în tabelul de mai sus, rezultă că fondurile alocate pentru asistența socială au înregistrat un trend ascendent, respectiv asistența socială în caz de boli a avut o creștere semnificativă și totodată o pondere însemnată în totalul capitolului **asigurări și asistență socială**.

Reprezentarea grafică a capitolului **asistență socială**, în perioada 2013-2015, se prezintă astfel:

*Graficul nr.12
-milioane lei-*



Analizând datele din graficul anterior se constată faptul că, cheltuielile celor două componente ale asistenței sociale (asistența socială în caz de boli și asistență socială pentru familie și copii) au avut un trend ascendent în perioada 2013 – 2015, cea mai mare creștere din perioada analizată fiind aferentă anului 2015 față de anul 2014, respectiv 7,10% pentru asistență socială în caz de boli și 6,75% în cazul asistenței sociale pentru familie și copii.

Cheltuielile privind Programele Naționale de Sănătate (PNS) derulate de CNAS

Programele naționale de sănătate sunt derulate în comun de către Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, fiind finanțate din FNUASS, care include fondurile transferate din bugetul Ministerului Sănătății cu această destinație.

În perioada 2013 – 2015, CNAS a derulat în medie 12 Programe Naționale de Sănătate, din care prezentăm mai jos cele cu ponderea cea mai mare în totalul plăților din bugetul FNUASS:

*Tabelul nr.13
-milioane lei -*

Program de se sănătate	2013		2014		2015	
	Credite bugetare definitive FNUASS	Plăți	Credite bugetare definitive FNUASS	Plăți	Credite bugetare definitive FNUASS	Plăți
0	1	2	3	4	5	6
Programe Naționale de sănătate, din care, cu ponderea cea mai mare:	3.790	3.789	3.557	3.556	3.832	3.829
Programul Național de oncologie	1.429	1.429	1.437	1.437	1.516	1.515
Programul Național de diabet zaharat	950	950	859	859	886	886
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	719	719	780	779	863	863

Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

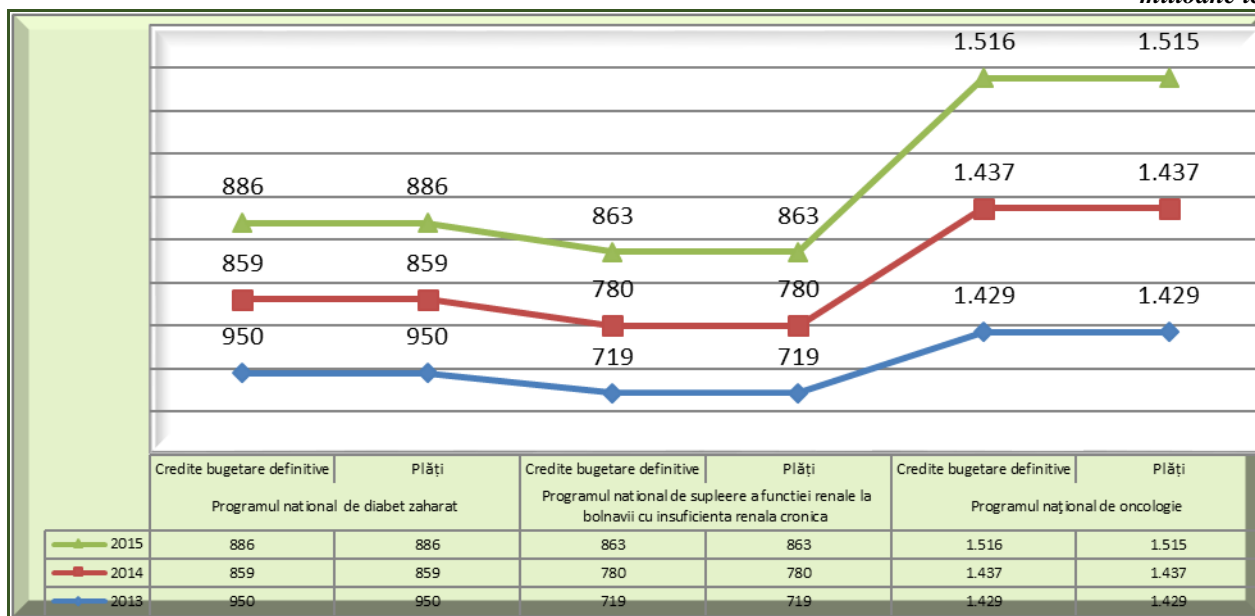
Din analiza datelor prezentate se constată că, plățile efectuate în perioada 2013-2015 pentru **Programele Naționale de Sănătate** derulate au înregistrat o evoluție mixtă, ca și în situația creditelor bugetare aprobate, respectiv de la suma de 3.789 milioane lei în anul 2013, la suma de 3.556 milioane lei în anul 2014 și respectiv suma de 3.829 milioane lei în anul 2015.

În anul 2015, pentru Programele Naționale de Sănătate s-au alocat credite bugetare în sumă de 3.832 milioane lei, mai mult cu 257 milioane lei față de anul 2014 și cu 42 milioane lei față de anul 2013.

Din creditele bugetare alocate Programelor Naționale de Sănătate în perioada 2013-2015, au fost efectuate plăți în medie de 84% din totalul plăților aferente Programelor Naționale de Sănătate, pentru cele mai semnificative programe prezentate în tabelul de mai sus.

Reprezentarea grafică a **evoluției creditelor bugetare și a plăților**, pentru principalele 3 PNS, se prezintă astfel:

Graficul nr.13
-milioane lei -



Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

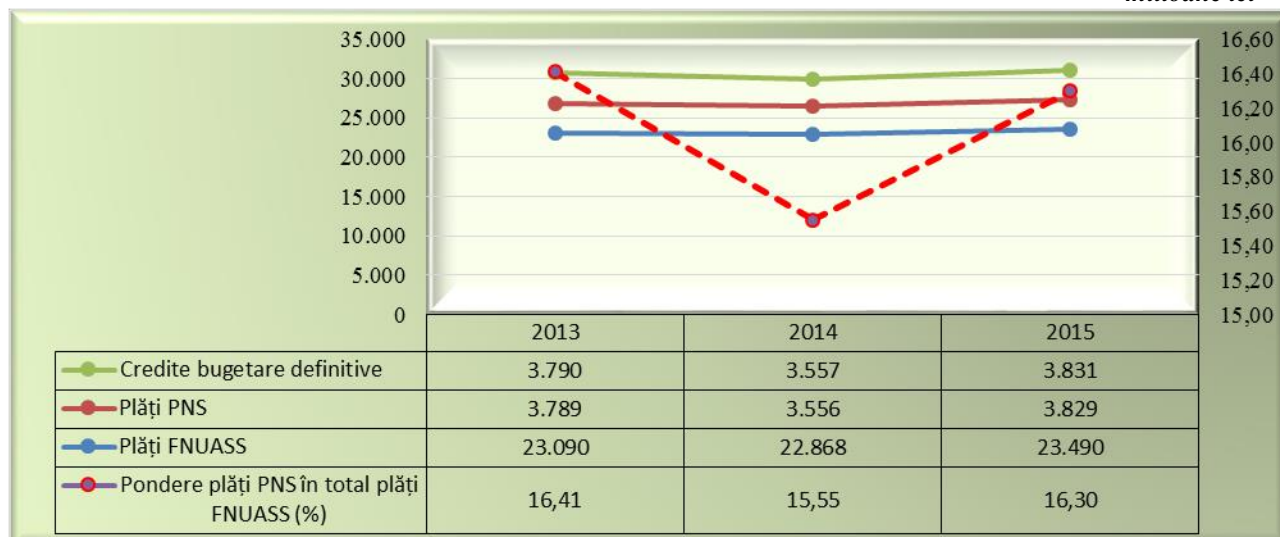
În perioada 2013-2015, din **numărul mediu de 12 Programe Naționale de Sănătate**, Programul național de diabet zaharat, Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și Programul național de oncologie au deținut ponderea cea mai mare în totalul plăților efectuate pentru derularea Programelor Naționale de Sănătate, de aproximativ 84%, acest fapt fiind determinat în principal atât de numărul mare al bolnavilor, cât mai ales de valoarea crescută a medicamentelor utilizate în tratamentul specific.

În perioada 2013-2015, sumele alocate programelor/subprogramelor 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), precum și 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), iar începând cu anul 2014, pentru asigurarea serviciilor prin tratament Gamma Knife¹⁴ și a serviciilor de diagnosticare a leucemiilor acute.

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

Graficul nr.14
-milioane lei -



Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

În perioada 2013 – 2015, volumul plăților efectuate de către CNAS, destinate Programelor Naționale de Sănătate, a reprezentat în medie circa 16% din totalul plăților efectuate din FNUASS.

În ceea ce privește fondul de rezervă al FNUASS precizăm că, în anul 2015, CNAS nu a constituit fond de rezervă la FNUASS, având în vedere prevederile art.256 din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Aceasta reglementează faptul că, fondul de rezervă se constituie în anii în care bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate este excedentar, caz în care fondul nu primește sume în

¹⁴ 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.

completare de la bugetul de stat și se constituie numai după acoperirea deficitelor din anii precedenți ale bugetului.

În plus față de subvenția de la bugetul de stat, pentru echilibrarea FNUASS care a fost în deficit, s-a apelat și la împrumuturi din disponibilitățile contului general al trezoreriei statului pentru acoperirea temporară a golurilor de casă ale bugetului FNUASS, care au generat **cheltuieli cu dobânzi**, categorie de cheltuieli care a scăzut în anul 2015, doar pe fondul scăderii nivelului dobânzilor.

În perioada 2013-2015, **evoluția deficitului bugetului FNUASS**, a subvenției primite de la bugetul de stat pentru echilibrarea acestuia, precum și a dobânzii plătite Trezoreriei Statului pentru împrumuturile acordate în vederea acoperirii golurilor temporare de casă, se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.14
- milioane lei -

Anul	Deficit din anii precedenți	Deficit al anului curent	Valoarea medie a împrumutului	Dobânda calculată și plătită	Subvenție primită în an pentru echilibrare
0	1	2	3	4	5
2013	1.160	0	1.721	10	4.915
2014	1.160	0	1.968	4	2.727
2015	1.160	173	1.455	1	1.214
TOTAL	3.480	173	5.144	15	8.856
<i>(rd1+rd2+rd.3)/3 ani</i>	1.160	X	1.715	5	2.952

Sursa: Direcția Economică și Execuție Bugetară CNAS

Deficitul bugetului FNUASS la sfârșitul anului 2013 a fost în sumă de 1.160 milioane lei și s-a menținut și în perioada următoare.

În perioada 2013 - 2015, deficitul anual al FNUASS a fost acoperit prin subvenții alocate de la bugetul de stat pentru echilibrare, în valoare de 8.856 milioane lei.

În aceste condiții, pentru finanțarea temporară a deficitului, CNAS a apelat la împrumuturi anuale, în medie de 1.715 milioane lei, pentru care a plătit dobânzi în medie de 5 milioane lei/an. Dobânzile primite de entitate pentru disponibilul din Trezorerie sunt ne semnificative.

Deși în toată această perioadă, pentru acoperirea deficitului bugetului FNUASS, s-au acordat subvenții de la bugetul de stat în medie de 2.952 milioane lei/an, aceste sume au fost insuficiente, iar deficitul bugetului FNUASS din anii precedenți, a rămas la aceeași valoare de 1.160 milioane lei.

În concluzie, deficitul din anii precedenți, în valoare de 1.160 milioane lei va fi în continuare factorul principal care generează cheltuieli suplimentare cu dobânzile pe care CNAS le va plăti

Trezoreriei Statului pentru finanțarea temporară a deficitului bugetului FNUASS, la care se adaugă deficitul anului 2015, în sumă de 173 milioane lei.

**5. CONSTATĂRILE, CONCLUZIILE
ȘI RECOMANDĂRILE
CURȚII DE CONTURI A ROMÂNIEI
URMARE MISIUNILOR DE AUDIT
FINANCIAR**



În conformitate cu Programul propriu de control/audit al Curții de Conturi pentru anul 2016, aprobat de Plenul Curții de Conturi a României, au fost efectuate de către Curtea de Conturi și de către camerele de conturi teritoriale un număr de 20 misiuni de audit financiar, la nivelul ordonatorului principal de credite (CNAS) și la 19 de case județene de asigurări de sănătate, ordonatori de credite din subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În misiunea de audit financiar desfășurată la CNAS, au fost verificate potrivit pct.260 din *Regulamentul de organizare și desfășurare a activităților specifice Curții de Conturi, precum și valorificarea actelor rezultate din aceste activități*, plăți pe bază de eșantion pentru un număr de 23 case județene de asigurări de sănătate.

Conform datelor existente pe site-ul Ministerului Finanțelor Publice, cheltuielile totale ale **bugetului general consolidat** au fost în anul 2015 în sumă de **243.915 milioane lei**, iar din bugetul FNUASS s-au efectuat plăți în sumă totală de 23.490 milioane lei care reprezintă circa **9,63%** din acestea.

În urma misiunilor de audit desfășurate atât la **Casa Națională de Asigurări de Sănătate**, cât și la **casele județene de asigurări de sănătate**, au fost estimate erori/abateri de către auditorii publici externi ai Curții de Conturi, după cum urmează:

- venituri suplimentare în sumă de : **903 mii lei;**
- prejudicii în sumă de : **97.209 mii lei;**
- abateri de la legalitate și regularitate în sumă de: **20.516 mii lei.**

Abaterile consemnate în actele de audit întocmite la nivelul entităților verificate sunt abateri identificate pe baza unor eșantioane stabilite în funcție de anumite criterii de către echipele de audit, de unde au rezultat valori estimate ale acestora, entitatea auditată având obligația legală de

a extinde verificările, de a stabili sumele certe pentru fiecare categorie de abateri și de a dispune măsuri de remediere în consecință a acestora.

5.1. PRINCIPALELE CONSTATĂRI IDENTIFICATE LA NIVELUL CNAS ȘI CASJ

A. Cu privire la calitatea gestiunii economico-financiare, au fost efectuate plăți cu încălcarea cadrului legal, unele dintre acestea fiind generatoare de prejudicii în sumă de 97.209 mii lei, constând în principal, în următoarele:

✚ Validarea și decontarea nelegală a serviciilor medicale raportate de ambulatoriile de specialitate, medici de familie, precum și a unor prescripții medicale emise pentru pacienții internați în aceeași perioadă în spitale în regim de spitalizare continuă, în sumă estimată de **969 mii lei**.

Potrivit prevederilor legale¹⁵, nu pot fi decontate servicii medicale persoanelor care figurează ca fiind internate în spital (spitalizare continuă) și care beneficiază în același timp și de servicii medicale în spitalizare de zi întrucât cheltuielile ocazionate pentru cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat.

De menționat că această categorie de abateri a fost identificată și în misiunile de audit efectuate în anii precedenți.

✚ Validarea și decontarea nelegală a unor prescripții medicale cu compensare de 90% din prețul de referință al medicamentelor, unor persoane care nu se încadrau în categoria “*pensionari cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună*”, în sumă estimată de **899 mii lei**.

Conform prevederilor art. 2 din HG nr. 720/2008 *pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate*, cu modificările și completările ulterioare, pensionarii cu venituri numai din pensii de

¹⁵ - art. 90 alin. (4), art.97 lit.b și art. 98 alin (1) din Anexa 2 ¹⁵ la *Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015* din HG nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 6 și art.7 din Anexa nr. 9, art. 12 (1) din Anexa nr. 23, art. 6 din Anexa nr.26 art. 5, art. 13 din Anexa nr. 36¹⁵ la *Ordinul MS/CNAS nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*, cu modificările și completările ulterioare.

până la 700 lei/lună pot beneficia de compensare într-un procent de 90% din prețul de referință al medicamentelor cuprinse în sublista B din acest act normativ.

Prescrierea rețetelor compensate cu 90% din prețul de referință al medicamentelor se efectuează de către medicii de familie în baza prezentării ultimului talon de pensie și a declarațiilor pe proprie răspundere ale pacienților, iar decontarea acestor medicamente compensate se suportă astfel:

- în cuantum de 50% din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate;
- în cuantum de 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate.

În urma auditării eșantioanelor selectate a rezultat faptul că, în mod nelegal, au fost eliberate și decontate prescripții medicale în sumă estimată de 2.247 mii lei cu procent de compensare de 90% din prețul de referință al medicamentelor, astfel:

- prescripții medicale unor pensionari cu venituri din pensii de peste 1.000 lei/lună (plafon stabilit în timpul auditului pe bază de eșantion);
- prescripții medicale unor pensionari care au realizat în anul 2015 și venituri din dobânzi de peste 1.000 lei (plafon stabilit în timpul auditului pe bază de eșantion).

Prin urmare, cu suma estimată de 899 mii lei, reprezentând cota de 40% din prețul de referință al medicamentelor, au fost majorate nelegal cheltuielile cu medicamentele fiind efectuate plăți contrar prevederilor legale¹⁶, către furnizorii de medicamente aflați în contract cu CAS județene.

De menționat că această categorie de abateri a fost identificată și în misiunile de audit efectuate în anii precedenți.

✚ Validarea și decontarea nelegală a unor prescripții medicale cu compensare de 100% din prețul de referință al medicamentelor pentru asigurații veterani, persoane cu handicap, beneficiari de indemnizații de șomaj și persoane care beneficiau de ajutor social în condițiile în care persoanele

¹⁶ - art.1, art.2 și art. 3 din H.G. nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare; art. 1 alin. (9) din Anexa nr. 36 la Ordinul MS/CNAS nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 1 alin. (9) din Anexa nr. 36 la Ordinul MS/CNAS nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare;

respective nu dețineau această calitate conform prevederilor legale¹⁷, respectiv nu figurau în baza de date a veteranilor furnizată de Casa Națională de Pensii Publice, în sumă estimată de **4.551 mii lei**.

De menționat că această categorie de abateri a fost identificată și în misiunile de audit efectuate în anii precedenți.

✚ Validarea și decontarea nelegală a unor prescripții medicale în sumă estimată de **1.025 mii lei**, emise de către alți medici decât cei prevăzuți în protocoalele terapeutice.

Potrivit art. 3 alin. 3 din HG nr. 720/2008 *pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate*, prescrierea, eliberarea și decontarea medicamentelor corespunzătoare denumirilor comune internaționale prevăzute în sublistele A, B, C - secțiunile C1, C2 și C3, notate cu (**), (***) și (****), se realizează în baza protocoalelor terapeutice aprobate prin ordin comun al Ministerului Sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Astfel, pentru medicamente notate cu ** din sublista C1-G25 au fost validate și decontate prescripții medicale cu încălcarea protocoalelor terapeutice¹⁸, întrucât acestea au fost prescrise de către alți medici decât cei prevăzuți în protocolul terapeutic.

¹⁷ - art. 5 și art. 7 Anexa 2 din la Ordinul MS/CNAS nr. 388/186/2015 *privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 16 lit. j) din Legea nr. 44/1994 *privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război*, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

- pct. 1 lit. h) din Cap.II la Ordinul MS/CNAS nr. 674/252/2012 *privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu*, cu modificările și completările ulterioare.

¹⁸- art. 3 alin.1, alin. 2, alin. 3 și art. 4¹⁸ din HG nr. 720/2008 *pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate*, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 2 alin.2, art. 3 alin. 1, alin 2 și alin.3 și art.4 din Anexa 2¹⁸ la OMSP/CNAS nr. 1.301/500/2008 *pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin H.G.nr.720/2008*, cu modificările și completările;

- art. 7 lit. s) din Anexa 3 la *Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*, aprobat prin HG 400/2014;

De menționat că această categorie de abateri a fost identificată și în misiunile de audit efectuate în anii precedenți.

✚ Validarea și decontarea nelegală a unor prescripții medicale ce conțin medicamente al căror preț cu amănuntul excede prevederilor OMS nr. 75/2009 *pentru aprobarea Normelor privind modul de calcul al prețurilor la medicamentele de uz uman*, în sumă estimată de **207 mii lei**.

Contrar prevederilor legale¹⁹, CASJ a compensat un preț cu amănuntul mai mare decât cel care ar fi rezultat din aplicarea adaosului comercial prevăzut în OMS nr. 75/2009 la prețul de achiziție sau la un preț de achiziție care se diminuează cu reducerile comerciale, așa cum se prevede la pct. 76. alin. 1 din OMFP 1802/2014 *pentru aprobarea Reglementărilor contabile privind situațiile financiare anuale individuale și situațiile financiare anuale consolidate*, respectiv *”Reducerile comerciale acordate de furnizor și înscrise pe factura de achiziție ajustează în sensul reducerii costul de achiziție al bunurilor. Atunci când achiziția de produse și primirea reducerii comerciale sunt tratate împreună, reducerile comerciale primite ulterior facturării ajustează, de asemenea, costul de achiziție al bunurilor.”*

Stabilirea de către farmacii a unui preț cu amănuntul maximal fără respectarea prevederilor legale menționate a condus, în unele cazuri la suportarea de către asigurați a unei contribuții personale stabilită ca diferență de preț rezultată din prețul medicamentului prescris și prețul de decontare.

✚ Validarea și decontarea nelegală de către CASJ a unor servicii medicale spitalelor care nu au raportat corect către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București (SNSPMPDSB) datele din foile de observație clinică generală (FOCG) întocmite la nivelul secțiilor spitalului, în sumă estimată de **1.690 mii lei**.

Contrar prevederilor legale²⁰ au fost validate și decontate nelegal spitalelor, servicii medicale în condițiile existenței neconcordanțelor cu privire la diagnosticul evidențiat între datele raportate

¹⁹ - art. 280 alin. (1) lit. (e), art. 301 lit. (b) din Legea nr.95/2006 *privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 41 lit. b) *din Regulamentul de organizare și funcționare al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate*, aprobat prin Ordinul președintelui CNAS nr. 512/2015;

²⁰ - art.280 alin.(1) lit.e), art.301 lit.b), art. 302 lit. a) și art.305 alin.(1) din Legea nr. 95/2006 *privind reforma în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare;

- art.13 alin.(1), alin.(3) din HG nr. 400/2014 *pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*, cu modificările și completările ulterioare;

- art.39 lit.a), art.41 lit.a), lit.b) și lit.c) *din Regulamentul de organizare și funcționare al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate*, aprobat prin Ordinul președintelui CNAS nr.512/2015;

- pct.3.1.3. lit.b), pct.3.1.4. lit.b) și lit.c), pct.3.2.4., pct.5.1.2 din Anexa și pct. 2.2 din Anexa 3 din Ordinului președintelui CNAS nr.1012/2013 *pentru aprobarea Normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*.

de acestea la SNSPMPDSB, datele înscrise în FOCC și respectiv serviciile medicale decontate pe baza Sistemului de clasificare în grupe de diagnostice (DRG), pe numele unor persoane care la data efectuării serviciului medical erau decedate.

✚ Decontarea din FNUASS a unor medicamente la prețuri de referință/decontare superioare stabilite în baza unor prețuri cu amănuntul maximale din CANAMED, care nu au fost actualizate în conformitate cu prevederile OMS 75/2009 pentru aprobarea Normelor privind modul de calcul al prețurilor la medicamentele de uz uman, în valoare estimată de **85.338 mii lei**.

Contrar prevederilor legale²¹, CNAS a decontat suplimentar fonduri din FNUASS datorită calculării prețurilor de referință la medicamente în baza unor prețuri maximale cu amănuntul neactualizate în CANAMED.

În acest sens, noile prețuri ale medicamentelor din CANAMED au fost publicate abia în data de 1 iulie 2015 de către Ministerul Sănătății, dată de la care acestea sunt valabile.

Comparând prețurile de referință medii pentru medicamentele selectate în eșantion (prețul de referință pentru medicamente din sublistele A, B, D și C- secțiunile C1 și C3 potrivit Ordinului CNAS nr. 615/2010 *privind aprobarea metodei de calcul al prețului de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu și prețul de decontare pentru medicamentele din sublista C2 potrivit ordinului comun MS/CNAS nr. 1605/875/2014 privind aprobarea modului de calcul, a listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora*) și calculate pentru luna iunie cât și pentru luna iulie 2015, a rezultat faptul că în luna iulie prețurile de referință medii au fost mai mici decât cele din luna iunie urmare intrării în vigoare a noilor prețuri ale medicamentelor în CANAMED începând cu data de 1 iulie 2015.

Prin ponderarea diferenței calculate dintre prețul de referință mediu calculat în luna iulie și cel aferent lunii iunie a acelorași medicamente selectate în eșantion cu cantitățile de medicamente eliberate în luna iunie 2015, a fost estimată valoarea economiilor la FNUASS în sumă de 85.338 mii lei care s-ar fi obținut în condițiile actualizării prețurilor medicamentelor din CANAMED potrivit OMS nr. 75/2009 și a recalculării de către CNAS a prețurilor de referință pe baza prețurilor modificate de Ministerul Sănătății.

În luna imediat următoare, respectiv iulie 2015, prețurile maximale ale medicamentelor din

²¹ - art. 280 alin. (1) lit. (a) din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare; art. 5 alin. (1) din Ordonanța nr. 119/1999 privind controlul intern și controlul financiar preventiv, (**republicată**)(*actualizată*);
- art. 1 din Ordinul MS/CNAS nr. 1.605/2014 privind aprobarea modului de calcul, a listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare ale medicamentelor care se acordă bolnavilor în cadrul programelor naționale de sănătate și a metodologiei de calcul al acestora;

CANAMED au fost actualizate funcție de care CNAS a procedat la recalcularea prețurilor de referință/decontare ale medicamentelor ce se decontează din FNUASS.

✚ Nesoluționarea în termenul prevăzut de lege a unui număr de 700 cereri depuse la CJAS de către angajatori, reprezentând sumele solicitate de aceștia pentru concedii medicale suportate din FNUASS care depășesc contribuția pentru concedii și indemnizații, în sumă estimată de **2.177 mii lei**.

Având în vedere prevederile OUG nr.158/2005, CJAS în termen de 30 de zile de la data depunerii cererii de către angajatori, în baza documentelor justificative și a analizei situațiilor depuse, restituie suma ce depășește contribuția lunară pentru concedii medicale datorate de angajator.

B. Referitor la modul de stabilire, evidențiere și urmărire a încasării veniturilor bugetului FNUASS, în quantumul și la termenele prevăzute de lege, precum și identificarea cauzelor care au determinat nerealizarea acestora, s-au identificat următoarele tipuri de abateri:

✚ CNAS nu a întreprins demersurile legale în vederea notificării unor deținători ai autorizației de punere pe piață (DAPP) sau reprezentanți legali ai acestora care aveau obligația plății contribuției CLAWBACK la valoarea consumului de medicamente aferentă acestora, în sumă de **130 mii lei**, urmare recalculării valorilor contestate de alți DAPP sau reprezentanți legali.

Potrivit OUG nr.77/2011 *privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății*, cu modificările și completările ulterioare, CNAS are obligația calculării unui procent ”p” asupra valorii consumului de medicamente suportate din FNUASS și din bugetul Ministerului Sănătății, din care se exclude consumul pentru medicamentele pentru care se încheie contracte cost-volum/cost-volum rezultat din sume suplimentare alocate din bugetul FNUASS, consum aferent vânzărilor fiecărui plătitor de contribuție.

În anul 2015, valoarea consumului în sumă de 2.813 mii lei notificat de către CNAS a fost contestată de unii deținători ai autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor sau a reprezentanților legali ai acestora. Urmare contestațiilor depuse, CNAS a procedat la verificarea consumului transmis inițial prin notificare, rezultând o valoare a consumului în sumă estimată de **130 mii lei** care aparținea, în fapt, altor DAPP.

Contrar prevederilor legale²², CNAS nu a întreprins nici un demers în sensul notificării DAPP cărora le aparține în fapt valoarea consumului în sumă estimată de 130 mii lei în vederea stabilirii, declarării și plății contribuției aferente și reale a acestora.

✚ Neconcordanțe între datele stabilite și înregistrate de CASJ ca și drepturi constatate și cele transmise de AJFP ca și drepturi constatate, în sumă estimată de **2.616 mii lei**.

CNAS prin casele de asigurări de sănătate județene nu a asigurat concordanța informațiilor dintre bazele de date cu privire la contribuțiile sociale datorate de persoanele fizice prevăzute la cap. II și III din titlul IX² al Codului fiscal și informațiile primite de la AJFP în vederea înregistrării în evidența financiar contabilă și raportarea reală în bilanțele de verificare întocmite la finele anului.

✚ Nefinalizarea procesului de transmitere către AJFP a dosarelor cu titlurile executorii în care sunt individualizate contribuțiile de asigurări sociale de sănătate pentru perioada de până la data de 1 iulie 2012 și netransmiterea spre urmărire a creanțelor aferente acestor dosare, în sumă estimată de **1.750 mii lei**.

În acest sens, CNAS prin CASJ avea obligația predării – preluării creanțelor reprezentând contribuții sociale datorate de persoanele fizice, prevăzute, stabilite și neachitate până la 30.06.2012, în vederea administrării acestora, începând cu 1 iulie 2012 de către Agenția Națională de Administrare Fiscală conform prevederilor OUG nr.125/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal și ale Ordinului comun al MFP-MS-MMFPS nr. 806/608/934/2012 privind procedura de predare – primire a documentelor și informațiilor în vederea administrării de către Agenția Națională de Administrare Fiscală a contribuțiilor sociale obligatorii datorate de persoanele fizice prevăzute la cap. II și III din titlul IX² al Codului fiscal .

În concluzie, încă de la data de 30.06.2012, CNAS prin CASJ avea obligația predării dosarelor către Agenția Națională de Administrare Fiscală, însă datorită modificărilor legislative respectiv art.III din OUG nr.71/2013 termenul de predare a dosarelor către ANAF s-a prorogată până la 31.12.2013.

✚ Scoaterea din evidență în mod eronat a unor creanțe de încasat reprezentând contribuții sociale datorate de persoane fizice prevăzute, stabilite și neachitate până la 31.06.2012, fără a se determina componența și fără a fi predate la AJFP, în sumă estimată de **624 mii lei**.

În acest sens, CNAS nu a inițiat demersuri la ANAF în privința drepturilor constatate de încasat provenind din contribuțiile datorate bugetului asigurărilor sociale de sănătate raportate prin

²² - art. 3* alin. (4), art.5(3) din OUG nr. 77/2011 *privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății*;

² art. 65 lit. (b) pct. (4), din *din Regulamentul de organizare și funcționare al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate*, aprobat prin Ordinul președintelui CNAS nr. 512/2015;

situațiile financiare anuale, care nu corespund cu sumele aflate în evidența structurilor ANAF, în vederea identificării unor soluții prin care să fie reglementată analiza și clarificarea veniturilor de încasat aferente anilor precedenți, stabilirea dacă aceste creanțe mai sunt sau nu în termenul legal de prescripție, modalități de atragere a acestor venituri la bugetul asigurărilor sociale de sănătate.

✚ Neînregistrarea de dobânzi și penalități de întârziere asupra debitelor, provenite din sumele încasate nejustificat în anii precedenți de către furnizorii de servicii medicale, sume decontate de către CJAS pentru care au fost constatate ulterior, urmare controalelor tematice, operative, debite de imputat persoanelor fizice/juridice responsabile de neefectuarea/nerealizarea serviciului medical, furnizarea medicamentelor și materialelor sanitare, alte servicii medicale prevăzute în contractele încheiate de către aceștia cu CJAS, stabilite în anul 2015, în sumă estimată de **104 mii lei**.

CNAS și casele județene de asigurări de sănătate nu au respectat prevederile legale privind urmărirea și încasarea debitelor provenite din sumele încasate nejustificat din anii precedenți de către furnizorii de servicii medicale și alți debitori.

Casele județene de asigurări de sănătate s-au limitat doar la înregistrarea în evidența contabilă a acestora, fără să le evidențieze pe vechimi și fără să emită deciziile de impunere pentru stabilirea dobânzilor și penalităților de întârziere în anul 2015.

C.Cu privire la exactitatea și realitatea datelor reflectate în situațiile financiare s-au identificat în principal, următoarele abateri:

✚ Deținerea de bunuri (terenuri și clădiri) fără a fi înregistrate în evidența contabilă, contrar prevederilor legale²³.

Astfel, imobile (terenuri și construcții) situate în județul Brașov, în suprafață de 14.341,21 mp nu au fost evaluate și înregistrate în evidența contabilă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Procedând în acest mod, situația economică a entității nu oferă o imagine fidelă, datorită exercitării necorespunzătoare a atribuțiilor de serviciu de către persoanele din cadrul compartimentelor funcționale în vederea urmăririi și înregistrării în contabilitate a acestor bunuri, inventarierea formală a patrimoniului entității la finele exercițiului financiar, precum și nerespectarea de către persoanele responsabile a prevederilor legale incidente în domeniu.

²³- art. 8 alin. (1), art.9 alin.(1), art. 11 și art. 13 din Legea contabilității nr. 82/1991 republicată, actualizată;
- art. 54 din Regulamentul de Organizare și Funcționare al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Ordinul președintelui CNAS nr. 512/2015.

✚ Neînregistrarea corectă în evidența contabilă a modului de decontare a sumelor solicitate de angajatori pentru concediile medicale suportate din FNUASS care depășesc contribuția pentru concedii și indemnizații datorată de aceștia lunar, în sumă de **1.067 mii lei**.

Potrivit prevederilor art. 4 alin. (2) din OUG nr. 158/2005 *privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate*, cu modificările și completările ulterioare, cota de contribuție pentru concedii medicale și indemnizații sociale de sănătate este 0,85% fiind *destinată exclusiv finanțării cheltuielilor* cu plata acestor drepturi.

În acest sens, conform reglementărilor legale în vigoare, Casele de Asigurări de Sănătate județene (CASJ) aveau *obligația ca în termen de 30 de zile de la depunerea cererii de restituire*, în baza analizei documentelor justificative să aprobe plata diferenței dintre "*Totalul cuantumului prestațiilor de suportat din bugetul FNUASS pentru concedii și indemnizații*" plătite salariaților proprii și "*Totalul contribuțiilor pentru concedii și indemnizații datorat de angajator*" sau, după caz, să efectueze plata sau să stabilească motivele respingerii cererii și să transmită solicitantului comunicarea de respingere a plății.

Abateri similare s-au constatat și la casele județene de asigurări de sănătate, acestea având caracter repetitiv.

✚ Neînregistrarea în evidența financiar contabilă a debitului reprezentând servicii decontate și neprestate pentru care CASJ s-a constituit parte civilă, servicii medicale spitalicești acordate persoanelor cărora le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane în urma unor accidente rutiere și vătămări corporale, ori persoanelor care au suferit accidente de muncă și respectiv a celor provenite urmare desfășurării acțiunilor de control, în sumă estimată de **4.084 mii lei**.

În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2015 aprobat potrivit dispozițiilor art. 256 alin. (4) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru acoperirea deficitului bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, veniturile bugetului au fost completate cu sume care au fost alocate de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Sănătății.

Abateri similare s-au constatat la casele de asigurări de sănătate, acestea având caracter repetitiv.

✚ Neconcordanțe între datele înscrise în bilanța de verificare a CASJ și datele transmise de AJFP pentru conturile de contribuții privind persoanele care realizează venituri din alte activități sau nu realizează venituri, în sumă estimată de **6.194 mii lei**;

În acest sens, există anumite disfuncționalități în modul de predare - primire a bazelor de date de către ANAF, necorelări între informațiile transmise caselor județene de asigurări de sănătate județene și evidența financiar contabilă a acestora.

5.3. RECOMANDĂRILE FORMULATE PENTRU ÎNLĂTURAREA DEFICIENȚELOR PREZENTATE ANTERIOR



Concluziile generale rezultate în urma auditului financiar și recomandările cu privire la măsurile ce urmează a fi luate pentru înlăturarea deficiențelor constatate în timpul misiunilor de audit financiar de către entitățile verificate:

➤ Monitorizarea și controlul modului de aplicare de către CJAS a dispozițiilor legale referitoare la angajarea, lichidarea, ordonanțarea și plata cheltuielilor cu bunuri și servicii în cadrul contractelor încheiate de către acestea cu furnizorii de servicii medicale și produse farmaceutice astfel încât să se asigure:

- stabilirea întinderii prejudiciilor reprezentând cheltuieli cu bunuri și servicii decontate nelegal de către casele județene de asigurări de sănătate, ca urmare a validării de servicii și prescripții medicale fără respectarea prevederilor legale în vigoare;

- recuperarea acestor prejudicii și perceperea de dobânzi și penalități de întârziere aplicabile pentru veniturile bugetare, calculate pentru perioada de când s-a produs prejudiciul și până la recuperarea sumelor, potrivit art.73¹ din Legea nr.500/2002 *privind finanțele publice*, cu modificările și completările ulterioare;

- extinderea verificărilor în termenul legal de prescripție și stabilirea întinderii prejudiciului reprezentând cheltuieli cu bunuri și servicii decontate nelegal de către CAS județene ca urmare a validării unor prețuri la medicamente mai mari decât cele rezultate ca urmare a aplicării reducerilor comerciale și a adaosului prevăzut de Ordinul MS nr.75/2009 și respectiv în condițiile existenței unor neconcordanțe între datele raportate la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București și datele operate în foile de observație clinică generală (FOCG) întocmite la nivelul secțiilor spitalului;

- includerea în acțiunile de control a unui obiectiv privind verificarea respectării cotelor de adaos comercial prevăzute de art. 20 din OMS nr. 75/2009 la furnizorii de medicamente de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu cu sau fără contribuție personală;

- efectuarea demersurilor în vederea stabilirii întinderii prejudiciului, stabilirii răspunderii de producerea prejudiciului, recuperării acestuia și reîntregirea resurselor bugetului FNUASS;

➔ Analizarea cauzelor de nesoluționare a cererilor depuse de angajator în vederea recuperării concediilor medicale care depășesc contravaloarea lunară a acestora;

➔ Identificarea DAPP căroră le aparține în fapt valoarea consumului care a fost diminuată urmare contestațiilor și retransmiterii noilor valori ale consumului de medicamente în vederea stabilirii, declarării și plății contribuției reale de către aceștia astfel încât veniturile la bugetul FNUASS să nu fie diminuate; elaborarea procedurilor operaționale privind modul de identificare a DAPP căroră le aparține în fapt valoarea consumului care a fost diminuată urmare contestațiilor.

➔ Înregistrarea în evidența contabilă a creanțelor datorate de persoanele fizice care obțin venituri, altele decât cele pentru care colectarea se face de către ANAF; aplicarea tuturor măsurilor de executare silită asupra debitorilor și urmărirea recuperării veniturilor la bugetul FNUASS;

➔ Respectarea prevederilor OUG nr. 125/2011, respectiv transmiterea către ANAF a tuturor dosarelor privind titlurile de creanță, pe scadență a contribuțiilor de asigurări de sănătate stabilite până de data de 30 iunie 2012 și neîncasate până la aceeași dată;

➔ Înregistrarea în evidența contabilă a debitelor stabilite și urmărirea acestora în vederea încadrării în termenul legal de prescripție; analizarea cauzelor privind scoaterea din evidența contabilă a creanțelor și recuperarea acestora;

➔ Stabilirea debitelor reprezentând sume încasate nejustificat în anii precedenți de către furnizorii de servicii medicale și alți debitori, în vederea calculării dobânzilor și penalităților aferente acestora;

➔ Organizarea și efectuarea operațiunii de inventariere a patrimoniului, precum și înregistrarea rezultatelor acesteia conform prevederilor legale, astfel încât datele raportate prin situațiile financiare anuale să reflecte realitatea patrimonială; Întreprinderea demersurilor necesare în vederea clarificării regimului juridic și punerii de acord a situației înscrise în extrasele de carte funciară cu situația faptică a imobilelor poprietate CNAS; evaluarea imobilelor (construcții și terenuri) și înregistrarea în evidențele contabile a CNAS a rezultatelor operațiunii de evaluare în conformitate cu prevederile legale în vigoare; inventarierea anuală a patrimoniului, în scopul identificării tuturor bunurilor deținute și reflectării realității economico-financiare care se raportează în situațiile financiare anuale;

➤ Înregistrarea în evidența contabilă a contravalorii concediilor medicale solicitate de angajator și efectuarea punctajului cu persoanele în cauză în vederea prezentării situației reale a situațiilor financiare;

➤ Luarea măsurilor care se impun în vederea înregistrării în evidența contabilă a debitelor și urmărirea modului de soluționare în instanță a dosarelor care fac obiectul sesizărilor penale;

➤ Efectuarea punctajelor reciproce între CJAS și AJFP asupra contribuțiilor privind asigurările sociale de sănătate în vederea eliminării neconcordanțelor dintre acestea.

6. OPINIA DE AUDIT



Standardele profesionale și liniile directoare sunt esențiale pentru credibilitatea, calitatea și profesionalismul auditului în sectorul public. Standardele Internaționale ale Instituțiilor Supreme de Audit (ISSAI-uri), elaborate de Organizația Internațională a Instituțiilor Supreme de Audit (INTOSAI) promovează un audit independent și eficient și sprijină membrii INTOSAI în dezvoltarea propriilor abordări profesionale, în conformitate cu propriile mandate și cu legile și reglementările naționale.

Pentru a aborda principiile-cheie legate de auditul situațiilor financiare în sectorul public a fost elaborat și aprobat *ISSAI 200 - Principiile Fundamentale ale Auditului Financiar* de către INTOSAI.

Potrivit acestuia, scopul unui audit al situațiilor financiare este să îmbunătățească gradul de încredere al utilizatorilor vizați de situațiile financiare. Acest lucru este obținut prin exprimarea unei opinii de către auditor cu privire la măsura în care situațiile financiare sunt întocmite, sub toate aspectele semnificative, în conformitate cu cadrul de raportare financiară aplicabil și să ofere o imagine fidelă și corectă a acestora. Un audit efectuat în conformitate cu standardele bazate pe Principiile Fundamentale INTOSAI pentru Auditul Financiar și cerințele etice relevante va permite auditorului să exprime o astfel de opinie.

Auditorul trebuie să formuleze o opinie pe baza evaluării concluziilor trase de pe urma probelor de audit obținute, cu privire la măsura în care situațiile financiare sunt întocmite, în conformitate cu cadrul general de raportare aplicabil. Opinia trebuie să fie exprimată în mod clar prin intermediul unui raport scris, care descrie, de asemenea, baza pentru acea opinie.

Pentru formularea unei opinii, auditorul public extern trebuie să ajungă la asigurarea rezonabilă că situațiile financiare, luate în ansamblu, nu conțin denaturări semnificative, cauzate de fraudă sau eroare.

În vederea formulării unei opinii asupra situațiilor financiare, auditul trebuie să concluzioneze dacă pe baza probelor colectate poate oferi o asigurare rezonabilă că situațiile financiare luate în ansamblul lor nu conțin denaturări semnificative, iar modul de administrare a patrimoniului public și privat al statului și al unităților administrativ-teritoriale, precum și execuția bugetului de venituri și cheltuieli al entității verificate sunt în concordanță cu scopul, obiectivele și atribuțiile prevăzute în actele normative prin care a fost înființată entitatea verificată și respectă principiile legalității, regularității, economicității, eficienței și eficacității.

Auditul evaluează efectul pe care îl pot avea denaturările identificate asupra opiniei de audit, precum și efectul denaturărilor rămase necorectate, asupra situațiilor financiare.

Opinia de audit este o declarație scurtă, clară și explicită referitoare la concluziile generale privind situațiile financiare și furnizează o asigurare rezonabilă că acestea oferă o imagine fidelă și reală a poziției și performanței financiare a entității, în conformitate cu principiile contabile acceptate.

Având în vedere pe de o parte, trendul valoric descendent al abaterilor/prejudiciilor rezultate din auditurile financiare realizate în ultimii ani precum și demersurile efectuate operativ atât la nivelul CNAS cât și la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate în sensul corectării sistematice a erorilor și recuperării în mare parte a prejudiciilor, iar pe de altă parte faptul că, valoarea prejudiciilor constatate se situează sub limita inferioară a pragului de materialitate, opinia generală a auditului pentru bugetul FNUASS este **opinia cu rezerve cu paragraf de evidențiere a unui aspect.**

Pentru remedierea deficiențelor identificate, potrivit *Regulamentului privind organizarea și desfășurarea activităților specifice Curții de Conturi, precum și valorificarea actelor rezultate din aceste activități*, au fost emise 20 decizii prin care s-au dispus un număr de 136 măsuri atât la ordonatorul principal de credite (CNAS), cât și la casele județene de asigurări de sănătate.

**ȘEF DEPARTAMENT
CONSILIER DE CONTURI**

Conf.univ.dr. IOAN HURJUI

LISTĂ GRAFICE

Graficul nr.1: Reprezentarea grafică a evoluției asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie, comparativ cu evoluția populației României, în perioada 2013-2015

Graficul nr.2: Evoluția numărului de asigurați înscriși pe listele medicilor de familie, în funcție de categoria acestora, în perioada 2013-2015

Graficul nr.3: Evoluția bolnavilor cronici înregistrați pe listele medicilor de familie

Graficul nr.4: Ponderea plăților din bugetul FNUASS în PIB și în bugetul general consolidat, în perioada 2013-2015

Graficul nr.5: Evoluția numărului de medici și a numărului de contracte încheiate de CAS, în perioada 2011-2015, cu furnizorii de servicii medicale

Graficul nr.6: Ponderea plăților aferente fiecărui domeniu de asistență medicală, în totalul plăților pentru serviciile medicale, medicamente și dispozitive medicale în anul 2015

Graficul nr.7: Ponderea plăților aferente asistenței sociale în anul 2015

Graficul nr.8: Evoluția veniturilor, a cheltuielilor precum și a sumelor, primite cu titlul de subvenții/transferuri, de la bugetul de stat precum și din venituri proprii ale Ministerului Sănătății, în perioada 2013-2015

Graficul nr.9: Evoluția subvențiilor primite în perioada 2013-2015

Graficul nr.10: Valoarea contractată de spitale cu CASJ

Graficul nr.11: Evoluția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul *Sănătate*, în perioada 2013-2015

Graficul nr.12: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul *Asistență socială*, în perioada 2013-2015

Graficul nr.13: Evoluția creditelor bugetare și a plăților pentru principalele PNS

Graficul nr.14: Evoluția creditelor bugetare și a plăților PNS comparativ cu totalul plăților efectuate din FNUASS

LISTĂ TABELE

Tabelul nr.1: Situația plăților pentru susținerea sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și ponderea cheltuielilor în produsul intern brut (PIB) și bugetul general consolidat.

Tabelul nr.2: Situația execuției plăților efectuate din bugetul FNUASS;

Tabelul nr.3: Ponderea plăților în Sănătate pe domenii de asistență medicală

Tabelul nr.4: Evoluția execuției bugetului FNUASS în perioada 2013 – 2015, precum și evoluția indicatorilor economico -financiari ai CNAS

Tabelul nr.5: Gradul de realizare a veniturilor în perioada 2013 - 2015

Tabelul nr.6: Evoluția subvențiilor pentru echilibrarea FNUASS în perioada 2013-2015

Tabelul nr.7: Situația indicatorului „*Venituri totale*” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2015

Tabelul nr.8: Contul de execuție cheltuieli pe domenii de asistență medicală în perioada 2013-2015

Tabelul nr.9: Valoarea contractată de spitale cu CASJ în anul 2015

Tabelul nr.10: Situația indicatorului „*Cheltuieli totale*” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2015

Tabelul nr.11: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS pentru capitolul „Sănătate”

Tabelul nr.12: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS pentru capitolul „Asistență socială”

Tabelul nr.13: Situația finanțării PNS în perioada 2013 – 2015

Tabelul nr.14: Evoluția deficitului bugetului FNUASS

LISTA FIGURI

Figura nr.1: Structura de vârstă a populației din România și la nivel mondial – mii persoane