



***Parlamentul României
Camera Deputaților***

Comisia pentru Sănătate și Familie

Nr. 28/ 250 / 24 iunie 2004

PROCES VERBAL

al ședințelor comisiei din zilele de 21,22 și 23.06.2004

La lucrările comisiei sunt prezenți 15 deputați, fiind absent motivat 1 deputat.

La lucrările comisiei participă ca invitați doamna Edit Szarka, consilier de conturi, Curtea de Conturi a României , domnul Gheorghe Gherghina , secretar de stat , Ministerul Finanțelor Publice , domnul dr.Iulian Popescu, secretar de stat, Ministerul Sănătății , domnul Nicolae Plăiașu, secretar de stat, președintele Agenției Naționale de Administrare Fiscală, domnul Vasile Ciurchea , director general Casa Națională de Asigurări de Sănătate , domnul dr.Dorin Oprescu, președintele Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești , doamna dr.Cristina Costache, președinte – director general, Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor, doamna Cristina Bărbuță, director general, Direcția generală a bugetului, Ministerul Sănătății , domnul prof.dr.Dan Tulbure, director general, Institutul Clinic Fundeni, doamna prof.dr.Monica Pop, director, Spitalul de urgențe oftamologice,, domnul prof.dr.Bogdan Marinescu, director, Spitalul de obstetrică-ginecologie “Panait Sârbu”, domnul prof.dr.Dimitrie Dragomir, director, Spitalul de copii “Dr.Victor Gomoiu”.

Lucrările comisiei sunt conduse de *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim*, președintele comisiei care supune la vot ordinea de zi.

Comisia a adoptat, în unanimitate, următoarea ordine de zi:

1. Audieri privind analiza legalității finanțării sistemului de sănătate în România, în urma controlului efectuat de Curtea de Conturi a României, la Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății .

2. Diverse.

După cum arată *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* sistemul sanitar din România se găsește într-o situație de criză profundă care se accentuează zi de zi.

În aceste condiții, raportul Curții de Conturi privind modul de fundamentare și realizare a veniturilor și cheltuielilor în bugetul de venituri și cheltuieli întocmit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în anul 2003, fundamentarea indicatorilor pe anul 2004, precum și legalitatea, eficiența, eficacitatea și economicitatea unor cheltuieli de personal, materiale și servicii și de capital realizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de spitalele publice, este considerat un document de lucru de mare valoare și utilitate practică.

Pentru a pune în evidență cauzele care au generat actuala criză a sistemului sanitar și soluțiile de redresare, care fac și obiectul raportului Curții de Conturi, comisia a hotărât să audieze factorii de răspundere din Ministerului Sănătății , Ministerul Finanțelor Publice , Casa Națională de Asigurări de Sănătate , Agenția Națională de Administrare Fiscală, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești , Casa de Asigurări de Sănătate a Transporturilor și distinse cadre didactice universitare care conduc spitalele bucureștene.

După cum precizează domnia sa , de curând , comisia a aprobat Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 32/2004 privind repartizarea sumelor reținute în proporție de 10 %, potrivit legii, în bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2004. Din suma de 3.000 miliarde lei ,

astfel deblocată, au fost achitate o parte din datoriile existente la medicamente, materiale sanitare și servicii medicale prestate, dar golul rămas este imens.

Această ordonanță încalcă prevederile art.21 alin.(4) din Legea finanțelor publice nr.500/2002.

Eliberarea a 10 % din prevederile aprobate se face numai în semestrul al doilea și numai după ce se analizează contul de execuție pe primul semestru.

Contul de execuție nu poate fi examinat întrucât Agenția Națională de Administrare Fiscală, care a preluat colectarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate la 1.01.2004, nu a raportat Casei Naționale de Asigurări de Sănătate valoarea totală a sumelor colectate.

De asemenea, la sfârșitul anului 2003, exista un excedent de 7.000 miliarde lei care se putea disponibiliza.

Situația este deosebit de gravă și, pentru a se acoperi golurile de finanțare, se apelează la încălcarea legii, concluzionează domnia sa.

În continuare, domnia sa roagă pe reprezentanta Curții de Conturi, doamna consilier Edit Szarka să prezinte acest raport.

Doamna consilier Edit Szarka arată că , în Legea nr.145/1997 , fondul de asigurări sociale de sănătate a fost prevăzut ca fond special și nu putea fi utilizat decât cu destinația pentru care a fost colectat, respectiv asigurarea stării de sănătate a populației. Excedentul rezultat la sfârșitul anului era prevăzut să fie reportat în anul următor, cu aceeași destinație. Acest principiu a fost preluat și în Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 dar, realitatea dovedește că nu se dorește recunoașterea acestui fond special.

Atât în anii 2002, 2003 cât și în 2004 s-a stabilit, de comun acord cu Comisia pentru sănătate și familie ca, în bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate să fie introduse disponibilul și arieratele existente. Ministerul Finanțelor Publice a atras atenția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate că bugetul trebuie să cuprindă numai veniturile și cheltuielile anuale, că disponibilitățile din anul precedent nu se pot cuprinde pentru a nu se încălca

principiul anualității bugetului . Această opinie este profund eronată deoarece Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate este un fond special.

În continuare, *doamna consilier Edit Szarka* face o prezentare a raportului Curții de Conturi.

Referitor la modul de fundamentare și realizare a veniturilor și cheltuielilor înscrise în bugetul de venituri și cheltuieli întocmit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în anul 2003, fundamentarea indicatorilor în bugetul de venituri și cheltuieli al anului 2004, precum și legalitatea, eficiența, eficacitatea și economicitatea unor cheltuieli de personal, materiale și servicii și de capital realizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de spitalele publice din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate alocat acestora de casele de asigurări de sănătate teritoriale prin contracte anuale.

Bugetul de venituri și cheltuieli pentru anul 2003 de către Ministerul Finanțelor Publice prezenta un deficit de 6.811,7 miliarde lei. În bugetul aprobat, la indicatorul „Venituri totale” nu a fost înscris soldul disponibilităților din anii precedenți (în sumă totală de 15.267,6 miliarde lei), deși propunerile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate către Ministerul Finanțelor Publice cuprindeau suma de 4.717, 9 miliarde lei. La indicatorul „Cheltuieli totale” au fost înscrise arierate în sumă de 4.523 miliarde lei (față de soldul real al acestora de la 31.12.2002, în sumă de 9.195,7 miliarde lei).

În anul 2003, conform contractului ET/3223/2002, încheiat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu firma COMPAQ-HP , în valoare totală de 119,0 milioane euro, s-a efectuat plăți pentru sistemul informatic unic integrat în sumă de 728,6 miliarde lei, prevăzute la titlurile „Cheltuieli materiale și servicii” și „Cheltuieli de capital”, fără a se înscrie în fila de buget aprobată, sursa de finanțare a acestui sistem informatic / 1,5 % din veniturile colectate anuale – conform Hotărârii Guvernului nr.897/1999).

De asemenea, pentru fondul de finanțare al pentru sistemului informatic unic integrat, Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a întocmit cont de

execuție distinct din care să rezulte veniturile constituite (care în anul 2003 s-ar fi ridicat la suma de 826,9 miliarde lei) și cheltuielile efectuate în sumă de 728,6 miliarde lei.

Ca urmare, deficitul raportat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin contul de execuție încheiat la 31.12.2003, nu exprimă realitatea , acesta nefiind influențat de disponibilitățile bănești existente în sold la 31.12.2002, în sumă de 15.267,6 miliarde lei, neînscrise în indicatorul „Venituri totale”, deși deficitul a fost acoperit din aceste disponibilități și fondul pentru finanțarea sistemului informatic în sumă de 826,9 miliarde lei, pe care Casa Națională de Asigurări de Sănătate avea obligația să-l constituie și să-l înscrie în bugetul de venituri și cheltuieli și în contul de execuție raportat la 31.12.2003.

Trebuie precizat faptul că arieratele unităților sanitare neachitate la 31.12.2003 de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate în sumă de 6.086,9 miliarde lei (3.644,5 miliarde lei - arierate create în cursul anului 2002 și 2.442,4 miliarde lei – arierate create în cursul anului 2003) , puteau fi lichidate din disponibilitățile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de la 31.12.2003, în sumă de 7.071,7 miliarde lei.

Prevederile din bugetul de venituri și cheltuieli al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2004 au fost aprobate prin Legea bugetului de stat nr.507/2003, la fundamentarea indicatorilor ținându-se cont de prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 150/2002 privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate și precizările metodologice ale Ministerului Finanțelor Publice nr.121217/2003 privind întocmirea bugetului pe anul 2004.

Propunerile de buget ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prezentate de Ministerul Finanțelor Publice în vederea aprobării, cuprindeau la indicatorul „Venituri totale” suma de 79.841,3 miliarde lei, iar la indicatorul „Cheltuieli totale” suma de 84.927,9 miliarde lei, cu un deficit de 5.721,8 miliarde lei.

La fundamentarea indicatorului „Venituri totale” din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe anul 2004 nu s-au luat în considerare disponibilitățile bănești existente la 31.12.2003, în sumă de 7.071 miliarde lei, din care fond de rezervă 3.009 miliarde lei. Neconsiderarea acestor disponibilități ca sursă de finanțare a cheltuielilor a avut drept consecință propunerea de acoperire a deficitului de la bugetul de stat, invocându-se dispozițiile art.50 alin.(3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr.150/2002. Ori, situația financiară reală a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nu impunea solicitarea de subvenții de la bugetul de stat.

Din verificări a rezultat faptul că la unele unități sanitare nu s-a respectat numărul de linii de gardă, așa cum au fost stabilite conform criteriilor de calcul prevăzut în Regulamentul Ministerului Sănătății nr.67/1982 privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile sanitare.

Din verificări s-a mai constatat și că, în perioada 2001 – 2003, unitățile sanitare din mai multe județe și municipiul București, au încheiat, cu firma SC INFO WORLD SRL București contracte de închiriere privind pachetul informatic Hospital Manager , Pharmacy Manager și Budget manager. Chiria lunară a fost stabilită pe număr de posturi de lucru. Ulterior s-au încheiat acte adiționale la acest contract de închiriere, majorându-se numărul de posturi de lucru și, corespunzător, chiria lunară.

De asemenea, au fost încheiate separat contracte de service pentru pachetul informatic închiriat, majorându-se astfel chiria lunară cu contravaloarea service-ului lunar. Și la acest contract de service au fost încheiate acte adiționale pentru service-ul ce urma a fi asigurat la posturile suplimentare pentru care se închiriasă programul informatic.

Ținând cont de faptul că spitalele publice sunt finanțate în principal din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (așa cum este menționat și în art.37 din Legea spitalelor nr.270/2003) pentru a stabili dacă cele două abateri se regăsesc și la alte unități sanitare față de cele la care deja s-au constatat, s-a

solicitat compartimentelor de audit din cadrul caselor de asigurări de sănătate teritoriale auditarea acestor activități desfășurate în anul 2003 de către spitale, din punct de vedere al legalității, eficienței, eficacității și economicității.

Cu privire la liniile de gardă, acest obiectiv de control s-a stabilit având în vedere faptul că în perioada 2002 – 2003 , au avut loc modificări majore în ceea ce privește structura, competența și specialitatea spitalelor publice, cu implicații asupra numărului de paturi.

În urma verificărilor s-a stabilit că liniile de gardă realizate peste limita stabilită de Regulamentul Ministerului Sănătății nr.67/1982 au fost în număr de 177, iar cheltuielile totale efectuate în anul 2003, pentru liniile de gardă suplimentare stabilite de echipele de audit ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale au fost în sumă de 65.564,3 milioane lei.

Concluzia finală a echipelor de audit a caselor de asigurări de sănătate teritoriale a fost că , plata medicilor pentru liniile de gardă suplimentare nu constituie prejudiciu, urmând ca sumele stabilite în plus să fie definitivate la încheierea acțiunii de control la nivel național, în funcție de deciziile ce vor fi luate de organele abilitate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății .

Este necesar ca aceste aspecte să fie analizate de către toți factorii competenți din domeniu oportunitatea menținerii acestora și pe viitor. Pentru cele care nu se justifică, trebuiesc recuperate sumele achitate fără bază legală, conform prevederilor legale în vigoare, în vederea reîntregirii Fondului național unic pentru asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește proiectul informatic Hospital Manager s-a constatat că, pentru informatizarea evidențelor aferente serviciilor medicale prestate asiguraților concomitent cu cele de gestiune și contabilitate, unele spitale publice au apelat la serviciile societății Info World SRL București.

Serviciile privind închirierea și service-ul informatic HM au fost achiziționate prin cerere de ofertă, fără a se ține cont de natura, durata și valoarea echipamentelor și sistemelor informatice.

Pentru acest caz, conform prevederilor art.13 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 60/2001 privind achizițiile publice, procedura de atribuire a contractului de achiziție publică era licitația deschisă.

Din analiza conținutului caietelor de sarcini aferente achiziției de programe informatice s-a constatat că acestea au fost sumar întocmite.

Prin Hotărârea Guvernului nr.897/1999 s-a aprobat „realizarea unui sistem informațional unic integrat al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate „, cheltuielile pentru această acțiune urmând a fi suportate dintr-un fond constituit „în cotă de 1,5 % din veniturile colectate anual la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate .”

La data de 3.07.2002 s-a încheiat între Casa Națională de Asigurări de Sănătate și firma COMPAQ , un „Contract pentru realizarea unui parteneriat pentru proiectarea, construirea și operarea unui sistem informatic integrat al asigurărilor de sănătate din România”. Contractul este valabil pe o perioadă de 15 ani de la data intrării sale în vigoare.

În decursul perioadei de operare a sistemului, la sfârșitul anului patru de operare și al anului nouă de operare, vor avea loc două actualizări tehnologice ale sistemului. Prețul contractului a fost acceptat la un nivel de 119.540.000 euro, exclusiv TVA.

Privitor la legalitatea, necesitatea și oportunitatea cheltuielilor efectuate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate către entitățile sanitare, pentru asigurarea asistenței medicale ambulatorii de specialitate, decontarea serviciilor medicale se face în baza contractelor încheiate între casele de asigurări și furnizorii de servicii medicale, în funcție de indicatorii specifici fiecărui tip de serviciu medical, pe bază de factură însoțită de situații privind justificarea prestațiilor medicale efectuate și solicitate la plată, modelul acestora

fiind stabilit prin decizie a președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate .

Astfel, la unele case de asigurări de sănătate teritoriale echipele de control ale structurilor teritoriale ale Curții de Conturi au constatat că nu se respectă prevederile legale, respectiv exemplarul convenit casei de asigurări este arhivat la furnizorii de servicii medicale. Ca urmare, verificarea biletelor de trimitere, care ar trebui depuse lunar împreună cu raportările pentru decontare, nu este posibilă decât dacă se face controlul la furnizorii de servicii.

Această neregulă poate avea consecințe în ceea ce privește plata necuvenită a unor servicii medicale care nu au fost recomandate pe biletele de trimitere de medicii de familie sau medicii specialiști sau, plata unor servicii pentru care nu au existat bilete de trimitere.

Față de această abatere susținem necesitatea intensificării de către structurile interne de control ale caselor de asigurări de sănătate teritoriale, a controalelor pe linia realității și sincerității datelor raportate și decontate. De un real folos în această acțiune poate fi utilizarea unor programe informatice performante, care să permită identificarea cu ușurință a unor disfuncționalități în sistemul de raportare și intervenția rapidă și eficientă acolo unde se identifică erori.

Negocierea tarifelor pentru acestea este lăsată la latitudinea părților contractante a contractului, ca urmare a modului de formulare a Normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice și stomatologice.

Având în vedere aceste aspecte , relevate în urma discuțiilor, Comisia pentru sănătate și familie a stabilit că se impun a fi luate de urgență următoarele măsuri:

- Bugetul de venituri și cheltuieli a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru următorii ani trebuie construit în mod real, iar soldul disponibilităților din anii precedenți să fie înscris la capitolul „Venituri totale”. La indicatorul „Cheltuieli totale” să fie înscris soldul real al arieratelor create în anii anteriori.

- Este necesar ca Ministerul Finanțelor Publice să ia măsurile convenite privind accesul permanent al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la disponibilitățile proprii existente în Trezoreria statului, precum și la dobânda acestora.

- Ministerul Finanțelor Publice prin Agenția Națională pentru Administrare Fiscală, care are calitatea de creditor bugetar, are datoria de a informa, permanent, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asupra sumei colectate de la asigurați. Totodată este necesar să existe o politică de recuperare a creanțelor, ca și posibilitatea de cunoaștere a procentului de creanțe recuperat.

Față de cele prezentate se impune o formulare clară a condițiilor privind decontarea serviciilor medicale în baza contractelor încheiate între casele de asigurări și furnizorii de servicii medicale, precum și stabilirea unor tarife unice care să asigure economicitatea, eficiența și eficacitatea utilizării sumelor alocate Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate , condiții corelate cu calitatea serviciilor oferite pe baza criteriilor elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate , Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România și Ordinul Asistenților Medicali și Moașelor din România.

În continuare, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* precizează că , materialul prezentat, a fost studiat cu atenție de către toți membrii comisiei.

Situația este dramatică, subliniază domnia sa, fondurile de salarii pentru personalul sanitar nu ajung decât până la sfârșitul lunii septembrie.

Domnia sa propune ca modalitate de desfășurare a audierilor ca, mai întâi, să ia cuvântul reprezentanții caselor de asigurări de sănătate după care, directorii

de spitale vor arăta problemele cu care se confruntă. În final, reprezentanții Ministerului Finanțelor Publice vor răspunde la toate întrebările ridicate: cât s-a colectat până în prezent la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate , cum va fi finanțat sistemul în continuare și care este perspectiva sistemului informatic unic.

După cum arată *dl. Vasile Ciurchea*, la capitolul venituri se înscriu numai drepturile care se încasează în anul curent. Bugetul se construiește anual. Disponibilul anului precedent se păstrează în cont la dispoziția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și se poate utiliza numai cu aprobarea Ministerului Finanțelor Publice .

Doamna Edit Szarka intervine și arată că se face o confuzie între fondul de rezervă și disponibilul la sfârșitul anului.

Dl. dep. prof. dr. Mircea Ifrim, președintele comisiei dorește să cunoască de ce disponibilul de 15.000 miliarde lei, la sfârșitul anului 2002 și de 7.000 miliarde lei, în 2003, nu au fost utilizați.

Dl. Vasile Ciurchea răspunde că nu se poate ieși din fila bugetară care este aprobată de Parlament. Propunerile de buget sunt aprobate, prin lege, de către Ministerul Finanțelor Publice .

Dl. Gheorghe Gherghina solicită cuvântul și precizează că legislația financiară și fiscală a fost armonizată cu prevederile din Uniunea Europeană, Anexa nr.95, prin care se interzice să se cumuleze soldul anului precedent la veniturile anului curent. Legea finanțelor publice nr.500/2002 prevede la art.76 că bugetul asigurărilor sociale de sănătate este un fond special și că principiul anualității interzice cumularea excedentului cu veniturile anului următor. Același lucru se prevede și în capitolul 29 care a fost închis în vederea aderării României la Uniunea Europeană. Aceste dispoziții reprezintă constrângeri de ordin extern, precizează domnia sa .

Doamna Edit Szarka intervine și subliniază că Uniunea Europeană a solicitat să se modifice Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 astfel

încât Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate să devină fond special. De asemenea, Legea finanțelor publice nu interzice ca excedentul să se raporteze în anul următor.

Dl.Gheorghe Gherghina arată că excedentul este folosit la finanțarea deficitului dar nu poate trece la venituri. Acesta este regimul financiar al Uniunii Europene .

În anul 2003, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a fost obligată să efectueze plățile în limitele aprobate de Parlament. În luna ianuarie se putea utiliza și din disponibilul din anul 2002. În anul 2003 , din aceste considerente, s-au majorat cheltuielile cu peste 7.000 miliarde lei peste nivelul veniturilor.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și reamintește că , an de an, Comisia pentru sănătate și familie a prezentat amendamente pertinente la buget prin care se susțineau propunerile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în care se solicita suplimentarea veniturilor și cheltuielilor. Comisia a fost realistă și a arătat că excedentul a luat, sistematic, altă destinație , fapt consemnat și în raportul Băncii Mondiale, Capitolul V . Păstrarea destinației acestor sume este consfințită prin Constituție.

Cu bugetul actual, conchide domnia sa , sistemul sanitar se află sub limita supraviețuirii.

Dl.Gheorghe Gherghina solicită cuvântul și precizează că decizia aparține Comisiilor pentru buget, finanțe și bănci. În conformitate cu regulamentul financiar și Legea finanțelor publice, Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate face parte din bugetul consolidat. Astfel, dacă în bugetul consolidat, cheltuielile pentru sănătate se majorează , acest lucru implică reducerea bugetului pentru alte sectoare.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază că sănătatea reprezintă o prioritate națională. Cu toate acestea banii iau alte destinații.

Doamna Edit Szarka intervine și arată că Ministerul Finanțelor Publice este gestionarul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate . În construcția bugetului s-a văzut că sistemul este productiv și colectează foarte mulți bani. Anul trecut, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a înaintat Ministerului Finanțelor Publice propunerile de buget și veniturile au fost reduse la nivelul cheltuielilor.

Dl.Gheorghe Gherghina solicită cuvântul și arată că, anul trecut , Casa Națională de Asigurări de Sănătate a colectat doar 98 % față de programul inițial prognozat.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază că dacă sumele colectate , începând cu anul 2000, s-ar fi întors , în totalitate, în sistem, acum nu ne mai aflăm în criza gravă din sistemul sanitar. Domnia sa îl roagă pe domnul Nicolae Plăiașu să prezinte situația reală a colectării contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate.

După cum arată *domnul Nicolae Plăiașu*, Agenția Națională de Administrare Fiscală a preluat colectarea contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate de la data de 1 ianuarie 2004. Până la 31 mai 2004 au fost colectate 27.000 miliarde lei cu o creștere de 26 % față de anul precedent. Analizele arată că prevederile bugetului vor fi realizate. Prin ordinul ministrului finanțelor publice nr.560/2004, unitățile teritoriale ale Ministerului Finanțelor Publice transmit, lunar, caselor de asigurări de sănătate informațiile privind sumele colectate în cont.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei solicită lămuriri cu privire la suma colectată și de ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu dispune de o evidență operativă a existentului colectat.

Domnul Nicolae Plăiașu menționează că, până la sfârșitul anului 2004, cifra prognozată a fi colectată este de 64.771,3 miliarde lei. În acest lanț de colectare responsabilitățile Agenției Naționale de Administrare Fiscală se opresc la nivelul Trezoreriei.

Toate elementele de contabilitate se află la Ministerul Finanțelor Publice .

Dl.Gheorghe Gherghina solicită cuvântul și menționează că, în conformitate cu prevederile art.50 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 150/2002 colectarea se face în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la Trezorerie. La sfârșitul lunii , evidența sumelor colectate se află pe extrasul de cont. Rolul Agenției Naționale de Administrare Fiscală este de a ține, la zi, evidența plății contribuțiilor și a restanțelor, aplicând penalități pentru neplata restanțelor.

În continuare, ia cuvântul *dl.dep.Ioan Mihai Năstase* care apreciază raportul Curții de Conturi ca fiind un document de lucru util, clar, precis și complet. Indubitabil au existat multe nereguli, afirmă domnia sa, dar este cert că nu au existat constrângeri de ordin extern ci de ordin intern cum ar fi lipsa de profesionalism, incompetența sau abuzul. Deși valoarea contractului încheiat cu firma COMPAQ este excesiv de mare, casele de asigurări de sănătate și-au permis achiziționarea, peste contract, a unor pachete de programe informatice. Există multe clauze neperformante în aceste contracte. În acest mod cheltuielile pentru sănătate au fost încărcate cu contracte suplimentare. Repartizarea aparaturii medicale s-a făcut într-un mod nerațional, deoarece nu există un control al acestor achiziții. Contractele de servicii medicale au fost nerealiste și neeconomice. În concluzie, Ministerul Finanțelor Publice este coresponsabil de situația existentă. Serviciile economico-financiare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale direcțiilor de sănătate publică sunt neperformante. Aceste organisme, împreună cu Ministerul Sănătății , sunt direct răspunzătoare de criza din sănătate. Soluția este ca, Curtea de Conturi să dispună măsurile ce se impun.

Dl.dep.farm.Ion Burnei se identifică cu punctul de vedere exprimat de Curtea de Conturi. Agenția Națională de Administrare Fiscală se dovedește a nu fi un organism util sistemului. Până la apariția Agenției Naționale de Administrare Fiscală sistemul de colectare a funcționat bine, dar excedentul a

fost folosit prea puțin și mai mult pentru plata datoriilor. Programul de informatizare s-a dovedit a fi o nereușită. Domnia sa dorește să afle de la reprezentantul Ministerului Finanțelor Publice care ar fi soluția de ieșire din blocajul financiar.

Doamna dep. Constanța Popa apreciază prezenta audiere ca fiind o reușită. În situația în care sumele colectate nu se cheltuiesc în totalitate, în sistemul sanitar, domnia sa propune ca aceste sume să fie cheltuite în mod eficient. Deși s-au cheltuit peste 500 milioane de USD pentru achiziționarea de aparatură medicală, aceasta s-a risipit, iar pacienții au fost frustrați de investigațiile necesare.

Dl. dep. dr. Ludovic Abiței arată că toată legislația financiară este foarte stufoasă și lipsită de coerență, producând grave confuzii. Banii colectați pentru sănătate trebuie folosiți numai în domeniul sănătății. Aparatura medicală trebuie pusă de urgență în funcțiune. Lipsa unui sistem informatic standardizat a dus la stabilirea, în eroare, a DRG-urilor și, implicit, la falimentarea spitalelor publice. Legislația trebuie respectată iar Curtea de Conturi trebuie să ia măsurile necesare, conchide domnia sa .

Doamna Edit Szarka intervine și subliniază rolul Curții de Conturi, ca organ suprem de control și care se află în subordinea Parlamentului României. Atunci când se constată că un buget nu este corect construit, Curtea de Conturi se sesizează și ia o decizie care trebuie să fie îndeplinită de instituția în cauză. Dacă această decizie nu se respectă, atunci Curtea de Conturi aplică amenzi și sesizează organele de justiție.

Referindu-se la situația prezentată în raport, *doamna dep. Iulia Pataki* dorește să cunoască ce măsuri va lua Curtea de Conturi privind nerespectarea destinației fondurilor colectate și încălcarea cu bună știință a prevederilor constituționale.

În continuare, solicită cuvântul *dl. prof. dr. Dimitrie Dragomir*.

Domnia sa este surprins de faptul că, deși sistemul sanitar este în colaps, există sume nedisponibilizate de ordinul a 15.000 sau 7.000 miliarde de lei. În calitate de pediatru și director al Spitalului clinic de copii „Dr.V.Gomoiu”, domnia sa menționează că, acest spital care deservește sectoarele 2 și 3, asistă 800.000 locuitori. La Spitalul „Dr.V.Gomoiu” se internează, lunar, aproximativ 750 de copii. Deoarece indicele keymix este stabilit la 0,56 , pentru acoperirea sumei stabilite de 6,5 milioane lei servicii medicale sunt necesare 2 cazuri internate pe durata de 6 zile, lucru care este practic imposibil. În această situație, valoarea internărilor se situează sub valoarea salarizării personalului din unitate. În țară, spitalele din provincie beneficiază de tarife mai mari pe caz ponderat. Acest lucru a generat o situație discriminatorie cu atât mai mult cu cât aceste spitale din provincie trimit majoritatea cazurilor, pentru rezolvare, în București la Spitalul „Dr.V.Gomoiu”.

Indicele de complexitate ar trebui stabilit cu consultarea comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății . Au existat situații când nu s-au putut plăti salariile, așa cum a fost în cazul ambulatoriului de specialitate al spitalului. Rețeaua de asistență primară în pediatrie se asigură doar între orele 8,00 – 20,00 în zilele lucrătoare, după această oră și în zilele nelucrătoare, toate cazurile și tratamentele se preiau de către camera de gardă a spitalului.

Dl.prof.dr.Dan Tulbure solicită, în continuare, cuvântul și informează că, la Institutul Clinic Fundeni , nu au existat probleme cu plata la timp a salariilor. Deoarece beneficiază de o competență mai mare, circa 70 % dintre pacienții Institutului Clinic Fundeni sunt pacienți de la alte spitale din țară. În ultimii 3 ani, Institutul Clinic Fundeni a beneficiat de un buget construit în mod real. Din nefericire, arieratele se propagă de la un an la altul, existând pericolul ca, în septembrie, să nu mai existe bani pentru plata salariilor.

Referitor la DRG-uri , acestea sunt evaluate foarte strict dar noi nu beneficiem de costurile reale ale prestațiilor medicale. De exemplu, la secțiile ATI, unde se primesc majoritatea cazurilor grave, pe caz ponderat se plătesc 11

milioane, în mod real, acestea costând de 10 ori mai mult. Protocoalele care se aplică sunt standarde ale Uniunii Europene și sunt mult mai costisitoare. Factorul de corecție la transplant hepatic este de 16, respectiv 5.000 euro, iar în Uniunea Europeană costă aproximativ 60.000 euro. Aceasta este una din cauzele pentru care se cumulează mari datorii.

În numeroase spitale, există condițiile necesare pentru ATI dar nu există bani pentru materialele consumabile, iar aparatura medicală nu este utilizată din motive de economie, prioritară fiind plata salariilor.

În continuare, solicită cuvântul *doamna prof.dr.Monica Pop* care menționează că politica financiară a adus mari deservicii sănătății. Directorii de spitale nu sunt cu nimic vinovați de situația existentă. Atunci când se fac achiziții pe bază de licitație nu sunt consultați toți specialiștii. În ceea ce privește liniile de gardă, Curtea de Conturi nu ar trebui să se implice. Deoarece organizarea sanitară în teritoriu lasă de dorit, în spitalele județene nu există linii de gardă de specialitate.

Domnia sa dorește să afle de la dl.Gheorghe Gherghina care este motivul pentru care s-a renunțat la acordarea de tichete de masă și care este politica de recuperare a sumelor restante la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate .

Doamna dep.dr.Daniela Bartoș intervine și solicită lămuriri cu privire la termenul la care se va reuși să se aprovizioneze spitalele cu medicamente și materiale sanitare, prin licitație națională.

Referitor la licitațiile naționale și licitațiile electronice, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* subliniază că acestea reprezintă o idee nefericită și care încorsetează autonomia spitalelor.

Dl.dr.Iulian Popescu solicită cuvântul și arată că ar trebui să existe o reglementare mult mai clară prin care Casa Națională de Asigurări de Sănătate poate să-și construiască bugetul de venituri și cheltuieli. Referitor la liniile de

gardă, regulamentul datează din anul 1982 și este depășit. Ministerul Sănătății este pe cale să aprobe un nou regulament al liniilor de gardă.

În continuare, *dl. Gheorghe Gherghina* solicită cuvântul și arată că, atâta timp cât excedentul de 7.000 miliarde lei va rămâne sub plafonul de cheltuieli medii lunare, sistemul nu se află în pericol. În momentul de față, în primele 25 zile ale lunii, se cheltuiesc aproximativ 5.000 miliarde lei. Din excedentul actual, care reprezintă o sumă tampon, se achită aceste cheltuieli după care, până la sfârșitul lunii se colectează o sumă echivalentă cu excedentul actual. Anul viitor cheltuielile medii lunare pot atinge suma de 6.000 miliarde lei și tocmai de aceea bugetul trebuie construit cu un excedent care să fie utilizat ca fond de rulment.

Soluția de ieșire din criză, în opinia domniei sale, este ca Agenția Națională de Administrare Fiscală să colecteze mai bine contribuțiile la fond. Prin lege, Agenția Națională de Administrare Fiscală nu restituie TVA-ul până când agentul economic nu-și achită toate obligațiile fiscale, inclusiv plata contribuțiilor la asigurările sociale de sănătate.

Ordonanța de urgență a Guvernului nr.32/2004 a fost promovată de Guvern tocmai datorită faptului că Agenția Națională de Administrare Fiscală a colectat peste program. Derogările de la Legea finanțelor publice au creat Casei Naționale de Asigurări de Sănătate posibilitatea de a face noi angajamente financiare.

Potrivit legii, Ministerul Finanțelor Publice nu aprobă bugetele, bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate fiind aprobat de către Parlament. Ministerul Finanțelor Publice nu poate opera cu unități de măsură diferite și de aceea nu se pot face excepții de la lege.

În finalul acestor audieri, *dl. dep. prof. dr. Mircea Ifrim, președintele comisiei* concluzionează următoarele:

- doamna consilier Edit Szarka a prezentat raportul în numele domnului Dan Grosu Șaguna, președintele Curții de Conturi a României ;

- din raportul Curții de Conturi rezultă, cu claritate, că există bani pentru sănătate, respectiv nedisponibil de 15.000 miliarde lei (2002) și 7.000 miliarde lei (2003) dar acești bani au fost deturnați în alte direcții, încălcându-se prevederile Constituționale; excedentul a existat în permanență și nu a putut fi folosit, iar arieratele au crescut an de an ;

- responsabilitatea principală a situației actuale de criză din sistemul sanitar revine Ministerului Finanțelor Publice care gestionează un fond consolidat;

- cele două comisii de sănătate ale Parlamentului României, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate au făcut, an de an, amendamente la buget dar acestea au fost sistematic respinse;

- mai mult chiar, s-a apelat la ilegalități precum prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 32/2004, iar anul trecut s-au mai dat 2.000 miliarde lei din fondul de rezervă al Guvernului;

- Agenția Națională de Administrare Fiscală reprezintă încă un element care tulbură sistemul de asigurări de sănătate; Agenția Națională de Administrare Fiscală nu dispune de evidențe pentru a cunoaște, operativ, ceea ce se colectează; controlul colectării fondurilor era mai bun înaintea înființării Agenției Naționale de Administrare Fiscală;

- sistemul informatic unic integrat nu funcționează, în prezent, deși Comisia pentru sănătate și familie a susținut cu amendamente la buget propunerile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ; fără introducerea în funcțiune a sistemului informatic unic integrat nu se poate efectua un control eficient;

- s-a constatat o gospodărire defectuoasă, în special în ceea ce privește aparatura medicală;

- tichetele de masă pentru personalul sanitar se puteau elibera, până în anul 2003, pe baza unei legi care a fost promovată de către Comisia pentru sănătate și familie în anul 2002; Legea bugetului de stat pe anul 2003 a luat

acest drept; Comisia pentru sănătate și familie a depus amendamente cu acest obiect la Legea bugetului de stat pe anul 2003 și 2004, iar domnul Mihai Tănăsescu, ministrul finanțelor publice a promis că va rezolva această problemă;

- sănătatea trebuie să devină o prioritate națională;
- soluția de fond a ieșirii din criza profundă cu care se confruntă sistemul sanitar , este aceea a promovării, de urgență, a inițiativei legislative privind asigurările sociale de sănătate care se află la Senat și prin care se acordă o autonomie reală Casei Naționale de Asigurări de Sănătate , fără a mai fi subordonată financiar Ministerului Finanțelor Publice , fondurile colectate pentru sănătate întorcându-se , în totalitate , în sistemul sanitar;

- s-a solicitat Ministerului Finanțelor Publice înțelegerea necesară astfel încât, la rectificarea bugetară din acest an , să se opereze cu disponibilul aflat în contul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de 7.000 miliarde lei.

În încheierea acestei ședințe, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* a mulțumit tuturor invitaților prezenți la audieri pentru punctele de vedere exprimate, în mod special doamnei consilier Edit Szarka pentru profesionalismul și buna credință de care a dat dovadă.

PREȘEDINTE,

ACAD.PROF.UNIV.DR.MIRCEA IFRIM