

Sumar de politici privind finanțarea urgențelor de sănătate în România: răspunsul la COVID-19

CUPRINS

1	Introducere	2
2	Finanțarea răspunsului la COVID-19: scurtă prezentare generală a experienței internaționale	3
3	Cheltuieli publice cu urgențele de sănătate în România	6
	3.1. Principii de bază	6
	3.2. Constatări empirice în timpul pandemiei de COVID-19	7
4	Concluzii	12



1. Introducere

UNICEF în România sprijină mobilizarea, alocarea și utilizarea resurselor financiare publice interne pentru a asigura o reflectare mai bună a angajamentelor politice privind copiii, în procesele bugetare pe durata crizei sanitare. COVID-19 a determinat o accelerare semnificativă a discuțiilor pe marginea politicilor privind modalitățile de îmbunătățire a pregătirii sistemelor de gestionare a finanțelor publice (GFP) pentru a face față situațiilor de urgență, atât naționale, cât și mondiale. În acest context, se pune întrebarea care sunt învățămintele desprinse din diversele modalități de cheltuire a fondurilor publice și flexibilități introduse în timpul pandemiei de COVID-19 pentru finanțarea de urgență și dacă și cum ar trebui să continue și după pandemie.

Prezentul sumar de politici își propune:

- 1) să sporească nivelul cunoștințelor și gradul de conștientizare în rândul actorilor din sistemul de asistență medicală din România - în special din sectorul public - cu privire la gama de modalități de cheltuire a fondurilor publice care pot fi puse în practică pentru a face față crizelor sanitare; și
- 2) să stimuleze un dialog în materie de politici pe marginea evoluțiilor strategice în ceea ce privește procesele existente pentru cheltuielile cu sănătatea, în scopul îmbunătățirii pregătirii pentru viitoarele crize sanitare.

În ceea ce privește metodologia, acest sumar de politici are ca punct de pornire:

- O analiză documentară a literaturii de specialitate, a rapoartelor etc. privind experiența internațională în materie de finanțare a răspunsurilor la urgențele sanitare, cu un accent special pe COVID-19.
- O analiză documentară a cadrului legislativ și de politici privind cheltuielile în caz de urgență sanitară din România, inclusiv evoluțiile legate de răspunsul la COVID-19.
- O analiză secundară a datelor pertinente privind cheltuielile publice în sistemul de asistență medicală din România până în anul calendaristic 2021 inclusiv, cuprinzând și datele privind răspunsul la COVID-19.

Analiza documentară și analiza datelor privind cadrul legislativ, cadrul de politici și cheltuielile cu sănătatea din România au utilizat actele normative (<http://legislatie.just.ro/Public/Acasa>) și informațiile publice disponibile pe site-urile web ale instituțiilor competente (de exemplu, Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Ministerul Finanțelor, Secretariatul General al Guvernului (SGG)), precum și alte date și documente pertinente, disponibile în domeniul public.



2. Finanțarea răspunsului la COVID-19: o scurtă trecere în revistă a experienței internaționale

COVID-19 a luat pe nepregătite sistemele GFP din multe țări. În primul rând, existau foarte puține orientări disponibile cu privire la modul în care trebuie acționat din perspectiva GFP într-o situație de urgență sanitară de amploare comparabilă. În al doilea rând, multe sisteme GFP naționale se confruntau deja cu dificultăți în ceea ce privește alinierea estimărilor bugetare la nevoi, punerea la dispoziție a fondurilor în mod flexibil și în timp util pentru furnizorii de servicii și asigurarea unei justificări adecvate a cheltuirii fondurilor publice (în special pentru răspunsul în situații de urgență).

Îndrumările privind GFP în domeniul sănătății au fost elaborate încă din etapa de debut a pandemiei, iar primele prezentări sistematice ale răspunsurilor țărilor au urmat la scurt timp.

În martie 2020¹, OMS a propus trei direcții de politici pentru finanțarea răspunsului sanitar la COVID-19:

- 1) utilizarea normelor GFP existente, care permit realocarea/repriorizarea resurselor existente între articole bugetare sau în cadrul programelor;
- 2) revizuirea legilor finanțelor pentru a permite alocarea de cheltuieli pentru a combate COVID-19.
- 3) asigurarea că serviciile de asistență medicală de primă linie au la dispoziție resurse publice, prin intermediul unor procese de execuție bugetară eficace și oportună.

Încă din vara anului 2020, au devenit disponibile raportări sistematice și descriptive privind răspunsurile țărilor în materie de GFP în domeniul sănătății. În Africa, de exemplu, până în mai 2020, 26 de țări creaseră fonduri speciale pentru intervenții de urgență pentru COVID-19, 14 țări realocaseră sau suplimentau bugetele, iar 4 țări (Uganda, Africa de Sud, Malawi, Kenya) utilizaseră fondurile de urgență sau de rezervă existente².

O abordare care își propune să sintetizeze răspunsurile țărilor în materie de GFP în domeniul sănătății urmărește etapele principale ale ciclului de răspuns în situații de urgență: planificare, implementare și evaluare. Aceasta a fost abordarea adoptată într-o sinteză a răspunsurilor în materie de GFP în domeniul sănătății în țările OCDE, publicată în august 2021³.

Pe scurt:

- În timpul fazei de **planificare**, țările au efectuat evaluări rapide ale nevoilor pentru a estima necesarul de cheltuieli, au amânat cheltuielile cu un nivel mai mic de prioritate, au alocat fonduri suplimentare temporare pentru sectorul sănătății sau au creat ori modificat anumite programe bugetare pentru a reflecta activitățile vizând COVID-19.
- În timpul fazei de **implementare**, răspunsurile s-au axat pe creșterea capacității de mobilizare rapidă (personal, materiale de aprovizionare, spațiu fizic), suspendarea taxelor de utilizare și a coplății în relație cu COVID-19 și clarificarea rolurilor și responsabilităților actorilor guvernamentali, pentru o mai bună coordonare.
- În timpul etapei de **evaluare**, unele țări au adaptat măsurile de urmărire și raportare înainte de deblocarea fondurilor sau au adaptat cadrele de performanță bugetară la situația generată de COVID-19.

¹ <https://www.who.int/publications/m/item/how-to-budget-for-COVID-19-response>

² Nabyonga-Orem J et al (2020) Building sustainable health financing options for emergency response: Lessons from the COVID-19 response in Africa. Available online at <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2020/05/26/building-sustainable-health-financing-options-for-emergency-response-lessons-from-the-COVID-19-response-in-africa/>

³ Adaptive Health Financing: Budgetary and Health Systems Responses to Combat COVID-19. OECD Journal on Budgeting, Volume 2021 Issue 1. https://www.oecd-ilibrary.org/governance/adaptive-health-financing-budgetary-and-health-system-responses-to-combat-COVID-19_69b897fb-en

O altă abordare pentru structurarea experiențelor raportate de țări urmărește principalele etape ale ciclului bugetar: mobilizarea resurselor, execuția bugetară și revizuirea bugetului. Aceasta a fost abordarea adoptată în cadrul unei analize cuprinzătoare efectuate de OMS, care a trecut în revistă experiențele țărilor și a scos în evidență anumite învățăminte pentru pregătirea pentru pandemii în viitor. Sinteza se bazează pe un sondaj efectuat în 183 de țări și pe consultări tehnice derulate în 17 țări⁴.

Învățămintele și opțiunile de politici sunt structurate în funcție de etapele ciclului bugetar:

- În ceea ce privește **mobilizarea resurselor**, țările au utilizat o combinație de măsuri, care au presupus mobilizarea fondurilor de urgență prin mecanisme reglementate, fie prin aplicarea unor reglementări preexistente (de exemplu, subvenția provincială de ajutor în caz de dezastre (SPAD) în Africa de Sud), fie prin proceduri excepționale, au valorificat elementele de flexibilitate bugetară existente pentru a reprioritiza resursele, au adoptat bugete suplimentare prin intermediul unor norme simplificate (de ex., în Canada, procesul a fost scurtat de la o săptămână la trei ore) și au valorificat mecanismele existente de transferuri interbugetare pentru a facilita alocarea resurselor către cei din prima linie (de exemplu, în Austria și Estonia, administrațiile centrale au majorat subvențiile către fondurile de asigurări sociale de sănătate).
- În ceea ce privește **execuția bugetară**, țările au accelerat autorizarea cheltuielilor și efectuarea plăților (de exemplu, în Filipine, compania de asigurări PhilHealth a utilizat reglementările existente pentru a contracta 700 de furnizori suplimentari pentru a contribui la campania de vaccinare), au simplificat normele de achiziții publice și au permis furnizorilor de servicii mai multă flexibilitate în utilizarea resurselor. Mai mult decât atât, 40 de țări au instituit fonduri extrabugetare.
- În ceea ce privește **monitorizarea bugetului**, unele țări au utilizat bugetarea bazată pe programe sau și-au ajustat mecanismele de urmărire a cheltuielilor pentru a monitoriza și justifica cheltuielile aferente COVID-19. Unele țări au profitat de această ocazie pentru a accelera reformele sistemelor lor informatice de gestiune financiară (SIGF) în întregul sistem de sănătate, de exemplu, Rwanda.

Fondurile extrabugetare (FEB) pentru COVID-19 au beneficiat de o atenție sporită în această perioadă. OMS a identificat peste 40 de țări care au creat astfel de fonduri, majoritatea în afara bugetului și în afara canalelor GFP obișnuite (Africa de Sud), unele în afara bugetului, utilizând canalele GFP obișnuite (Italia), iar altele în cadrul bugetului (Franța, Austria, Ungaria, Ucraina). De exemplu, în Ungaria au fost înființate două FEB: Fondul de protejare a economiei, care vizează relansarea economiei și sprijinirea pieței forței de muncă, și Fondul de control al bolilor, care vizează finanțarea cheltuielilor cu sănătatea, cum ar fi achiziționarea de echipamente medicale, construirea de spitale temporare de urgență (un spital container). Resursele pentru aceste fonduri provin din mai multe surse, inclusiv transferuri de la bugetul de stat și taxe aplicate companiilor multinaționale și sectorului financiar⁵. O notă comună OMS/FMI (august 2020) a avertizat cu privire la riscurile potențiale de corupție și de practici necorespunzătoare și a pledat pentru clarificarea mandatului legal, a normelor privind cheltuirea fondurilor și supravegherea gestionării acestora⁶.

Uniunea Europeană (UE) a intervenit, de asemenea, cu sprijin financiar pentru statele membre, inclusiv pentru România, dar acest sprijin financiar a vizat în primul rând economia. Încă din data de 30 martie 2020, a fost aprobat un pachet de 37 de miliarde de euro, în cadrul Inițiativei pentru investiții în răspunsul la coronavirus⁷. Pe 14 aprilie 2020, bugetul UE a fost suplimentat cu 3,1 miliarde euro, iar în mai 2020 a fost adoptat un pachet de 540 de miliarde euro pentru protejarea locurilor de muncă și a între-

⁴ WHO Policy Brief. Public financial management for effective response to health emergencies. Key lessons from COVID-19 for balancing flexibility and transparency. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052574>

⁵ <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/government-financial-management-and-reporting-in-times-of-crisis-3f87c7d8/#boxsection-d1e31>

⁶ <https://blog-pfm.imf.org/pfmblog/2020/08/-/COVID-19-funds-in-response-to-the-pandemic-.html>

⁷ <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/timeline/>

prinderilor (SURE- instrumentul european de sprijin temporar pentru atenuarea riscurilor de șomaj într-o situație de urgență). În februarie 2021, Consiliul Uniunii Europene a adoptat regulamentul de instituire a Mecanismului de redresare și de reziliență (MRR), în valoare de 672,5 miliarde euro, pentru a ajuta statele membre să facă față impactului economic și social al pandemiei de COVID-19.

Încă este în curs procesul de documentare și colectare de dovezi privind eficiența răspunsurilor GFP, precum și măsura în care vor avea un rol primordial în viitor. Cele mai multe țări au efectuat o analiză sau o evaluare a răspunsurilor lor la COVID-19, dar este prea devreme pentru a aprecia eficacitatea acestora. Majoritatea constatărilor disponibile se referă la relevanța și eficiența acestora⁸. Implicațiile pe termen mediu ale răspunsului în ceea ce privește finanțarea asistenței medicale suscită, pe bună dreptate, un interes deosebit. Rămâne de văzut dacă guvernele vor profita de ocazie și vor valorifica măsurile pe termen scurt pentru a consolida politicile privind cheltuielile în domeniul sănătății. Și reciproca este valabilă: o decizie esențială cu care se vor confrunta guvernele în anii următori este să stabilească ce ajustări ale GFP efectuate în timpul răspunsului la COVID-19 trebuie menținute și care trebuie eliminate. Această observație a fost deja prezentată în legătură cu unele dintre fondurile extrabugetare alocate pentru combaterea COVID-19 examinate, care nu au o așa-numită „clauză de caducitate,” prin care să se stabilească când vor fi dezoperaționalizate⁹.

⁸<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/first-lessons-from-government-evaluations-of-COVID-19-responses-a-synthesis-483507d6/#tablegrp-d1e385>

⁹Kurowski C et al (2021). *From Double Shock to Double Recovery – Implications and Options for Health Financing in The Time of COVID-19*. HNP Discussion Paper, March 2021. The World Bank Group. Available online at <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/From-Double-Shock-to-Double-Recovery-Implications-and-Options-for-Health-Financing-in-The-Time-of-COVID-19.pdf>



3. Cheltuieli publice cu urgențele de sănătate în România

3.1. Principii de bază

Legea 500/2002 privind finanțele publice stabilește normele privind cheltuirea fondurilor publice în România. În forma inițială a legii, din 2002, au fost introduse la art. 30 două instrumente excepționale de cheltuire a fondurilor, și anume Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului și Fondul de intervenție la dispoziția Guvernului (a se vedea tabelul 1 de mai jos). Cu toate acestea, versiunea inițială a acestei legi nu includea nicio definiție a cheltuielilor „excepționale” sau „urgente”. Ambele fonduri sunt bugetare, se bazează pe veniturile proprii ale guvernului și pot fi accesate direct de către guvern, prin intermediul unei hotărâri de guvern. Fondul de rezervă vizează sprijinirea bugetelor autorităților locale pentru finanțarea unor cheltuieli urgente sau neprevăzute apărute în timpul exercițiului bugetar. Fondul de intervenție vizează sprijinirea bugetelor oricărei autorități publice în vederea înlăturării efectelor unor calamități naturale și sprijinirii persoanelor fizice sinistrate.

Tabelul 1. Comparatie între Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului și Fondul de intervenție la dispoziția Guvernului

Dimensiune	Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului	Fondul de intervenție la dispoziția Guvernului
Domeniu de aplicare	Cheltuieli urgente sau neprevăzute apărute în timpul exercițiului bugetar	Acțiuni urgente pentru atenuarea efectelor dezastrelor naturale și sprijinirea persoanelor afectate
Alocarea inițială 2019 (milioane RON)	99	1,0
Alocarea inițială 2021 (milioane RON)	597,7	1,0

Conceptul de „cheltuieli urgente” a fost introdus în legea finanțelor publice în octombrie 2013. Acesta este operaționalizat sub sintagma „cheltuieli urgente sau neprevăzute”, definite ca „acele cheltuieli generate de situații deosebite nou-apărute în timpul exercițiului bugetar, care necesită finanțare imediată și pentru care fondurile existente în bugetele ordonatorilor principali de credite sunt insuficiente în raport cu destinația acestora, din motive independente de voința ordonatorilor de credite” (art. 2, alin. 8.2). Revizuirea legii efectuată în octombrie 2013 a introdus, de asemenea, posibilitatea de a crea linii bugetare în timpul anului atunci când se decide utilizarea Fondului de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului.

O altă prevedere legală aplicabilă tuturor instituțiilor publice și pertinentă pentru cheltuielile urgente se referă la execuția bugetară prudentă. Aceasta presupune reținerea a 10% din bugetul anual la alocarea bugetului către entitățile de nivel inferior; cei 10% pot fi repartizați în semestrul al doilea, sub rezerva examinării de către Guvern a execuției bugetare în primul semestru. Cu toate acestea, în practică, nu este neobișnuit ca examinarea execuției bugetare să se prelungească până în cel de al doilea semestru, ceea ce împiedică repartizarea la timp a celor 10% reținuți. Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului și Fondul de intervenție la dispoziția Guvernului sunt exceptate de la această regulă, adică resursele acestora pot fi puse la dispoziție în totalitate prin hotărâre de guvern.

3.2. Constatări empirice în timpul pandemiei de COVID-19

O scurtă prezentare privind finanțarea sănătății în România înainte de pandemie ne ajută să stabilim o bază de referință, pentru a înțelege modul în care au fost mobilizate fondurile de la debutul pandemiei de COVID-19 în România.

Cheltuielile curente cu sănătatea în România sunt printre cele mai mici din UE, atât în termeni absoluți, cât și relativi, în ciuda creșterilor înregistrate de-a lungul timpului (tabelul 2). Bugetul de stat și contribuțiile individuale de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele care realizează venituri constituie principalele surse de finanțare a sectorului sănătății, direcționate prin intermediul Ministerului Sănătății (MS) și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) (**figura 1. Finanțarea sistemului de asistență medicală din România înainte de pandemie**). CNAS administrează o finanțare de 4-5 ori mai mare decât Ministerul Sănătății, însă doar aproximativ două treimi din această sumă sunt cheltuite în prezent pentru bunuri și servicii medicale care fac parte din pachetul de prestații sau din programele naționale de sănătate - cealaltă treime reprezintă plăți pentru concedii medicale și un supliment salarial pentru medicii din spitale introdus prin Legea 153/2017.

Tabelul 2. Cheltuieli curente cu sănătatea, 2019

	Milioane euro	Euro/locuitor	PPS/locuitor	% din PIB
UE⁽¹⁾	1 386 255	3 102	320751	9.9
Belgia	50 759	4 418	3 901	10.7
Bulgaria	4 364	626	1 317	7.1
Republica Cehă	17 546	1 644	2 443	7.8
Danemarca	31 137	5 355	3 915	10.0
Germania	403 444	4 855	4 659	11.7
Estonia	1 892	1 426	1 792	6.7
Irlanda	23 782	4 820	3 633	6.7
Grecia	14 376	1 341	1 657	7.8
Spania	113 674	2 412	2 573	9.1
Franța	269 541	4 008	3 770	11.1
Croația	3 785	931	1 440	7.0
Italia	155 249	2 599	2 611	8.7
Cipru	1 562	1 771	1 946	7.0
Letonia	2 001	1 046	1 457	6.6
Lituania	3 420	1 224	1 949	7.0
Luxemburg	3 411	5 502	3 870	5.4
Ungaria	9 277	949	1 551	6.4
Malta ⁽²⁾	1 110	2 290	2 754	9.0
Regatul Țărilor de Jos	82 365	4 749	4 102	10.2
Austria	41 483	4 672	4 078	10.4
Polonia	34 400	906	1 636	6.5
Portugalia	20 392	1 983	2 393	9.5
România	12 810	661	1 354	5.7
Slovenia	4 125	1 975	2 361	8.5
Slovacia	6 534	1 198	1 565	7.0
Finlanda	21 992	3 983	3 258	9.2
Suedia	51 824	5 042	3 968	10.9
Islanda	1 900	5 270	3 245	8.6
Liechtenstein	333	8 626	:	5.6
Norvegia	38 113	7 127	4 821	10.5
Elveția	73 787	8 605	5 102	11.3
Bosnia și Herțegovina	:	:	:	9.1

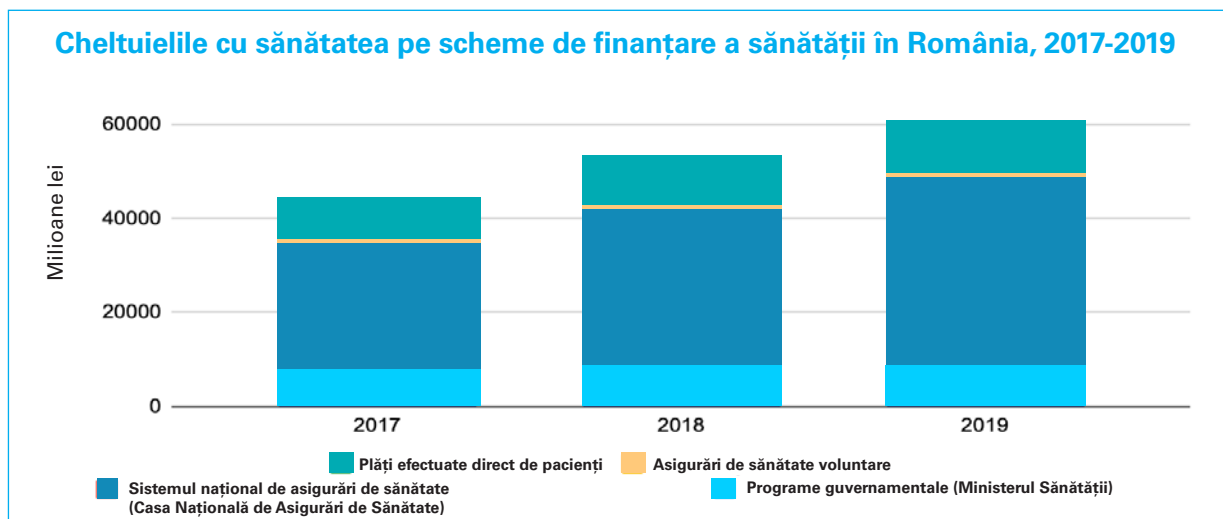
(1) UE 2019, calculate cu datele din 2018 pentru Malta
 (2) Date din 2018

Sursa: Eurostat (coduri de date online: hlth_sha11_hf, demo_gind and nama_10_gdp)

Ajustările bugetare în cursul anului sunt o practică obișnuită atât pentru MS, cât și pentru CNAS. În intervalul 2016-2019 au fost efectuate două ajustări bugetare în cursul fiecărui an, prima, de obicei, în august-septembrie¹⁰, iar a doua în luna noiembrie (**figura 2. Alocări bugetare pentru Ministerul Sănătății din România, 2016-2022**). Quantumul cumulată al ajustărilor din cursul anului a reprezentat, ca regulă, 3-4% din bugetul aprobat pentru Ministerul Sănătății în legea bugetară anuală.

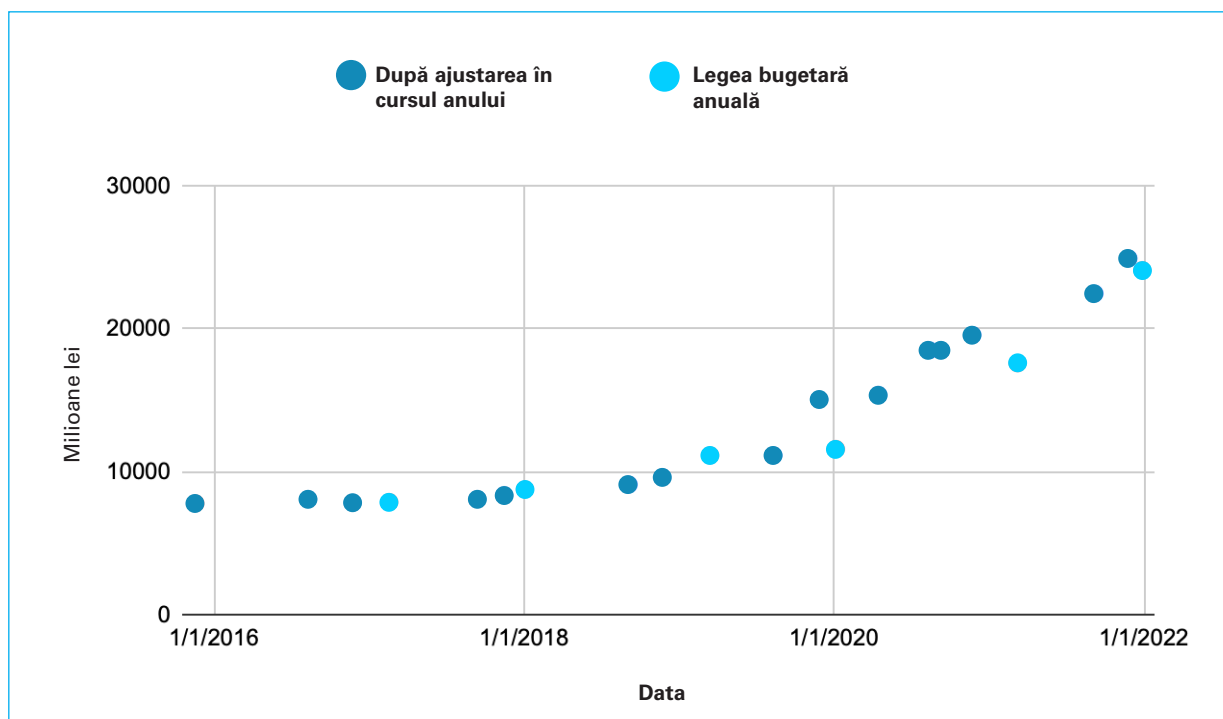
¹⁰ În România, anul bugetar începe la data de 1 ianuarie și se încheie la data de 31 decembrie.

Figura 1. Finanțarea sistemului de asistență medicală din România înainte de pandemie



Sursa: Global Health Expenditure Database

Figura 2. Alocări bugetare pentru Ministerul Sănătății din România, 2016-2022



Cu toate acestea, ajustările anuale ale bugetului Ministerului Sănătății în 2020 și 2021 au depășit tiparele anterioare atât în ceea ce privește perioada adoptării, cât și cuantumul. În primul rând, a existat o primă ajustare în cursul lunii aprilie, urmată de altele două în august și noiembrie. În al doilea rând, cuantumul ajustărilor a fost substanțial mai mare decât de obicei, mai exact, 33% din bugetul aprobat în legea bugetară anuală (aprilie 2020), 27% (august 2020) și 9% (noiembrie 2020). Anul 2021 a marcat o revenire la tiparul obișnuit de două ajustări în cursul anului, însă cuantumul acestora a rămas semnificativ mai mare decât de obicei, și anume 28% (septembrie 2021) și 14% (noiembrie 2021) din bugetul aprobat în legea bugetară anuală. În 2020 și, respectiv, 2021, au fost efectuate ajustări în anul în curs la bugetul Ministerului Sănătății în valoare de 7,9 și 7,3 miliarde lei.

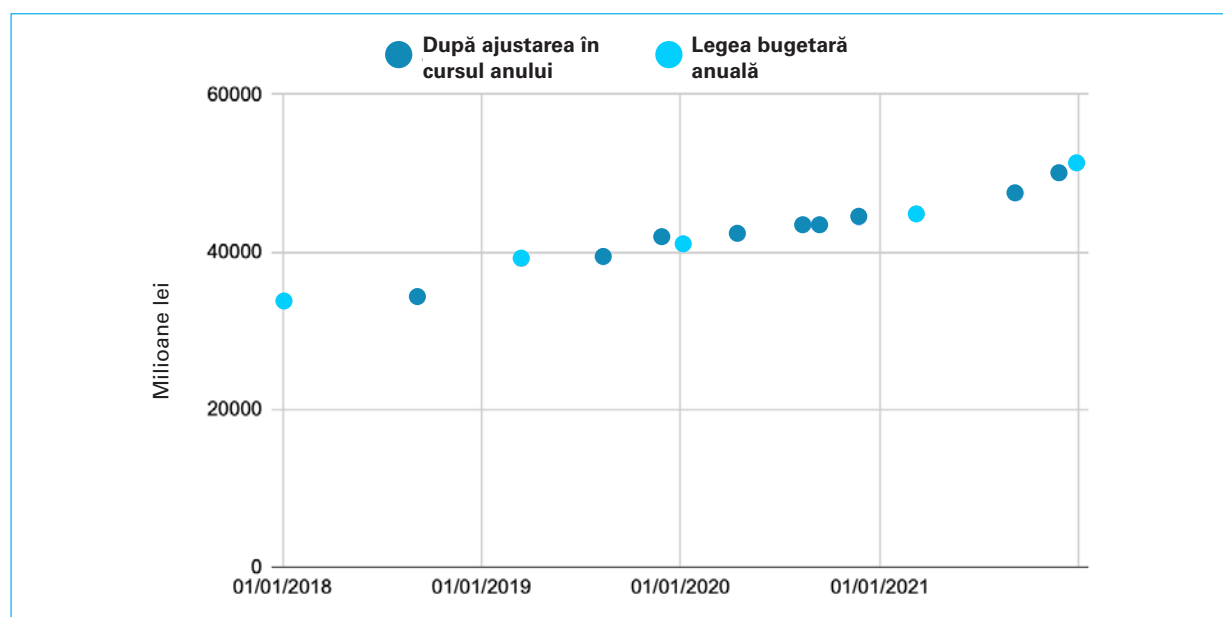
Ministerul Sănătății nu a fost singurul beneficiar de fonduri suplimentare prin ajustări în anul în curs. De fapt, de fiecare dată, și alte ministere de resort au primit suplimentări (**tabelul 3. Ajustări bugetare în cursul anilor 2020 și 2021 (milioane lei)**). Bugetul Ministerului Muncii și Protecției Sociale a primit finanțări comparabile sau chiar mai mari decât cel al Ministerului Sănătății, în special în 2020. Aceste suplimentări au fost finanțate în mare parte prin deficit.

Tabelul 3. Ajustări bugetare în cursul anului 2020 și 2021 (milioane RON)

Instituție/indicator	Numărul și data ordonanței de urgență (OU)				
	<u>OU 50</u> 15/04/2020	<u>OU 135</u> 14/08/2020	<u>OU 201</u> 23/11/2020	<u>OU 97</u> 07/09/2021	<u>OU 122</u> 26/11/2021
Ministerul Sănătății	3796,4	3114,2	1078,0	4881,3	2451,2
Casa Națională de Asigurări de Sănătate	1250,0	2415,0	906,0	2604,0	2550,0
Diferite ministere					
Ministerul Educației	576,0	370,5	0,0	964,4	100,0
Ministerul Muncii și Protecției Sociale	8103,9	-1892,3	1590,2	-2781,1	2195,7
Ministerul Lucrărilor Publice și Administrației	1024,7	1152,6	1044,4	2424,3	210,5
Ministerul Transporturilor	135,0	814,7	179,0	660,0	-757,3
Ministerul de Interne	626,2	1228,1	-711,4	29,0	22,2
Deficit	-26778,7	-24706,2	-5647,0	-3603,6	-6231,1

De asemenea, bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a fost suplimentat considerabil în 2020 și 2021. Valoarea finanțării suplimentare a fost comparabilă, în cifre absolute, cu cea a Ministerului Sănătății, dar, având în vedere valoarea de referință mai mare, aceasta s-a tradus prin creșteri relative de aproximativ 10% anual în 2020 și 2021, mult mai mari decât în cazul ajustărilor anuale din 2018 și 2019 (**figura 3. Alocări bugetare pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2018-2022**).

Figura 3. Alocări bugetare pentru Casa Națională de Asigurări de Sănătate, 2018-2022



În absența unui plan de răspuns la COVID-19 cu costuri evaluate, este probabil ca majoritatea suplimentărilor bugetare să fi fost efectuate în funcție de proiecții de cheltuieli bazate pe costurile suportate în timp real. Acestea, la rândul lor, au constituit baza pentru cererile de suplimentare a bugetului formulate către Ministerul Finanțelor.

Peste 2,6 miliarde lei au fost plătite Ministerului Sănătății din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului în 2020 și 2021, cumulativ. Istoric, Ministerul Sănătății nu a fost un beneficiar al acestui fond, după cum o demonstrează plățile efectuate în intervalul 2016-2019, majoritatea direcționate către alte ministerele de resort decât MS, și direct către autoritățile locale (**figura 4. Plăți efectuate din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, 2016-2021**). Cu toate acestea, în 2020, Ministerul Sănătății a beneficiat de plăți în cuantum de peste 1,5 miliarde lei, urmate de aproape 1,1 miliarde lei în 2021.

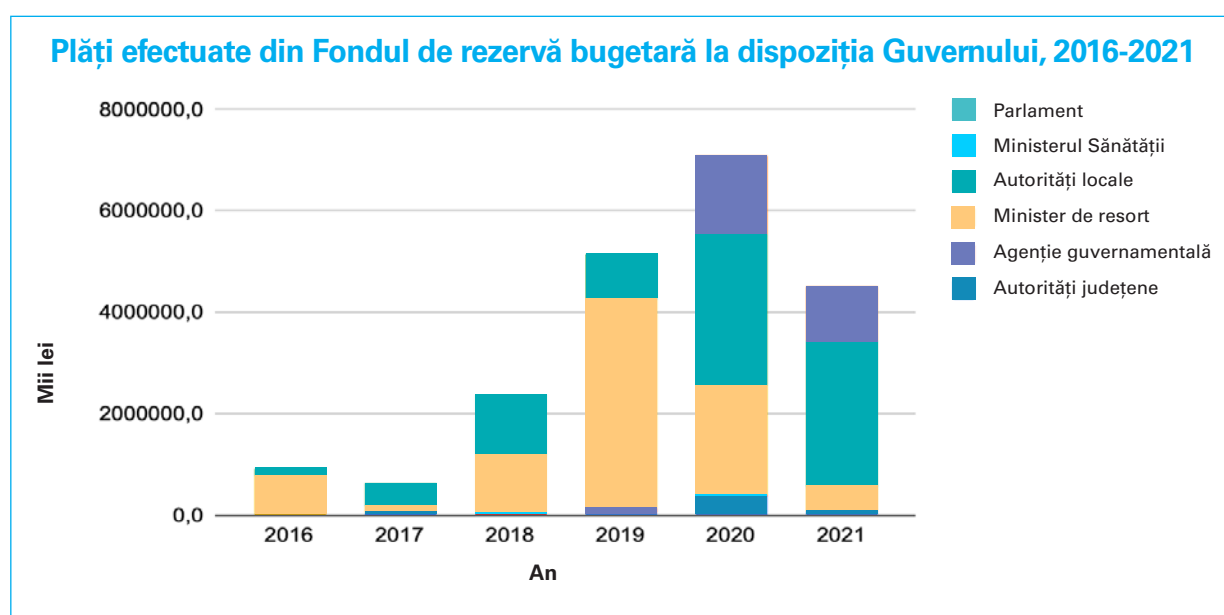


Figura 4. Plăți efectuate din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, 2016-2021

Opt plăți efectuate din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului între 2016 și 2021 au vizat cheltuieli identificabile orientate către copii. Toate aceste plăți au avut ca beneficiari autoritățile județene, iar destinația lor oficială a fost finanțarea cheltuielilor cu asistența socială și cu sistemul de protecție a copilului. În intervalul 2016-2021, s-au efectuat: o plată în 2017, trei în 2018 și patru în 2020, însumând 1,2 miliarde lei.

Prima plată legată de COVID-19 către Ministerul Sănătății din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului a fost efectuată potrivit unei Hotărâri de Guvern emise pe 10 martie 2020. Plata a fost în valoare de 250 de milioane lei și a fost destinată în mod explicit pregătirii unităților sanitare pentru tratarea pacienților cu COVID-19. Pentru a înțelege contextul, această plată a fost efectuată la aproape două săptămâni după primul caz de COVID-19 confirmat în România (26 februarie 2020), cu o zi înainte ca OMS să declare pandemia de COVID-19 (11 martie 2020) și cu o săptămână înainte de declararea stării de urgență în România (16 martie 2020).

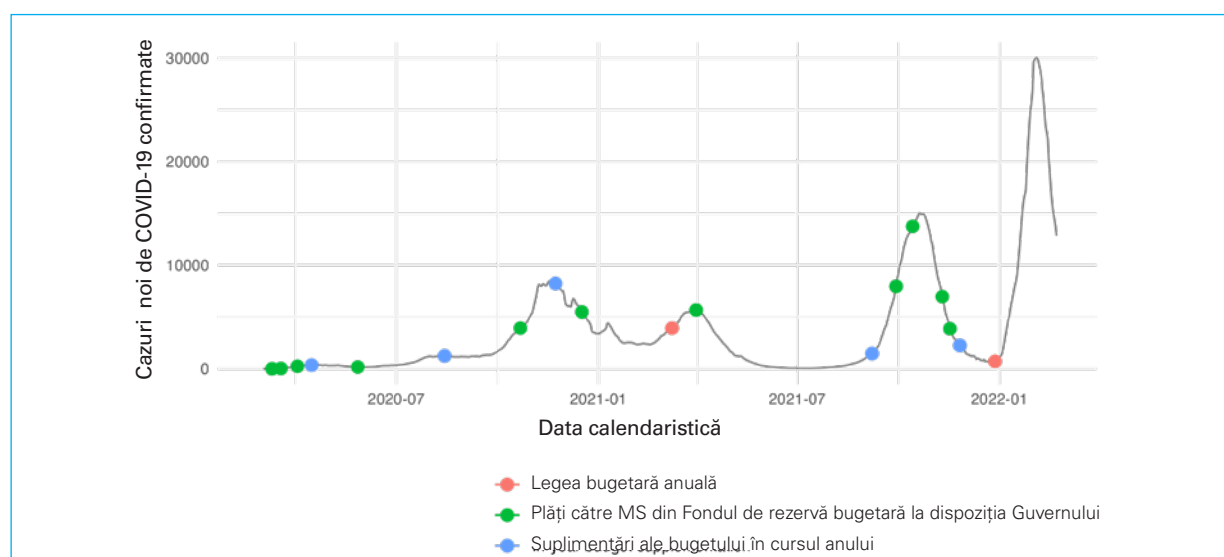
În intervalul martie 2020 - decembrie 2021 au urmat alte zece plăți din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului, câte cinci în fiecare an calendaristic. Plățile efectuate în 2020 s-au axat doar pe resursele necesare combaterii COVID-19. După o altă plată efectuată ulterior, în martie 2020 (pentru costurile aferente carantinării călătorilor străini), au urmat câte una în mai (pentru costurile aferente alocăției de hrană pentru persoanele vulnerabile aflate în carantină), în octombrie (pentru medicamente pentru COVID-19) și în decembrie 2020 (pentru medicamente pentru COVID-19 și echipamente de protecție personală (EPP), inclusiv o donație de medicamente și EPP către Republica Moldova).

Source of confirmed COVID-19 cases: Our World in Data.

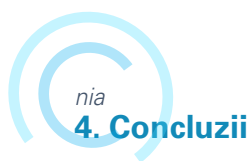
Comparativ cu anul 2020, plățile din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului efectuate în 2021 au fost mai diverse în ceea ce privește destinația cheltuielilor și mai condensate în timp (T4 2021). Alocările au acoperit articole de cheltuieli noi legate de COVID-19 în raport cu anul 2020 (de exemplu, 30 de milioane lei au fost alocate pe 10 noiembrie 2021 pentru operaționalizarea centrelor de vaccinare împotriva COVID-19) și, de asemenea, au depășit cheltuielile legate de COVID-19 (de exemplu, 137,5 milioane lei alocate pe 10 noiembrie 2021 pentru activități în cadrul programelor naționale de sănătate publică). Cu excepția unei plăți din martie 2021, toate celelalte au fost efectuate în intervalul 29 septembrie-17 noiembrie 2021.

Calendarul alocărilor bugetare excepționale pentru Ministerul Sănătății în 2020-2021 pare să fie corelat cu perioadele „valurilor” de cazuri confirmate de COVID-19. Acest lucru este valabil atât pentru ajustările bugetare din cursul anului, cât și pentru plățile din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului (**figura 5. Calendarul alocărilor de fonduri publice pentru sectorul sănătății în timpul pandemiei de COVID-19 în România**). În toate cele trei valuri cele mai recente, a existat cel puțin o plată excepțională chiar în preajma constatării vârfului numărului de cazuri COVID-19 confirmate. Cel mai recent val, așa-numitul „al cincilea val” din toamna anului 2021, se remarcă prin șase plăți excepționale (patru din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului și două ajustări în cursul anului).

Figura 5. Calendarul alocărilor de fonduri publice pentru sectorul sănătății în timpul pandemiei de COVID-19 în Româ-



Sursa cazurilor confirmate de COVID-19: OurWorld in Data.



4. Concluzii

Guvernul României a mobilizat un quantum substanțial de resurse financiare suplimentare în cadrul răspunsului la urgența sanitară creată de pandemia de COVID-19. Cele două modalități principale de alocare a resurselor au fost suplimentările bugetare în cursul anului (peste 15 miliarde lei în 2020 și 2021 cumulativ) și alocările din Fondul de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului (aproximativ 2,6 miliarde lei), ambele având ca beneficiar principal Ministerul Sănătății. Chiar dacă suplimentările bugetare în cursul anului constituiau deja o practică obișnuită, utilizarea Fondului de rezervă bugetară la dispoziția Guvernului pentru sectorul sănătății a reprezentat o noutate. Este dificil de stabilită capacitatea de absorbție imediată a finanțării suplimentare pe baza informațiilor disponibile în mod public, deoarece rapoartele trimestriale de execuție bugetară emise de Ministerul Finanțelor acoperă doar cheltuielile de personal. În perspectivă anuală, capacitatea de absorbție a CNAS a fost consecventă și comparabilă cu nivelurile dinaintea pandemiei de Covid 19, adică în jur de 99%.

Volumul finanțării suplimentare mobilizate pentru componenta de sănătate a răspunsului la situația de urgență provocată de pandemia de COVID-19 pare a fi comparabil cu cel al altor țări din UE. Datele oficiale care să permită comparații între țări sunt încă dificil de identificat pentru anul 2021. Cu toate acestea, datele Eurostat pentru anul 2020 indică faptul că, în medie, cheltuielile guvernamentale cu sănătatea în raport cu PIB în țările UE-27 au crescut între 2019 și 2020, de la 7% la 8%. În cazul României, creșterea a fost de la 5% (2019) la 5,5% (2020)¹¹.

Alocările suplimentare aferente combaterii COVID-19 reprezintă mai mult decât dublarea bugetului de dinaintea pandemiei al Ministerului Sănătății și nu par a fi temporare. Cea mai recentă lege a bugetului (decembrie 2021) prevede un buget relativ stabil pentru MS în viitorul previzibil, în ușoară scădere, de la 24 de miliarde lei în 2022 la aproximativ 22 de miliarde lei în 2023 și 2024. Ca atare, bugetele aprobate în 2022 pentru Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt cu aproximativ 100% și, respectiv, 25% mai mari decât ultimele bugete aprobate înainte de pandemie (decembrie 2019 pentru anul bugetar 2020). Dacă se menține, acest aspect poate sugera o reajustare a nivelului cheltuielilor publice pentru sănătate într-o țară în care cheltuielile insuficiente pentru sănătate au fost mult timp criticate ca reprezentând una dintre cauzele principale ale rezultatelor slabe în materie de sănătate. Însă suplimentarea finanțării nu poate compensa anii de investiții deficitare și lipsa unei planificări coerente și strategice pentru dezvoltarea sistemului public de sănătate al țării. Strategia națională de sănătate 2022-2030, aflată în prezent în stadiu de proiect avansat, preconizată a fi adoptată în mod oficial în cursul anului 2022, identifică „sustenabilitatea și reziliența sistemului de sănătate publică” ca fiind unul dintre cele unsprezece obiective generale ale sale, „consolidarea capacității de supraveghere și de răspuns rapid și coordonat la amenințările la adresa sănătății publice” constituind un obiectiv specific. În cazul în care aceste planuri se materializează, perspectivele viitoarelor răspunsuri la urgențele sanitare s-ar putea îmbunătăți.

În ciuda răspunsului inițial rapid în materie de finanțare, intrările ulterioare de fonduri au venit în funcție de „valorile” de COVID-19. Timpul de răspuns inițial pentru prima alocare de fonduri publice a fost scurt chiar și după standardele OCDE, și anume, 10 zile de la depistarea primului caz de COVID-19 confirmat în România, față de media de 26 de zile constatată pentru țările OCDE¹². Cu toate acestea, începând cu a doua jumătate a anului 2020, toate finanțările suplimentare pentru sănătate au venit fie la începutul, fie la vârful perioadelor cu cele mai multe cazuri confirmate de COVID-19. Deși este imposibil să se stabilească cu certitudine dacă finanțarea suplimentară ar fi produs rezultate diferite în ceea ce privește reducerea numărului de cazuri de COVID-19 în perioadele de vârf ale valurilor, dacă ar fi fost alocată mai devreme, adică înainte de valuri, acest tipar susținut semnalează necesitatea de a examina îndeaproape măsura în care modalitățile existente de planificare și de cheltuire pot asigura punerea la dispoziție în timp util a unei finanțări suficiente pentru serviciile din prima linie.

¹¹ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/GOV_10A_EXP_custom_2243551/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=8df11907-86e8-4f5b-a62e-a7d09828e303

¹² <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/government-financial-management-and-reporting-in-times-of-crisis-3f87c7d8/#section-d1e474>

În pregătirea finanțării răspunsului la posibile alte urgențe sanitare în viitor, factorii decizionali din cadrul sistemului de sănătate din România pot avea în vedere următoarele aspecte:

Ministerul Sănătății

- o Efectuarea unei analize sistematice privind învățămintele desprinse din planificarea, finanțarea și punerea în aplicare a răspunsului la situația de urgență provocată de COVID-19.
- o Coordonarea elaborării unui plan de răspuns financiar de urgență în domeniul sănătății la nivel sectorial, care să includă și să implice toți actorii și toate tipurile de furnizori de servicii de asistență medicală. Proiectul actual (sfârșitul lunii august 2022) al planului de răspuns în situații de urgență în domeniul sănătății publice stipulează între atribuțiile MS în faza de răspuns „*punerea la dispoziție a resurselor materiale și financiare necesare instituțiilor respective*”¹³. De asemenea, MS ar urma să analizeze și să aprobe aceste resurse financiare. În faza de pregătire, un comitet tehnico-științific va estima și va propune resursele necesare (inclusiv resursele financiare). Nu sunt indicate sursele și mecanismele de plată a acestor fonduri.
- o Cartografierea capacității disponibile (individuală, organizațională și instituțională) de a formula o planificare rapidă și solidă a finanțării în situații de urgență, pe baza necesarului de resurse preconizate; stabilirea priorităților în ceea ce privește deficitul de capacitate și luarea în considerare a opțiunilor de consolidare a ariilor de capacitate prioritizate.
- o Identificarea sinergiilor și a complementarităților dintre măsurile adoptate în România pentru finanțarea sistemului de sănătate ca răspuns la COVID-19 și experiența altor sisteme de sănătate.
- o Utilizarea instrumentelor existente pentru evaluarea și consolidarea capacităților. Printre exemple se numără Cadrul de monitorizare și evaluare: Raportul anual de autoevaluare a statului parte (RAAS), prevăzut de Regulamentele sanitare internaționale (RSI) din 2005, pe care țările trebuie să îl completeze anual, și Evaluarea externă comună (EEC), care este voluntară și se recomandă să aibă loc la fiecare 4-5 ani. UNICEF a elaborat, de asemenea, un set de instrumente vizând finanțele publice¹⁴ care pune accentul pe sprijinirea guvernelor și a partenerilor în selectarea și utilizarea instrumentelor a căror aplicare poate îmbunătăți cheltuielile publice și investițiile în servicii esențiale pentru copii.

Ministerul Finanțelor

- o Examinarea caracterului adecvat al normelor și procedurilor existente în materie de gestionare a finanțelor publice referitoare la planificarea, revizuirea și plata bugetului pentru situațiile de urgență sanitară; luarea în considerare a ajustării ariilor identificate ca necesitând consolidare, de exemplu, flexibilitate, oportunitate, responsabilitate, transparență.

Cabinetul Prim-ministrului

- o Coordonarea unei evaluări interinstituționale integrate a impactului asupra sectorului sănătății și a altor sectoare al răspunsului financiar la pandemia COVID-19.
- o Examinarea caracterului adecvat al mecanismelor existente de planificare și plată pentru viitoarele amenințări la adresa sănătății publice și urgențe sanitare.
- o Crearea unei platforme interinstituționale de dialog privind coordonarea finanțării răspunsului la amenințările la adresa sănătății publice și la urgențele sanitare.

¹³ „*pune la dispoziție resursele materiale și financiare necesare, instituțiilor implicate*” (page 13 of the draft plan)

¹⁴ <https://www.unicef.org/documents/public-finance-toolkit>