

Sinteza

***rapoartelor de audit financiar asupra contului de
execuție a bugetului Fondului Național Unic de
Asigurări Sociale de Sănătate pentru anul 2014 la***

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Colectivul de elaborare:

Curtea de Conturi a României – Departamentul V

Conf. univ. dr. Ioan HURJUI – Șef Departament

Mirela IONESCU – Director

Silvia MINCIUNĂ – Șef serviciu

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
<i>2. Sistemul de asigurări de sănătate din România</i>	4-9
<i>3. Scurtă prezentare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate</i>	9-13
<i>4. Analiza de ansamblu a situațiilor financiare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate</i>	14-26
<i>5. Constatările, concluziile și recomandările Curții de Conturi a României urmare a misiunilor de audit financiar desfășurate în anul 2015</i>	27-35
<i>5.1. Principalele constatări identificate</i>	28-33
<i>5.2. Punctul de vedere al conducerii entității auditate</i>	33-34
<i>5.3. Recomandările formulate pentru eliminarea deficiențelor</i>	34-35
<i>6. Opinia de audit</i>	36-40
<i>Listă grafice, tabele și figuri</i>	41

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	Agencia Națională de Administrare Fiscală
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

1. INTRODUCERE

Prezentul raport este destinat Parlamentului României, Guvernului și opiniei publice. Sinteza a fost redactată în baza constatărilor, concluziilor și recomandărilor conținute în rapoartele de audit întocmite ca urmare a misiunilor de audit financiar a contului de execuție a bugetului Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pe anul 2014, care s-a 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 finanțare a sănătății din **statele membre UE** sunt în permanență supuse modificărilor, aceste state fiind într-o continuă evoluție și schimbare, atât în ceea ce privește profilul bolilor cât și a resurselor necesare vindecării și /sau ameliorării acestora.

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.

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 de către pacienți a serviciilor medicale.

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

Astfel, finanțarea asistenței medicale 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.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, incluzând instituții și specialiști din domeniu, așează asiguratul în centrul preocupărilor lor. Conceptul social pe care se fundamentează sistemul de asigurări sociale de sănătate are ca scop acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat.

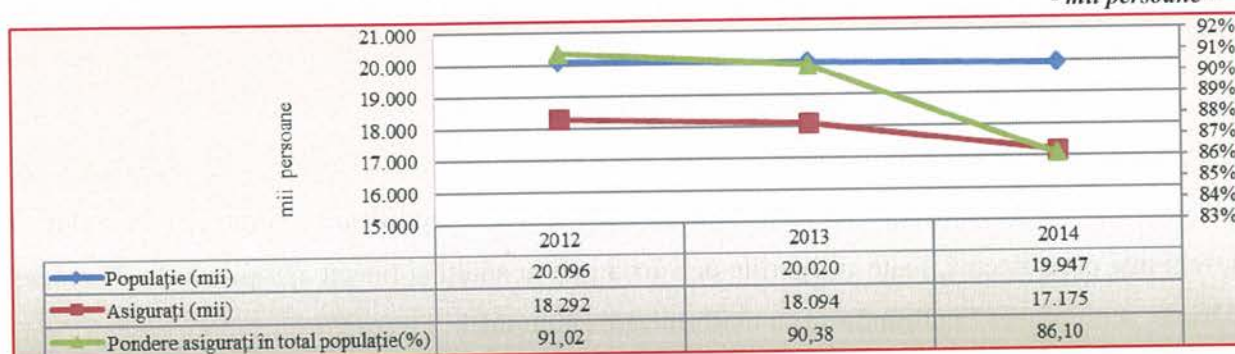
Sistemul asigurărilor sociale de sănătate reprezintă astfel, principalul sistem de finanțare al ocrotirii și promovării sănătății populației, care oferă un pachet de servicii de bază ce cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

Spectrul serviciilor de sănătate din România s-a modificat profund în ultimii 15 ani și continuă să se adapteze realităților stării de sănătate a populației. Din anul 1999, funcționează un sistem de asigurări sociale de sănătate, de tip Bismarck, cu venituri din cote de asigurări de sănătate colectate într-un fond unic, similar majorității statelor membre ale UE.

Potrivit datelor publicate pe site-ul CNAS¹, la 31.12.2014, figurau înscriși pe listele medicilor de familie un număr de 17.175 mii asigurați, reprezentând 86,1% din populația României existentă în anul 2014 (19.947 mii locuitori, conform datelor publicate de Institutul Național de Statistică²).

Reprezentarea grafică a evoluției **asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie, comparativ cu evoluția populației României**, în perioada 2012-2014, se prezintă după cum urmează:

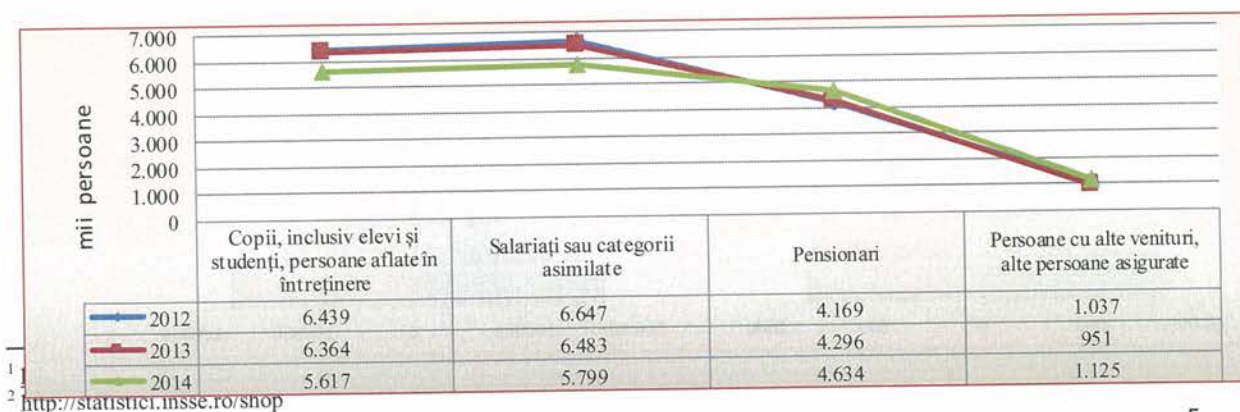
Graficul nr.1
- mii persoane -



Raportat la populația României, din datele prezentate în tabelul de mai sus rezultă că ponderea asiguraților înscriși pe listele medicilor de familie a scăzut în perioada 2012-2014, **de la 91,02% la 86,10%** (18.292 mii asigurați în anul 2012, 18.094 mii asigurați în anul 2013 și 17.175 mii asigurați în anul 2014).

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 2012-2014, se prezintă după cum urmează:

Graficul nr.2
- mii persoane-



² <http://statistici.insse.ro/shop>

Din numărul total de asigurați, **ponderea cea mai mare** o înregistrează, în perioada 2012-2014, **salariații** care dețineau, în anul 2012 circa 36,34% din total, apoi aceștia au înregistrat scăderi succesive de un an la altul, ajungând la finele anului 2014 la 33,76% din totalul asiguraților.

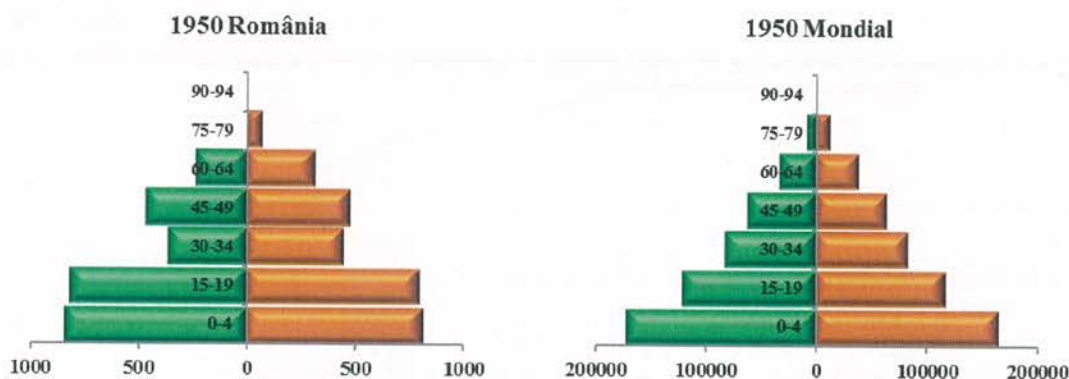
Potrivit raportului privind Analiza Funcțională a Sectorului Sănătate în România, care face parte din analiza strategică și funcțională mai amplă a administrației publice centrale din România efectuată de Banca Mondială în numele Comunității Europene și a Guvernului României, populația României scade și îmbătrânește. Chiar dacă această tendință poate fi observată și în alte țări, aceasta este cu atât mai pronunțată și mai gravă în România.

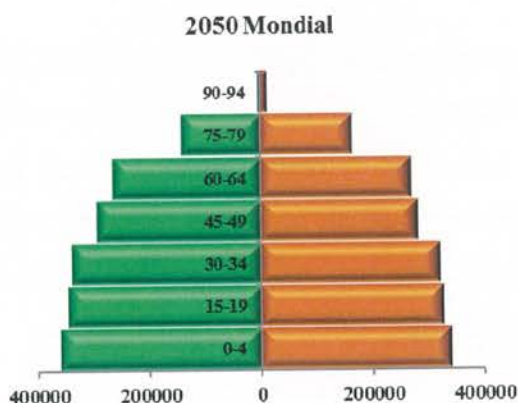
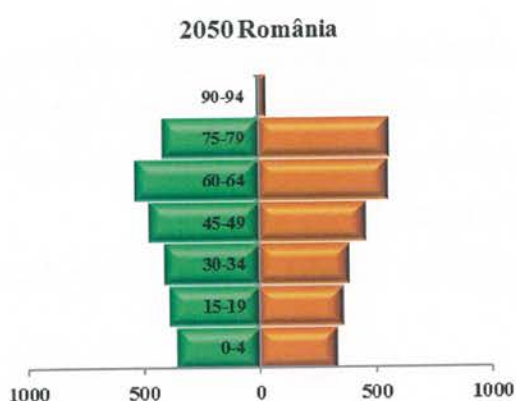
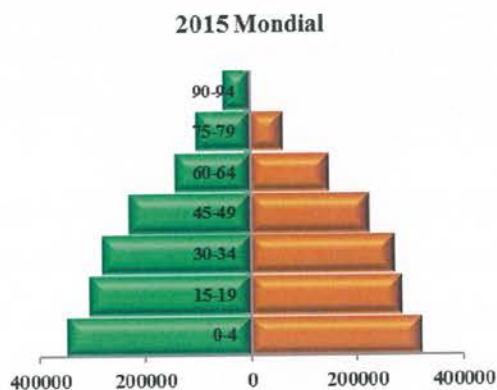
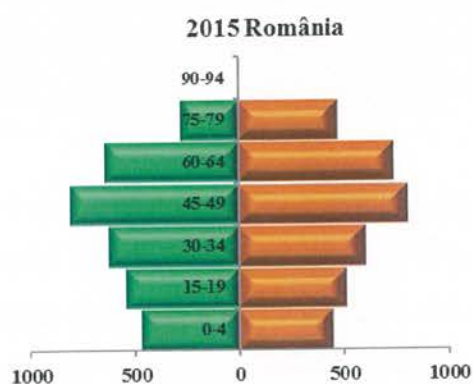
Rapiditatea cu care îmbătrânește populația României ca rezultat combinat al scăderii fertilității și a mortalității, este ilustrată în *Figura nr. 1*.

După cum se poate observa, lumea în ansamblu trece și ea prin această tranziție. În anii 1950, 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, creând tradiționala piramidă a vârstelor. 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, acest proces finalizându-se cu uniformizarea piramidei.

România înregistrează un avans față de restul lumii în cadrul acestei tranziții. 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), iar populația va avea distribuția în formă de piramidă inversată, fiecare grup de vârstă fiind mai mare față de cel mai tânăr decât el. Această inversare este foarte rapidă și gravă în România comparativ cu ritmul tranziției la nivel global.

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





Bărbați

Femei

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>.

O altă caracteristică de bază a demografiei din România, o reprezintă scăderea populației încă din anii 1990. La momentul de vârf, populația României era de peste 23 milioane de locuitori, în timp ce astăzi, aceasta este de 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.

În plus față de acest aspect, în viitor în România, numărul persoanelor vârstnice îl va depăși pe cel al tinerilor. Un efect important al îmbătrânirii populației va fi legat, în perioada imediat următoare, de 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 sunt confruntate cu dificultatea de a garanta, simultan, trei obiective: accesul pentru toți indiferent de venituri, un nivel înalt al calității îngrijirilor și viabilitatea financiară a sistemelor de îngrijire.

Toate aceste modificări influențează direct și implicit structura categoriilor de asigurați ale sistemului de asigurări sociale de sănătate.

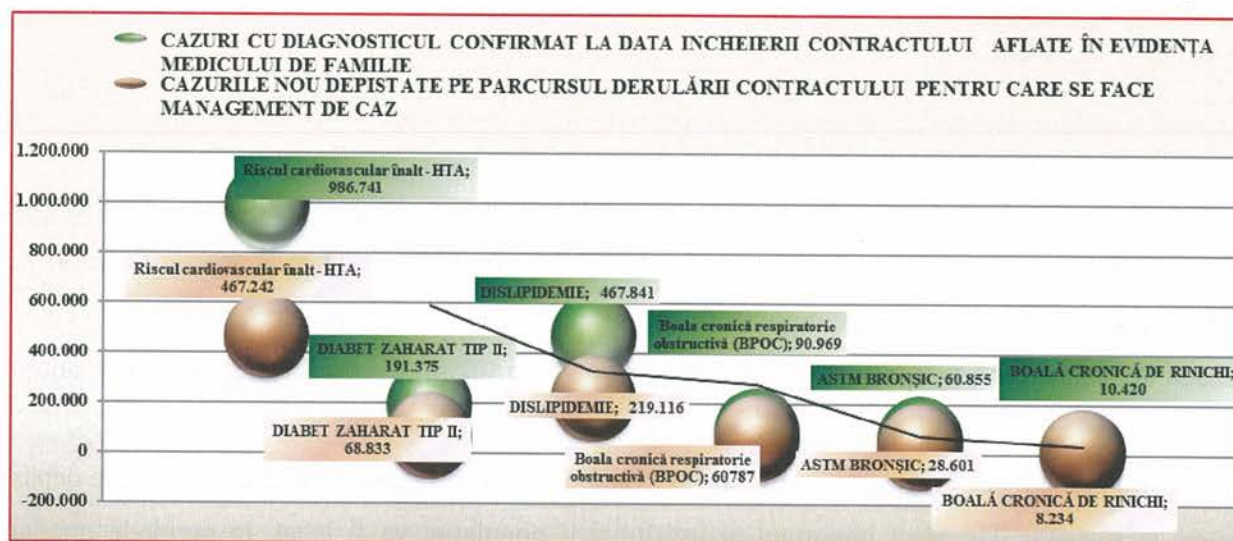
Se constată că, deși CNAS a raportat o tendință ascendentă a salariaților, analizată în contextul îmbătrânirii populației, potrivit estimărilor, în următorii ani numărul acestora va scădea sub cel al pensionarilor, astfel că baza veniturilor FNUASS va fi implicit în scădere și nevoile de cheltuieli în 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 2013, în registrele medicilor de familie erau înregistrați peste 1 milion de bolnavi cronici, în timp ce un an mai târziu, în registrele medicilor de familie erau înregistrați peste 2,6 milioane de bolnavi cronici, cu diverse afecțiuni³ (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



Analizând aceste date se constată o creștere a cazurilor de diagnostic nou depistate de la 36% în cazul diabetului zaharat tip II, până la 79% 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.

³ <http://www.cnas.ro/page/asistenta-medicala-in-anul-2014.html>

Bolile cardiovasculare constituie principala cauză a deceselor din România, aceasta însemnând că succesul înregistrat în cadrul intervențiilor cardiace reprezintă un indicator important al sistemului de sănătate în ansamblu.

În alte domenii, precum cel al medicinei preventive, România nu se compară favorabil cu celelalte state. Un exemplu negativ este oferit de mortalitatea datorată cancerului de col uterin care poate fi evitată într-o mare măsură, prin depistarea și tratarea leziunilor cervicale depistate. Există o rată ridicată a cancerului de col uterin în România. Încă și mai îngrijorător este faptul că rata mortalității cauzate de această afecțiune crește sau rămâne stabilă, în timp ce în majoritatea statelor europene aceasta scade⁴.

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 actorul principal în sistemul de asigurări de sănătate, deoarece stabilește 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

⁴ Raportul 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

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 mare parte nu achită contribuții la asigurările sociale de sănătate, fie pentru că sunt scutiți de plată (printre care se numără copiii, șomerii, pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei, deținuții, personalul monahal, persoane cu handicap care nu realizează venituri, persoanele aflate în concediu medical sau concediu de maternitate), fie pentru că activează în sectorul muncii la negru și nu contribuie⁵. Astfel, principalele venituri publice destinate sănătății sunt contribuțiile de asigurări plătite de angajatori și angajați, anumite categorii de pensionari și persoane fizice autorizate. Din totalul celor aproximativ 17 milioane de asigurați ai FNUASS, mai mult de jumătate sunt și contribuabili (5,8 milioane salariați, circa 2,8 milioane liber profesioniști, circa 1,4 milioane de pensionari). Procentul este semnificativ ameliorat comparativ cu anii precedenți: în anul 2008, peste 60% din asigurați nu plăteau contribuții pentru sănătate.

Pe lângă asigurările sociale de sănătate, sistemul public de sănătate beneficiază și de venituri din accizele pe tutun și băuturi alcoolice (denumite informal „*taxa pe viciu*”)⁶ și din 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.

Având în vedere că întreaga populație consumă servicii medicale finanțate din surse publice⁸, în condițiile în care nu toți contribuie la sistemul de sănătate, una din marile provocări ale statului român 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.

⁵ Raportul 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 Taxa pe viciu este aplicată țigărilor, tutunului, băuturilor alcoolice (mai puțin berea și vinul), precum și publicității la tutun și băuturi alcoolice.

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 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.

În perioada 2012-2014, 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.	2012	19.459	4.367	596.682	207.922	3,26	9,36
2.	2013	23.090	5.225	637.456	215.817	3,62	10,70
3.	2014	22.868	5.145	669.500	226.327	3,42	10,10

*)PIB 2012-2014 – Institutul Național de Statistică Comunicat de presă nr.243/2014, nr.255/2015, nr.81/2015;

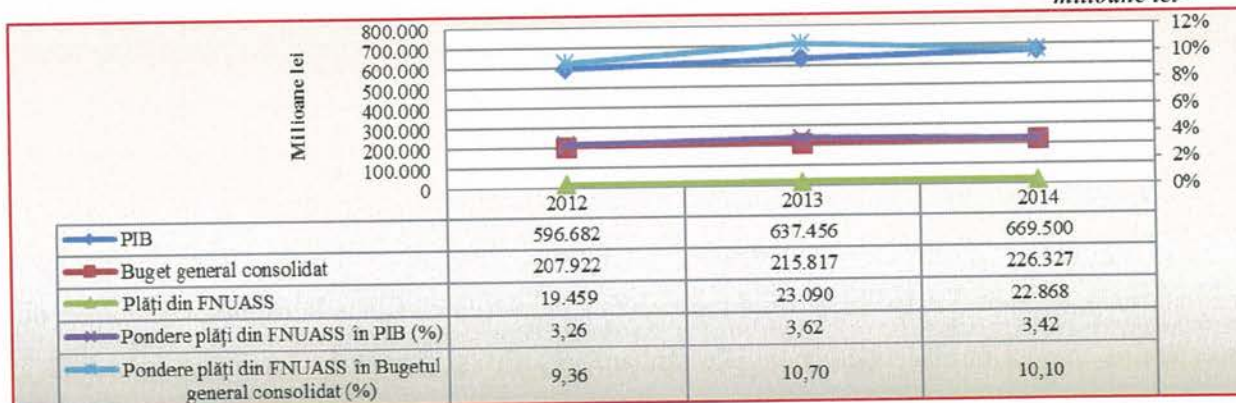
**)Bugetul general consolidat –mfinante.ro

În anul 2013, veniturile FNUASS au atins 23.090 milioane lei, un maxim istoric, echivalentul a 3,62 % din PIB. Creșterea cu 18,66% față de anul anterior nu s-a datorat evoluției veniturilor din contribuții de sănătate, ci creșterii subvențiilor/transferurilor de la bugetul de stat.

În anul 2014, plățile din bugetul FNUASS, în sumă de 22.868 milioane lei au reprezentat 3,42% din PIB, în scădere comparativ cu anul 2013, când aceste plăți au reprezentat 3,62% din PIB, în timp ce, în raport cu bugetul general consolidat, plățile din bugetul FNUASS au înregistrat o scădere cu 0,6% comparativ cu anul 2013.

Reprezentarea grafică a **ponderii plăților din bugetul FNUASS în PIB și în bugetul general consolidat**, în perioada 2012-2014, se prezintă după cum urmează:

*Graficul nr.4
-milioane lei -*



⁹ Valoare calculată, potrivit BNR la un curs mediu 2012-1EUR=4,4560; 2013 - 1EUR=4,4190; 2014-1EUR=4,4446

Un sistem de sănătate performant implică alocarea corespunzătoare a fondurilor aferente. 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 fondurile alocate, în perioada 2012-2014, s-a asigurat plata serviciilor medicale, a medicamentelor, a dispozitivelor medicale și a celorlalte drepturi de asistență medicală, atât pentru asigurații la sistemul național de sănătate cât și pentru celelalte categorii de persoane beneficiare.

În structură, **situația execuției plăților efectuate din bugetul FNUASS**, se prezintă astfel:

Tabelul nr.2
-milioane lei-

Indicatori	2012		2013		2014	
	Plăți efectuate	Pondere în total plăți(%)	Plăți efectuate	Pondere în total plăți(%)	Plăți efectuate	Pondere în total plăți(%)
I. SĂNĂTATE, din care:	18.337	94,23	21.871	94,72	21.487	93,96
Administrația centrală	192	0,99	124	0,54	75	0,33
Servicii publice descentralizate	158	0,81	181	0,79	249	1,09
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale	7.672	39,42	10.887	47,14	9.471	41,40
Servicii medicale în ambulatoriu	2.035	10,46	2.309	10	2.734	11,96
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	653	3,36	118	0,51	31	0,14
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	7.535	38,72	8.064	34,93	8.566	37,46
Îngrijiri medicale la domiciliu	34	0,18	37	0,16	52	0,23
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	57	0,29	150	0,65	308	1,35
II. ASIGURĂRI ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ, din care:	1.122	5,77	1.219	5,28	1.381	6,04
Asistență socială în caz de boli	696	3,58	725	3,14	803	3,51
Asistență socială pentru familie și copii	426	2,19	495	2,14	578	2,53
TOTAL	19.459	100	23.090	100	22.868	100

Sursa: Situațiile financiare întocmite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pe anii 2012-2014

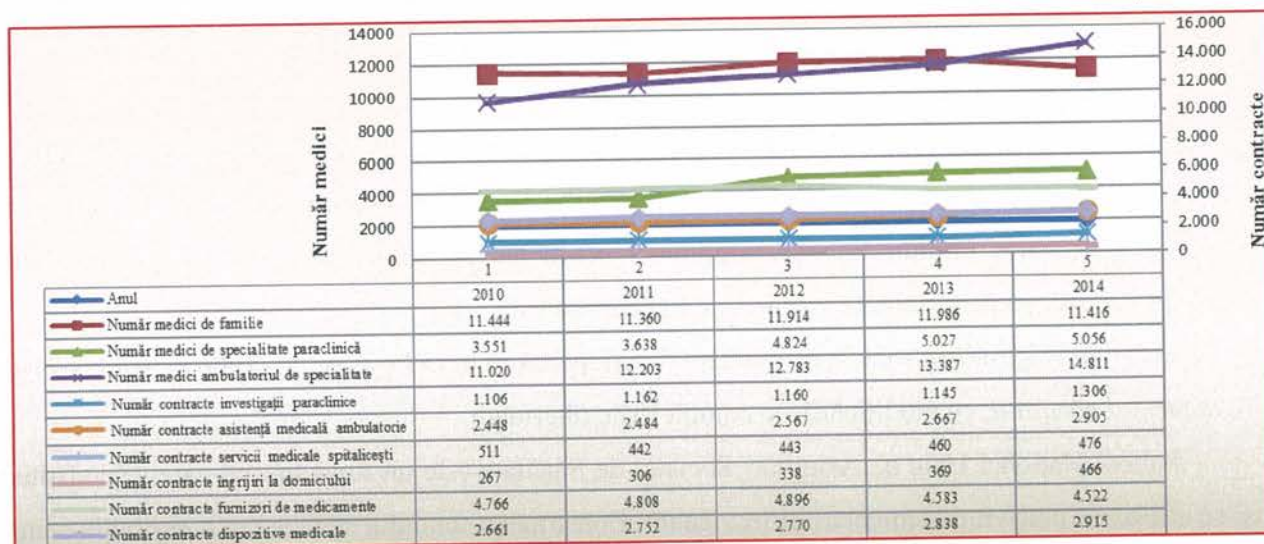
Din datele prezentate în tabelul precedent, în perioada 2012-2014, atât la capitolul *Sănătate* cât și la capitolul *Asigurări și asistență socială*, plățile au înregistrat un trend crescător, ponderea cea mai mare, de aproximativ 94%, fiind reprezentată de plățile efectuate la capitolul *Sănătate*, din care, pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, reprezintă în medie 40% din plățile efectuate din bugetul FNUASS.

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.

Evoluția numărului de medici și a numărului de contracte încheiate de CJAS, în perioada 2010-2014, cu furnizorii de servicii medicale, se prezintă după cum urmează:

Graficul nr.5



În ceea ce privește furnizorii de servicii, s-au identificat în perioada 2010-2014 în medie aproximativ 12.000 medici de familie, aproximativ 3.000 cabinete în ambulatoriul clinic de specialitate, 1.500 laboratoare de investigații paraclinice, 300 furnizori de îngrijiri la domiciliu și peste 450 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 comparație cu state similare, impresia generală este că numărul personalului medical este suboptim. În termeni relativi, în România existau în anul 2011, 251 de medici și 590 de asistenți la 100.000 de locuitori, iar în anul 2014, 275 de medici și 646 de asistenți la 100.000 de locuitori¹², niveluri care sunt semnificativ sub media statelor europene comparabile, având în vedere faptul că, noile state membre ale UE¹³ aveau 339 de medici și 781 de asistenți la 100.000 de locuitori (în anul 2011)¹⁴.

¹² Potrivit datelor furnizate de INSP

¹³ Este vorba de statele intrate în UE în anii 2004 și 2007.

¹⁴ Organizația Mondială 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.

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 Asigurărilor 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.

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 face, în condițiile legii, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, prin casele județene de asigurări sociale de sănătate și a municipiului București, prin Casa Asigurărilor 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 2012 – 2014, precum și evoluția indicatorilor economico -financiari ai CNAS**, se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.3
-milioane lei -

	Denumirea indicatorului	Realizat 2012	Realizat 2013	Realizat 2014	Grad de realizare 2014/ 2013 (%)	Grad de realizare 2014/ 2012 (%)	% în anul 2014 pe categorii de venituri și cheltuieli
0	1	2	3	4	$5=4/3*100$	$6=4/2*100$	$7=rd.I.1/rd.I..*100$
I.	Venituri totale, din care:	19.049	23.090	22.868	99,04	120,05	100,00
I.1	Impozite și taxe generale pe bunuri și servicii	1.811	1.064	1.521	142,95	83,99	6,65
I.2	Contribuțiile angajatorilor	7.256	7.680	8.244	107,34	113,62	36,05
I.3	Contribuțiile angajaților	7.711	7.775	9.221	118,60	119,58	40,32
I.4	Venituri nefiscale	16	60	25	41,67	156,25	0,12
I.5	Subvenții	2.255	6.511	3.857	59,24	171,04	16,86

	Denumirea indicatorului	Realizat 2012	Realizat 2013	Realizat 2014	Grad de realizare 2014/ 2013 (%)	Grad de realizare 2014/ 2012 (%)	% în anul 2014 pe categorii de venituri și cheltuieli
II.	Cheltuieli totale, din care:	19.459	23.090	22.868	99,04	117,52	100,00
II.1	Cheltuieli de personal	134	150	181	120,67	135,07	0,79
II.2	Bunuri și servicii	18.054	21.644	21.300	98,41	117,98	93,14
II.3	Dobânzi	7	10	4	40,00	57,14	0,02
II.4	Proiecte europene	46	81	21	25,93	45,65	0,09
II.5	Cheltuieli de capital	110	4	2	50,00	1,82	0,01
II.6	Cheltuieli pentru asigurări și asistență socială	1.122	1.219	1.381	113,29	123,08	6,04
II.7	Plăți efectuate în anii precedenți și recuperate în anul curent	-14	-18	-21	116,67	150,00	-0,09
III.	EXCEDENT/ DEFICIT	-410	0	0	-	0	0

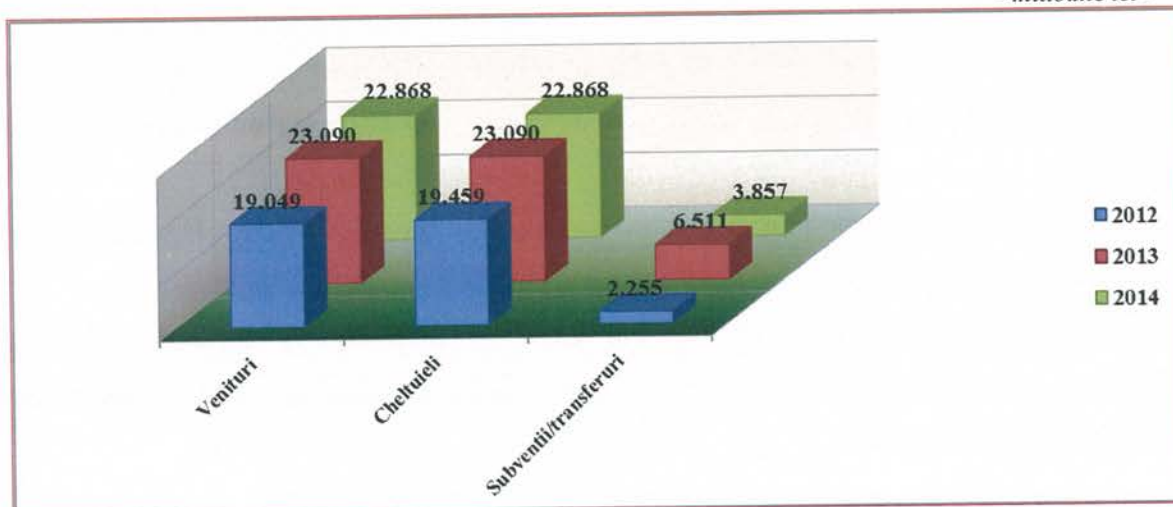
Din informațiile prezentate anterior rezultă că, veniturile încasate de către entitate în anul 2014 au scăzut cu 0,96% față de anul 2013 și au crescut cu 20,05% față de anul 2012. În aceeași perioadă, cheltuielile efectuate de către CNAS au cunoscut același trend ca veniturile, respectiv au scăzut cu 0,96% în anul 2014 față de anul 2013 și au crescut cu 17,52% față de anul 2012.

În ceea ce privește subvențiile/transferurile acordate în anul 2014, acestea au scăzut cu 40,76% față de anul 2013 când au fost încasate cele mai mari subvenții/transferuri din această perioadă și au crescut cu 71,04% față de anul 2012.

În anul 2014, din totalul plăților efectuate, cea mai mare pondere o reprezintă cele aferente bunurilor și serviciilor, de circa 93,14%. Plățile efectuate de către entitate în anul 2014 cu bunuri și servicii efectuate, au scăzut cu 1,59% față de anul 2013, dar au crescut cu 17,98 % față de anul 2012.

Grafic, 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, în perioada 2012-2014, se prezintă astfel:

Graficul nr.6
- milioane lei -



Execuția veniturilor

Venituri din contribuțiile angajatorilor și angajaților:

O pondere importantă în totalul veniturilor încasate în anul 2014, o reprezintă **contribuțiile de asigurări (angajatori și angajați)**, de circa 76,37%, care în anul 2014 au fost în sumă de 17.465 milioane lei, înregistrând creșteri de la un an la altul, respectiv în anul 2014 față de anul 2013 (13,01%) și față de anul 2012 (16,69%).

În perioada 2012 – 2014, cotele de contribuții pentru asigurările de sănătate prevăzute de Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, 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.

Veniturile încasate sub formă de **contribuții de asigurări de sănătate datorate de angajatori** au înregistrat o creștere cu 7,34% în anul 2014 comparativ cu anul 2013, în timp ce **contribuțiile de asigurări de sănătate datorate de angajați** au înregistrat o creștere semnificativă cu 18,6% în anul 2014 față de anul precedent.

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 2014, au crescut cu 42,95% față de anul 2013, dar au scăzut cu 16,01 % față de anul 2012.

Veniturile nefiscale sunt constituite din venituri din proprietate și vânzări de bunuri și servicii. Veniturile nefiscale încasate în anul 2014 au scăzut cu 58,33% față de anul 2013, dar au crescut cu 56,25 % față de anul 2012.

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 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.

Situația indicatorului „*Venituri totale*” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2014, se prezintă astfel:

Tabelul nr. 4
- 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	10.494	10.249	97,67
2.	Casa de Asigurări de Sănătate Cluj	725	580	80,00
3.	Casa de Asigurări de Sănătate Timiș	616	499	81,01
4.	Casa de Asigurări de Sănătate Iași	553	420	75,95
5.	Casa de Asigurări de Sănătate Constanța	486	418	86,01
	TOTAL	12.874	12.166	94,50

Din datele prezentate în tabelul anterior rezultă că, cele cinci case județene de asigurări de sănătate au realizat încasări în sumă de 12.166 milioane lei, care reprezintă 53,2% din totalul veniturilor încasate în anul 2014 la bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (în sumă de 22.868 milioane lei).

Execuția cheltuielilor

Contul de execuție cheltuieli pe domenii de asistență medicală în perioada 2013-2014 se prezintă astfel:

Tabelul nr.5
- milioane lei -

Denumirea indicatorului	Realizat 2013	Realizat 2014	Realizat 2014/2013 (%)
Total cheltuieli, din care:	23.090	22.868	99,04
Cheltuieli pentru sănătate	21.871	21.487	98,24
Materiale și prestări de servicii cu caracter medical	21.565	21.163	98,14
Medicamente cu și fără contribuție personală	6.974	5.755	82,52
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	2.829	2.543	89,89
Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	208	217	104,33
Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală	718	778	108,36
Dispozitive și echipamente medicale	158	178	112,66
Asistență medicală primară	1.315	1.423	108,21
Asistență medicală pentru specialități clinice	548	622	113,50
Asistență medicală stomatologică	13	48	369,23
Asistență medicală pentru specialități paraclinice	365	552	151,23
Asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)	68	89	130,88
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	118	31	26,27
Spitale generale	8.017	8.517	106,24
Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	47	49	104,26
Îngrijiri medicale la domiciliu	37	53	143,24
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	150	308	205,33
Cheltuieli de administrare a fondului, din care:	306	324	105,88
Cheltuieli de personal	150	181	120,67
Cheltuieli materiale și servicii	59	116	196,61
Cheltuieli de capital	4	2	50,00
Dobânzi	10	5	50,00
Proiecte cu finanțare din fonduri europene postaderare	81	21	25,93
Asigurări și asistență	1.219	1.381	113,29

Materiale și prestări de servicii cu caracter medical

Cheltuielile cu materiale și prestări servicii cu caracter medical au scăzut față de anul precedent cu un procent de 1,86%. Serviciile de asistență medicală stomatologică și cele de urgență prespitalicești și transport sanitar au fost finanțate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în anul 2013 doar în trimestrul I. Începând cu data de 1 iunie 2014, odată cu intrarea în vigoare a HG 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, s-a început din nou decontarea din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate a unor servicii prestate în asistența medicală stomatologică, fapt ce a influențat creșterea cheltuielilor cu asistența medicală stomatologică în anul 2014 față de anul anterior.

În anul 2013, având în vedere prevederile Legii nr.72/2013 privind măsurile pentru combaterea întârzierii în executarea obligațiilor de plată a unor sume de bani rezultând din contracte încheiate

între profesioniști și între aceștia și autoritățile contractante, prin care s-a prevăzut pentru instituțiile publice din domeniul sănătății și entităților publice care furnizează servicii medicale de sănătate, ca termenul legal de plată pentru obligațiile bănești rezultând din contracte încheiate cu profesioniști să fie cel mult 60 de zile calendaristice, au fost efectuate plăți lunare aferente consumului a două luni, astfel:

- plăți aferente medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ în perioada iulie 2013-decembrie 2013;

- plăți pentru medicamente cu și fără contribuție personală consumate în perioada august 2013 – ianuarie 2014.

Astfel, s-a ajuns la diminuarea plăților efectuate în anul 2014 față de anul 2013 la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ cu 10,11% și la medicamente cu și fără contribuție personală, cu 17,48%.

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.

Cheltuielile de personal au avut un trend crescător de la 134 milioane lei în anul 2012 la 150 milioane lei în anul 2013, ajungând în anul 2014 la suma de 181 milioane lei. Creșterea cheltuielilor în anul 2013 față anul 2012 se datorează în principal suplimentării numărului de posturi, respectiv înființarea Serviciului Antifraudă din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, iar în anul 2014 față de 2013 se datorează în principal, plăților anticipate a drepturilor salariale stabilite prin hotărâri judecătorești.

Cheltuielile de capital au înregistrat o scădere de la 110 milioane lei în anul 2012, la 4 milioane lei în anul 2013 și la 2 milioane lei în anul 2014.

Cheltuielile pentru „Proiecte cu finanțare din fonduri europene postaderare” au fost în anul 2014, în sumă de 21 milioane lei, respectiv cu 74,07% mai mici decât în anul precedent.

Situația indicatorului „**Cheltuieli totale**” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2014 se prezintă astfel:

Tabelul nr. 6
- 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	4.551	4.550	99,98
2.	Casa de Asigurări de Sănătate Iași	1.207	1.206	99,92
3.	Casa de Asigurări de Sănătate Cluj	1.181	1.180	99,92
4.	Casa de Asigurări de Sănătate Timiș	924	922	99,78
5.	Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești	831	830	99,88
	TOTAL	8.694	8.688	99,93

Din datele prezentate în tabelul anterior rezultă că, cele cinci case județene de asigurări de sănătate au efectuat plăți în sumă de 8.688 milioane lei, care reprezintă 38% din totalul plăților efectuate în anul 2014 din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (în sumă de 22.868 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, precum și din donații, sponsorizări, dobânzi, venituri obținute din patrimoniului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al caselor județene de asigurări de sănătate, 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 ianuarie 2004, activitatea privind declararea, constatarea, controlul, colectarea și soluționarea contestațiilor pentru contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele juridice și persoanele fizice care au calitatea de angajator, se realizează de către Ministerul Finanțelor Publice și unitățile sale subordonate, conform prevederilor OG nr.86/2003 privind reglementarea unor măsuri în materie financiar fiscală.

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*).

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

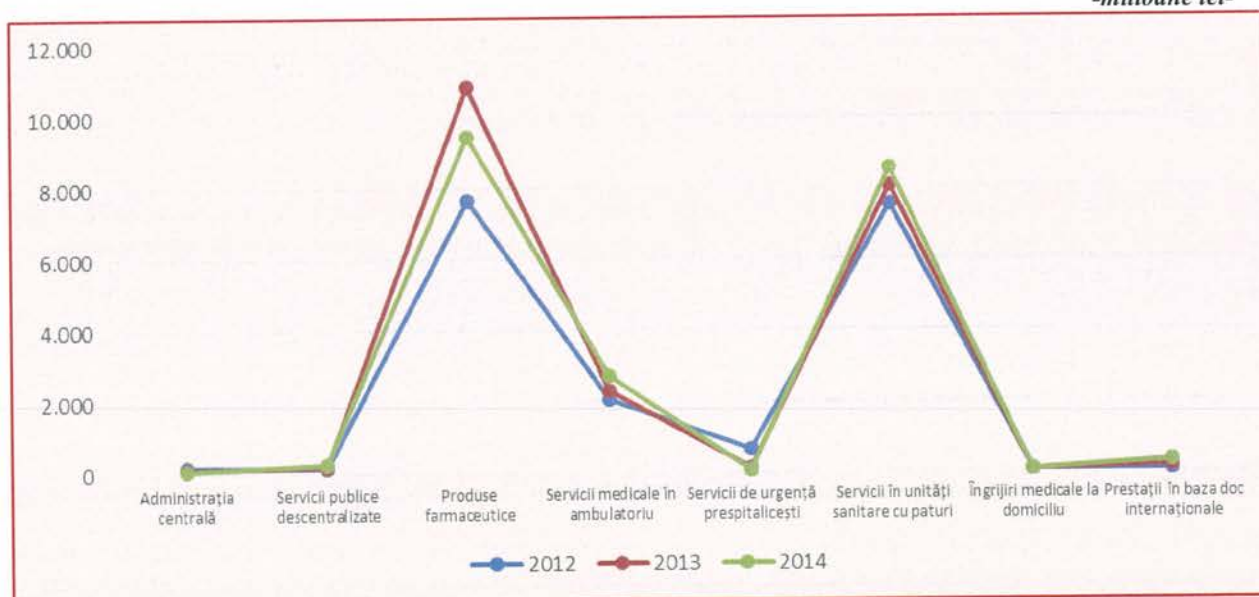
Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul *Sănătate*, în perioada 2012-2014, se prezintă după cum urmează:

*Tabelul nr. 7
-milioane lei-*

Anii	Administrația centrală	Servicii publice descentralizate	Produse farmaceutice	Servicii medicale în ambulatoriu	Servicii de urgență prespitalicești	Servicii în unități sanitare cu paturi	Îngrijiri medicale la domiciliu	Prestații în baza documentelor internaționale
2012	192	158	7.672	2.035	653	7.535	34	57
2013	125	181	10.887	2.309	118	8.064	37	150
2014	75	249	9.471	2.734	31	8.566	53	308

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

*Graficul nr. 7
-milioane lei-*



Deși, tendința anilor 2010-2014 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.

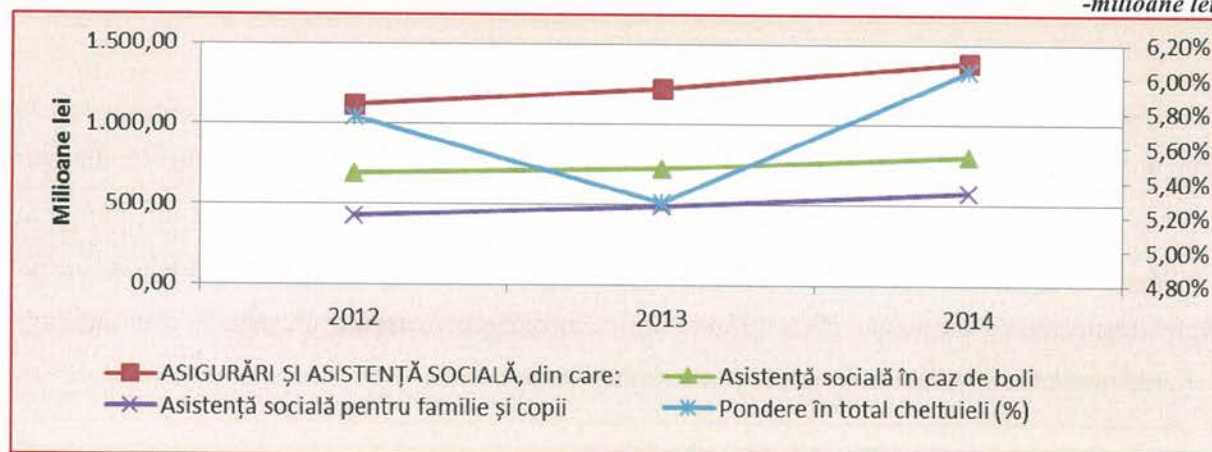
Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul *Asistență Socială*, în perioada 2012-2014, se prezintă după cum urmează:

Tabelul nr.8
- milioane lei-

Denumire indicator	2012	2013	2014
ASIGURĂRI ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ, din care:	1.122	1.219	1.381
Asistență socială în caz de boli	696	724	803
Asistență socială pentru familie și copii	426	495	578
Pondere în total cheltuieli (%)	5,77	5,28	6,04

Reprezentarea grafică a capitolului **asistență socială**, în perioada 2012-2014, se prezintă astfel:

Graficul nr.8
-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 2012 – 2014, cea mai mare creștere din perioada analizată fiind aferentă anului 2014 față de anul 2013, respectiv 10,91% pentru asistență socială în caz de boli și 16,77% 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.

CNAS în perioada 2012 – 2014 a derulat în medie 17 Programe Naționale de Sănătate, din care prezentăm mai jos cele cu ponderea cea mai mare în totalul plăților din bugetul FNUASS:

Tabelul nr.9
- milioane lei -

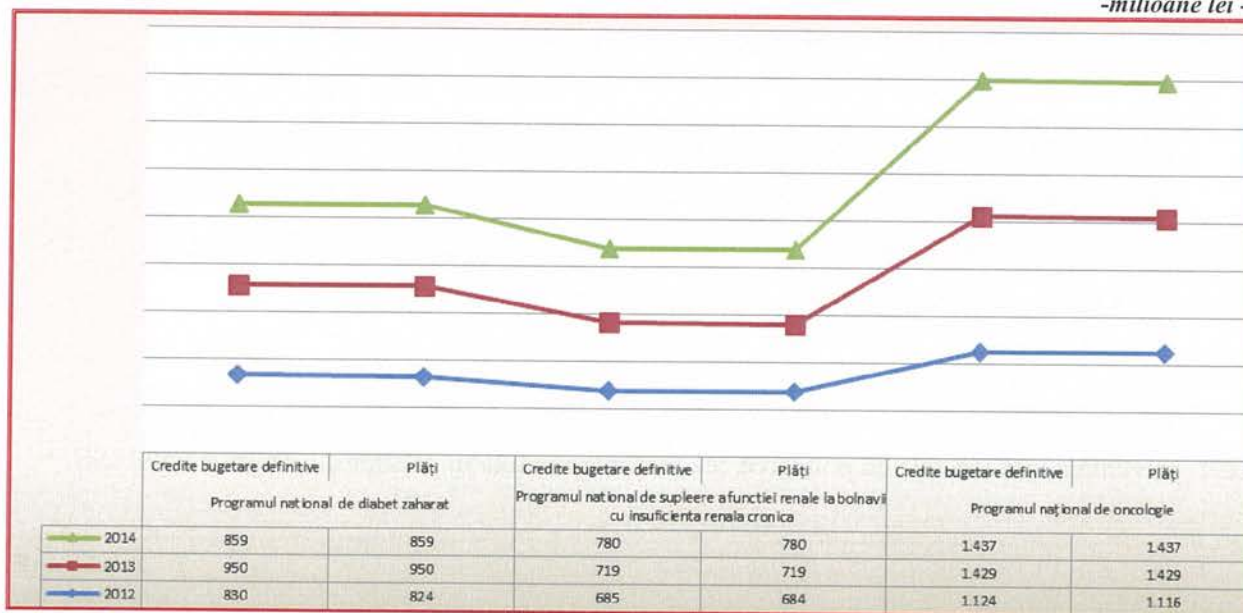
Program de se sănătate	2012		2013		2014	
	Credite bugetare definitive FNUASS	Plăți	Credite bugetare definitive FNUASS	Plăți	Credite bugetare definitive FNUASS	Plăți
Programe Naționale de sănătate, din care, cu ponderea cea mai mare:	3.036	2.979	3.790	3.789	3.557	3.556
Programul Național de oncologie	1.124	1.116	1.429	1.429	1.437	1.437
Programul Național de diabet zaharat	830	824	950	950	859	859
Programul național de supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	685	684	719	719	780	779

Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

Din analiza datelor prezentate se constată că, plățile efectuate în perioada 2012-2014 pentru Programele Naționale de Sănătate derulate au înregistrat o evoluție mixtă, ca și în situația creditelor bugetare aprobate, respectiv de la suma de 2.979 milioane lei în anul 2012, la suma de 3.556 milioane lei în anul 2014, reprezentând o creștere în sumă absolută de 577 milioane lei, respectiv o diminuare de 233 milioane lei față de anul 2013.

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

Graficul nr.9
-milioane lei -



Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

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

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

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

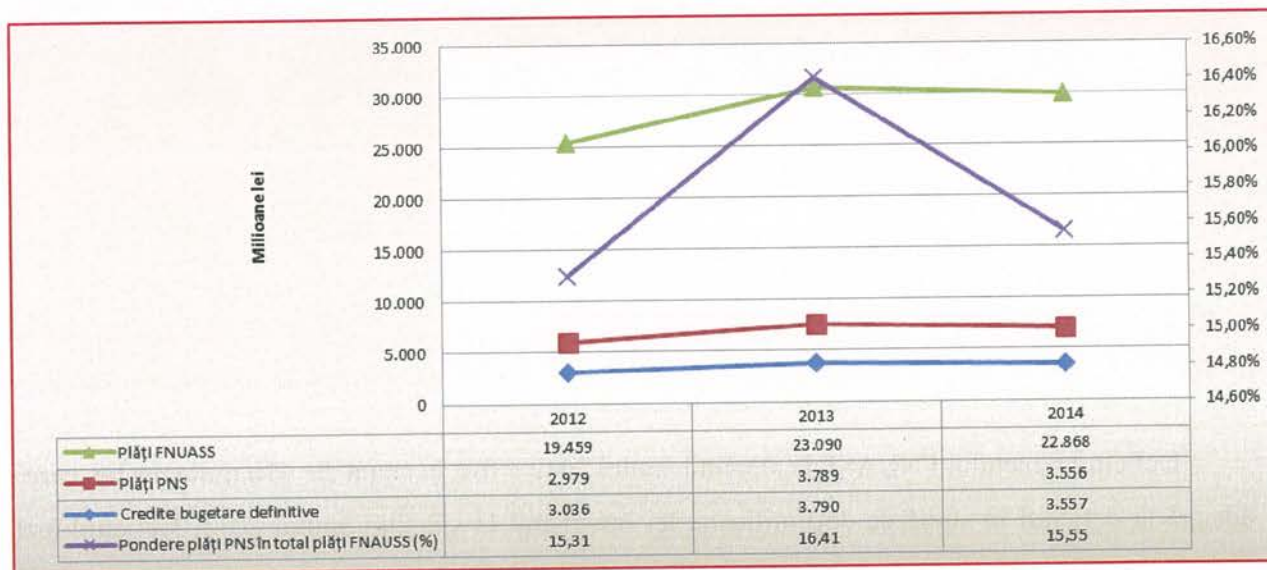
În perioada 2012-2014, sumele alocate programelor/subprogramelor s-au utilizat pentru asigurarea în spital și în ambulatoriu a unor medicamente și materiale sanitare specifice unor boli cronice cu risc crescut, asigurarea serviciilor de suplere a funcției renale (inclusiv medicamente și materiale sanitare 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 Knife¹⁵ 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.10

-milioane lei -



Sursa: Situațiile financiare întocmite de CNAS

În perioada 2012 – 2014, volumul plăților efectuate de către CNAS, destinate Programelor Naționale de Sănătate, a reprezentat în medie circa 16%, din totalul plăților efectuate din FNUASS.

În anul 2014 nu s-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 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**

¹⁵ 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.

dobânzi, categorie de cheltuieli care a scăzut în anul 2014 și a reprezentat 25% din cheltuielile anilor 2012 și 2013, doar pe fondul scăderii dobânzilor.

În perioada 2012-2014, **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.10
- milioane lei -

Nr.crt.	Anul	Deficit din anii precedenți	Deficit al anului curent	Valoarea medie a împrumutului Col 5= col.1+col.4	Dobânda calculată și plătită	Subvenție primită în an pentru echilibrare
	0	1	2	3	6	7
1	2012	750	410	1.098	7	553
2	2013	1.160	0	1.721	10	4.915
3	2014	1.160	0	1.968	4	2.727
4	TOTAL	3.070	410	4.787	21	8.195
5	<i>(rd1+rd2+rd.3)/ 3 ani</i>	1.023	137	1.596	7	2.732

Sursa: Direcția Economică și Execuție Bugetară CNAS

Deficitul bugetului FNUASS la sfârșitul anului 2012 a fost în sumă de 410 milioane lei, care se adaugă la deficitul în sumă de 750 milioane lei înregistrat la sfârșitul anului 2011. Deficitul astfel obținut, respectiv 1.160 milioane lei, s-a menținut până la sfârșitul anului 2014.

În perioada 2013 și 2014, deficitul anual al FNUASS a fost acoperit în totalitate prin subvenții alocate de la bugetul de stat pentru echilibrare, în valoare de 7.642 milioane lei (4.915 milioane lei în anul 2013 și 2.727 milioane lei în anul 2014) .

În aceste condiții, pentru finanțarea temporară a deficitului, CNAS a apelat la împrumuturi anuale, în medie de 1.596 milioane lei, pentru care a plătit dobânzi în medie de 7 milioane lei/an. Dobânzile primite de entitate pentru disponibilul din Trezorerie sunt nesemnificative.

Deși în toată această perioadă, pentru acoperirea deficitului bugetului FNUASS, s-au acordat subvenții de la bugetul de stat în medie de 2.732 milioane lei/an, aceste sume au fost insuficiente, iar deficitul bugetului FNUASS din anii precedenți, înregistrat la sfârșitul anului 2014, a rămas la aceeași valoare de 1.160 milioane lei.

În concluzie, deficitul din anii precedenți, în valoare de 1.160 milioane lei este în continuare factorul principal care generează cheltuieli suplimentare cu dobânzile pe care CNAS le plătește Trezoreriei Statului, pentru finanțarea temporară a deficitului bugetului FNUASS.

5. CONSTATĂRILE, CONCLUZIILE ȘI RECOMANDĂRILE
CURȚII DE CONTURI A ROMÂNIEI URMARE MISIUNILOR DE AUDIT FINANCIAR
DESFĂȘURATE ÎN ANUL 2015 PENTRU EXERCITIUL BUGETAR AL ANULUI 2014

În conformitate cu Programul propriu de control/audit al Curții de Conturi pentru anul 2015, aprobat de Plenul Curții de Conturi a României, au fost efectuate de către Departamentul V și de către camerele de conturi teritoriale un număr de 21 misiuni de audit financiar, la nivelul ordonatorului principal de credite (CNAS) și la 20 de case județene de asigurări de sănătate, ordonatori de credite din subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Conform datelor existente pe site-ul Ministerului Finanțelor Publice, cheltuielile totale ale **bugetului general consolidat** au fost în anul 2014 în sumă de **226.327 milioane lei**, iar din bugetul FNUASS s-au efectuat plăți în sumă totală de 22.868 milioane lei care reprezintă circa **10,10%** din acestea.

În totalul plăților privind bugetul FNUASS în sumă de 22.868 milioane lei, sunt cuprinse și plățile efectuate de casele județene de asigurări de sănătate din subordinea CNAS.

Din acestea, **în anul 2015, au fost verificate de către Curtea de Conturi circa 71,93%, respectiv 16.450 milioane lei.**

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 : | 174 mii lei; |
| - prejudicii în sumă de : | 16.488 mii lei; |
| - abateri de la legalitate și regularitate în sumă de: | 594.220 mii lei. |

5.1. PRINCIPALELE CONSTATĂRI IDENTIFICATE

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 16.488 mii lei, constând în principal, în următoarele:

1. Validarea și decontarea nelegală a serviciilor de asistență spitalicească - internare de zi, pentru persoane care figurau în aceeași perioadă în internare continuă în cadrul altor unități sanitare, în sumă estimată de **847 mii lei**.

Potrivit prevederilor legale¹⁶, 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.

2. Validarea și decontarea nelegală a unor servicii raportate de furnizorii de servicii medicale (*asistență medicală primară, asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice și clinice, servicii de acordare a dispozitivelor medicale*), precum și a unor prescripții de medicamente eliberate de către furnizorii de produse farmaceutice, pe numele unor persoane decedate, în sumă estimată de **693 mii lei**.

Potrivit prevederilor art.2 alin.(2) din Ordinul CNAS nr. 617/2007 *pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate*, calitatea de asigurat încetează odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de ședere în România, cu decesul sau cu declararea judecătorească a morții asiguratului.

3. Validarea și decontarea nelegală a serviciilor medicale raportate de ambulatoriile de specialitate (paraclinice și clinice), medici de familie și a unor prescripții medicale emise pentru

¹⁶ - Anexa 2 din Ordinul CNAS nr. 463/2014 *privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea* (valabil până la 27.04.2015);
- art. 63 alin.(2), art. 65 alin (3) și art. 65 alin.(4) din *Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014*, aprobat prin HG nr. 117/2013 (valabil până la 31.05.2014);
- art. 90 alin (3) din Anexa 2 - *Contractul - cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*, aprobat prin HG nr. 400/2014 (valabil de la 01.06.2014);
- art.2 - Anexa nr.23 din Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014 *privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a 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* (valabil până la 30.03.2015)

pacienții internați în aceeași perioadă în spitale în regim de spitalizare continuă, în sumă estimată de **1.565 mii lei**.

Conform prevederilor legale¹⁷, în perioada spitalizării continue, spitalele sunt obligate să suporte toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, serviciul medical fiind cuprins în structura tarifului pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, iar raportarea, validarea/decontarea serviciilor prestate în ambulatoriu, a serviciilor de asistență primară și a prescripțiilor de medicamente în situația pacienților internați, sunt nelegale.

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

4. 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 1.305 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 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 eşantioanelor selectate a rezultat faptul că, în mod nelegal, au fost prescrise și decontate prescripții medicale cu procent de compensare de 90% din prețul de referință al medicamentelor, astfel:

¹⁷ - art. 72 lit. b) și art. 73 alin (1) din *Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013-2014*, aprobat prin HG nr. 117/2013 (valabil până la 31.05.2014);
- art. 90 alin (4) și art.98 alin (1) din Anexa 2 - *Contractul-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015*, aprobat prin HG nr. 400/2014 (valabil de la 01.06.2014);
- art. 6 și art.7 din Anexa nr.9, art.12 din Anexa nr.23, art.6 din Anexa nr.26, art.5 și art.13 din Anexa nr.36 la Ordinul MS/CNAS nr. 619/360/2014 *privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a 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* (valabil până la 30.03.2015).

- unor pensionari cu venituri din pensii de peste 1.000 lei/lună (plafon stabilit în cadrul misiunii de audit);
- unor pensionari care au realizat în anul 2014 și venituri din dobânzi de peste 1.500 lei (plafon stabilit în cadrul misiunii de audit).

Prin urmare, cu suma estimată de 707 mii lei, reprezentând cota de 40% din prețul de referință al medicamentelor, au fost majorate nelegal cheltuielile cu medicamentele, fiind efectuate plăți contrar prevederilor legale¹⁸, către furnizorii de medicamente aflați în contract cu CJAS.

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

5. Validarea și decontarea nelegală a unor prescripții medicale cu compensare de 100% din prețul de referință al medicamentelor, pentru asigurații veterani, în condițiile în care persoanele respective nu dețineau această calitate conform prevederilor legale¹⁹, respectiv nu figurează în baza de date a veteranilor furnizată de Casa Națională de Pensii Publice, în sumă estimată de 9.038 mii lei.

Totodată au fost validate și decontate nelegal medicamente în regim de compensare pentru persoane care nu se încadrau în categoria persoanelor cu handicap, persoane care nu se încadrau în categoria beneficiarilor de indemnizații de șomaj, precum și unor persoane care beneficiau de ajutor social.

6. Validarea și decontarea nelegală a unor servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu, pentru specialitățile paraclinice la tarife peste nivelul prevăzut în actele normative în vigoare, în sumă estimată de 420 mii lei.

La încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu, pentru specialitățile paraclinice și la decontarea contravalorii serviciului medical prestat „*RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ*” (cod R_070), nu s-a urmărit respectarea prevederilor legale referitoare la nivelul tarifelor decontate de casa de asigurări de sănătate. Astfel, deși pentru serviciul menționat mai sus, tariful aprobat a fost de 399,12 lei/serviciu, serviciile paraclinice au fost validate și decontate la tariful unitar de 625,3 lei/serviciu, respectiv cu circa 57% mai mare, contrar prevederilor OMS/OCNAS nr. 619/360/2014 privind *aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a HG nr. 400/2014 pentru aprobarea*

¹⁸ 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 din Normele metodologice de aplicare în anul 2014 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, aprobate prin OMS/CNAS nr. 619/360/2014 (valabil până la 30.03.2015).

¹⁹ art. 5 și art.7 Anexa 2 din Normele metodologice de aplicare în anul 2014 a 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, aprobate prin OMS/ CNAS nr. 619/360/2014 (valabil până la 30.05.2015); 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

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, completările și rectificările ulterioare.

7. Validarea și decontarea nelegală a unor prescripții medicale în sumă estimată de **566 mii lei**, emise de către alți medici decât cei prevăzuți în protocoalele terapeutice.

Conform prevederilor 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 Ministrului Sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru un număr de 9 medicamente notate cu ** din sublistele A, B și C1, au fost validate și decontate prescripții medicale cu încălcarea protocoalelor terapeutice, întrucât au fost prescrise de către alți medici decât cei prevăzuți în respectivele protocoale terapeutice.

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

Începând cu data de 1 ianuarie 2004, activitatea privind declararea, constatarea, controlul, colectarea și soluționarea contestațiilor pentru contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele juridice și persoanele fizice care au calitatea de angajator, se realizează de către Ministerul Finanțelor Publice și unitățile sale subordonate, conform prevederilor OG nr.86/2003 *privind reglementarea unor măsuri în materie financiar fiscală*.

Ulterior, 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*).

CNAS nu a respectat prevederile legale privind evidențierea și urmărirea încasării veniturilor FNUASS, astfel:

-între drepturile de încasat din contribuții de asigurări sociale de sănătate raportate de casele județene de asigurări de sănătate și centralizate de CNAS prin contul de execuție, în sumă de 7.447.279 mii lei și drepturile de încasat confirmate de unitățile teritoriale ale ANAF, în sumă de 7.031.093 mii lei, s-a constatat la 31.12.2014 o diferență în plus de **416.186 mii lei**, care provine de la un număr de 24 case de asigurări (din cele 42 CJAS), ceea ce denotă faptul că între aceste instituții nu s-au efectuat punctaje la finele anului, în vederea stabilirii situației reale a acestor contribuții;

-trei case județene de asigurări de sănătate au corectat creanțe din contribuții de asigurări sociale de sănătate în sumă de **59.444 mii lei**, prin stornarea acestora din evidența contabilă, nelegal, fără documente justificative legale, fără să cunoască în analitic ce reprezintă aceste sume stornate și nu în ultimul rând, fără o clarificare a neconcordanțelor stabilite între evidențele CJAS și evidențele Direcției Generale a Finanțelor Publice (DGFP), ci doar pe baza unor solduri nefundamentate, transmise de către DGFP.

CNAS nu a întreprins nici un demers în vederea stabilirii situației reale, pe vechime, a drepturilor de încasat din contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de angajatori și asigurați, înregistrate în evidența contabilă a CNAS, corelate cu cele raportate de către ANAF.

Această abatere a fost constatată și cu ocazia efectuării misiunii de audit financiar la CNAS în anul 2013, urmare căreia a fost emisă Decizia Curții de Conturi nr.15/2013, măsura fiind contestată de CNAS însă, potrivit Sentinței civile nr.1045/28.03.2014 a Curții de Apel București, instanța a respins acțiunea formulată de reclamanta CNAS în contradictoriu cu pârâta Curtea de Conturi a României, actualmente dosarul aflându-se în recurs la Înalta Curte de Casație și Justiție a României.

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

1. Nu au fost cuantificate și înregistrate în evidențele tehnico - operative și contabile ale caselor județene de asigurări de sănătate, creanțe reprezentând contravaloarea serviciilor medicale acordate pacienților internați în cazurile de agresiune/vătămare corporală sau accidente rutiere, care au fost decontate inițial furnizorilor de servicii medicale, dar care nu au fost recuperate ulterior de la aceștia, în valoare estimată de **43.315 mii lei**.

Având în vedere prevederile art.313 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, furnizorii de servicii medicale care acordă asistență medicală pacienților internați în

cazuri de agresiune/vătămare corporală sau accidente rutiere, trebuie să realizeze evidența distinctă a serviciilor medicale acordate și totodată, au obligația comunicării lunare casei de asigurări de sănătate cu care se afla în relație contractuală a evidenței, în vederea decontării. Furnizorii de servicii medicale care au recuperat aceste cheltuieli, au obligația restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective.

2. Nu au fost evidențiate în contabilitate și raportate în situațiile financiare, concediile medicale în sumă estimată de **64.726 mii lei**, pentru care angajatorii au depus cereri de recuperare a acestora de la FNUASS.

3. Neînregistrarea în evidența contabilă a sumelor consemnate de către compartimentul de control al instituției privind acordarea de compensații de 40% la medicamentele eliberate pensionarilor și sumele aferente unor servicii medicale prestate cetățenilor români în țări din Uniunea Europeană, în baza cardurilor europene de sănătate, în sumă estimată de **1.451 mii lei**.

4. Neînregistrarea sumei estimate de **203 mii lei** în evidența contabilă (contul 461 „Debitori”), reprezentând cheltuieli de spitalizare aferente prestațiilor medicale de care au beneficiat cetățenii străini în România, pe baza documentelor internaționale stabilite de comun acord prin protocoalele încheiate în domeniul sănătății, în vederea recuperării.

5.2. PUNCTUL DE VEDERE AL CONDUCERII ENTITĂȚII AUDITATE

Ca urmare a concilierii, cu conducerile entităților auditate, a aspectelor reținute de auditorii publici externi în proiectele proceselor-verbale de constatare întocmite la CNAS și la casele județene de asigurări de sănătate, precum și analizării recomandărilor formulate pentru înlăturarea deficiențelor constatate, nu au fost exprimate puncte de vedere divergente, cu excepția unei case județene de asigurări de sănătate, astfel:

Referitor la neînregistrarea în evidența contabilă a serviciilor medicale spitalicești acordate în perioada 2013-2014, persoanelor cărora le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane în urma unor accidente rutiere și vătămări corporale, conducerea entității auditate a susținut că sumele reprezentând aceste servicii medicale nu se pot recupera la nivelul prestației validate și decontate, recuperarea de la persoanele vinovate nu revine în sarcina CJAS, astfel încât aceste debite să fie înregistrate în evidența contabilă la data raportării accidentului rutier de către unitățile spitalicești.

Referitor la neînregistrarea în evidența contabilă la data de 31.12.2014 a obligațiilor de plată reprezentând concedii și indemnizații sociale suportate din FNUASS, solicitate spre restituire în perioada 2010-2014 în baza cererilor formulate în temeiul OUG nr.158/2005, cu modificările și

completările ulterioare, conducerea entității a susținut că aceste sume au caracter incert, drept pentru care nu se înregistrează în conturile de datorii înscrise în balanța de verificare.

Curtea de Conturi nu poate reține aspectele invocate de entitate, deoarece:

- conform prevederilor legale, serviciile 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, sunt decontate de către CJAS unităților spitalicești la data efectuării, iar acestea aveau obligația recuperării de la persoanele vinovate a contravalorii serviciilor prestate, urmând a fi virate la CJAS;

- potrivit prevederilor Legii contabilității, sumele de recuperat reprezentând debite de la unitățile spitalicești se înregistrează în evidența contabilă în momentul efectuării serviciilor medicale;

- sumele reprezentând concedii și indemnizații sociale suportate din FNUASS solicitate la rambursare de instituțiile publice se evidențiază în contul de debitori în baza cererilor formulate în temeiul prevederilor OUG nr. 158/2005.

5.3. RECOMANDĂRILE

FORMULATE PENTRU ÎNLĂTURAREA DEFICIENȚELOR PREZENTATE ANTERIOR

➔ 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;

➔ Clarificarea situației veniturilor din drepturile constatate de încasat (inclusiv a celor stornate din evidențele contabile fără documente justificative legale), structurarea în funcție de vechime astfel

încât acestea să fie raportate real și exact în contul de execuție, identificarea situațiilor în care drepturile de încasat s-au prescris și luarea măsurilor legale în consecință, după caz;

➔ Efectuarea de punctaje a drepturilor constatate de încasat din contribuții la FNUASS înregistrate în evidența contabilă a CNAS cu cele raportate de către ANAF astfel încât, evidența CNAS să reflecte situația reală, la zi a acestora;

➔ Elaborarea și implementarea unei reglementări specifice și unitare care să stabilească responsabilități concrete privind modul, formatul și periodicitatea cu care informațiile privind contribuțiile de asigurări de sănătate se gestionează și se transmit între ANAF și CJAS;

➔ Evidențierea și urmărirea în vederea încasării, a sumelor decontate către unitățile de asistență medicală și recuperate de la acestea pe măsura încasării de la persoanele vinovate, pentru pacienții internați în urma unor accidente rutiere, agresiuni și vătămări corporale, precum și înregistrarea corespunzătoare în evidența financiar contabilă;

➔ CNAS, în calitate de ordonator principal de credite, va coordona prin compartimentele de specialitate activitatea privind înregistrarea în contabilitate a creanțelor de încasat de la furnizorii de servicii medicale, reprezentând contravaloarea serviciilor medicale acordate pacienților internați în cazurile de agresiune/vătămare corporală sau accidente rutiere, decontate inițial furnizorilor de servicii medicale, dar nerecuperate ulterior și va dispune măsuri de încasare a acestora;

➔ Luarea măsurilor ce se impun în vederea verificării modului în care furnizorii de servicii medicale respectă prevederile art.313 din Legea nr. 95/2006.

➔ CNAS, în calitate de ordonator principal de credite, va coordona prin compartimentele de specialitate activitatea privind înregistrarea în contabilitate a obligațiilor de plată în curs de clarificare, reprezentând cereri depuse de angajator pentru recuperarea sumelor plătite salariaților care au fost mai mari decât contribuția constituită cu această destinație și neanalizate în termenul legal și va urmări modul de decontare a acestora;

➔ Înregistrarea în evidența contabilă sintetică și analitică a sumelor constatate de compartimentele de control, reprezentând contravaloarea compensată cu 40% a prețului de referință al medicamentelor de care au beneficiat persoanele cu pensii de până la 700 lei și care au realizat și alte venituri, precum și a serviciilor medicale prestate cetățenilor români în țări din Uniunea Europeană, în baza cardurilor europene de sănătate;

➔ Înregistrarea în evidența contabilă a creanțelor de încasat pentru serviciul medical acordat asiguraților străini pe teritoriul României, potrivit prevederilor Ordinului Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 *pentru aprobarea Normelor Metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte;*

➔ Reinventarierea activităților procedurabile și actualizarea procedurilor operaționale în funcție de activitățile specifice entității și legislația aplicabilă;

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 un cadrul de raportare financiară aplicabil, sau - în cazul situațiilor financiare întocmite în conformitate cu cadrul de raportare financiară de prezentare fidelă - dacă situațiile financiare prezintă cu fidelitate, sub toate aspectele semnificative, sau oferă o imagine fidelă și corectă, în conformitate cu cadrul de raportare. Un audit efectuat în conformitate cu standardele bazate pe Principiile Fundamentale INTOSAI pentru Auditul Financiar și cerințele etice relevante vor 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 trebuie să ajungă la o concluzie cu privire la asigurarea rezonabilă în ceea ce privesc situațiile financiare, luate ca ansamblu, nu conțin denaturări semnificative, cauzate de fraudă sau eroare.

În acest sens, Curtea de Conturi a României, în calitate de membru INTOSAI, are incluse prevederi atât în *Legea nr.94/1992 privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi*, cât și *Regulamentul 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.

Legea nr.94/1992 privind organizarea și funcționarea Curții de Conturi, republicată, prevede că funcția de control a Curții de Conturi se realizează prin proceduri de audit public extern, prevăzute în standardele proprii de audit, elaborate în conformitate cu standardele de audit internaționale, general acceptate.

Conform prevederilor art. 32 alin. (2) din *Legea nr. 94/1992*, auditorii publici externi desemnați să auditeze conturile anuale de execuție bugetară întocmesc pentru fiecare misiune de audit un raport de audit financiar, în care prezintă constatările, concluziile și recomandările cu privire la obiectivul general avut în acțiunea de audit financiar.

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.

În efectuarea auditului, pentru exprimarea opiniei se determină **pragul de semnificație**, care este exprimat sub forma unei valori numerice, obținută prin **aplicarea unui procent cuprins între 0,5% și 2% la valoarea totală fie a cheltuielilor, a plăților, a veniturilor sau a activelor entității**, în funcție de specificul activității desfășurate de entitatea auditată. De asemenea, pragul de semnificație poate fi stabilit și în funcție de natură sau context, precum și de impactul pe care îl are asupra situațiilor financiare.

Prin aplicarea de proceduri și tehnici de audit se obțin probe de audit, care susțin constatările, precum și opinia de audit ce rezultă din totalizarea valorii erorilor și compararea acestei valori totale cu pragul de semnificație.

Tipurile de opinie care pot fi exprimate de auditorii publici externi în raportul de audit financiar sunt următoarele:

- a) **opinie nemodificată (fără rezerve);**
- b) **opinie modificată**, ce poate avea trei forme de exprimare:

b.1) opinie cu rezerve, care se poate exprima sub una dintre următoarele forme:

b.1.1) **opinie cu rezerve, cu paragraf de evidențiere a anumitor aspecte;**

b.1.2) **opinie cu rezerve, cu paragraf de limitare a sferei auditului;**

b.2) **opinie contrară;**

b.3) **imposibilitatea exprimării unei opinii.**

Opinia nemodificată (fără rezerve) se exprimă atunci când se constată atât pentru entitatea auditată, cât și pentru entitățile subordonate acesteia și verificate, dacă este cazul, următoarele:

a) situațiile financiare auditate au fost întocmite, din toate punctele de vedere semnificative, în conformitate cu cadrul general de raportare financiară aplicabil în România și oferă sub toate aspectele semnificative, o imagine fidelă și reală asupra operațiunilor economice ale entității;

b) 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 (inclusiv entitățile subordonate acesteia și 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;

c) toate informațiile de importanță semnificativă privind situațiile financiare sunt prezentate corect.

Opinia cu rezerve, cu paragraf de evidențiere a anumitor aspecte, se exprimă atunci când se concluzionează că:

a) probele de audit colectate sunt suficiente și adecvate, iar denaturările individuale sau cumulate sunt semnificative, dar nu cu efecte generalizate asupra situațiilor financiare ca întreg;

b) valoarea cumulată a erorilor/abaterilor de la legalitate și regularitate, extrapolate la nivelul întregii populații auditate, constatate atât la entitatea auditată, cât și la entitățile din subordine (inclusiv abaterile constatate în urma verificării perioadelor anterioare), se situează sub pragul de semnificație și au fost remediate operativ de către conducerea entității în timpul misiunii de audit.

Opinia cu rezerve, cu paragraf de limitare a sferei de aplicabilitate a auditului, se exprimă atunci când nu se pot obține probe de audit suficiente și adecvate pe care auditul să își fundamenteze opinia, dar raționamentul profesional îi conduce să întrevadă existența unor posibile abateri semnificative care însă nu au efecte generalizate asupra situațiilor financiare.

Opinia contrară se exprimă atunci când se constată la entitatea verificată (inclusiv la entitățile subordonate acesteia) că denaturările, individuale sau cumulate, sunt semnificative și generalizate și concluzionează că:

a) situațiile financiare nu au fost întocmite din toate punctele de vedere semnificative în conformitate cu cadrul general de raportare financiară aplicabil în România;

b) situațiile financiare nu prezintă o imagine reală și fidelă a poziției financiare, a performanței sau a modificării poziției financiare a entității;

c) denaturările sunt atât de semnificative și de generalizate, încât situațiile financiare, în ansamblul lor, nu sunt corecte inducând în eroare utilizatorii acestora;

d) modul de administrare a patrimoniului public și privat al statului și al unităților administrativ-teritoriale, precum și execuția bugetelor de venituri și cheltuieli:

d1) nu sunt în concordanță cu scopul, obiectivele și atribuțiile prevăzute în actele normative prin care a fost înființată entitatea;

d2) nu respectă principiile legalității și regularității, concluzie formulată în cazul în care **valoarea cumulată a erorilor/abaterilor de la legalitate și regularitate constatate** și extrapolate la nivelul populațiilor auditate **se situează peste pragul de semnificație**;

e) au fost constatate fapte pentru care există indicii că au fost săvârșite cu încălcarea legii penale.

Imposibilitatea exprimării unei opinii se declară în cazul în care auditul nu este în măsură să formuleze o opinie, întrucât nu s-au obținut probe de audit suficiente și adecvate care să o susțină.

În situația dată, pentru CNAS, **nivelul pragului de semnificație** stabilit de către echipa de audit care a efectuat misiunea de audit la nivel central a fost de 0,5% din volumul plăților efectuate de entitate în anul 2014, respectiv **62.641 mii lei**.

Urmare misiunii de audit financiar efectuată la nivelul CNAS, au rezultat abateri în sumă totală de **127.506 mii lei**, după cum urmează:

- abateri cu influență directă asupra datelor din contul de execuție supus auditării, respectiv anul 2014 (**3.167 mii lei**);

- abateri cu influență asupra soldurilor conturilor preluate și raportate în bilanțul contabil rezultate în urma verificărilor efectuate în anul 2014 (**124.339 mii lei**).

Din cele prezentate anterior rezultă că, suma totală a abaterilor care au stat la baza formulării opiniei de audit este de **127.506 mii lei** care a fost comparată cu pragul de semnificație stabilit în etapa de planificare a auditului, de **62.641 mii lei**, concluzionându-se că abaterile identificate depășesc nivelul pragului de semnificație stabilit.

De asemenea, la exprimarea opiniei de audit au fost avute în vedere și constatările de la nivelul ordonatorilor de credite terțiari (casele județene de asigurări de sănătate), precum și opiniile emise de către camerele de conturi teritoriale, ținând cont de faptul că ordonatorul principal are atribuții de coordonare, îndrumare, supraveghere și control al activității entităților subordonate.

Nivelul de încredere în sistemul de control intern stabilit după efectuarea testelor de control de către echipa de audit s-a situat la nivel mediu, oferind parțial siguranță că procedurile de control funcționează eficient în practică în toate compartimentele funcționale.

Având în vedere impactul abaterilor de la legalitate și regularitate, situațiile financiare în ansamblul lor, nu prezintă la 31 decembrie 2014 o imagine fidelă a performanței financiare a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a celorlalte informații referitoare la activitatea desfășurată în perioada auditată. În aceste condiții, echipa de audit a formulat **OPINIE CONTRARĂ** asupra situațiilor financiare întocmite și raportate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate la 31 decembrie 2014.

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 21 de decizii prin care s-au dispus un număr de 150 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 2012-2014;
Graficul nr.2: Evoluția numărului de asigurați înscriși pe listele medicilor de familie, în funcție de categoria acestora, în perioada 2012-2014
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 2012-2014
Graficul nr.5: Evoluția numărului de medici și a numărului de contracte încheiate de CAS, în perioada 2010-2014, cu furnizorii de servicii medicale
Graficul nr.6: 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 2012-2014
Graficul nr.7: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul <i>Sănătate</i> , în perioada 2012-2014
Graficul nr.8: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS, pentru capitolul <i>Asistență socială</i> , în perioada 2012-2014
Graficul nr.9: Evoluția creditelor bugetare și a plăților pentru principalele PNS
Graficul nr.10: Evoluția creditelor bugetare și a plăților PNS comparativ cu totalul plăților efectuate din FNUASS

LISTĂ TABELE

Tabelul nr.1: Situația fondurilor publice utilizate 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: Evoluția execuției bugetului FNUASS în perioada 2012 – 2014, precum și evoluția indicatorilor economico-financiari ai CNAS
Tabelul nr.4: Situația indicatorului „ <i>Venituri totale</i> ” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2014
Tabelul nr.5: Contul de execuție cheltuieli pe domenii de asistență medicală în perioada 2013-2014
Tabelul nr.6: Situația indicatorului „ <i>Cheltuieli totale</i> ” la casele județene de asigurări de sănătate care au realizat cele mai mari valori în anul 2014
Tabelul nr.7: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS pentru capitolul „Sănătate”
Tabelul nr.8: Execuția cheltuielilor bugetului FNUASS pentru capitolul „Asistență socială”
Tabelul nr.9: Situația finanțării PNS în perioada 2012 – 2014
Tabelul nr.10: Evoluția deficitului bugetului FNUASS

LISTĂ FIGURI

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

