

Către:

Ministerul Sănătății

Propuneri

privind principiile de constituire a proiectului noii legi a sănătății

Preambul

Principala problemă a sistemului sanitar o constituie deficitul financiar, adică lipsa fondurilor necesare pentru a trata în mod onorabil cetățenii. Având în vedere că suntem o țară săracă un anumit nivel al deficitului este firesc (asta înseamnă că ne permitem un nivel mai redus de servicii de sănătate decât o țară bogată). Problema o constituie însă faptul că există un deficit financiar și raportat la nivelul nostru de sărăcie, fapt evident atunci când comparăm cheltuielile pentru sănătate din România cu cele din alte state în procente din PIB. Altfel spus, printr-o decizie nu se știe de cine luată, România este cel mai puțin preocupată de sănătatea propriei populații din toată Uniunea Europeană. Situația actuală este următoarea: contribuțiile mai puține și colectate de la o mică parte a cetățenilor conduc la posibilitatea de a garanta foarte puține servicii medicale pentru toți, și de calitate scăzută, cetățenii suportând o mare parte din costuri direct din buzunar. Penuria de consumabile și medicamente (ce este dublată de o lipsă tot mai accentuată a personalului medical) are drept principală cauză deficitul de finanțare, restul cauzelor (spre exemplu deficiențele manageriale și cele legislative) fiind secundare raportat la amploarea problemei.

Sunt dispuși cetățenii să plătească mai mult? În ce condiții?

Dacă luăm în considerare estimarea privind volumul plăților informale (așa cum ne arată și Președinția/Guvernul în Nota de fundamentare) putem considera că o parte a cetățenilor ar fi dispusă să plătească mai mult pentru asigurările de sănătate pentru a beneficia de servicii mai bune. Problema acestui argument ar fi că mai întâi ar trebui să existe servicii mai bune pentru ca unii cetățeni să plătească mai mult (pentru o asigurare ce vizează tratamentul în România).

În același timp, personalul medical consideră că ar presta servicii mai bune dacă ar fi plătit mai bine și dacă sistemul ar fi finanțat mai bine. Problema, iarăși, o constituie faptul că trebuie mai întâi să vină mai mulți bani către sistem ca serviciile să fie mai bune.

Dacă avem însă în vedere în ceea ce privește plățile informale (șpaga, medicamentele și materialele pentru tratament) că acestea sunt prilejuate de împlinirea evenimentului pentru care cetățeanul ar trebui să se asigure mai mult în noul sistem, deci că românul plătește de fapt atunci când este înghesuit de soartă, nu putem miza prea mult pe această „piață neagră” a plăților pentru servicii medicale.

Întrebarea complementară: Este dispus să plătească mai mult pentru sănătatea propriilor cetățeni?

În toată această poveste despre creșterea costurilor nu sunt aduse în discuție și alte mecanisme de finanțare, inclusiv din partea statului în ceea ce privește susținerea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Să nu uităm că este o relație în care toate părțile sunt nemulțumite:

- cetățenii care nu au ajuns pacienți pentru că nu înțeleg pentru ce ar trebui să plătească mai mult (deoarece în final vor trebui să plătească mai mult dacă vor servicii medicale mai multe)
- pacienții că nu sunt tratați cum trebuie și că trebuie (deocamdată s-ar părea) să-și cumpere medicamentele și materialele sanitare și să dea bani personalului; deci oricum trebuie să plătească mai mult
- personalul sanitar că este prost plătit (chiar dacă ceilalți plătesc mai mult) și că ajunge să stea cu mâna întinsă.

Și atunci întrebarea poate fi reformulate în maniera următoare: Pot fi scoși mai mulți bani din această ecuație, sau trebuie să introducem alte necunoscute (surse de venit)?

Obiectiv: Finanțarea sănătății la cel puțin 6% din PIB anul acesta și 8 % din PIB în maxim 3 ani.

Având în vedere situația actuală a sistemului sanitar și starea de sănătate a populației, este necesară modificarea prevederilor legale care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate, astfel încât cheltuielile (oficiale) pentru sănătate să crească la cel puțin 6% din PIB anul acesta și 8 din PIB în maxim 3 ani.

Analiza de oportunitate:

Legea sănătății reprezintă un moment de cotitură în soarta statului social, fiind una din puținele oportunități pentru o dezbatere publică înainte de alunecarea în punctele de vedere, rachiunile și demagogiile politice și politicianiste specifice campaniei electorale. De fapt, în discuție este capacitatea societății civile de a se mobiliza pentru o dezbatere și a-și face public punctul de vedere, legea sănătății putând fi un simbol al apetitului pentru dezbatere publică și eficienței acestor forme de manifestare.

Având în vedere toate aceste elementele și problemele expuse mai jos înaintăm următoarele propuneri argumentate și expuse în contextual specific, care trebuie să facă parte din principiile ce vor sta la baza noii legi a sănătății:

Probleme	Propuneri	Argumente
----------	-----------	-----------

I. SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

A. Creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate

<p>Una din caracteristicile sistemului sanitar actual o reprezintă transferul inechitabil al efectelor crizei pe spinarea pacienților și a familiilor acestora. Reducerea acestei contribuții, mai ales că ea a fost mai mare pentru angajator, a condus la creșterea poverii financiare pentru pacienți, aceștia fiind obligați să suporte din buzunarele proprii sau să plătească cu sănătatea lor angajamentele de scăderea a fiscalității luate de Guvern față de mediul privat și instituțiile financiare mondiale. Efectul direct al reducerii contribuțiilor pentru sănătate l-a constituit creșterea cheltuielilor pe care pacienții sunt nevoiți să le facă în mod direct, aceștia fiind obligați să cumpere tot mai multe materiale și medicamente și să achite alte costuri.</p> <p>Credem că nu este indicată definirea pachetului de bază fără sporirea finanțării dimensiunii sociale a sistemului sanitar, creșterea contribuțiilor la sănătate fiind prima măsură ce trebuie luată în acest sens. Dincolo de declarațiile politice, stabilirea onestă a pachetului de bază de servicii medicale la actualul nivel de finanțare înseamnă excluderea unui număr important de servicii medicale esențiale, cu impact major asupra sănătății populației.</p>	<p>1.Creșterea contribuției pentru sănătate la 7% angajat și 7% angajator, 7% devenind procent de raportare și pentru restul veniturilor.</p>	<p>Creșterea contribuțiilor creează posibilitatea creșterii numărului serviciilor medicale garantate pentru toți (adică un nivel relativ ridicat al pachetului de bază), precum și creșterea calității, având și avantajul că pacienții nu trebuie să mai plătească direct din buzunar o parte din serviciile medicale.</p> <p>Un studiu realizat în statele occidentale arată că publicul preferă în proporție de 70% să contribuie mai mult decât să se reducă pachetul de beneficii. Situația pare a fi similară și în România dacă analizăm cazul plăților informale și estimăm nivelul acestora. Faptul că fiecare din noi suntem dispuși să plătim mai mult în momentul în care ajungem pacienți (sau cineva apropiat nouă este în această situați) pentru a suplimenta lipsurile sistemului indică o formă de grijă față de propria sănătate (chiar dacă uneori pe model pompieristic) și disponibilitatea (măcar teoretică) de a plăti pentru a ne asigura suplimentar (de fapt complementar).</p>
<p>Bugetul asigurărilor de sănătate se confruntă cu serioase probleme și în privința încasărilor la care este îndrituit: nu este cunoscut (public) totalul sumelor neîncasate până acum la bugetul asigurărilor sociale de sănătate prin neplată sau reeșalonări. Performanțele economiei, șomajul, munca la negru, neachitarea obligațiilor către fondul de asigurări de sănătate, toate acestea erodează baza de colectare a contribuțiilor.</p> <p>Dincolo de diferitele declarații mai curând politicianiste privind risipa din sistem rămâne un adevăr trist: prea puțini cetățeni</p>	<p>2.Creșterea gradului de colectare a contribuțiilor la fondul asigurărilor sociale de sănătate. Extinderea obligației de plată a asigurărilor sociale de sănătate și la categoriile de cetățeni care realizează venituri considerabile dar plătesc la un nivel minim sau deloc (se poate face și raportarea</p>	<p>Este necesară realizarea unei bune colectări precum și lărgirea bazei de impozitare pentru sistemul asigurărilor sociale de sănătate, astfel încât la fondul asigurărilor sociale de sănătate să fie vărsată o sumă prin contribuție personală (și de la angajator în cazul salariaților) sau din diversele bugete pentru fiecare cetățean. De altfel, trebuie remarcat că măsurile propuse în acest sens de proiectul de lege propus de comisia prezidențială acoperă aceste necesități, cu câteva modificări (spre în cazul copiilor care nu au niciunul din părinți asigurați pentru care este necesară</p>

<p>plătesc pentru sănătatea tuturor (așa cum este ea asigurată) iar statul nu vine să compenseze din alte surse acest deficit. Fondul de asigurări sociale de sănătate este construit într-o proporție covârșitoare din contribuțiile angajaților și ale angajatorilor. De aici trebuie să pornim pentru a identifica posibilitățile de suplimentare a resurselor.</p>	<p>la proprietate și nu la venituri)</p>	<p>plata din alte surse, copiii trebuind indiscutabil să beneficieze de asigurare indiferent de condiții).</p> <p>Putem gândi câteva variante :</p> <p>a. creșterea nivelului contribuțiilor (cea pe care am propus-o)</p> <p>b. creșterea numărului angajaților:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reducerea muncii la negru (estimată la cca 30%, însă fără date certe); nu depinde de noi, ea fiind încercată în mai multe rânduri, cel puțin la nivel declarativ. De altfel, chiar și într-o variantă ideală cred că ar fi insuficient; - creșterea numărului locurilor de muncă; o soluție care iarăși nu depinde de noi, ci de o strategie națională - creșterea nivelului salariilor. Asta este o soluție ce poate fi aplicată relativ rapid, cel puțin pe sistemul bugetar. Nimeni nu a calculat impactul pe care l-a avut reducerea salariilor bugetarilor asupra bugetului asigurărilor sociale de sănătate. Pe zona privată putem vorbi de necesitatea creșterii productivității dar și de nevoia unui alt tip de mentalitate pentru a crește salariile. c. creșterea „bazei de impozitare”, adică a celor care sunt obligați să plătească contribuții la bugetul asigurărilor sociale de sănătate, luând ca punct de reper nivelul veniturilor sau chiar al averii.
<p>Bugetul asigurărilor de sănătate se confruntă cu serioase probleme și în privința încasărilor: nu este cunoscut totalul sumelor neîncasate până acum la bugetul asigurărilor sociale de sănătate prin neplată sau reeșalonări (regiile autonome și alte întreprinderi din proprietatea statului par a fi frunțașe la neplata contribuțiilor la bugetul de stat).</p>	<p>3.Pentru toate categoriile de scuturi de la plata contribuției aceasta trebuie plătită în numele celor scutiți din diferitele fonduri, în special de la bugetul de stat</p>	<p>Performanțele economiei, șomajul, munca la negru, neachitarea obligațiilor către fondul de asigurări de sănătate, toate acestea erodează colectarea contribuțiilor, având ca efect direct reducerea cantității și calității serviciilor medicale acordate pacienților. În consecință, respectarea regulilor prin plata obligațiilor la bugetul asigurărilor sociale de sănătate constituie una din soluțiile ce trebuie aplicate pentru îmbunătățirea finanțării sistemului.</p>

<p>Funcționarea sistemului sanitar este afectată atât de migrarea personalului din sistem cât și de procesul de migrație existent la nivelul întregii țări.</p> <p>În România, din cauza situației create de migrație, există mari probleme determinate de scăderea numărului de cetățeni care plătesc contribuții către Sistemul de Asigurări Sociale de Sănătate. Cea mai mare parte dintre cetățenii români care lucrează în alte state sunt persoane aflate la vârsta activă de muncă, deseori angajate legal, caz în care plătesc contribuții la sistemele de asigurări sociale de sănătate ale statelor în care lucrează. Dar, în același timp, aceste persoane au membri ai familiei care trăiesc în România (o mare parte din ei sunt copii, bătrâni sau persoane care nu lucrează) și care beneficiază, fără plată, de serviciile Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate.</p> <p>Putem spune în acest caz că principiul solidarității este încălcat, cetățenii români care lucrează în alte state nefiind solidari nici măcar cu membrii propriei familii (nu din vina lor, ci mai curând din cauza lipsei de diligență a statului în fața acestui mecanism de sărăcire a bugetului Casei).</p> <p>La acest moment putem vorbi pe ansamblul UE de portabilitatea pensiei, dar nu avem un instrument similar pentru celelalte drepturi ce derivă din asigurările sociale.</p>	<p>4. Alte soluții de finanțare suplimentară a sistemului de asigurări sociale de sănătate: recuperarea pierderilor aduse de migrație.</p>	<p>Considerăm că avem nevoie de un proiect privind instituirea unui Sistem de Asigurări Sociale și Asigurări Sociale de Sănătate la nivelul întregii Europe. În felul acesta se poate contribui la asigurarea unui echilibru între dreptul cetățenilor de a se deplasa liber în interiorul UE și sustenabilitatea sistemelor de sănătate.</p> <p>Din această perspectivă două soluții sunt posibile</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constituirea la nivelul UE a unui sistem de asigurări sociale de sănătate centrat pe familie; în felul acesta o parte a contribuției plătită de membrul (sau membrii) familie care lucrează în alte state poate să fie orientată către locul în care se află ceilalți membri ai familiei (care sunt considerați asigurați, deși nu plătesc, și care beneficiază de servicii medicale). În acest context credem că ar trebui dată o definiție a familiei care să includă ideea că ea are la bază și principiul solidarității. (În actualul context politic modelul este destul de greu de implementat. Ideea unui sistem de sănătate unic la nivel de UE avansată de Președinte nu cred că este prizată în Occident). - Crearea unui mecanism de compensare între fondurile de asigurări sociale de sănătate din diversele state, care să asigure transferul unor cote din contribuția plătită de lucrătorii români (spre exemplu) în statul în care lucrează către fondul de asigurări sociale de sănătate din România în numele unei solidarități sociale restrânse, respectiv cu membrii propriei familii rămase în țară. <p>Aplicarea uneia din cele două soluții ar rezolva de fapt una din marile inechități aduse de migrație, în condițiile în care țările bogate atrag lucrători pentru a-și susține propriile sisteme sociale iar statele sărace</p>
--	---	--

		devin și mai sărace prin plecarea acestei mase de contribuitori și lăsarea în urma lor doar a beneficiarilor sistemelor sociale.
<p>Există numeroase disfuncționalități și în ceea ce privește administrarea banilor colectați pentru sănătate. Deseori banii plătiți de cetățeni pentru sănătate au fost folosiți în alte scopuri decât cele pentru care au fost colectați, guvernării acoperind diverse găuri bugetare prin intermediul așa numitului „buget consolidat”. Deficitele bugetare mici negociate cu FMI și Banca Mondială au fost posibile în bună măsură pe seama „împrumuturilor” din sănătate.</p> <p>S-a ajuns astfel în situația în care guvernării, începând cu anul 1999, se fac vinovați de săvârșirea infracțiunii de deturnare de fonduri și punerea în pericol a sănătății cetățenilor. Dincolo de guvernări trebuie să observăm atât complicitatea anumitor organizații chemate să intervină pentru buna funcționare a sistemului: partidele politice (cel puțin când erau în opoziție), instituții ale statului, confederațiile sindicale și patronale (acestea având reprezentanți în Consiliul de administrație al Casei Naționale de Asigurări Sociale de Sănătate și caselor județene), ONG-uri, asociația spitalelor etc., cât și indiferența cetățenilor (de observat că protestele s-au limitat la susținerea dr. Arafat și a sistemului de urgență, fără a fi vehiculate solicitări concrete legate de legea sănătății). Vina este una împărțită de multă lume, ajungându-se la un adevărat sistem de forțe situaționale cărora le-au căzut victime în primul rând pacienții și apoi salariații.</p>	<p>5. Scoaterea Fondului și Casei de asigurări sociale de sănătate din sfera de interese financiare a politicianilor</p>	
<p>B. Principiile de organizare a sistemului de asigurări sociale</p>		
<p>Suntem pentru menținerea principiului contributivității, însă într-o variantă a sa mai socială, care să permită acoperirea tuturor celor care nu se pot ajuta singuri în mod obiectiv (un exemplu stringent: copiii) și combinat (chiar dacă în doze diferite) cu principiul solidarității.</p> <p>Actualul sistem social de sănătate Românesc (înainte de implementarea unei noi legii) este bazat pe principiul</p>	<p>1. Menținerea și întărirea principiului contributivității precum și reșezarea acestuia pe baza mai echitabile.</p>	<p>Principiul contributivității presupune ca fiecare cetățean apt de muncă să plătească o sumă (de obicei proporțională cu veniturile realizate) pentru sănătatea sa și a membrilor familiei sale. Principiul contributivității dă seama de existența unei viziuni creștin-democrate sau social-democrate; în mod clar este diferite de viziunea socialistă care pre-</p>

contributivității, care însă în timp a fost viciat de numeroasele scutiri introduse, deseori în scop electoral. Majoritatea scutiilor sunt opera unei viziuni socialiste în principiu; la noi însă ele au vizat în special consolidarea unui bazin electoral format din persoane cărora le-au fost de multe ori conferite drepturi în dauna celor care contribuiau. Efectul l-a constituit mai curând faptul că s-au diluat sumele disponibile pentru sănătatea tuturor, adică toți au beneficiat de servicii mai proaste.

Suplimentar, până de curând principiul contributivității a constituit un motiv de a lua mai mulți bani de la cetățeni în numele sănătății, dar folosindu-i în alt scop. Autorul a fost statul. Atâta timp cât statul va strânge banii fără controlul unui terț (care-l constituie partenerii de dialog social) el va fi tentat să practice o astfel de deturnare de fonduri (și nu avem încă nici un ministru pedepsit pentru asta).

Ca acest principiu să fie operațional și pe zona de afectare a acestor sume este necesară crearea unui circuit autonom de colectare a banilor din contribuțiile asiguraților. Și în mod clar gestionarul trebuie să fie altul decât statul, care înseamnă, din păcate, de fapt partidul/partidele politice aflate la putere

supune responsabilitatea statului (și un anume gen de indiferență din partea cetățenilor) pentru sănătatea cetățenilor săi. În varianta absenței principiului contributivității sumele necesare plății serviciilor necesare sănătății cetățenilor sunt asigurate de la bugetul de stat (un exemplu parțial în acest sens îl poate constitui Spania)

Considerăm că toate scutiile de la contribuții trebuie compensate de cel care le decide (statul) de la bugetul de stat cu sume compensatorii. Ceea ce ar trebui să conducă la două tipuri de contribuții: ale cetățenilor (asiguraților) și ale statului pentru anumite categorii de cetățeni scutiți de la plata contribuției.

Principiul contributivității are câteva avantaje:

- permite într-o bună măsură responsabilizarea cetățenilor pentru propria sănătate (cel puțin în ceea ce privește grija de-a fi asigurat);
- identifică în mod clar sursele de finanțare ale sistemului, permițând acțiuni pentru îmbunătățirea finanțării;
- permite constituirea **bugetelor afectate** (banii colectați pentru sănătate să fie cheltuiți în acest scop), într-o țară în care deturnarea banilor pentru Sănătate constituie regula;
- generează un grad ridicat de autonomie a finanțării sănătății față de schimbările și deciziile politice (motiv pentru care eliminarea lui ar necesita o cale specială; spre exemplu prin referendum);
- permite implicarea principalilor contributory la bugetul sănătății (**angajatorii**, prin intermediul organizațiilor patronale, și **angajații** - prin intermediul sindicatelor) în gestionarea fondurilor îndepăr-

		tând banii de principala sursă a corupției – politica etc.
<p>Partea slabă a principiului solidarității la ora actuală o constituie faptul că pe lângă solidaritatea, firească pentru închegarea unei societăți, între cei avantajați (natural sau social) și cei dezavantajați, acest principiu instituie și solidaritatea între cei care muncesc și cei care aleg să nu muncească (nu cei care nu au unde să muncească, independent de voința lor), între cei care contribuie la bugetul asigurărilor sociale de sănătate și au grijă de sănătatea lor și cei care contribuie (ba și cu cei care nu contribuie) și își tratează cu indiferență propria sănătate (fiind locuri de întâlnire a tuturor viciilor) ajungând să consume resurse etc.</p> <p>De aceea, instituirea principiului solidarității trebuie să fie însoțită de o serie de reguli care să prevină abuzul raportat la acest principiu.</p>	<p>2. Menținerea principiului solidarității într-o formă echitabilă</p>	<p>Solidaritatea socială se realizează între: sănătoși și bolnavi; persoanele în vârstă și cele active; bogați și săraci; cei ce nu au copii și cei care și-au asumat sarcina să crească și să educe generațiile următoare; cei angajați și cei aflați în șomaj; persoanele singure și cele cu familii care au mai mulți membri ș.a.m.d.</p>
<p>La ora actuala avem trei tipuri de asigurați:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asigurați cu plata contribuție - Asigurați fără plata contribuției - Asigurați cu plata contribuției din alte surse 	<p>3. Menținerea principiului obligativității asigurării la sistemul asigurărilor sociale de sănătate</p>	<p>Considerăm că cetățeanul trebuie obligat la a se asigura pentru pachetul de bază de servicii medicale (dacă nu pentru el atunci pentru membrii de familie). Încă nu avem instituită pe deplin o mentalitate favorabilă grijii față de propria sănătate, motiv pentru care obligativitatea este în continuarea eficientă.</p> <p>Este necesar ca principiul obligativității să fie extins, astfel încât să rămână doar două categorii de asigurați la fondul public (social) de sănătate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asigurați cu plata directă a contribuției - Asigurați cu plata contribuției din alte surse.
<p>C. Pachetul de bază de servicii medicale</p>		
<p>Modelul asigurări sociale + asigurări complementare operează cu presupuziția responsabilității cetățenilor pentru propria sănătate (sau a posibilității de a-i responsabiliza).</p> <p>O problemă o constituie faptul că șansele ca ea să fie operantă sunt relativ limitate pe actuala mentalitate a poporului și, mai ales, la actualul nivel de dezvoltare economică a țării.</p>	<p>Definirea pachetului de servicii medicale de bază în funcție de costurile reale ale serviciilor medicale și la nivelul pe care îl permite banii</p>	<p>Stabilirea pachetului de bază de servicii medicale este posibilă abia după:</p> <p>1. Stabilirea surselor de finanțare ale bugetului asigurărilor sociale de sănătate; evident, se va face din contribuții, dar trebuie stabilită întinderea obligației de plată a contribuției la acest buget precum și nive-</p>

Se naște astfel o întrebare: **În situația în care o familie trăiește dintr-un singur salariu minim care nu este suficient nici pentru hrană, se mai pune problema responsabilității?**

Astfel de cazuri sunt numeroase, responsabilitatea cetățeanului pentru propria sănătate fiind pusă într-o situație paradoxală:

- dacă cetățeanul plătește asigurarea complementară pentru a-și asigura eventualele servicii medicale de care este posibil să aibă nevoie (dar există și probabilitatea de a nu avea nevoie) își periclitează sănătatea prin neasigurarea nevoilor de bază (alimentare, de confort termic etc.);

- dacă își asigură nevoile de bază, având în felul acest grija de starea actuală a organismului și neputând din această cauză să economisească, atunci își periclitează îngrijirile de sănătate de care este posibil să aibă nevoie.

Este motivul pentru care strategia de acțiune în zona pachetului de bază este definitorie pentru sănătatea populației.

Principalul element ce trebuie luat în considerare în ceea ce privește pachetul de bază de servicii medicale este că cu cât nivelul de finanțare la sistemului de asigurări sociale de sănătate este mai mic cu atât serviciile neacoperite vor fi mai multe. Altfel spus, la nivelul actual de finanțare al sistemului de asigurări sociale de sănătate dacă se introduce plata furnizorilor de servicii medicale la nivelul costurilor de piață ale acestora, am fi siguri uimiți și speriați de cât de puține servicii ne-ar putea fi acordate în mod concret (luând în considerare media cazurilor din ultimii 5 ani ca bază de calcul) dacă stabilim un standard minim de calitate.

De observat că cu cât avem pretenția la standarde mai mari de tratament (fie și numai dacă vorbim de îmbunătățirea condițiilor de cazare) cu atât numărul și tipul serviciilor medicale din pachetul de bază vor fi mai reduse. Altfel spus, la ora actuală sistemul reușește să creeze iluzia unei acoperiri totale și prin standardul foarte redus al calității serviciilor medicale prestate.

colectați în sistemul social de asigurări de sănătate

lul contribuției (spre exemplu, nu cred că trebuie să ne raportăm musai la actualul nivel al contribuției angajator-angajat, putând lua în calcul și posibilitatea revenirii la nivelul existent în urmă cu cca. 3 ani);

2. Estimarea bugetului anual al fondului, pentru a identifica sumele disponibile;

3. Estimarea nivelului de servicii medicale ce vor fi acordate într-un an de zile. Aici putem merge pe modelul pe care casa îl aplică cu spitalele (estimarea serviciilor pe ultimii 5 ani) care însă trebuie completat cu o serie de variabile care să țină cont cel puțin de următoarele elemente (doar cu caracter de exemplu): un factor de ponderare care să elimine din ecuație internările care nu erau necesare (un model matematic ar putea fi construit cu ajutorul Scolii Naționale de Management, care are o viziune mai clară asupra sistemului DRG și ceea ce ascunde el), eliminarea acelor internări care *ab initio* nu ar fi necesare (cazurile ce nu necesită internare), eliminarea dublelor raportări (ex. spitalelor tampon, care fac de fapt doar servicii de triere) etc.

4. Estimarea costurilor fiecărui tip de intervenție/tratament la nivelul costurilor de piață pentru fiecare din resursele utilizate: medicamente, materiale sanitare, cheltuieli de personal, cheltuieli administrative etc.

<p>Acest nivel extrem de redus al standardelor constituie unul din motivele pentru care la ora actuală nu pot fi implementate protocoalele și ghidurile de practică, deoarece există riscul ca ele să indice de fapt proceduri pentru care nu sunt bani (sau, mai trist și inechitabil, se găsesc bani doar pentru unii pacienți).</p>		
<p>D. Eliminarea inechităților și disfuncționalităților din sistemul asigurărilor sociale de sănătate</p>		
<p>Este necesară eliminarea a cât mai multe din inechitățile sistemului de asigurări sociale de sănătate, un sistem centrat pe contribuțiile angajatorilor și angajaților, atât în sensul creșterii categoriilor de cetățeni obligați să plătească contribuția cât și în sensul reducerii impunerilor excesive.</p>	<p>1. Reducerea inechităților la plata asigurărilor sociale de sănătate</p>	<p>Spre exemplu, este necesară reducerea progresivă a contribuției la sănătate a persoanelor care realizează mai multe venituri din salarii, eliminând astfel împovărarea suplimentară a celor care aleg să muncească mai mult. Prin această măsură ar crește gradul de echitate al asigurărilor sociale de sănătate, eliminând parte din abuzurile făcute pe baza principiului solidarității.</p> <p>Obligația de a plăti asigurările sociale de sănătate pentru toți cei care au venituri, indiferent de tipul veniturilor, constituie una din propunerile bune din vechiul proiect de lege, ea punând în situație de egalitate toți cetățenii, indiferent de sursa veniturilor. Până în acest moment sistemul de asigurări sociale de sănătate se sprijină pe angajați și angajatori, restul veniturilor (în special cele realizate din afaceri) nefiind supuse în mod corespunzător obligației la contribuții. Altfel spus, un salariat care are mai multe joburi plătește de la toate asigurări sociale de sănătate, proporțional cu veniturile realizate, în timp ce în cazul omului de afaceri nu există o astfel de obligație de a plăti proporțional cu veniturile realizate.</p>
<p>O analiză a sistemului pentru ultimii 10 ani de conduce la concluzia că asistăm la creșterea inegalităților în sănătate datorită următorilor factori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cetățenii nu-și pot permite în mod egal să suporte cheltuielile informale pe care le presupune calitatea de pacient, respectiv cheltuielile pentru medicamente, pentru materiale sanitare și plățile informale; 	<p>2. Reducerea inegalităților de care este caracterizat sistemul de sănătate</p>	

<ul style="list-style-type: none"> - distribuția resurselor cunoaște mari disparități geografice; - alocarea resurselor către diferite unități sanitare este cvasi-aleatorie, predominând criteriile politice, capacitatea de „a se descurca” cu sistemul DRG, numărul de specialiști existent în diferite unitățile sanitare (determinat și de impactul variat pe care-l au nepotismul și clienterismul în lumea medicală), alocarea resurselor pentru investiții, priceperea managerilor, gradul de implicare a comunităților locale, nivelul de dezvoltare a serviciilor medicale private și gradul în care ele parazitează sistemul public de sănătate; - alocarea sincopală a resurselor financiare către unitățile sanitare; - gradul de risipă a resurselor existente determinat de incompetență sau de interes (a se vedea și ceea ce se întâmplă la nivelul achizițiilor publice efectuate în spitale); - gradul de suprautilizare a serviciilor medicale determinat de cererea indusă de servicii medicale - perturbările induse de plățile informale din sistem care constituie uneori și un criteriu de alocare a resurselor. 		
<p>Modalitatea actuală de finanțare, bazată pe sistemul DRG, și managementul sistemului sanitar au condus totodată la creșterea numărului de internări datorită:</p> <ul style="list-style-type: none"> • creșterea cererii induse pentru serviciile spitalicești, • trimiteri ineficiente și tratarea afecțiunilor cronice în spitale pentru acuți, • neîncrederea pacienților în calitatea îngrijirilor ambulatorii, • eficiență scăzută a asistenței primare, • supraveghere și reglementare necorespunzătoare din partea autorităților 	<p>3. Revizuirea sistemului DRG pe trei direcții principale:</p> <p>a. Adaptarea costurilor tratamentelor și procedurilor medicale la costurile de piață (reale, nu la cele „discret” umflate de diferenții furnizori).</p> <p>b. Introducerea mecanismelor de control care să elimine procedurile de „optimizare” practicate de unii furnizori de servicii medicale, care șuntează astfel mecanismele concurențiale de piață punând în dificultate „nativi” care raportează corect.</p> <p>c. Crearea unei categorii de profesioniști în domeniu care</p>	

	să-și desfășoare activitatea în unitățile sanitare, asigurând astfel aplicarea uniformă a procesului de raportare.	
Continuarea procesului de elaborare a ghidurilor clinice, protocoalelor terapeutice și elaborarea traseelor clinice constituie o măsură bună, necesară, care nu este însă abordată la modul cel mai potrivit, deoarece nu finanțarea acestei activități este principala problemă, ci acordul specialiștilor pe teme specifice acestor mecanisme de diagnostic și tratament. Indicarea insuficienței sau chiar absenței acestor mecanisme de către Ministerul Sănătății echivalează cu invocarea propriei turpitudini, deoarece este evidentă și o incapacitate instituțională în formă continuată a Ministerului Sănătății de a coordona și impune stabilirea acestor mecanisme la termen fixe, având în vedere că organismele care trebuie să se ocupe de aceste activități sunt fie în subordinea sa directă (comisiile de specialitate) fie sub controlul său instituțional (organismele profesionale). Într-o formă voit simplificată, am putea spune că este vorba doar de a traduce în limba română ceea ce au făcut alții deja și de a adapta la patologia specifică poporului român și mai ales la posibilitățile financiare ale acestui popor.	4. Continuarea procesului de elaborare a ghidurilor clinice, protocoalelor terapeutice și elaborarea traseelor clinice	
E. Pachetul minim de servicii medicale		
La ora actuală se abuzează de principiul solidarității, costul serviciilor medicale ce intră în pachetul minim fiind asigurat de la bugetul Casei. Ceea ce înseamnă că tratamentul celor neasigurați este acordat din banii plătiți de cei care contribuie la fondul asigurărilor sociale de sănătate, diluându-le resursele; adică tratamentul cazurilor sociale este făcut cumva în dauna celor asigurați. Mai trist decât atât, unii pacienți neasigurați intră ca urgențe (uneori sunt definiți forțat ca urgențe) și sunt tratați în continuare ca urgențe până la vindecare (fie prin compasiunea celor care-i tratează, fie prin cointeresarea financiară a acestora), consumând și mai mult din resursele celor asigurați.	Menținerea pachetului minim de servicii medicale și finanțarea lui de la bugetul de stat și din alte surse.	Pachetul minim de servicii medicale constituie acele servicii medicale acordate pacienților care nu sunt asigurați în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În principiu este vorba de tratamentul de urgență și de tratamentele acordate în cadrul unor programe. Pacienții neasigurați nu pot fi lăsați fără sprijin, trebuind tratați la nivelul pachetului minim. Suntem un stat social într-o Europă socială și trebuie să ne îngrijim de acest aspect. De altfel, el dă seama și de umanitate unui sistem sanitar și al unei nații. Singura problemă este că ar trebui suportate costurile acestor

<p>De altfel, și societatea a dovedit multă vreme o neînțelegere gravă a problemelor, ce figura deseori sub formula: <i>pacientul a fost aruncat în stradă</i>. Ne amintim numeroasele cazuri de presă în acest sens. Toate aceste manifestări au constituit o presiune constantă asupra spitalelor și medicilor curanți de a nu aplica prevederile legale și contractuale (avem în vedere aici în special la Contractul cadru și normele la acesta) deoarece erau considerați culpabili. În joc a fost întotdeauna o incapacitate a statului de a rezolva cazurile sociale (chiar și în timpul unor guvernări pretinse de stânga) și duplicitatea guvernărilor care au forțat continuu sistemul sanitar de a rezolva astfel de cazuri sociale în dauna contribuitorilor la sistemul asigurărilor sociale de sănătate (să ne amintim că orice ban cheltuit în plus, adică pentru persoane neasigurate sau pentru cheltuieli sociale, înseamnă de fapt servicii mai puține pentru pacienții asigurați).</p>		<p>tratamente din bugetul statului (un buget social - cum ar fi bugetul asigurărilor sociale).</p> <p>Costul acestor îngrijiri ar trebui suportat de la bugetul de stat atât ca făcând parte din programul social cât și, mai ales, datorită impactului asupra sănătății publice pe care-l are pachetul minim de servicii medicale (unele din ele fiind chiar obligatorii; ex. Unele tipuri de vaccinări, tratamentul pentru anumite afecțiuni etc.)</p>
<p>II. CREȘTEREA CUANTUMULUI FINANȚĂRII PRIVATE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE</p>		
<p>Definirea pachetului de bază, care pare a fi cerută de toată lumea, dar care are riscurile ei (politice) va lăsa neacoperite (neplătite; neasigurate) o serie de servicii medicale.</p> <p>Pentru acoperirea acestor servicii la asigurarea de bază, obligatorie, se adaugă o asigurare, sau asigurări suplimentare (complementare) care trebuie să vină în completarea pachetului de bază. Altfel spus, cetățenii care doresc să se asigure pentru diferența rămasă neacoperită de sistemul public de asigurare (asigurările sociale de sănătate) vor trebui să se asigure suplimentar.</p> <p>Evident, acoperirea acestor costuri suplimentare (suplimentarea pachetului de bază) poate fi făcută și din buzunar (există câteva state din Europa care practică acest sistem). Motiv pentru care în cazul serviciilor care nu intră în asigurarea de bază poate fi folosită și coplata, returnată ulterior (sau nu, dacă</p>	<p>1. Introducerea asigurărilor complementare de sănătate (complementare la asigurările sociale de sănătate, deci la pachetul de bază de servicii medicale asigurat prin sistemul social).</p>	<p>Introducerea asigurărilor private de sănătate (și nu privatizarea sistemului de asigurări de sănătate) trebuie să însemne un aport financiar suplimentar prin colectarea disponibilităților bănești de pe piață.</p> <p>Zona privată a asigurărilor de sănătate ar trebui să contribuie la creșterea nivelului de finanțare a sistemului sanitar, ținta fiind ca totalul cheltuielilor (cca. 3% din PIB asigurările sociale de sănătate + cca. 1% aportul statului + diferența de cca 2% generată de asigurările private de sănătate) să ajungă la 8% din PIB în următorii 3 ani.</p> <p>Asigurarea complementară ar putea să acopere, în principiu, diferența de cca. 30 % din ansamblul cheltuielilor pentru sănătate (estimat la un buget al asigurărilor sociale de sănătate de cca. 5% din PIB).</p> <p>În acest caz este respectată și libertatea opțiunilor (conform modelului american), dar aceasta este limi-</p>

cetățeanul nu este asigurat complementar) asigurarea complementară. Credem însă că sistemul plății din buzunar și rambursată ulterior din asiguratorul complementar trebuie să constituie o excepție din mai multe motive: cetățenii pot să nu aibă la dispoziție numerarul necesar, cineva specializat trebuie să valideze serviciile furnizate înainte de a fi plătite (altfel cetățeanul riscă să plătească din buzunar și să nu primească banii înapoi de la asigurator deoarece acesta din urmă consideră că unele servicii nu au fost necesare) etc.

tată la asigurarea complementară. Coplata (ce poate fi acoperită prin asigurările complementare sau nu, dacă cetățeanul nu este asigurat) are rolul responsabilizării consumatorului, fiind necesare măsuri de conștientizare a costurilor la consumatori.

Pentru asigurările complementare nivelul contribuției va fi dependent și de factorii de risc individuali, societățile private de asigurări practicând în general o primă de asigurare ajustată la risc. Casele de asigurări de sănătate care încheie asigurările complementare este de preferat să aibă statutul de non-profit, aceasta fiind o variantă de reducere a contribuțiilor (prin eliminarea profitului).

Pentru contribuțiile la asigurările complementare de sănătate polițele pot fi cumpărate de către angajator, ca polițe de grup, sau individual. Angajatorul poate contribui parțial sau în totalitate la plata asigurării complementare, parte din contribuție scăzându-se din impozitul datorat. De observat că proiectul de lege anterior lua în considerare limitarea deductibilității acestor sume la 300 euro anual, sumă pe care-o consider mult prea mică pentru stimularea acestui tip de investiție în sănătatea proprie.

Suplimentar, pentru a sprijini aspectul social, pentru cei săraci pot fi acordate subvenții din diferite fonduri pentru primele de asigurare la asigurarea complementară.

Și în cazul asigurărilor suplimentare poate fi practică echilibrarea riscurilor financiare între diferitele scheme de asigurări și asigurarea echității distribuției fondurilor conform nevoilor populației asigurate.

		<p>Faptul că sistemul sanitar în ansamblu său, deci atât pe zona furnizorilor de servicii medicale cât și pe cea a asigurărilor de sănătate, trebuie să fie compus atât din mediul public (statul fiind responsabil pentru asigurarea unui nivel minim pe zona serviciilor de sănătate) cât și din cel privat, constituie un alt mod de a gândi rezolvarea problemelor sistemului sanitar.</p> <p>Acest sistem mixt are câteva avantaje esențiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - are la bază o abordare onestă a costurilor îngrijirilor medicale, pornind de la recunoașterea deficitului actual de finanțare - asigură finanțarea concretă a serviciilor medicale, mobilizând sume suplimentare de pe piață - combină dimensiunea socială cu responsabilizarea cetățeanului pentru propria sănătate - introduce în piață un segment privat suficient de consistent pentru a impulsiona creșterea calității serviciilor medicale.
<p>III. UNITĂȚILE SANITARE</p>		
<p>Principalele deficiențe pe care le constatăm la momentul actual sunt</p> <ul style="list-style-type: none"> - deficiențele de management, survenite datorită lipsei unei clase de profesioniști în domeniu (aflată în curs de formare), absenței unui proces riguros de selecție și, mai ales, datorită numirii managerilor pe criterii politice și nu pe criterii de performanță (evident, există și excepții notabile de la această situație); - lipsa de sprijin a managerilor din partea autorităților în gestionarea situațiilor dificile - prevederi abuzive existente în Contractul cadru de finanțare din bugetul asigurărilor sociale de sănătate și în normele la Contractul cadru 	<p>1. Creșterea gradului de autonomie a spitalelor publice (inclusiv față de politic) prin scoaterea lor din regimul bugetar în condițiile în care ele sunt finanțate pe baza serviciilor medicale prestate.</p>	

<p>- lipsa autonomiei spitalelor, situație care limitează libertatea de mișcare a managerilor și eficiența acestora</p> <p>- ingerințele politice în managementul unităților sanitare</p>		
<p>Incompetența managerială, întreținută în bună măsură de mecanismele politice, contribuie și ea uneori la accentuarea deficitelor financiare. Chiar și dese cazuri de manageri competenți nu pot avea rezultate nemaipomenite în condițiile în care dirijarea pușinilor bani existenți suferă numeroase contorsiuni politice.</p>	<p>2. Depolitizarea spitalelor și introducerea unui management performant. Poate fi luată în considerare și introducerea managementului privat .</p>	<p>Și în cazul spitalelor publice trebuie schimbat managementul: prima opțiune este pentru depolitizarea conducerii unităților sanitare publice și a doua este pentru privatizare managementului acestor unități (cu condiția să nu asistăm și aici la intervenția unor grupuri de interese politice pornite pe îmbogățire rapidă, în dauna investițiilor pe termen lung).</p> <p>O soluție pentru managementul unor spitale o constituie și o administrare colectivă, realizată de către reprezentanți ai partenerilor de dialog social (care și ei este musai să se reformeze în sensul centrării pe competențe manageriale) și comunitățile locale.</p>
<p>Costurile reale ale serviciilor prestate de către spitale nu sunt cunoscute, iar costurile medii naționale sunt subevaluate. Cu precizarea că sunt mai mulți factori care influențează aceste costuri, unii din ei conducând la ivirea unor costuri exagerate. Ex.: achiziții făcute „cu interes”, oferte cu prețuri foarte mari deoarece ofertanții își iau o marjă de risc mare știind că vor recupera greu banii de la unitățile sanitare, incompetență managerială, lipsa protocoalelor de practică medicală ce are drept consecință tratamente haotice, deseori cu costuri mult mai mari decât media etc.</p> <p>Casele județene de asigurări de sănătate impun furnizorilor de servicii medicale încheierea contractului fără ca „negocierea” să aibă o bază economică reală, împingând spitalele într-o continuă criză financiară. La rândul lor spitalele, aplicând dictonul ”Stăpânul zgârcit învață sluga hoț!” lucrează la raportări sau la internări pentru a obține pe această cale cât mai mulți bani. Dacă managerii sunt bine plasați politic încearcă suplimentarea sumelor obținute de la casă sau cel puțin obțin plata la timp. Optimizarea raportărilor pe sistem DRG constituie una</p>	<p>3. Finanțarea spitalelor la costurile de piață ale medicamentelor, materialelor sanitare și forței de muncă</p>	<p>Trebuie stabilite costurile reale ale serviciilor medicale iar unitățile sanitare trebuie finanțate la nivelul acestor costuri; acolo unde sunt depășite în mod justificat costurile se impune finanțarea de la bugetul statului. Altfel spus, este necesară stabilirea costurilor reale ale serviciilor medicale prestate în mod efectiv, pornindu-se de la identificarea elementelor de cost. Însă asta înseamnă și mai multă rigoare din partea spitalelor (fie ele publice sau private), care să aplice protocoalele de practică medicală și să concureze onest pe piață solicitând bani la nivelul unor servicii medicale reale și necesare populației.</p>

din soluțiile curente a calității serviciilor prestate(reală sau fictivă), deci de creștere a costurilor		
În lipsa unui sistem eficient de protecție socială deseori spitalele au fost folosite pentru a asigura sprijin diverselor categorii sociale defavorizate, fiind frecvente situațiile în care pacienții fără cămin stau pe timpul iernii în spitale deoarece nu au unde să fie trimiși.	4. Spitalele trebuie să devină exclusiv furnizori de servicii medicale	Acoperirea funcțiilor sociale ale sistemului trebuie realizată prin intermediul subsidiilor guvernamentale și prin instituții specifice, nu cu ajutorul spitalelor și pe baza banilor colectați de la cetățeni pentru sănătate.
<p>Există o teamă public de privatizarea unei anumite dimensiuni a sectorului sanitar, motivată în parte de întrebarea: <i>Care experiență privată, pe zona serviciilor publice, a dat rezultate bune?</i></p> <p>În acest context, avem nevoie de câteva exemple de reușită a mediului privat pe zona sistemului sanitar. Exemplele trebuie să vizeze ambele situații avute în vedere de lege: spitale privatizate și asigurări medicale.</p> <p>Abia pornind de la astfel de studii de caz putem să avem o idee despre spectrul posibilului în ceea ce privește o reformă bazată pe privatizarea radicală a sistemului.</p>	<p>5. Putem fi de acord cu privatizarea unora din spitale însă cu următoarele condiții:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conservarea unei linii de spitale publice, cu rol strategic (ex. spitalele județene, unele spitale de mono-specialitate); - privatizarea să se facă predominant non-profit, la procesul de privatizare putând participa și angajații; - privatizarea să se facă cu respectarea atât a intereselor pacienților (distribuție regională, admisibilitate etc.) cât și al salariaților (grila de salarizare să aibă caracter minim, respectarea normativelor de personal etc.) 	<p>Privatizarea unora din unitățile sanitare constituie o soluție pentru creșterea calității și cantității serviciilor medicale prestate către populație. Teama noastră actuală vine mai curând în ceea ce privește pseudo-privatizarea unităților sanitare (după modelul altor privatizări caracteristice României).</p> <p>A refuza privatizarea unora din unitățile sanitare publice înseamnă a rata o șansă pentru mai bine pacienților.</p> <p>În același timp, a privatiza toate spitalele constituie de asemenea o greșală. Avem nevoie de o linie de spitale publice răspândite la nivel național care să seama de o viziune strategică asupra sănătății populației și aspectelor sociale ce trebuie rezolvate.</p> <p>A vorbi însă de un raport procentual exact între public și privat este prematur, constituind o modalitate de abordare greșită. Strategia privatizării, deci și stabilirea unor eventuale procente, trebuie să pornească de la o definire a posibilităților concrete de servicii medicale ce pot să fie acordate (din cele care trebuie să fie furnizate) și de la clarificarea modalităților în care va fi rezolvată finanțarea și rezolvarea situațiilor sociale.</p> <p>Un spital poate deveni o fundație, în conducerea acesteia intrând atât reprezentanții salariaților cât și cei ai comunității locale.</p>

		<p>Altfel spus, trebuie să gândim modelul privatizării unora din unitățile sanitare (în nici un caz nu trebuie privatizate toate unitățile sanitare) predominant pe model mutual, adică non-profit.</p> <p>Acest tip de soluție are câteva avantaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - permite o mai mare flexibilitate managerială, deoarece ele ies parțial de sub controlul administrativ mult prea rigid (și ar putea ieși inclusiv de sub control politic); - permite o flexibilizare a sistemului de salarizare (să ne amintim că proiectul prezidențial avea în vedere această posibilitate, cu stabilirea grilei publice ca nivel minim de salarizare) și de sperat că o orientare a acestuia pe criterii de competență. <p>Evident, sistemul prezintă și riscuri, principala problemă ținând de lipsa apetitului (și talentului) românilor pentru formele de gestionare colectivă. Pot fi oferite însă și exemple de reușită în acest sens.</p>
<p>Cele mai expuse unor privatizări falimentare vor fi spitalele pavilionare situate în zone strategice (pentru dezvoltatorii imobiliari). Acesta sunt foarte râvnite în ultimii 10 ani nu pentru serviciile medicale pe care le pot sau le-ar putea asigura, ci pentru clădiri și terenuri (unul din argumentele informale ale descenderizării unităților sanitare).</p>	<p>6. Diminuarea riscurilor privatizărilor falimentare.</p>	
<p>IV. SALARIAȚII DIN SĂNĂTATE</p>		
<p>În condițiile în care deficitul de personal este din ce în ce mai acut, fiind determinat de nivelul foarte scăzut de salarizare, unul din obiectivele noii legi trebuie să-l constituie îmbunătățirea salarizării personalului.</p>	<p>1. Scoaterea unităților sanitare care au contract cu Casele de asigurări din categoria unităților bugetare și salarizarea personalului în funcție de competență, performanță și la nivele</p>	

	comparabile pe piața muncii din UE	
	2. Privatizarea unora din unitățile sanitare trebui să aibă ca efect salarizare în funcție de competență și la nivelul muncii prestate. În unitățile sanitare privatizate grila de salarizare a personalului din sectorul public trebuie să aibă caracter de salariu minim pe profesii, grade și trepte corespunzătoare.	Pentru garantarea acestei situații (prevăzută de altfel și în proiectul de lege inițial) Ministerul Sănătății trebuie să fie abilitat prin lege să semneze Contractul colectiv de muncă la nivel de sector sanitar, care să conțină și grilele minime de salarizare pentru sectorul privat.
La ora actuală sistemul este dominat de efectele nefaste ale legii unice de salarizare, aceasta eliminând orice distincție între salariați, indiferent de performanțele lor profesionale, și, mai ales, așezând profesioniștii din sănătate la un nivel foarte jos de salarizare raportat la alte categorii socio-profesionale.	3. Sistemul de salarizare atât în mediul public cât și în cel privat trebuie să fie așezat pe criterii de performanță și caracterizat de echitate atât între diferitele categorii de salariați din sistem cât și raportat la nivelul de salarizare din alte sisteme.	Principala resursă a sistemului de sănătate o constituie profesioniștii, aceștia putând fi menținuți doar prin criterii de stimulare echitabile raportat la calitatea muncii și performanțele profesionale. Suntem de părere că reșezarea modului de salarizare a angajaților din sănătate, independent de legea unică de salarizare și în mod echitabil va avea ca efect reducerea semnificativă a plăților informale.
V. MEDICINA PRIMARĂ		
Încărcarea spitalelor datorită nivelului foarte redus de intervenție, eficiență și rezolvare a cazurilor existente în medicina primară contribuie la situația actuală a sistemului sanitar.	Creșterea gradului de adresabilitate și a nivelului de rezolvare a cazurilor de către medicina primară	Creșterea sumelor alocate pentru medicina primară trebuie să fie corelativă creșterii cantității și calității serviciilor medicale alocate astfel încât medicina primară să preia o mare parte din cazurile care încarcă inutil unitățile sanitare. Or, acest lucru nu este posibil decât prin îmbunătățirea capacității de diagnostic a cabinetelor de medicină primară, prin crearea unor centre de diagnostic și tratament care să pună aceste cabinete în rețea și să le ofere suport de specialitate, prin prinderea în această rețea a cabinetelor de spe-

		<p>cialitate (marea majoritate aflate în regim privat) recurgând la rentabilizarea contractelor acestora cu Casa, prin regândirea interfeței dintre medicina primară și spitale, respectiv rețeaua de ambulatorii de specialitate. Sunt doar câteva exemple de măsuri ce trebuie întreprinse pentru a reclădi încrederea populației în medicina primară, pentru a-i crește adresabilitatea și eficiența.</p>
<p>VI. CALITATEA SERVICIILOR MEDICALE</p>		
<p>Avansul tehnologic declanșează diverse probleme în actualul context al sistemului: o tehnologie scumpă poate fi deosebit de eficientă pentru pacienți, însă nu poate fi achiziționată în cantități suficiente pentru a acoperi întregul necesar; în același timp, achiziționarea ei consumă resursele necesare pentru acoperirea nevoilor de bază ale unui întreg număr de pacienți.</p> <p>Este nevoie de realizarea unui echilibru (etic sau bioetic) între necesitățile pacienților și posibilitățile sistemului în interesul majorității.</p> <p>La ora actuală există o stare generală de frustrare din partea cetățenilor care își plătesc în mod regulat, ani de zile, contribuțiile la sistemul de asigurări sociale de sănătate și când ajung în postura de pacienți nu pot beneficia de tratament deoarece nu există resurse.</p> <p>Este unul din motivele pentru care trebuie să admitem că sistemul nu funcționează, nici măcar atunci când pacienții plătesc din buzunarul propriu sume consistente de bani. De multe ori, la același nivel de finanțare din buzunarul propriu ar fi putut avea parte de un tratament mult mai bun dacă sistemul asigurărilor sociale de sănătate ar fi fost gestionat în interesul lor.</p> <p>La ora actuală există o mare discrepanță între posibilitățile oferite de știința medicală și ceea ce se întâmplă în realitate; atât nevoile de sănătate cât și serviciile posibil a fi oferite sunt într-o continuă creștere.</p>	<p>Creșterea calității serviciilor medicale acordate</p>	<p>Este un drept al fiecărui pacient ca serviciile medicale de care beneficiază să fie de calitate rezonabilă, raportat la nivelul actual al cunoașterii științifice în domeniul medical; însă acest lucru nu este posibil pe forma existentă de finanțare și funcționare a sistemului sanitar. Faptul că sistemul nu poate acorda îngrijiri de sănătate la standarde occidentale pentru toți cetățenii (ci de fapt pentru foarte puțini) constituie unul din adevărurile care nu s-au rostit suficient cu ocazia dezbaterilor pe tema sănătății.</p>

<p>Situația este datorată indiscutabil în primul rând nivelului foarte redus de finanțare a sistemului. Însă de departe nu este singura cauză.</p> <p>Lipsește un control al distribuirii resurselor, așa puține cum sunt (uneori alocarea prioritara a resurselor se face pe criteriul plăților informale). Nu există criterii clare de alocare a acestor resurse iar organismele care ar trebui să aplice regulile sunt rareori funcționale.</p>		
<p>VII. ORGANISMELE PROFESIONALE</p>		
<p>O parte din problemele sistemului (cei drept, doar o mică parte) sunt generate și menținute de organismele profesionale din sistemul sanitar, acestea considerându-se mai curând organizații sindicale (în dauna sindicatelor) decât instituții ale statului create pentru reglementarea și controlul activității unor profesii. Nu credem într-o vină particulară a acestor organisme, ele fiind de fapt asemenea tuturor instituțiilor de la noi. În mod întemeiat se discută de un model neo-feudal ce caracterizează relațiile din lumea medicală, <i>stăpânul pe moșie</i> fiind din punct de vedere profesional Profesorul iar din punct de vedere administrativ <i>political</i> prin reprezentanții săi (managerii pe care și-i numește).</p> <p>De notat și faptul că organismele profesionale sunt și ele prinse în existența și perpetuarea acestui sistem (în special Colegiul medicilor), ele reprezentând fie surse de autoritate, fie mecanisme prin intermediul căror se exercită autoritatea. Lipsa dorinței de a introduce ghidurile și protocoalele de practică (care ar putea crește calitatea serviciilor medicale) dă seama de voința perpetuării unui astfel de sistem, aceste instrumente de standardizare a modurilor de acțiune pe diferite patologii „riscând” să șubrezească puterea sursei de autoritate profesională în domeniu (Profesorul).</p> <p>Situația nu este una specifică sistemului medical, ea fiind mai curând forma pe care-o capătă în sistemul medical lipsa apetitului comunitar pe model democratic al întregii societăți și sub-</p>	<p>Modificarea atitudinii și controlului organismelor profesionale din sănătate ca parte a reformei sistemului sanitar</p>	<p>Pentru ca reforma sistemului sanitar să fie posibil este necesară și reformarea acestor organisme, ele trebuind să devină și foruri care exercită presiuni constante asupra propriilor membri pentru creșterea calităților serviciilor medicale (lăsând sindicatele să-și facă ele treaba de a apăra salariații din sistem; de altfel, pentru o delimitare clară a atribuțiilor este necesară introducerea incompatibilității între calitatea de membru în organele de conducere ale organismelor profesionale și cele ale sindicatelor).</p> <p>Dacă dorim o adevărată reformă a sistemului sanitar ea trebuie în mod indiscutabil să pătrundă și în aceste domenii rămase până acum imune la orice schimbare. Cum ele definesc în general sistemul public este de așteptat că o creștere a ponderii sectorului privat să contribuie la unele modificări de mentalitate.</p> <p>Nu avem garanții în acest sens în condițiile în care privatizarea masivă a medicinei primare nu a fost însoțită de modificări radicale pe zona calității serviciilor medicale de care se bucură pacienții. Este posibil însă ca privatizarea unora din spitalele publice, poate și un anumit grad de privatizare a spitalelor publice (nu vorbim aici de modelul tentat pe timpul domnului Nicolaescu care viza mai curând o încerca-</p>

<p>misivitatea față de modelul tătucului. Însă această situație constituie motivul unei radicale rupturi între generații, cei care au luat contact cu modelele democratice din lumea medicală occidentală tinzând către eliberarea de astfel de „iobăgii profesionale” și constituirea unui model colegial în sensul său tare.</p>		<p>re de privatizare a secțiilor profitabile din spitalele publice), să contribuie inclusiv la o schimbare de mentalitate în domeniul profesional.</p>
<p>VIII. DIALOGUL SOCIAL</p>		
<p>La ora actuală sistemul sanitar este marcat de absența dialogului social atât la nivel central și, mai ales, al nivel regional și de unități sanitare, situația putând fi caracterizată din această perspectivă ca având un mare potențial conflictual.</p> <p>Dereglementarea care există în acest moment datorită absenței contractelor colective de muncă creează un climat mult mai incert și nesigur, contribuind la înrăutățirea condițiilor de muncă.</p>	<p>Instituirea dialogului social la toate palierele sectorului sanitar</p>	<p>Instituția dialogului social are rolul de a armoniza relațiile de muncă și, totodată, de a dezvolta noi soluții pentru o mai bună implementare a problemelor.</p> <p>Este drept, așezarea dialogului social pe aceste coordonate firești presupune modificarea mentalității atât a părții sindicale (ce trebuie să fie caracterizată de o mai mare implicare în interesul unităților și la bunul mers al acestora) cât și a părții patronale (principala modificare constituind-o creșterea încrederii în partenerii de dialog social.</p>

Președinte,
Rotilă Viorel