

ROMANIA IN PRAGUL PRIVATIZĂRII TOTALE A ÎNGRIJIRILOR DE SANATATE

O analiza a principalelor măsuri propuse în noua lege a sănătății

Proiectul noii legi a sănătății propune societății românești o variantă de funcționare eminentamente privată a sistemului de îngrijiri de sănătate. În pofida aparentei abundente de reglementări, proiectul se rezumă la ipoteza transferului în domeniul privat a întregii administrări a caselor sociale de asigurări precum și a spitalelor excluzând ipoteza imperioasei finanțări de la bugetul de stat. Începând cu anul 2012 atît patrimoniul spitalelor (unora) cit și cei 20 de milioane de clienți captivi urmează să fie puși la dispoziția unor entități private nedezvaluite public încă. Expertul SAR dr. Sorin Paveliu realizează o scurtă analiză a factorilor care orientează către o astfel de decizie, analizând utilitatea, oportunitatea și mai ales consecințele pe termen mediu și lung. Având în vedere numărul urias de întrebări la care proiectul de lege nu oferă răspunsuri pertinente și satisfăcătoare, absența motivelor pentru care se propune soluția privatizării radicale a sistemului sanitar și consecințele pe termen imediat, mediu și lung privind siguranța populației, SAR recomandă repunerea în discuție a proiectului de reformă doar după adoptarea măsurilor pregătitoare, fundamentarea economică și transparentizarea întregului proces.

1. CONTEXTUL ȘI IMPORTANȚA PROBLEMEI

România, prin oficialii săi, recunoaște public faptul că măsurile repetate de diminuare a finanțării sistemului de îngrijiri de sănătate au determinat ajungerea la punctul în care nu mai există resursele financiare suficiente pentru furnizarea cantitativă și calitativă a îngrijirilor asumate pentru întreaga populație. După ce în repetate rânduri s-au operat diminuări nejustificate ale cotelor de contribuții la asigurările sociale, s-a ajuns treptat de la o contribuție a fiecărui individ de 7% și a angajatorului tot de 7%, la o contribuție de numai 5,5% respectiv 5,2% raportate la salariul brut. Nu a existat

niciodată în ultimii 10 ani nici cel mai mic semn că aceste diminuări sunt fondate sau necesare. Simplul fapt că România se zbate permanent între o alocare din PIB de numai 3,5-4% din PIB față de media UE de 8% denotă interesul scăzut pe care îl au oamenii politici pentru îngrijirile de sănătate.

Proiectul de lege oferit dezbaterii publice se rezumă fundamental la o singură schimbare: privatizarea totală ca soluție a subfinanțării

Se pleaca de la premisa ca banii alocati – acum dovediti a fi insuficienti – ar putea deveni peste noapte suficieni daca in locul statului si al autoritatilor locale ar fi cedati spre administrare unei entitati comerciale bazate pe obtinerea de profit.

Functionarea sistemului sanitar, cantitatea si mai ales calitatea serviciilor de ingrijiri de sanatate se gasesc de 20 de ani pe agenda publica fara ca vreun guvern sa fi adoptat masurile adecvate pentru apropierea de conditiile din tarile occidentale spre care aspiram. In anul 2006, Guvernul Tariceanu si-a angajat raspunderea pe legea reformei in sanatate fara ca efectele acesteia sa se fi facut simtite din punct de vedere al indicatorilor de sanatate, al satisfactiei populatiei sau al personalului medical.

Dupa numai doi ani, la dispozitia Presedintelui Romaniei, a fost dat publicitatii un material programatic – Raportul Comisiei Prezidentiale pentru analiza si elaborarea politicilor din domeniul sanatatii publice din România intitulat „ Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetateanului” (denumit in continuare RAPORTUL) ale caror recomandari, in special cele legate de finantare, au ramas fara ecou in cadrul actului de guvernare.

Majoritatea factorilor care stau la baza proastei functionari a sistemului sanitar au fost corect identificati in Raportul deja amintit. Dintre acestia vom mentiona numai pe cei care ar putea fi influentati de preconizata modificare legislativa.

1. Finantarea complet inadecvata asteptarilor populatiei si cu nivelul actual de cunostinte in domeniul ingrijirilor de sanatate;
2. Problema resurselor umane – perspectiva adancirii efuziunii de

personal medical specializat catre alte tari ale UE;

3. Coruptia – in special cea de la virful deciziei politice – reglementarile producind „abonati” de lux la fondurile publice, mai exact firme care isi vand produsele catre spitale la preturi de x ori marite artificial;
4. Stimularea constienta a unui sistem de plati informale generat in special printr-o salarizare si tarifare a serviciilor medicale aflate intr-o discrepanta totala cu importanta sociala si valoarea de piata a serviciilor medicale;
5. Lipsa de transparenta – evitarea oferirii din oficiu de date privind utilizarea resurselor si plata serviciilor medicale catre furnizori pentru a ascunde dezechilibrele generate de favoritisme;
6. Legislatie care nu permite cu usurinta tragerea la raspundere pentru malpraxis/deces;
7. Absenta sau ineficienta controlului – ca urmare a coruptiei sau a presiunii factorului politic.

In luna ianuarie 2012, Presedintele Romaniei, prin intermediul Ministerului Sanatatii, a introdus pe agenda publica o dezbateri a unei noi modificari, de substanta, a sistemului sanitar. Acest proiect legislativ a fost redactat de fostul presedinte al comisiei prezidentiale care si-a incetat menirea la depunerea Raportului si ulterior prezentat Ministerului Sanatatii pentru adnotare si asumare.

Desi materialul pus in dezbateri publica este vast, abordind o gama larga de reglementari, in acest raport ne vom rezuma la analiza stricta a celor care, prin impactul lor, au menirea de a modifica

radical modalitatea de furnizare de îngrijiri de sănătate în România.

Propunerea de modificare a legii reformei în sănătate se face într-un context particular care își va pune amprenta asupra soluțiilor tactice de implementare a acesteia: anunțata legiferare prin angajarea răspunderii și ocolirea dezbaterii parlamentare. Ulterior președintele României a recomandat extinderea perioadei de dezbateri publice însă, având în vedere faptul că ne aflăm într-un an electoral, soluția tehnică a angajării răspunderii guvernului nu se poate face mai târziu de luna mai datorită constrângerilor constituționale. De asemenea, termenul pentru implementarea privatizării caselor de asigurări de sănătate este unul extrem de strâns – de numai 8 luni, iar elaborarea legislației secundare ar urma să se facă până în luna aprilie a acestui an!

Un rol important în declanșarea necesității inițiative de restructurare a sistemului sanitar revine Fondului Monetar Internațional, care, în calitate de creditor major al guvernului României a solicitat normalizarea fluxului de numerar din sănătate, achitarea arrieratelor la medicamente, largirea surselor de finanțare a sistemului sanitar, adecvarea finanțării cu serviciile pretinse a se oferi populației, definirea pachetului garantat de servicii și introducerea unui sistem de contribuții și responsabilizarea individuală a actului medical – denumit coplată, etc.

Drept răspuns, Guvernul a identificat ca soluții și și-a asumat prin scrisorile de intenție semnate cu FMI introducerea coplatilor pentru unele servicii sanitare și redefinirea pachetului minim de servicii în sănătate până cel târziu la sfârșitul anului 2011 – promisiune neonorată. După

repetate amânări și tertipurii procedurale, Parlamentul României a adoptat legea 220/2011 prin care se aduc modificări suplimentare Legii reformei în sănătate referitoare la coplată. Termenul de punere în aplicare a legii este 1 februarie, însă, Ministerul Sănătății s-a grăbit deja să anunțe că nu va respecta acest termen deși este impus prin lege, datorită diferenței de viziune față de cea a Parlamentului! Diferența de viziune constă în impunerea unei coplati procentuale din valoarea oricărei prestații medicale față de impunerea unei sume fixe de la caz la caz (ex. dacă la internare ar fi urmat să se plătească 50 de lei, acum se va plăti un procent din valoarea decontată a internării). În acest context, în absența definirii tocmai a principalelor domenii de intervenție a asigurărilor private, proiectul de lege care furnizează soluția creșterii accentuate a rolului caselor private de asigurări, lasă loc la numeroase interpretări, suspiciuni și analize care, în absența necesarelor premise reglementate, se bazează în majoritate pe supoziții și scenarii.

Creșterea în cifre absolute a cheltuielilor cu sănătatea din România începând cu anul 2000 s-a făcut strict în limita creșterii PIB-ului țării noastre, înregistrându-se variații nesemnificative în ceea ce privește ponderea cheltuielilor cu sănătatea raportat la totalul cheltuielilor publice. În ultimii 10 ani s-a înregistrat o creștere modestă - de la numai 9,2% la 10,3% din întreg bugetul consolidat al statului - în condițiile în care țările membre UE cheltuiesc în medie 15%, iar țările avansate, de referință, Germania și Olanda, alocă 18,2 respectiv 16,4% din bugetul consolidat pentru sănătate.

O analiză sumară a aparentei lipse de eficacitate a creșterii de resurse cheltuite în

sanatate atit de des invocata in ultima perioada are explicatii solide, ignorate inasa in mod deliberat:

1. Starea materiala a sistemului sanitar este cu mult sub nivelul celei din tarile de referinta. In conditiile unei finantari proportional constante, numarul de servicii medicale oferite populatiei este, practic, in continua scadere fata de tarile de referinta.
2. Sistemul sanitar impune, prin insasi menirea sa, o crestere permanenta a finantarii ca urmare a aparitiei noilor tehnologii mai eficace si in acelasi timp mai costisitoare. Practic, fiecare investitie, daca este judicios facuta, atrage dupa sine o crestere a duratei de viata a populatiei si implicit o crestere a resurselor consumate de acesti bolnavi. Un procent de crestere a

alocarilor bugetare in sanatate de numai 15% in fiecare an ar conduce exact la suma alocata in cifre absolute in anul 2010!

3. In sanatatea din Romania s-au inregistrat finantari suplimentare in domeniul salarizarii personalului medical - aflat in urma cu un deceniu pe ultimul loc in rindul categoriilor socio-profesionale si in domeniul cheltuielilor cu medicamente.
4. Alinierea consumului de medicamente cu alocarile procentuale din alte tari UE - in jurul a 1,5% din PIB a cascata o prapastie in ceea ce priveste finantarea propriu-zisa a restului serviciilor de ingrijiri medicale.

2. ACOPERIREA DEFICITULUI DE FINANTARE PRIN STIMULAREA CONTRIBUTIILOR PRIVATE LA SANATATE

Raportul recomanda o crestere strict necesara a finantarii sistemului sanitar, cu 1% din PIB anual, urmand, astfel, ca pana in anul 2012-2015 sa se fi ajuns deja la o cheltuiala de cel putin 6% din PIB. Raportul recomanda o "regindire a strategiei de reducere a contributiilor", redirectionarea unui mic procent din contributiile catre asigurarile private, pentru stimularea dezvoltarii acestora, cresterea finantarii din partea autoritatilor locale la minim 5% din bugetele locale, acoperirea de la bugetul de stat a contributiilor celor care sunt scutiti prin efectul diferitelor legi (aprox. 600 de mil euro anual), imbunatatirea capacitatii de colectare, inlaturarea fiscalizarii contributiilor la sanatate la sistemul public sau privat,

contribuind astfel la fiscalizarea veniturilor din sanatate ale furnizorilor de servicii medicale precum si oferirea spre dezbatere publica a unor rapoarte anuale ale MSP privind finantarea serviciilor.

In pofida faptului ca autorii proiectului si cei ai Raportului sunt aceiasi si a caracterului strategic pe care acesta din urma ar trebui sa-l aiba, noua lege a sanatatii abandoneaza principiile de sporire a finantarii si opteaza pentru o noua varianta, neoliberala: mutarea centrului de greutate pe sustinerea ingrijirilor din bani privati prin intermediul asigurarilor suplimentare private de sanatate. In nota de fundamentare, autorii legii recunosc faptul ca "Totalul cheltuielilor private in sanatate, in Romania, este intre un sfert si o treime din totalul bugetului sanitar, ceea ce reprezinta una dintre cele mai mari

contribuții directe din UE.” Intr-adevar, conform datelor oferite de OECD, țări cu un nivel de trai ridicat, precum Germania și Olanda cheltuiesc de la bugetul de stat sau prin sistemul de asigurări sociale 77% respectiv 85% din totalul cheltuielilor. sanatare, prin intermediul asigurărilor private de sanatare suplimentare, 10% și respectiv 5% fiind nevoite să plătească din buzunar doar 12% respectiv 2%! Dacă aruncăm o privire asupra unor foste țări comuniste precum Ungaria sau Polonia, vom constata un alt pattern al cheltuielilor, de 70% și respectiv 72% din bugetul de stat, sistemele de asigurări, sisteme de asigurări private slab dezvoltate, cu o contribuție de 3% și respectiv 1% și cheltuieli din buzunar semnificative, de 24% și respectiv 22%. În prezent, România cheltuie 72% din surse publice de la bugetul de stat și prin sistemul de asigurări sociale și 27% direct din buzunar, dintre care, pentru asigurări private, doar 0,1%.

Pentru o mai corectă înțelegere a cheltuielilor globale private pentru sanatare precizăm că grosul acestora este reprezentat de cheltuielile cu partea necompensată a medicamentelor și medicamentele care se eliberează fără rețetă sau care se cumpără fără a se solicita o rețetă compensată. Aceste sume sunt estimate a fi în jurul a 1 mld de euro la care se adaugă plăți informale către personalul medical de 300 de milioane de euro (conform unui studiu al Bancii Mondiale), o piață a abonamentelor de sanatare estimată a fi între 40 și 70 de milioane de euro și asigurări private de sanatare de 10 milioane de euro.

Organizația Mondială a Sănătății face o estimare a cheltuielilor cu serviciile medicale direct din buzunar pentru servicii private – în afara oricărui tipuri de

asigurări sau scheme de finanțare – iar României îi revine primul loc cu un procent de aproape 99%. La polul opus se află Olanda cu doar 35% din banii cheltuiți pe servicii private plătite “cu banii jos”.

Având în vedere faptul că România este cea mai săracă țară din UE prin prisma produsului brut pe cap de locuitor, dar și a cheltuielilor totale pentru sanatare – ar fi de așteptat o creștere dramatică a banilor publici alocați și o diminuare substanțială a cheltuielilor din bani privați luându-se în calcul tocmai existența unei disproporționat de largi pături de persoane incapabile de cheltuieli suplimentare individuale precum și numărul foarte mic de salariați raportat la întreaga populație.

În pofida acestei așteptări, proiectul evocă o înghețare a contribuțiilor prin sistemul public de asigurări sociale, abandonarea oricărei suplimentări a bugetului sanatare de la bugetul de stat și o dezvoltare abruptă a asigurărilor private luându-se în calcul o sumă de 300 de euro anual deductibili destinați acestui sistem – și extrapolarea acesteia la o piață potențială de 1,5 miliarde de euro (fata de 10 mil cit este în prezent)! O asemenea creștere a cheltuielilor private ar conduce la o cheltuială din bani privați care ar depăși 40% din totalul cheltuielilor. Dacă luăm în considerare și cheltuielile de administrare și profitul operatorilor privați care vor gestiona sistemul public, de aproximativ 500 de milioane de euro (10% din totalul banilor publici) - ca fiind tot o cheltuială privată în plus fata de serviciile medicale propriu-zise - vom atinge un record de 1 leu cheltuit din buzunar pentru fiecare leu care ajunge la furnizorii de servicii prin intermediul sistemului public.

PRIVATIZAREA ADMINISTRARII ASIGURARILOR SOCIALE DE SANATATE

Principala solutie identificata reiesita din proiectul de lege este orientarea transanta catre managementul privat al resurselor publice, atat la nivelul unitatilor spitalicesti, principalul centru de cost din prezent, cat mai ales prin cedarea administrarii fondurilor care in prezent sunt gestionate de casele de asigurari judetene catre operatori privati.

Conform expunerii de motive, firmele private “vor trebui sa aduca elementele de competitivitate și eficienta în gestionarea fondurilor și să stimuleze inclusiv creșterea calitatii serviciilor medicale pentru a atrage cat mai mulți asigurati”. Proiectul nu lasa sa se inteleaga care sunt temeiurile pentru concurenta dintre case, dupa ce acestea isi vor fi impartit cele 20 de milioane de asigurati, fiind de asteptat ca orice forma de competitie sa dispara! De asemenea, in cazul in care vor exista zone unde nu vor dori sa-si faca simtita prezenta – de exemplu in judete precum Vaslui, Tulcea, Gorj, etc., cine va suplini absentia lor? In eventualitatea in care firmele private de asigurari vor fi nevoite sa fie prezente in intreaga tara, este de asteptat ca infrastructura si personalul necesar pentru gestionarea asigurarilor de stat sa se multiplice cel putin de 4 ori – neexistind in prezent functii inutile sau fara obiect in cadrul Caselor judetene de asigurari de stat.

O alta sursa importanta de venituri din sectorul de sănătate este reprezentată de cheltuielile private ale populației. Acestea la randul lor pot fi facute, fie prin intermediul asigurărilor private de sănătate, fie prin plata directă a serviciilor

de sanatate. Orientarea clara catre managementul privat este o optiune cu caracter cvasi-ireversibil pe termen mediu si lung, presupunand incheierea de contracte civile ferme si imposibilitatea renuntarii la acestea prin modificarea legii fara ca statul sa fie nevoit sa plateasca despagubiri gigantice.

In mod absolut surprinzator, firmelor private de asigurari li se solicita prin lege doar o cifra de afaceri de 250 de milioane de euro si 1 milion de asigurati pentru a li se da spre gestionare minim 1 miliard de euro si 4 milioane de asigurati romani. Astfel de operatori nu pot proveni decat exclusiv din afara granitelor Romaniei – avand in vedere cvasi-inexistenta asigurarilor private de sanatate din tara noastra. In aceste conditii – stabilirea unui plafon al politelor de numai 21 de euro/asigurat/luna conduce automat la ideea unei mascari a intentiilor – sumele fiind mult prea mici raportat la salariul mediu din tari precum Franta, Germania, Olanda sau Austria!

O alta “tacere suspecta” a legii este legata de absentia oricarei garantii materiale pe care ar trebui s-o ofere aceste firme in cazul in care nu se vor achita adecvat de atributiile asumate sau a unui comportament abuziv fata de populatie!

Trebuie semnalat ca Guvernul pregateste, prin prezentul proiect, “vanzarea” unui fond de piata de 5 miliarde de euro si a 20 de milioane de clienti captivi si nu organizeaza nici un fel de licitatie pentru aceasta. Mai mult, descrie insuficient modalitatea in care se va face impartirea “prazii”.

Rolul pe care il va juca CNAS – de control si indrumare este lipsit in totalitate de parghii de interventie.

CNAS poate juca exclusiv un rol metodologic care insa poate fi suplinit cu brio de catre Ministerul Sanatatii – care trebuie sa fie garantul furnizarii de servicii de sanatate din Romania. Decizia de a transfera in totalitate colecta la ANAF face existenta acestei institutii de-a dreptul parazitara!

Un venit suplimentar al firmelor private de asigurari va fi reprezentat de plata suplimentara pe care trebuie sa o faca asiguratul in eventualitatea in care refuza se se trateze la furnizorii de servicii cu care asiguratorul are contract. Reiese ca se sprijina ideea existentei unei retele proprii a caselor de asigurari iar optiunea pentru oricare alt furnizor de servicii “extern” va fi sanctionata material!

Este ingrijoratoare abordarea strategica imbratisata de prezentul proiect de lege. Firmele private de asigurari urmeaza a primi 2,8% din contributiile populatiei drept cheltuieli de administrare. Pe langa acestea, este natural ca asiguratorii in calitate de agenti comerciali sa vizeze realizarea de profit si sa fie nevoiti sa faca provizioane pentru situatii neasteptate. In prezent, nu exista necesitatea unor asemenea provizioane, existind intotdeauna perspectiva unei rectificari bugetare si a redistribuirii din punca larga a bugetului de stat. Speculand asupra profitului estimat – pe care-l putem limita la 7% si a unor provizioane de alte 10% reiese ca fata de situatia actuala ne putem astepta la o diminuare a disponibilitatii de resurse destinate platii furnizorilor de servicii cu 15-20%! Singura sursa pe care

o au firmele private pentru a se incadra in bugetul pe care Guvernul ne asigura ca NU presupune o crestere a contributiei individuale este gatuirea abrupta a cheltuielilor cu spitalizarea – numarul de internari fiind considerat a fi prea mare, raportat la alte tari ale UE. Un calcul sumar arata, astfel, ca in anul 2013 se va ajunge brutal la o diminuare a bugetelor spitalelor cu 40-50% fata de situatia din anul 2012! Avand in vedere faptul ca majoritatea spitalelor se incadreaza cu cheltuielile pentru 6-8 luni, dupa care asteapta rectificari de buget, o astfel de “eficientizare” a managementului este echivalenta cu impingerea programata spre faliment a mai mult de jumătate din spitalele mici pentru a asigura supravietuirea celorlalte.

O astfel de abordare si perspectiva, fara a fi expusa actualilor proprietari ai spitalelor – autoritatile locale – reprezentanti directi ai populatiei care i-a ales, este mai mult decit ingrijoratoare si denota un amatorism economic si social!

Ca o nota trebuie sa precizam ca legea nu lasa sa se inteleaga deloc ce se va intimpla cu actualele case de asigurari ale transporturilor si ale oamenilor in uniforma (SRI, SPP, SIE, MApN si justitie) care beneficiaza de un statut special privind veniturile (si datele lor de identificare in unele cazuri).

In ceea ce priveste asigurarile private suplimentare de sanatate nu pot fi facute nici un fel de calcule si analize din cauza persistentei acelorasi motive care au facut ca pana in prezent aceste forme de acoperire a unor cheltuieli din sanatate sa fie imposibile: lipsa unei atitudini transante in definirea a ceea ce reprezinta ingrijirile de sanatate garantate in interiorul asigurarilor sociale, limitari legate de

numarul de consultatii sau internari, liste de asteptare, preferinta pentru un anumit personal medical si mai ales coplatile pe care urmeaza sa le suporte pacientii la utilizarea oricarui serviciu medical. Refuzul de facto de a-si asuma aceste precizari, dar punerea in dezbatere publica a proiectului de lege care ar trebui, printre altele, sa stabileasca modalitatea de acoperire au unor cheltuieli nedefinite denota amatorism sau neseriozitate! Este, de asemenea, de semnalat ca, desi coplatile au fost solicitate ferm de catre principalul

nostru creditor, FMI, Guvernul a preferat sa tergiverseze masura prin inlocuirea unei Hotariri de Guvern care avea izvor si temeii legal in Legea 95/1996 cu un proiect de lege – pentru a avea girul suplimentar si dat deja al Parlamentului. La jumatatea lunii ianuarie 2012, cu numai 15 zile inainte de intrarea in aplicare a legii 220/2012 purtatoarea de cuvind a MSP a anuntat ca Ministerul se opune vointei Parlamentului si va modifica legea printr-o ordonanta de urgenta!

4. DESCHIDEREA COMPETITIEI INTRE PUBLIC SI PRIVAT IN SISTEMUL DE MEDICINA DE URGENTA

În nota de fundamentare a proiectului se indica drept unica modificare a acestui domeniu posibilitatea furnizarii acestor serviciilor de asistenta medicala de urgenta și de prim ajutor calificat de către orice furnizor care este omologat, in scopul diversificării surselor de finantare si a implementării principiilor de concurenta reglementată urmand ca actuală organizare a sistemului de urgenta sa fie mentinuta.

Prin textul de lege se creeaza cadrul legal al interventiei operatorilor privati la orice nivel al asistentei medicale de urgenta sub rezerva omologarii ambulantelor, UPU si CPU de catre Ministerul Sanatatii si se inlatura toate reglementarile referitoare la medicina privata care, pana in prezent, nu are dreptul de a oferi servicii publice.

Intreaga organizare si funcționare a sistemului national de asistenta medicala, urgenta si prim ajutor calificat se dereglementeaza de la nivel de lege urmand a fi lasata in totalitate la latitudinea

Guvernului care trebuie sa adopte o hotarare de guvern ulterioara la propunerea Ministerului Sanatatii în termen de 30 de zile de la intrarea în vigoare a legii.

Modificarile aduse titlului de asistenta medicala de urgenta nu au o justificare ancorata in modul actual de functionare, fiind unul din putinele domenii ale asistentei medicale care este pe calea apropierei de standardele existente in tarile civilizate.

Asistenta medicala de urgenta este in prezent finantata de la bugetul de stat - SMURD, dotarea cu aparatura si medicamentele consumate prin sistemul de ambulante, UPU de la nivelul spitalelor de urgenta, si prin sistemul de asigurari sociale de sanatate - pentru numarul de interventii ale ambulantelor si serviciile de UPU/CPU din restul spitalelor. Competitia ipotetica intre sistemul public si furnizorii privati din acest domeniu este greu de inteles. In prezent, principala vulnerabilitate a sistemului de medicina de

urgenta este legata de resursele umane, la mare cautare pe piata muncii din UE in acest domeniu. Stimularea unei concurente public-privat in privinta medicilor specialisti in domeniul urgentelor nu are cum sa fie benefica pacientilor. Din punct de vedere al calitatii serviciilor nu sunt acceptabile nici un fel de diferente. Desi SMURD-ul nu face aparent obiectul competitiei public-privat - aceasta ipoteza nu poate fi inlaturata, intreaga reglementare fiind lasata pe umerii legislatiei secundare. Este greu de inteles cum ar putea ca un operator privat sa investeasca intr-un echipaj complet si adecvat dotat tip SMURD - mai ales in ceea ce reprezinta personalul medical, pentru ca acesta sa astepte sa fie solicitat de operatorii 112. Existenta acestui serviciu, ca si cel al pompierilor, nu are absolut nimic de-a face cu eficienta fiind un pret pe care societatea trebuie sa-l plateasca pentru interventia acestora in caz de necesitate. Premisele unui operator privat - acela de a face profit din activitatea sa - vine in contradictie cu filozofia actuala

a SMURD. Nici in ceea ce priveste sistemul de ambulanta lucrurile nu stau mai bine. Statul si-ar reduce cheltuielile doar aparent - lasind un operator privat sau o autoritate locala sa investeasca in autosanitara si in aparatura aferenta – operatorul privat urmand sa acopere salariile personalului, sa-si recupereze investitia si sa realizeze profitul adecvat in timp, din plata per caz.

O astfel de abordare pleaca de la premisa falsa ca investitiile statului in acest domeniu nu ar trebui sa fie la rindul lor amortizate sau sa se regaseasca in valoarea adecvata a serviciului furnizat. Mai mult, este greu de inteles cum se apreciaza ca personalul medical care lucreaza in regim privat va putea sa fie retribuit la acelasi nivel la care sunt platiti in prezent cei care lucreaza pe ambulante. Este inacceptabila competitia operatorilor pentru serviciile care se bazeaza pe salariati (ex.SMURD), iar in cazul serviciilor bazate pe tarif pe serviciu - nu poate fi justificat beneficiul economic.

5. ADMINISTRAREA PRIVATA A SPITALELOR

Esenta schimbarii legislative, conform expunerii de motive, este “modificarea formei de organizare a spitalului, astfel incat sa permita stimularea practicilor eficiente si penalizarea celorlalte, prin acordarea posibilității ca spitalele să devină unitati cu statut de fundatie sau chiar de societate comerciala.”

Textul de lege trebuie coroborat cu declaratia oficiala de intentie a celui care patroneaza proiectul – presedintele Basescu: “*Spitalele trebuie sa devină fundatii sau societati comerciale sau orice altceva care să aibă contracte cu medicii, cu asistentele medicale. Oamenii sa stie ce*

prestății sunt gratuite, ce prestații sunt cu plată, cine are asistență gratuită, cine să-și platească asistența”.

Argumentele aduse in favoarea textului de lege sunt neconvingatoare si insuficiente puse in balans cu o pleiada de consecinte cu potential negativ. Astfel, autorii invoca “libertatea de actiune a echipei manageriale” privind personalul si structura si dotarea spitalului fara a arata cum este aceasta gestionata in prezent.

Guvernul Romaniei a omis sa prezinte in expunerea de motive in ce consta

managementul defectuos al actualelor echipe manageriale care ar fi inlocuite!

Salariile inadecvate ale personalului medical sunt tinute sub limita drepturilor maxime datorita subfinantarii. O liberalizare a salariilor fara un fond de salarii adecvat este compet inoperanta!

Restrictiile de angajare sunt impuse prin vointa Guvernului iar principala grija a oricarui manager responsabil este cum sa impiedice efuziunea de personal – aceasta fiind actuala provocare.

Pentru eliminarea personalului medical din legea salarizarii unice a personalului bugetar nu este in sa nevoie sa transformi spitalele in societati comerciale, ci doar sa faci o corecta si necesara corectare a legii mentionate. Evocarea posibilitatii accesarii de imprumuturi bancare de catre institutii aflate cronic in stare de incapacitate de a-si acoperi cheltuielile de functionare denota o desprindere de realitatile romanesti.

O atentie aparte merita artificul tehnic legislativ prin care, din corpul actual al legii 95/2006, dispare capitolul privind conducerea spitalului. Astfel, intreaga conducere actuala a spitalelor este practic demisa prin disparitia temeiului legal in care le-au fost incheiate contractele. Este de asteptat ca puternicele entitati financiare de asigurari private sa doreasca sa preia masiv administrarea privata a spitalelor, proiectul de lege acordind in mod expres acest drept!

Concurenta dintre diferitele spitale va avea consecinte greu de anticipat – in conditiile in care intr-o localitate un asigurat va avea de ales intre 4 entitati de

asigurari din care una singura are in administrare unicul spital din regiune?

Aspectele juridice ale transformarii spitalelor in societati comerciale par a fi neglijate. Prin descentralizare, proprietarii majoritatii spitalelor din tara sunt autoritatile locale. Spitalele sunt in proprietatea publica a acestora. iar privatizarea lor este practic interzisa. Pe de alta parte, chiar in eventualitatea trecerii acestora in proprietatea privata a administratiei locale, este greu de acceptat modalitatea de transformare impusa de lege, prin care este suficienta vointa administratorului si aprobarea ministrului pentru schimbarea formei juridice de functionare. Administrator este persoana desemnata de actualul proprietar, dar este o simpla persoana fizica. Modificarea formei de organizare a spitalelor, prin prisma consecintelor ei, ar fi justificata, mai degraba, prin acordul intregii populatii din zona consultata prin referendum local! De asemenea, transformarea formei juridice urmeaza a se face fara a se tine cont, nici macar formal, de vointa personalului, care ar trebui ca, peste noapte, sa se gaseasca angajati ai unei entitati private fara voia lor.

Merita mentionat ca realizarea binomului asigurator – furnizor de servicii reprezinta principala nemulțumire a asiguratilor din SUA, acestia fiind clienti captivi si la totala discretie a celor pe care, culmea, ii platesc! Cedarea controlului asupra spitalelor, va avea consecinte greu de estimat. Autoritatile locale vor ramine temporar proprietare ale cladirilor, in sa vor fi lipsite total de capacitatea de a le mai administra – consecintele juridice ale transformarii scapand autorilor proiectului. Romania a abundat in tertipuri juridice prin care “baietii destepti” au preluat integral si

pe nimic ceea ce erau cindva bunuri ale poporului. Astazi a venit rindul spitalelor.

Aceste unitati sanitare, oricat de generatoare de insatisfactie sunt in prezent sunt in realitate un bun al populatiei.

Cedarea administrarii lor catre un operator privat inamovibil (datorita fortei contractelor civile amintite din abundenta in lege) este, in fapt, o vanzare a acestora fara nici un fel de compensatie si necesitate!

CONCLUZII

1. Ne aflam in fata unei decizii politice prin care se preconizeaza cedarea gratuita si ireversibila a intregului sistem sanitar. Prin consecintele sale exista posibilitatea teoretica de a fi periclitata insasi siguranta populatiei la nivel national.
2. Ministrul Sanatatii nu a pus la dispozitia publicului un audit al situatiei, cu date de structura reale si actuale si nici o minima analiza de impact, asa cum ar fi fost necesar.
3. Privatizarea sistemului sanitar ar trebui sa se faca printr-o decizie luata numai dupa o consultare a populatiei de tip referendum si sa reflecte vointa acestuia. Initiative similare au existat in Polonia si in Ungaria si au fost radical respinse (in Parlament, respectiv prin Referendum).
4. Analize minime denota faptul ca privatizarea propusa este, in fapt, un artificiu pentru intrarea in insolventa a spitalelor si creeaza posibilitatea teoretica a intrarii acestora in proprietatea asiguratorilor privati, care le vor putea cumpara, culmea, cu banii colectati de la populatie!
5. Identificarea cheltuielilor private ale populatiei ca unica sursa a suplimentarii cheltuielilor din sanatate este incorecta. Garantia oferita de constitutie privind sanatatea nu poate si nu trebuie sa se materializeze in cheltuirea de bani din buzunar. Romania abunda in persoane ale caror buzunare sunt si vor ramine pe intreaga lor viata viitoare goale, ceea ce inseamna, in fapt, restrictionarea accesului acestora la sanatate.
6. Finantarea profitului operatorilor privati din gatuirea accesului la unitatile spitalicesti este imorala.
7. Modificarile legislative nu identifica modalitatile prin care va spori accesul la ingrijiri de calitate, prin care va creste satisfactia personalului medical si vor diminua platile informale.
8. Inlocuirea monopolului statului cu un oligopol privat sau un monopol privat mascat fara a se realiza vreun beneficiu minim din concesionarea sistemului sanitar nu are cum sa fie benefica pacientului.
9. Trebuie semnalata indepartarea neasteptata si radicala de la solutiile si recomandarile identificate in Raportul comisiei prezidentiale si oferirea unor noi solutii chiar daca persoanele care au facut analiza si respectiv beneficiarul Raportului sunt aceiasi!
10. Eliminarea prin prezentul proiect a dreptului acestora de a-si recupera cheltuielile facute nejustificat pe perioada internarii denota imbratisarea de catre Guvern a pozitiei unor forte financiare oculte (viitorii beneficiari ai caselor judetene de asigurari) preferate in locul apararii cetateanului de rand.
11. Cred ca se impune o concluzie suplimentara de respingere in

totalitate a proiectului si de oprire a dezbaterii publice pentru ca, practic,

nu avem ce amenda cat timp filosofia legii per ansamblu este inacceptabila.

RECOMANDARI

Aceasta analiza se centreaza pe solutiile propuse de proiectul de lege. Ele sunt inevitabil, incomplete, pentru ca autorii nu au publicat fundamentarea de la baza legii care sa permita oricui sa analizeze datele lor si sa ajunga, eventual, la aceleasi concluzii. Ele sunt incomplete si pentru ca o discutie care nu se face pe probleme si pe modelul de cauzalitate al unor probleme, ci numai pe solutii deja alese si prescrise intr-un proiect de lege va exclude alte potentiale solutii. Dar chiar si pe aceasta baza, ca si din dezbatarea publica, rezulta cateva recomandari importante :

1. *Proba bunei credinte administrative trebuie facuta înaintea oricaror modificari legislative*

Nu exista nici o garantie ca orice sistem va fi implementat daca statul abdica de la implementarea celui actual. Proiectul extinde baza de contributii, dar nu ofera solutii pentru inlaturarea situatiei actuale in care mari agenti economici sub controlul statului sunt absolviti de plata la timp a sumelor datorate. Întreprinderile care nu iti platesc contributiile de sanatate trebuiesc executate silit, fondurile colectate din contributii trebuie sa revina intr-un fond dedicat, nu sa se piarda în încasarile la buget, exista o intreaga lista de masuri administrative care nu sunt puse in practica, statul insusi subminand sistemul actual si credibilitatea oricarei noi propuneri.

2. *Ceea ce nu e o problema nu necesita o rezolvare*

Discutia privitoare la sistemul de urgenta si SMURD trebuie inchisa. Conform recomandarilor FMI, ceea ce functioneaza nu trebuie reformat. Un sistem concurential in asistenta medicala de urgenta va conduce in scurt timp la privatizarea totala a acestui sistem si

abandonarea garentiei pe care trebuie sa o ofere statul in special in acest domeniu.

3. *Fundamentarea responsabila a procesului de decizie*

Autorii proiectului de lege trebuie sa publice neintarziat analiza cost-eficienta care a stat la baza acestui proiect, pe care nici FMI, nici opinia publica nu a vazut-o. Argumentul ca legea a fost produsa in mod privat si nu din bani publici - si ca atare autorii nu au obligatia transparentei - este inacceptabil atît pe fond cat si din punct de vedere legal. Dreptul de initiativa legislativa il are numai guvernul, prin Ministerul Sanatatii, indiferent la ce experti a apelat in redactarea proiectului.

4. *Legea trebuie retrasa din procesul legislativ si repusa in discutie numai dupa adecvata ei fundamentare si redactare. Identificarea intrebarilor esentiale care ar putea face obiectul unui referendum*

Este evident ca se impune crearea, fie si in ceasul al doisprezecelea, al unui proces de formulare legislativa normal, in care sa fie discutate si negociate intai elementele esentiale din intreg pachetul legislativ privitor la legea sanatatii si acest

întreg coerent sa fie pus in dezbatere. De asemenea, trebuie evaluata eventualitatea consultarii prin referendum a populatiei.

5. *Presedintele ar trebui sa paraseasca rolul de jucator limitandu-se la cel constitutional de mediator*

Procesul de formulare si responsabilitatea politica trebuie sa redevina atributele Ministrului Sanatatii care sa isi prezinte si asume propriile lui solutii pe canalele constitutionale si firesti. Presedintele Romaniei trebuie sa se achite de rolul de mediator al dezbatelor dintre institutiile statului si societatea civila si nu acela de stimulator al procesului legislativ prin conflicte personale si exprimarea unui punct de vedere personal.

6. *Efectele pozitive ale liberalizarii si concurentei pot fi inlaturate printr-o privatizare fortata*

Principala propunere a proiectului, privatizarea caselor de asigurari si a spitalelor, nu poate fi impusa ca o solutie obligatorie si trebuie regandita ca un experiment pilot pe baza facultativ-voluntara. Experimentele sociale la scara nationala incumba riscuri greu de evaluat chiar de catre un specialist de cea mai buna credinta. Exista astfel riscul, real, ca aceasta reforma sa devina un urias proces discretionar de achizitie publica si sa creeze, indiferent de intentiile sale, nu o calitate mai buna a sanatatii, ci noi surse de finantare pentru ‘baietii destepti’.

ANEXA 1

MASURI

posibil a fi transpuse imediat in practica

Punerea in dezbatere a sistemului sanitar prin acest proiect de lege creeaza oportunitatea Ministrului Sanatatii sa ia unele masuri care nu necesita decit o minima vointa politica si decizie administrativa:

1. Efectuarea unui audit real al functionarii sistemului sanitar, efectuat de catre structuri independente MSP si CNAS.
2. Modificarea de urgenta a tarifelor spitalelor si evaluarea costurilor reale ale acestora.
3. Introducerea amortizarilor in calculul tarifelor pentru a crea premisele unei re tehnologizari viitoare a unitatilor sanitare.
4. Acceptarea unui plan de reechilibrare a finantarii sistemului de ingrijiri de sanatate semnat de toate fortele politice care sa nu fie influentat de rezultatul alegerilor.
5. Eliminarea imediata a personalului sanitar din spitale din legea unica a salarizarii si acordarea posibilitatii managerului de a face diferentieri in plata acestuia!
6. Cresterea transparentei prin publicarea datelor privind consumul de servicii pentru fiecare furnizor de servicii in parte pentru a permite identificarea abuzurilor.
7. Accelerarea procesului de acreditare a spitalelor care va obliga autoritatile locale sa isi faca alocari bugetare pentru adecvarea acestora la standardele minime ale unei astfel de unitati sanitare.
8. Sprijinirea transanta a asigurarilor private de sanatate prin cresterea deductibilitatii pentru astfel de servicii, sanctionarea financiara prevazuta de lege pentru cumpararea mascata de abonamente de sanatate fara plata impozitelor prevazuta pentru orice beneficii salariale suplimentare, definirea imediata a coplatilor si a pachetului minimal de servicii.
9. Imputernicirea pacientilor si stimularea implicarii acestora in gestionarea sistemului de asigurari de sanatate si a spitalelor.
10. Preluarea in totalitate a finantarii sistemului de urgenta – inclusiv a ambulantelor la bugetul de stat.
11. Regandirea sistemului de achizitii publice din sistemul sanitar si punerea acestuia pe bazele cost-eficientei si a suportabilitatii concordant cu puterea economica a Romaniei.

ANEXA 2

SET DE MINIME SUGESTII PRIVIND IMBUNATATIREA CADRULUI LEGISLATIV PROPOS

- a) Limitarea profitului care poate fi obtinut si garantarea unei transparente totale a cheltuielilor banilor publici
- b) Renuntarea la eliminarea "Legii Paveliu" din actualul proiect de lege (referitoare la dreptul pacientului de a-si recupera cheltuielile efectuate nejustificat cu servicii si medicamente incluse in pachetul bazal) si modificarea in sensul garatarii decontarii acestora de catre Casa de asigurari
- c) Infiintarea Oficiului pentru Protectia Pacientului (OPP) ca reprezentant al societatii civile si sprijinirea asociatiilor de pacienti
- d) Inglobarea CNAS in MSP (pentru ca nu mai are decat rol de reglementare si control, initiativa legislativa si garantul sistemului fiind Guvernul prin Ministerul Sanatatii).
- e) Infiintarea unui fond de garantie de executie care sa fie depus aprioric in cuantum de 20% din suma administrata pentru a preveni eventualitatea cartelizarii, concurentei neloiale si tendintelor spre monopol ale viitoarelor case private de asigurari.
- f) Interdictia adresata caselor de asigurari de a cumpara sau de a lua sub control direct sau mascat a oricarei unitati sanitare aflate in proprietatea statului sau a administratiilor locale. Aceasta interdictie nu trebuie sa se extinda la unitatile sanitare infiintate exclusiv din fondurile proprii.
- g) Garantii contractuale privind reversibilitatea sistemului in cazul esecului modelului propus
- h) Garantiile pentru protectia datelor
- i) Detalierea publica a solutiilor gasite pentru privatizarea caselor de asigurari ale Ministerului Transporturilor si ale personalului angajat in serviciile secrete MAPN, MAI si magistratura.
- j) Precizarea solutiilor gasite pentru diminuarea platilor informale si stimularea materiala a personalului medical.