

IV

CUM RĂSPUNDE OFERTA GUVERNULUI LA PROBLEMELE SĂNĂTĂȚII?

Dr. Sorin Paveliu

Expertul SAR, dr. Sorin Paveliu a citit atent programul Partidului Social Democrat pentru sănătate. Acesta pune accent în exces pe investiții, pentru care nu există resurse clare- din nou, ipotetice fonduri europene greu de accesat sau profituri din fonduri viitoare de investiții- nu identifică un mecanism sustenabil pentru creșterile de salarii, nu oferă o soluție pentru rezolvarea consecințelor nedorite ale unor propuneri populiste de genul ieftirii medicamentelor, care produce distorsiuni masive de piață și abandonează, ca și guvernul Ciolos înaintea lor, ambiția de a rezolva problema infecțiilor intraspitalicești. Paveliu propune ca programul să includă și ultima problemă și să fie introdusă o prioritarizare, care să amâne pe termen mediu sau lung unele probleme pentru care nu există deocamdată finanțare.

Introducere

Programul de guvernare în domeniul sănătății al actualului cabinet este unul dintre cele mai amănunțite în ceea ce privește planul de măsuri concrete care urmează a fi adoptate în următorii patru ani.

Având în vedere însă faptul că aceste măsuri sunt preconizate pentru a influența în mod semnificativ sistemul de sănătate apreciem se impune analiza lor amănunțită, pentru a

da posibilitatea decidenților eventual să îmbunătățească acest document programatic. Analiza de politici publice, inclusiv cea din sănătate, se poate face dintr-o multitudine de abordări. Am considerat adecvat să ne raportăm expunerea noastră la principiile de bună guvernanta¹ incluse în Carta Albă a Bunei Guvernări realizată la nivel european, respectiv transparența, responsabilitatea, participarea, eficacitatea și coerența, principii care pot și trebuie să fie aplicate și la elaborarea politicilor naționale.

Despre viziune și obiective guvernamentale în sănătate

Analiza programului de guvernare în domeniul sănătății trebuie să plece de la viziunea avută și obiectivele stabilite, pentru a vedea dacă, în final, măsurile propuse sunt coerente cu acestea.

Viziunea guvernului privind politicile publice „pleacă de la premisa construirii unei societăți echilibrate, bazată pe principii incluzive”, iar accentul este pus „pe scurtarea distanțelor dintre localitatea de domiciliu și locul în care se oferă îngrijiri medicale [...]”

¹ “Guvernanta” reprezintă regulile, procesele și comportamentul care afectează modul în care puterea este exercitată la nivel european, în special în ceea ce privește transparența, participarea, responsabilitatea, eficiența și coerența. Sursă: Carta Albă a Bunei Guvernări, disponibilă la http://europa.eu/rapid/press-release_DOC-01-10_en.htm

Implementarea acestor măsuri va conduce la un sistem medical îndreptat spre cetățean, care să nu mai fie nevoit să traverseze țara, să stea la cozi, să cheltuiască bani pe transport, cazare, doctori, în speranța unui act medical de calitate”². Ca atare, intenția declarată este ca guvernarea să pună accentul pe accesibilitatea sistemului sanitar propriu-zis, ca și cum oferta de servicii este deja la standarde rezonabile de calitate. Totuși, așa cum vom vedea în ceea ce urmează soluția identificată de guvern pentru creșterea accesibilității se va baza pe construirea de infrastructură nouă (ex: spitale, centre multifuncționale, reabilitarea unui număr foarte mare de unități sanitare, dotarea cu aparatură și achiziționarea unui număr de cel puțin 3000 de ambulanțe), concomitent cu o politică salarială în domeniu care menită să oprească/dimineze exodul personalului medical spre țările mai avansate economic.

Măsuri orientate către dezvoltarea infrastructurii medicale

Începând cu anul 2004, construirea de noi spitale a reprezentat o promisiune avansată periodic în perioadele de precampanie. Mai multe proiecte de spitale au fost inițiate de stat însă rareori s-au finalizat. Spre exemplu, Institutul Regional de Oncologie Iași, început în anul 1995 a fost terminat în anul 2012. O serie de clădiri începute s-au degradat în timp, oprindu-se lucrările. Institutul Regional de Oncologie Timișoara este încă un proiect în curs de execuție, unitatea sanitară cu 476 paturi urmând a costa în final 110 milioane euro. În acest an Institutului respectiv îi vor fi alocate doar 3 milioane euro, guvernul preconizând sume consistente, de 37 de milioane euro în viitor.

Încercări notabile s-au făcut și de autoritățile publice locale, iar în prezent sunt în stadii

avansate de construire spitale finanțate de primării, în București (două clădiri noi pentru Spitalul Clinic de Copii “Dr. Victor Gomoiu”, și respectiv Spitalul de Ortopedie “Foișor”, ambele cu sume investite de aprox 40 milioane euro) precum și în Craiova (clădire menită să înlocuiască vechiul spital Municipal, aflat într-o clădire improprie, cu o investiție de 8 milioane euro). Și alte primării au demarat proiecte asemănătoare, în Timișoara, Sibiu, Brașov, însă acestea sunt aflate în stadii incipiente, de asigurare a terenului. Alte primării au anunțat doar intenții (ex: Ploiești, Pitești).

Trebuie precizat că investiții din partea administrațiilor publice locale pentru reabilitare și întreținere a instalațiilor s-au efectuat într-o multitudine de spitale, după ce acestea au fost trecute în proprietatea și administrarea lor prin măsurile de descentralizare. De asemenea, după crearea unei surse de venituri proprii pentru Ministerul Sănătății prin ‘taxa pe viciu’, aproximativ 30 de milioane de euro anual s-au folosit pentru investiții în continuare, restul sumelor colectate, în jurul a 70 de milioane anual, fiind folosite pentru achiziții și re tehnologizări în domeniul aparatului medical. Alte intenții de construire de spitale cu bani de la buget au rămas nematerializate în totalitate. În anul 2008, an electoral, Ministrul Sănătății, Eugen Nicolăescu, promitea că în următorii 4 ani se vor construi „în total, 32 de spitale. Investiția este de peste 2,7 miliarde de euro, banii provenind în special de la bugetul de stat și din alte surse, respectiv taxa pe viciu. Spitale clinice de urgență vor fi construite în Alba, Galați, Arad, Bacău, Bistrița, Brașov, Brăila, Călărași, Hunedoara, Mehedinți, Giurgiu, Bihor, Neamț, Argeș, Prahova, Caraș-Severin, Sibiu și Suceava. În Craiova, Târgu Mureș, Timișoara și Iași vor fi ridicate spitale regionale de urgență.”³

² PROGRAMUL DE GUVERNARE 2017-2020, disponibil la <http://www.cdep.ro/pdfs/oz/Program%20de%20Guvernare.pdf>

³ Elvira Gheorghită, Nicolăescu promite 32 de spitale noi, *Mediafax*, 14 mai 2008, disponibil la <http://>

Guvernul Cioloș (noiembrie 2015-decembrie 2016) a declarat sănătatea ca fiind prima dintre priorități, iar accentul s-a pus tot pe construirea de noi unități sanitare. Astfel, în programul său de guvernare, s-a găsit și „*elaborarea unui program multianual de investiții în sănătate, în vederea asigurării actului medical la standarde care sa conveargă cu cele din UE*”.

În 11 august 2016, premierul Dacian Cioloș a aprobat un memorandum privind inițierea Programului de Modernizare a Infrastructurii Spitalicești (PMIS)⁴. Deși în principiu era vorba de inițierea a unui Program, Ministerul Sănătății avansa deja începerea negocierilor pentru construirea de clădiri noi pentru două spitale, în parteneriat public privat, fără a da detalii privind numărul de unități care necesită clădiri noi, modul de alegere a acestora și cum se va face prioritizarea etc. În lunile următoare nu au mai fost date informații dacă PIMS a fost sau nu demarat. La deschiderea noului an universitar, la Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” din Cluj-Napoca, în octombrie 2016 premierul de la acea vreme declara următoarele: „*Intenționăm să folosim, sper cu succes de data asta, pentru prima dată, sistemul de finanțare public-privat, pentru a veni cu investiții noi în spitale. [...] Sperăm ca prin acest sistem să reușim în anii care vin să stimulăm cât mai multe construcții noi de spitale, nu numai în orașele mari, ci și în orașele mai mici*”, a completat Dacian Cioloș. El a subliniat faptul că parteneriatele de tipul public-pri-

vat nu înseamnă privatizarea sistemului medical, ci găsirea de soluții financiare strict pentru construcția și administrarea clădirilor. Dacian Cioloș a amintit, printre altele, de construcția celor „trei spitale regionale de urgență, din fonduri europene, iar din resurse proprii, de construcția unui prim spital regional de copii, la București, prin extinderea actualului spital Marie Curie”.⁵ Marea provocare a guvernului Cioloș legată de infrastructura spitalicească a fost depunerea documentației privind cele 3 spitale regionale de urgență, pentru care guvernul Ponta, nu făcuse nici un pas, până la data limită de 31 decembrie 2016. În caz contrar, sumele nerambursabile oferite de către UE, de 50 milioane de euro per spital ar fi fost pierdute. Nu vom intra în detaliile legate de acest proces însă trebuie să reținem că, în final, Guvernul a agreat să aloce câte 150 de milioane în plus la cele 50 de milioane, pentru fiecare spital, ajungându-se la respectabilă suma de 450 de milioane de euro în total investiție din partea statului. Rămâne o necunoscută sursa acoperirii acestor sume. Este de menționat, de asemenea, ca același guvern Cioloș a avansat ca sigure, conform memorandumului, construirea și dotarea la zi a două clădiri: pentru spitalul de cardiologie „Prof. Dr. C.C. Iliescu” și pentru cel de pediatrie Marie Curie (ambele din București). Fostul guvern a preconizat și sume uriașe necesare pentru acest demers: 200 de milioane fiecare.

Despre un nou spital de arsuri s-au purtat discuțiile și cu Primăria Sectorului 1, pe al cărui teritoriu se găsește și în prezent actualul spital. Deși discuția inițială a fost rapid abandonată, investiția trebuind să cadă în seama Ministerului Sănătății, Primăria

www.mediafax.ro/social/nicolaescu-promite-32-de-spitale-noi-2634019

⁴ Memorandum „Aprobarea inițierii Programului de Modernizare a Infrastructurii Spitalicești și demarării negocierilor cu Banca Europeană pentru Reconstrucție și Dezvoltare în vederea accesării Facilității de Pregătire a Proiectelor de Infrastructură pentru realizarea fazei pilot din program”, disponibil la http://gov.ro/fisiere/stiri_fisiere/MEMORANDUM_cu_tema_Aprobarea_ini%C5%A3ierii_Programului_de_Modernizare_a_Infrastructurii_Spitalice%C5%9Fti_%C5%9Fi_demar%C4%83rii_negocierilor_cu_BERD...pdf

⁵ Marius Avram, Cioloș: Sănătatea are o problemă sistemică; trebuie spitale noi, inclusiv prin parteneriate public-privat, *Agerpres*, 3 octombrie 2016, disponibil la <https://www.agerpres.ro/politica/2016/10/03/ciolos-sanatatea-are-o-problema-sistematica-trebuie-spitale-noi-inclusiv-prin-parteneriate-public-privat-11-43-43>

Sectorului 1 a prins ideea din zbor și a plusat, trecând chiar la fapte, achiziționând terenul pentru un viitor spital Municipal. În prezent, ideea unui nou spital de arsuri nu se mai regăsește în nici un document oficial.

Actualul guvern a plusat masiv la capitolul promisiuni de investiții în infrastructura spitalicească, avansând inițiativa de a construi 8 spitale regionale, cu 5 mai multe decât cele preconizate deja, la care ar urma să se alature și spitalul sectorului 1 – denumit inițial Municipal și ridicat acum la rangul de spital Republican, pentru care se vor face investiții de 1.100 de milioane de euro până în anul 2020.

În Legea Bugetului pe anul 2017, Ministerul Sănătății anunța următoarele investiții în infrastructura spitalicească – „Finanțarea dezvoltării și modernizarea infrastructurii sanitare”, cu următoarele proiecte detaliate:

1. Finalizarea obiectivelor de investiții începute în anii precedenți;
2. Continuarea programului de consolidări (și alte lucrări de intervenții) a clădirilor unităților sanitare;
3. Reabilitarea infrastructurii unităților sanitare prin efectuarea lucrărilor de reparații capitale;

4. Construirea Spitalelor Regionale de Urgență, inclusiv prin Programul Operațional Regional: 8 spitale regionale și 1 spital republican, în București.

5. Inițierea unui program multianual de modernizare a infrastructurii spitalicești (cele două spitale care se afla în acest moment în atenția Ministerului Sănătății pentru programul pilot sunt Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Maria Sklodowska Curie” și Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare “Prof. Dr. C.C. Iliescu”, ambele localizate în București).

6. Reabilitarea/modernizarea/extinderea: spitale județene – cel puțin 15; ambulatorii de specialitate – cel puțin 150, U.P.U. – cel puțin 25, Centre comunitare integrate medico-sociale”.

Bugetul din acest an este foarte generos în credite de angajament pentru infrastructură dar extrem de auster în cheltuieli efective, astfel încât ambițiosul program pare a fi decalat cel puțin cu un an (vezi **Tabel 1**). Această scădere a investițiilor în infrastructura de sănătate este justificată prin intenția de a „înființa un Fond Suveran de Dezvoltare și Investiții (FSDI). Acesta va fi

Tabel 1. Bugetul de Stat preconizat

Program de investiții publice – credite bugetare	360.062	203.367
Obiective (proiecte) de investiții în continuare	8.560	54.907
Alte cheltuieli de investiții	351.502	148.460
Dotări independente	229.445	45.517
Cheltuieli pentru elaborarea studiilor de fezabilitate, fezabilitate și alte studii		3.966
Cheltuieli de expertiză, proiectare și execuție privind consolidările	33.495	29.793
Alte cheltuieli asimilate investițiilor	626	1.484
Cheltuieli de expertiză, proiectare, asistență tehnică, pentru probe tehnologice și teste și predare la beneficiar și de execuție privind reparațiile capitale, precum și alte categorii de lucrări de intervenții, cu excepția celor incluse la lit.d), așa cum sunt definite de legislația în vigoare, inclusiv cheltuielile necesare pentru obținerea avizelor, autorizațiilor și acordurilor prevăzute de lege	87.936	67.700

Sursa: Varianta proiectului de lege a Bugetului de Stat pe anul 2017 trimisă spre promulgare

alcătuit, în principal, din companiile de stat profitabile, a cărui valoare va depăși 10 mld. euro. Fondul se va putea folosi de veniturile din dividende ale acestor companii, precum și din veniturile provenite din emisiuni de obligațiuni sau din vânzarea de active neperformante (case de odihnă, hoteluri – aparținând unor companii al căror obiect de activitate este cu totul altul). Scopul fondului va fi de a dezvolta sau construi de la zero afaceri în domenii prioritare pentru statul român, care să se susțină economic (deci cu un anumit grad de profitabilitate), singur sau împreună cu alte fonduri de investiții sau investitori privați. Estimăm că 10 mld. euro vor intra în economia României în următorii 4 ani prin FSDI. Fondul va duce, printre altele, la apariția a numeroase fabrici în agricultură și industrie, dar și la capitalizarea unor firme precum Tarom, CFR, Șantierul Naval Constanța, C.E.C., Nuclearelectrica, astfel încât acestea să-și poată extinde activitatea sau, după caz, să achiziționeze noi capacități: flotă de avioane, de nave, de garnituri de tren. Cele mai mari investiții ale FSDI în următorii 4 ani se vor realiza în sănătate, prin construcția unui spital republican și a 8 spitale regionale. Valoarea totală finanțată din FSDI este estimată la 3,5 mld. euro.”⁶

Având în vedere faptul că înființarea și mai ales operaționalizarea unui asemenea proiect financiar poate dura unul sau chiar mai mulți ani, ne punem serios întrebarea privind sustenabilitatea programului de investiții în sănătate. Dacă unele proiecte sunt deja demarate (sub rezerva că Uniunea Europeană va aproba documentația) o multitudine de spitale au nevoie de investiții de consolidare și renovare imediate, care, din cauza programului de beneficii sociale promise nu își mai găsesc locul în bugetul din acest an și foarte probabil nici în anii viitori.

Investițiile în infrastructură se bazează pe două resurse volatile, respectiv înființarea unui Fond de Dezvoltare și pe **utilizarea de fonduri nerambursabile, restul fiind lăsat implicit pe suplimentare de buget de la bugetul de stat.** Oricum, ipoteticele 5 spitale regionale suplimentare ar urma să se facă fără nici un fel de sprijin financiar nerambursabil. Dacă la aceste spitale (estimate la 2-300 milioane de euro fiecare) se va adăuga și spitalul gigant „Republican” din București (cost estimat de autorii programului la 1,1 mld. euro), la care se adaugă reabilitarea/modernizarea/extinderea restului unităților medicale menționate în program, putem estima un necesar de 4-5 mld euro în următorii 4 ani. Numai dotarea fiecărei dintre cele 2850 de comune cu o ambulanță (altă promisiune de infrastructură gigantică) ar necesita 300 de milioane de euro fără a lua în considerare și personalul medical suplimentar necesar. Înființarea FSDI este o construcție care presupune multiple ajustări legislative și dificultăți care fac ca până și cei mai optimiști să invoce o perioadă de timp care, teoretic, poate chiar excede mandatul actualului guvern. Cum realizarea investițiilor este condiționată de înființarea Fondului de Investiții (FSDI), urmând ca până când aceasta se va produce să nu se facă alte alocări de fonduri către acest domeniu, este foarte probabil că ne aflăm în pragul unei stagnări de lungă durată în ceea ce privește dezvoltarea sectorului sanitar.

Concluzii

1. Construirea masivă de noi spitale, fără existența unui plan prealabil pe termen lung, care să prevadă **sustenabilitatea** măsurii este o decizie pripită. Guvernul nu trebuie să uite că investițiile în infrastructură trebuie să se facă în concordanță cu posibilitățile financiare reale ale economiei românești (Institutul

⁶ PROGRAMUL DE GUVERNARE 2017-2020.

Oncologic Iași a necesitat 17 ani pentru a se ajunge la finalizarea investiției). Pentru a putea să apreciem aceste investiții ne putem raporta la capacitatea anuală de a face investiții în infrastructură a Ministerului Sănătății, care în ultimii ani a fost de aproximativ 30 de milioane de euro anual. Investițiile propuse reprezintă, la nivelul actual de finanțare, epuizarea capacității de investiții pe următorii 133 ani. Ipoteza finanțării acestor investiții gigantice, din care 3.500 de milioane euro din Fondul Suveran de Investiții (FSDI) nu este mai credibilă, însemnând în fapt transformarea (în cele din urmă vinderea) unităților industriale de stat rentabile în spitale — o decizie cel puțin discutabilă.

2. Astfel de proiecte trebuie să fie **responsabile**, iar cei care le planifică sau chiar le inițiază fără ca în final să se dovedească viabilitatea lor trebuie să poată fi trași la răspundere.
3. Investițiile în infrastructura mare trebuie să se facă **transparent**, folosind ierarhizări ale priorităților și nu factori subiectivi. Spre exemplu includerea în PMIS a construirii unei noi aripi a Spitalului Marie Curie s-a făcut, conform declarațiilor ministrului de la acea vreme — Vlad Voiculescu, datorită convingerii și insistențelor consilierului său. Acesta din urmă fiind într-adevăr un medic cu deosebite rezultate în dezvoltarea secției pe care o conduce, a făcut astfel o recomandare subiectivă față de instituției în care lucra. Criteriile de alegere a modului în care se face o investiție trebuie să fie cu totul altele.
4. Investițiile în construirea de noi spitale trebuie să aibă în vedere **eficiența** investiției. Propunerile avansate de guvernul Cioloș, de parteneriat public privat, nu ar trebui să fie luate în discuție înainte ca Statul să se asigure de eficacitatea investiției. **Este inacceptabil ca investiția să nu poată fi acoperită financiar din veniturile realizate prin prestarea de servi-**

cii. Realitatea arată că, în prezent, majoritatea spitalelor de stat au grave dificultăți în a-și acoperi costurile, și asta fără să fie nevoie să plătească o rată lunară pentru împrumutul destinat construcției și eventual re tehnologizării.

5. Indicarea unor surse neviabile afectează grav planul de investiții de la bugetul de stat. Spre exemplu, Institutul de cardiologie C.C. Iliescu din București a fost vehiculat ca prioritate a guvernului Cioloș prin intermediul PMIS, ceea ce a condus în cele din urmă la ratarea eventualității de a fi prins în bugetul de investiții din acest an. Simpla menționare a acestei unități printre prioritățile Ministerului Sănătății fără a i se fi alocat o finanțare este elocventă pentru amatorismul guvernului. Un alt exemplu elocvent este reprezentat de inexistența unui proiect și finanțări pentru construirea unui nou spital pentru tratamentul arsurilor în București. În mod extins, bugetul din acest an abundă în credite de angajament, entuziasmante pe hârtie, dar care se pot sau nu materializa în funcție de sustenabilitatea bugetului. Nu ar fi de mirare dacă la jumătatea anului, aceste credite de angajament vor fi brutal ajustate.

Sustenabilitatea măsurilor de creșteri salariale în sănătate

În toamna anului 2015, guvernul Victor Ponta aproba o neașteptată creștere salarială pentru personalul medical de 25%. În anul următor, guvernul Dacian Cioloș operează o corectură a acestor salarii, având în vedere distorsiunile survenite, în care pe aceiași funcție, gradație și vechime în muncă, doi angajați primeau salarii diferite. Alinierea, făcându-se la nivelul veniturilor superioare, a condus la o creștere globală a cheltuielilor salariale cu încă 14%. Ordonanța de urgență 20/2016 prin care s-au operat aceste

mărituri a adus însă și alte corecții, juste dar pentru care nu exista finanțare, respectiv modul în care urmau să fie plătite gărziile, în concordanță cu prevederile Codului Muncii și nu cu nedreptele restricții impuse încă din anul 2009. După numai câteva luni, în urma unei inițiative parlamentare, a fost aprobată Legea nr. 250 din 17 decembrie 2016, care creștea majorările inițiale aprobate de guvernul Cioloș cu încă 15%. În urma acestor creșteri succesive și a mecanismului complet defectuos de finanțare a acestora, separat de mecanismul serviciilor negociate și prestate, direct de la buget, în majoritatea spitalelor sumele contractate cu sistemul de asigurări de sănătate prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au ajuns să fie mai mici decât fondul de salarii propriu-zis.

Guvernul Grindeanu vine însă și stabilește prin Programul de Guvernare obiective imediate și promisiuni cu mult mai ambițioase: "Reașezarea sistemului de salarizare în direcția flexibilizării și stimulării performanței și competitivității personalului din sistemul medical". Până la 01.01.2018 sunt prevăzute creșteri spectaculoase și precise ale veniturilor personalului medical (medic rezident anul I: 1.200 euro, brut, medic specialist gr. V, clinic: 2.650 euro, brut, medic primar, gr. V, clinic: 3.377 euro, brut, medic primar, gr. V, AȚI/urgență: 3.600 euro, brut); 100% creșterea salariilor asistenților medicali; 2.150 lei salariul minim brut pentru infirmieri și asistenți sociali. Salariile nu vor mai fi impozitate cu impozitul pe venit. Alte beneficii: Tichete de vacanță (1 tichet de vacanță pentru toți bugetarii din sistemul medical, la nivelul salariului minim pe economie din acel an). Stabilirea unui fond de premiere în limita a 5% din cheltuielile de salarizare la nivelul fiecărui ordonator de credite, pe baza unor criterii de performanță transparente stabilite cu partenerii sociali."

În mod just Programul apreciază că „Aceste măsuri pot contribui semnificativ la retenția

personalului în România” însă ele sunt în contradicție cu prevederile menționate în capitolul privind politicile publice în domeniul Muncii și Justiției Sociale, unde aceste creșteri salariale sunt omise: este menționată doar aplicarea prevederilor legale deja în vigoare, care prevăd că în trimestrul I din 2017 vor crește cu 15% salariile din educație și sănătate. Cu excepția acestor majorări din urmă, bugetul de stat nu include sume pentru acoperirea promisiunilor avansate de Guvern.

Concluzie

1. Majorările salariale sunt de foarte mare amploare. O creștere a salariilor personalului din spitale (de remarcat că autorii se raportează numai la aceste salarii, ignorând existența sectorului de ambulator și de medicină de familie) cu 2-300% presupune identificarea de resurse considerabile. Raportat la un PIB estimat de către MF pentru anul 2017 la 182 mld euro⁷ această creștere necesită 1,4% din PIB, fără a mai lua în considerare creșterile de venit care vor trebui a fi acordate concordant medicilor din ambulator. Programul de guvernare nu avansează nici sursa, nici volumul majorărilor de buget necesare pentru acoperirea acestor promisiuni.
2. Promisiunile electorale trebuie să fie coerente. Înșelarea așteptărilor cetățenilor, în cazul de față a personalului medical nu este o soluție adecvată pentru retenția forței de muncă, mai ales în condițiile în care abandonarea promisiunilor se face imediat după câștigarea alegerilor.

⁷ Legea Bugetului de Stat pe anul 2017, disponibilă la http://discutii.mfinante.ro/static/10/Mfp/transparența/PROIECTLEGEbugetdestat2017_23012017.pdf

Alte măsuri propuse necesare și urgente dar care se bazează pe surse volatile, incerte

1. Programul de guvernare pune un accent deosebit pe măsuri privind profilaxia, în special prin screening

- Creșterea capacității de *screening* pentru depistarea bolilor netransmisibile cu impact asupra sănătății publice: cancer col uterin, cancer mamar, cancer colo rectal, cancer de prostată, cancer pulmonar, diabet zaharat, boli cardio vasculare, boli pulmonare cronice prin fonduri nerambursabile.
- Creșterea capacității de *screening* preconcepțional și prenatal prin fonduri nerambursabile.
- Creșterea capacității de *screening* neonatal prin fonduri nerambursabile.
- Creșterea capacității de *screening* a bolilor infecțioase transmisibile: hepatită, HIV, tuberculoză prin fonduri nerambursabile.”

Așa cum se poate observa însă **sursa de finanțare pentru aceste programe se bazează exclusiv pe fonduri nerambursabile**, ceea ce este o eroare strategică. Unele programe de acest fel se desfășoară și în prezent, prin finanțare din bugetul Ministerului Sănătății. A pune în așteptare necesara creștere de finanțare până se vor putea implementa proiecte cu fonduri nerambursabile înseamnă stagnare iar în fapt, nu vom asista la o intensificare a depistării bolilor de interes public, ci chiar la o diminuare a acestui proces. În același timp, măsurile de depistare activă a bolnavilor care în prezent nu beneficiază de tratament trebuie să se facă concomitent cu o suplimentare programată a surselor de finanțare pentru aceste tratamente. Spre exemplificare, România a adoptat un program de finanțare a tratamentului purtătorilor de virus hepatitic C, ale cărui costuri sunt de ordinul zecilor de mii de

euro per pacient/an. În prezent acest efort financiar este pus în seama companiilor farmaceutice printr-un mecanism discutabil. Studii epidemiologice au estimat statistic un număr de 710.600 persoane infectate cu virusul C, în întreaga țară.

În prezent doar un număr de 5000 de persoane au avut acces la tratament și se preconizează un număr dublu în acest an. Depistarea activă a tuturor purtătorilor de virus hepatitic C trebuie să se facă concomitent cu asigurarea resursei financiare. În anul 2016, contribuția firmelor producătoare de medicamente datorată pentru contractele cost-volum-rezultat și cost-volum a fost de aproape 200 mil euro (878 milioane lei). O creștere a depistării de 5 ori ar putea conduce la o creștere a acestor impozite mascate la peste 1 mld de euro, ceea ce este inimaginabil că ar putea fi acceptat de operatorii economici din domeniu. În aceste condiții efectul preconizat este unul de blocare a tratamentelor și nu de stimulare a asigurării acestora.

2. Desființarea comisiilor de specialitate care validează recomandările pentru anumite tratamente și posibilitatea medicului terapeut de a-și alege fără constrângeri cea mai bună variantă de tratament pentru pacientul său.

Existența acestor comisii era aceea de a valida recomandările făcute de către medicii curanți și respectarea protocoalelor de practică. Această măsură se bazează pe ideea că o eventuală prescripție excesivă sau care nu respectă protocoalele de practică nu va afecta finanțarea sistemului de asigurări deoarece creșterea de consum este acoperită de toți producătorii prin mecanismul de clawback. În realitate, această măsură, deja aplicată, va spori nejustificat consumul mărirind presiunea pe finanțarea suplimentară pentru capitolul de medicamente compensate și gratuite **fără** ca Guvernul să ia în calcul această suplimentare. Problemele vor apă-

rea abia atunci când producătorii vor riposta față de creșterea sumelor datorate prin taxa de clawback datorită creșterii consumului.

3. O măsură cu efecte similare este și aceea de a înființa un nou „**Program național prin care, pentru fiecare boală, fiecare pacient va avea la dispoziție un medicament gratuit pentru afecțiunea sa.**” O asemenea propunere trebuie însă explicată pentru neavizați. Astăzi, acceptarea noilor medicamente pentru finanțare din bani publici se face prin următorul mecanism: dacă un medicament este apreciat ca fiind cost-eficace în Franța, Germania sau Marea Britanie, foarte probabil că va obține un punctaj suficient de mare la evaluare pentru a fi acceptat pe lista de compensate din țara noastră. PSD (sau cei care au avut interesul să le sugereze aceasta măsură) ne anunță că din acest an, chiar și medicamentele pe care țările foarte bogate nu și le permit vor fi acceptate spre finanțare în România, dacă afecțiunea de care suferă nu beneficiază de un tratament. Numai că, în lipsa unor noi medicamente inovative în domenii precum bolile cardio-vasculare sau diabetul, industria farma a stimulat descoperirea unor „boli noi” — adică afecțiuni separate de boala de bază. Astfel, România se angajează să plătească un medicament gratuit pentru orice boală nou redefinită. Cum aceste medicamente costă de regulă zeci de mii de euro anual fiecare, se pune din nou problema evaluării sustenabilității unei asemenea generozități, despre care nu vorbește nimeni.

Măsuri guvernamentale complet incoerente

Așa cum s-a discutat în presă încă din 26 septembrie 2016, **Partidul Social Democrat a lansat „Petiția pentru ieftinirea medicamentelor cu 35% de la 1 noiembrie”**

– **documentul făcând referire la o măsură adoptată în 2015 de guvernarea PSD prin care medicamentele originale care își pierd patentul se ieftineau automat cu 35%, adică la nivelul prețului medicamentelor generice echivalente**⁸. Petiția a fost semnată de peste 22.000 de persoane⁹. Ulterior promisiunea de a reduce cu 35% prețul medicamentelor al căror patent a expirat a devenit unul din cele mai atractive puncte din Programul de guvernare al PSD și al guvernului Grindeanu¹⁰.

Totuși, această măsură nu este una recentă, fiind introdusă în anul 2015 de către guvernul PSD condus de Victor Ponta. Astfel, Ordinul Ministrului Sănătății nr. 75/2009, așa cum a fost el modificat de către Ordinul nr. 703/2015, semnat de ministrul Băncicioiu, impunea ca, de la 1 ianuarie 2016, prețul medicamentelor inovative să nu depășească prețul de referință generic (al celui mai scump generic). Măsura urma a fi pusă în aplicare de la 1 ianuarie 2017. Dacian Cioloș, premierul în funcție la data când ieftinirea ar fi urmat să intre în vigoare s-a temut, pe bună dreptate, de impactul acestei măsuri și prin intermediul miniștrilor Achimaș Cadariu și ulterior Vlad Voiculescu, a emis acte normative prin care s-a evitat aplicarea măsurii. Guvernul Cioloș a lăsat această măsură viitorului guvern Grindeanu, urmând ca preconizata ieftinire să se facă totuși, dar în etape.

Liderul PSD, Liviu Dragnea, a anunțat în repetate rânduri „ieftinirea” și nu dă semne că se va abate de la măsurile „ambicioase” pe care le-a preconizat. Actualul ministru al sănătății, Florian Bodog declara în urma unei dezbateri publice: „Ordinul privind

⁸ „PSD, petiție publică pentru ieftinirea medicamentelor”, DC News, 27 septembrie 2016, disponibil la https://www.dcnews.ro/psd-petiție-publica-pentru-ieftinirea-medicamentelor_517214.html

⁹ „Semnează petiția pentru ieftinirea medicamentelor cu 35%”, disponibilă la https://www.petitieonline.com/semneaza_petitia_psd

¹⁰ Programul de Guvernare 2017-2020.

reducerea prețului la medicamente este pe site, la transparență decizională. Nu este interesul guvernului să ieftinim medicamentele și să dispară de pe piață sau să se plece la export paralel. Continuăm discuția și încercăm să găsim cea mai bună cale ca această ieftinire să nu se repercuteze negativ asupra pacienților”. Și totuși, datorită propunerilor populiste, de campanie, PSD pare a se ambiționa să respecte o măsură care are mai multe consecințe nedorite decât dorite. Pentru cei mai puțin familiarizați cu subiectul, menționăm că după expirarea perioadei în care medicamentele cu molecule noi, își pierd protecția patentului (în medie 10 ani de la lansarea pe piață) alte firme de medicamente pot produce medicamente copii (generice) care, conform legislației românești au un preț de maxim 65% din prețul medicamentului cu patent expirat. Acum guvernul dorește să oblige producătorii medicamentelor originale să scadă prețul acestora la nivelul medicamentelor generice. Ce este rău în această măsură?

1. Nu se va produce o ieftinire, ci o dispariție instantanee a produselor originale cu protecția patentului expirată. Producătorii și-au luat măsuri de precauție și au anunțat autoritățile din timp că vor retrage aceste produse, conform reglementărilor în vigoare, amenințare complet ignorată.
2. Reducerea prețului din România le afectează grav veniturile realizate în alte țări, în majoritatea lor existând un complicat sistem de stabilire a prețului, luându-se în considerare în multe cazuri, și prețul medicamentului din România. Este illogic pentru orice producător să piardă consistente venituri în alte țări doar de dragul partidului de guvernământ din România.
3. A accepta ideea că un producător ar mai face profit după ce prețul s-ar reduce cu 35% ulterior unei reducerii de 15-20% operată în anul 2015 este absurdă.
4. Acceptarea unui preț cu 35% mai mic în România, față de alte țări, unde prețul nu

ar fi imediat afectat de măsura din țara noastră (să zicem pentru o perioadă de un an până la recalcularea prețurilor prin referențiere) ar face ca întreaga cantitate produsă destinată României să plece la export (avantajele pieței unice europene) sub mirajul profitului de cel puțin 35-40%. Ori în aceste condiții, oricum medicamentele astfel "ieftinite" nu ar mai ajunge în farmaciile accesibile pacienților români.

5. Am ajuns la ultimul argument. O astfel de măsură nu are absolut nicio justificare din punct de vedere al cheltuielilor publice. Indiferent de prețul medicamentului inovativ, statul decontează un preț care este inferior celui mai scump generic. Deci scăderea prețului inovativelor nu va afecta bugetul.

Se pune problema totuși de ce a inițiat guvernul PSD o asemenea măsură și mai ales de ce se ambiționează în a o implementa? Implementarea măsurii ține de consecvența față de promisiunile electorale iar renunțarea ar conduce la o dezbatere pe cât de realiste au fost aceste promisiuni. Totuși inițierea proiectului este foarte probabil că are și alte resorturi. Piața farmaceutică este una înalt concurențială. Simpla eliminare a medicamentelor inovative cu protecția patentului expirată va conduce la modificări între raportul de forțe dintre diverșii competitori. Unele firme au în portofoliu preponderent astfel de produse dar care mai rezistă încă pe piața grație bunului renume al produselor și poate și ideilor preconceptuate sădite în mintea beneficiarilor, conform căreia originalele sunt mai bune decât copiile. Retragerea acestora de pe piața va conduce în bună măsură la retragerea companiei de pe piața românească, o parte din forța de vânzare fiind finanțată și din veniturile realizate de aceste produse. Fără forță de vânzare și marketing, activitatea nu va mai fi rentabilă, lăsând la dispoziția concurenței sumele pe care produsele lor le absorbau din piață.

Cum aceste firme au cifre de afaceri de ordinul a sutelor de milioane de euro, inocularea acestei idei în mintea politicianilor, pe lângă beneficiul aparent de imagine — "se ieftinesc medicamentele", avantajează ferm pe unii competitori în defavoarea altora.

O mare lovitură va fi dată și farmaciilor, în special a celor aflate la pragul rentabilității. O scădere a cifrei de afaceri cu 5% este posibil să conducă la închiderea unora dintre ele. Aparent guvernul Cioloș trebuia să ia taurul de coarne și să explice populației că "ieftinirea medicamentelor" așa cum era propusă, era de fapt un miraj, iar aparentul beneficiu pentru populație este în fapt o minciună. A preferat amânarea măsurii. Acum așteptăm ca actualul guvern să își desvârșească opera lăsând pentru viitor constatarea consecințelor. Este un exemplu trist prin care Guvernul va impune o măsură incoerentă, de natură să afecteze concurența și interesele pacienților doar pentru că o poate face.

Buna guvernanta exemplificată prin prisma luptei contra infecțiilor intraspitalicești

Drama pacienților arși în clubul Colectiv a scos la iveală o racilă a sistemului sanitar românesc, ignorarea cu bună știință a faptului că majoritatea spitalelor sunt contaminate cu germeni rezistenți la antibiotice. Dacă acești germeni rareori atacă personalul, oamenii tineri sau cu o stare de sănătate normală, cei care sunt imobilizați la pat, persoanele vârstnice, imunodeprimații, pacienții cu arsuri etc, sunt victime sigure ale acestora.

Statisticile internaționale arată că România este una din țările cu cele mai mari populații de germeni rezistenți la antibiotice. Această stare de fapt nu se datorează decât atitudinii personalului medical și a decidenților față de o realitate care omoară anual zeci

de mii de pacienți. Subraportarea extremă, de numai 0,2% din cazuri care au contractat infecții intraspitalicești în România, față de o medie de 5% în restul țărilor europene, cu un maxim de 7% denotă o complicitate generalizată în ascunderea acestui fenomen. Ar fi fost de așteptat ca după drama Colectiv, care a fost chiar pretextul demisiei fostului guvern PSD condus de Victor Ponta, în prezentul program de guvernare PSD/ALDE să se găsească referiri la continuarea identificării și luării de măsuri pentru combaterea fenomenului.

Nu vom insista asupra măsurilor adoptate de guvernul Cioloș. Într-o primă etapă Ministerul Sănătății a dat dovadă de un conservatorism extrem, controalele comandate în spitale încâlcind orice regulă și fiind în cele din urmă menite să ascundă realitatea decât s-o dezvăluie. A fost nevoie de scandalul de presă legat de biocidul contrafăcut pentru ca Ministerul sănătății să adopte o actualizare a normativului privind combaterea infecțiilor intraspitalicești, care în fapt a adus puține modificări de substanță. Am decis să includem în acest material o serie de propuneri care merită discutate, deși au fost aprioric refuzate de fostul guvern. Nici actualul guvern nu dă semne că ar fi mai deschis pentru discutarea lor sau pentru adoptarea unora dintre ele. Credem că enumerarea este însă utilă tocmai dacă analizăm propunerile prin prisma principiilor buneii guvernante.

Principiul responsabilității:

1. Crearea unui fond de intervenție centralizată pentru infecțiile intraspitalicești. Existența infecțiilor intraspitalicești nu este un fenomen a cărui responsabilitate să fie pusă exclusiv în seama spitalului. De aceea, Ministerul Sănătății trebuie să preia finanțarea secției respective atât pentru cheltuielile curente cât și pentru intervenție, pe perioada refacerii infrastructurii atunci când măsurile uzuale dau greș. În tarifele serviciilor medicale nu

au fost incluse și astfel de cheltuieli. În aceste condiții, managerul nu poate face o igienizare de amploare fără să trimită personalul în șomaj tehnic. Dacă Ministerul Sănătății se derobă de responsabilitatea alocării de la buget a sumelor necesare, managerul spitalului nu-i rămâne decât alternativa de a ascunde infecțiile, chiar cu riscul pierderii de vieți omenești.

2. Unitățile care au în prezent aviz de funcționare temporar, sub rezerva remedierii deficiențelor, trebuie să fie închise până la conformare, într-un mod similar opririi activității în clădirile expuse unui risc seismic mare. Această decizie cade tot în seama responsabilității Ministerului Sănătății. Preocuparea fostului ministru al sănătății privind situația celor 100 de spitale care nu îndeplinesc condițiile de funcționare a fost interpretată de actualul partid de guvernământ ca o intenție de a lichida aceste unități.

3. Responsabilitățile Consiliilor județene trebuiesc stabilite în mod tranșant. Renovarea, modificările de structură, refacerea utilităților sanitare etc, trebuie să fie în sarcina acestora prin lege, în cazul spitalelor din proprietatea lor. În absența responsabilității financiare implicarea lor va fi una minimă sau incertă iar rolul de proprietar și administrator se va limita la numirea directorului. În cazul în care consiliul județean va fi fost sesizat de o persoană asupra existenței unei infecții și nu va fi luat de urgență măsurile care îi revin în calitate de proprietar și administrator, întreaga răspundere materială ar trebui să-i revină proprietarului în cazul în care pacientul se va adresa justiției pentru rele tratamente, respectiv pentru acele infecții care puteau fi prevenite sau care au fost trecute sub tăcere prin neraportare.

Principiul participării:

1. Legislația trebuie schimbată în sensul prevederii de stimulente pentru persoanele

care semnalează infecțiile intraspitalicești precum medici de laborator, medicii curanți, medici rezidenți, asistente, șefi de secție, manageri de spital sau chiar pacienți. Nu este vorba de un îndemn la delatiune ci o evitare a complicității la ucidere din culpă sau în cunoștință de cauză. După ce această modificare se va fi efectuat sancțiunile pentru ascunderea unor asemenea evenimente trebuie să fie de natură penală nu administrativă sau civilă.

2. Educația medicală în domeniul combaterii infecțiilor intraspitalicești trebuie să vizeze întreaga populație, atât persoanele bolnave cât și personalul medical și aparținătorii prin programe la scară națională.

2. Rolul asociațiilor de pacienți în supravegherea raportării corecte a infecțiilor nosocomiale poate fi crescut, implicarea acestora contribuind la găsirea sprijinului politic necesar pentru finanțarea acestei lupte.

Principiul transparenței:

1. Microbiologii din spitale trebuie să aibă obligația raportării centralizate imediate, directe, online, a buletinelor de analiză în cazul identificării de bacterii care pot produce infecții nosocomiale, către toate instituțiile implicate, nu numai în interiorul spitalului. Este singura modalitate prin care poate fi prevenită orice tentație de ascundere a infecțiilor.

2. Spitalelor trebuie să li se impună transparența totală. Transparență totală a dus la o reducere semnificativă a infecțiilor intraspitalicești acolo unde ea s-a aplicat (în special în SUA). Transparența nu trebuie să se limiteze la existența infecțiilor cât mai ales la respectarea normativelor de personal și a numărului de paturi de ATI pe care spitalul ar trebui să îl aibă, aceste lipsuri fiind una din cauzele majore ale eșecului tratamentului infecțiilor intraspitalicești.

Principiul eficacității:

1. Protocoalele de tratament pentru infecțiile intraspitalicești din România ar trebui, fie și temporar, adaptate. Într-o primă etapă, lupta pentru salvarea vieții pacienților infectați trebuie dusă în spitalele de boli infecțioase, în secții special reamenajate cu această destinație, care în mod obligatoriu trebuie să dispună de linii de gardă cu medici reanimatori. Costurile pentru astfel de secții nu trebuie ascunse printre cheltuielile altor secții sau programe, ci făcute la vedere, având un control direct din partea finanțatorului – Ministerul Sănătății.

Principiul coerenței:

1. Rolul de control al Ministerului Sănătății prin Inspekția sanitară trebuie reinstaurat și întărit iar răspunderea pentru falsă raportare, pentru ascunderea realității constatate sau prin absența efectuării controlului trebuie să atragă răspunderea materială a funcționarilor care au responsabilități în această privință. Numirea pe criterii politice a "deconcentratelor" face adesea ca bucla de control locală să fie anulată de factorul politic dominant local.

1. Acolo unde intervenția în focar eșuează în mod repetat Ministerul Sănătății împreună cu autoritățile locale trebuie să aibe în vedere în mod concret construirea unui alt spital sau secții, iar această decizie trebuie să fie o prioritate.

Pot măsurile propuse să fie realizate cu un cost rezonabil?

Guvernul a lăsat o porțiță deschisă pentru că totuși unele dintre obiectivele principale să poată fi atinse, respectiv ultima măsură menționată, adoptarea Legii sănătății cel târziu la 31 decembrie 2017. O nouă lege a sănătății este justificată doar dacă se

vor aduce modificări de esență în structura și funcționarea sistemului sanitar, concomitent cu **identificarea măsurilor care să asigure un echilibru între aspirațiile de îngrijiri de sănătate, sursele de finanțare, sumele alocate și puterea economică a țării.** Însă o nouă lege a sănătății presupune în bună măsură abandonarea aproape integrală a principalelor repere ale programului de guvernare în sănătate și înlocuirea cu altele noi.

Concluzii și recomandări

În formă actuală, programul de guvernare pare a fi desprins de realitățile economice actuale, sursele financiare capabile a susține creșterile salariale promise și investițiile gigant din infrastructura fiind fie nerealistice, fie ignorate temporar. În absența identificării resurselor, măsurile promise nu vor fi realizabile ceea ce conduce la ideea că în sănătate este de așteptat mai degrabă o perioadă de stagnare.

Opțiunea strategică 1

Regândirea programului de guvernare în sănătate (eventual a întregului program de guvernare) după ce Guvernul a avut posibilitatea de a avea acces la datele reale și la prognozele privind starea economiei.

Promisiunile trebuie să fie concordante cu posibilitățile reale. Elaborarea unei noi legi a sănătății trebuie să se facă doar după ce va fi fost elaborat un document de strategie concordant cu prevederile Strategiei Naționale de sănătate 2014- 2020 (elaborate tot în cursul unei guvernări PSD) care să răspundă la principalele probleme existente în sistemul de sănătate din prezent. Deși accentul pare a fi pus pe infrastructură, urgență este și va fi și în viitorul apropiat reprezentat de asigurarea resurselor pentru veniturile personalului medical. Este deja evident că astfel de măsuri nu pot fi amânate fără consecințe grave pe termen lung, iar

o adevărată provocare este chiar asigurarea resurselor pentru majorările deja operate, în decursul ultimelor 12 luni fiind aprobate în cascadă majorări de 25%, 14% și ulterior 15%, fără a apărea o nouă sursă de finanțare pentru aceste cheltuieli.

Opțiunea strategică 2. Respectarea în totalitate a programului de guvernare în sănătate realocând resurse din alte domenii

Chiar dacă sursele de finanțare sunt aparent identificate (Fondul Național, fonduri nerambursabile etc) Guvernul va fi obligat să mențină un echilibru între diferitele sectoare economico-sociale. Dintr-un buget consolidat de 32% din PIB nu poți să asiguri comitent creșteri de salarii la întreg sectorul bugetar, creșterea pensiilor, construirea de autostrăzi, garantarea unui buget de 2% pentru armată. Indiferent care va fi calea pe care banii vor ajunge în sectorul sanitar, în final, sumele se vor evidenția într-un buget consolidat. În aceste condiții, avansarea de promisiuni spectaculoase fără a indica și perdanții, sectoarele care vor trebui să suporte descreșteri de buget este nerealistă, dacă nu chiar incorectă. Totuși, uitându-ne strict pe acest capitol al Programului de guvernare și ignorând celelalte domenii, pu-

tem accepta, fie și ca ipoteză, intenția laudabilă de a da o prioritate extremă sectorului sanitar.

Opțiunea strategică 3. Adoptarea acelor măsuri care presupun alocări bugetare rezonabile, eventual chiar în interiorul anvelopei bugetare existente și transformarea acelor promisiuni care nu au susținere financiară în strategii pe termen mediu sau lung

Programul evită să dea soluții la o multitudine de probleme stringente cum ar fi modalitatea de plată a personalului (în prezent aproape 1/3 din venituri fiind acordate direct de către CNAS și nu din bugetul negociat al spitalului), modalitatea în care se va face decuplarea veniturilor personalului medical de legea unică a salarizării, care este viitorul asigurărilor suplimentare private de sănătate, fundamentarea măsurilor pe analize de cost-eficacitate, restabilirea echilibrului dintre aspirațiile de îngrijiri de sănătate și oferta făcută de stat, introducerea de noi mecanisme de finanțare a consumului de medicamente etc. O soluție adecvată ar fi declanșarea unor ample dezbateri pe seama unei noi legi a sănătății care să plece de la obiective și deziderate adecvate, previzionate pe un interval de timp de 5-10 ani.