

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,

afiliată la EUROFEDOP

București, Splaiul Independenței

nr.202 A, etaj 3, cam.36

Telefon: 0721246491

www.solidaritatea-sanitara.ro

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

01.02.2012

Comunicat de presă:

Punctul oficial de pornire al dezbaterii pe legea sănătății este greșit

Având în vedere materialele suport pe care le utilizează Ministerul Sănătății în cadrul dezbaterii pe tema proiectului noii legi a sănătății considerăm că dezbaterea a pornit de la un punct de vedere greșit, asumând în bună măsură premise eronate de schimbare a sistemului, fundamentarea fiind inferioară chiar și raportului Comisiei prezidențiale în ceea ce privește starea sistemului sanitar sau față de fundamentarea proiectului de lege anterior.

La aceste materiale aducem completările și sugestiile de mai jos, în încercarea de a reorienta discuția spre problemele fundamentale ale sistemului sanitar, abordate într-un mod onest și în interesul cetățenilor. Precizăm că o parte din problemele ridicate în materialul ministerului sunt corecte; problema este că nu toate și nici măcar majoritatea.

Raportat la Informarea/argumentare pe care-o face Ministerul Sănătății referitor la revizuirea pachetului de bază de servicii medicale considerăm următoarele:

- „Evaluarea rezonabilă economico-financiară” riscă să însemne o abordare nerezonabilă din perspectiva interesului pentru starea de sănătate a cetățenilor.
- Măsurile privitoare la finanțarea și organizarea sistemului nu trebuie să aibă ca obiectiv asigurarea echilibrului între venituri și cheltuieli (care reprezintă o abordare pur contabilă a sistemului de sănătate), ci creșterea finanțării sistemului corelată cu o creștere semnificativă a calității serviciilor medicale acordate pacienților.
- Revizuirea pachetului de bază de servicii medicale trebuie să se desfășoare concomitent atât cu introducerea asigurărilor complementare (și cu sprijinul statului pentru un grad cât mai ridicat de accesibilitate a acestora, inclusiv prin deduceri fiscale semnificative) cât și cu creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

În ceea ce privește măsurile propuse, care se constituie ca o declarație de intenție în ceea ce privește scopurile legii, considerăm necesare următoarele observații la unele din ele:

I. Măsurile implementabile rapid:

1. Limitarea sau excluderea decontării unor medicamente:

- Punctele c) și d) sunt mai mult decât problematice în ceea ce privește o abordare bioetică față de cetățeni, semnificația lor fiind una tristă, asumată înainte de orice dezbateră etică pe această temă în urma căreia să rezulte principiul de prioritizare.

2. Revizuirea duratelor de spitalizare pentru diferitele grupe de diagnostice:

- Analiza comparativă nu ține cont de câteva variabile esențiale în ceea ce privește condițiile din Marea Britanie raportat la cele din România, cum ar fi:

- Nivelul de dezvoltare al tratamentului intensiv din Marea Britanie și resursele alocate, care conduc la un risc mult mai scăzut de complicații;
 - Sistemul de supraveghere în perioada post-spitalizare existent în Marea Britanie (și inexistent în România);
 - Nivelul de civilizație din Marea Britanie, care conduce la riscuri mult mai mici de complicații intervenite odată cu deplasarea la domiciliu (să ne gândim spre exemplu la faptul că România are cel mai mare procent de gospodării fără apă curentă și canalizare din UE).
- Rezultatul propus îl constituie reducerea numărului de paturi (adică reducerea de unități sanitare) în condițiile în care:
- Deja am asistat la o reducere semnificativă a numărului de spitale, afectând principiul proximității;
 - Reducerea numărului de paturi nu este corelată cu refacerea normativelor de personal în sensul creșterii numărului de salariați nr./de paturi (medici, asistenți dar și personal TESA) astfel încât să fie posibil un tratament intensiv. De fapt, nu este propusă nicio măsură pe linia de personal care să susțină această modificare radicală a sistemului.

II. Măsurile implementabile pe termen mediu:

2. 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 specialitate (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 re-clădi încrederea populației în medicina primară, pentru a-i crește adresabilitatea și eficiența.

III. Măsurile implementabile pe termen mediu și lung

1. 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.
2. Revizuirea sistemului DRG trebuie de fapt să vizeze în special trei direcții principale:
 - a. Adaptarea costurilor tratamentelor și procedurilor medicale la costurile de piață (reale, nu la cele „discret” umflate de diferiții furnizori).
 - 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 „naivii” care raportează corect.
 - c. Crearea unei categorii de profesioniști în domeniu care să-și desfășoare activitatea în unitățile sanitare, asigurând astfel aplicarea uniformă a procesului de raportare.

Per ansamblu, considerăm că **însăși ecuația în care se încearcă turnarea situației este greșită:**

Nu: cât de multe cazuri putem trata **cu banii pe care-i avem**, reducând cât putem cantitatea și calitatea serviciilor medicale, (inclusiv pe cele inutile)

Ci: **cât de mulți bani putem strânge pentru finanțarea sistemului sanitar** (prima necunoscută) și cât de mulți pacienți putem trata cu toți banii pe care-i putem strânge și la ce nivel al tratamentului, completată cu următoarele condiții:

- crescând calitatea serviciile medicale acordate pacienților;
- reducând în limite rezonabile cantitatea serviciilor medicale acordate în spitale;
- crescând cantitatea și calitate serviciilor medicale acordate de către medicina primară, inclusiv pre-spitalizare și post-spitalizare;
- responsabilizând suplimentar cetățenii pentru propria lor sănătate
- reducând la maximum posibil pierderile financiare ale sistemului gestionate în mare parte politic.

Notă: materialele Ministerului Sănătății, la care facem referire, pot fi descărcate de la adresa:

<http://www.cercetare-sociala.ro/noua-lege-a-sanataii-dezbatere-publica/puncte-de-vedere-organizaionaleinstituiionale>

Președinte,

Rotilă Viorel

