FEDERAŢIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ“ DIN ROMÂNIA

BULETIN INFORMATIV

EDIŢIA I NR. 18

23 ianuarie 2014, Ministerul Sănătății

”Solidaritatea Sanitară”

singura federație din Sănătate care a participat, la sediul Ministerului Sănătății, la videoconferința pe tema Strategiei Naționale pentru Sănătate 2014-2020

secretariat@solidaritatea-sanitara.ro
www.solidaritatea-sanitara.ro

Observațiile și propunerile Federației ”Solidaritatea Sanitară” din România la Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

singura federație sindicală din sănătate care a participat, la sediul Ministerului Sănătății, la videoconferința pe tema Strategiei Naționale de Sănătate

23 ianuarie 2014, Ministerul Sănătății

În cadrul documentului transmis Ministerului Sănătății, cu ocazia videoconferinței pe tema Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020, Solidaritatea Sanitară își exprimă satisfacția pentru faptul că o mare parte din principiile propuse de noi pentru fundamentarea unei reforme a sănătății și din solicitările noastre au fost cuprinse în acest proiect. În acest sens, putem considera că o bună parte din traseul comun privind reforma Sănătății a fost străbătut, zecile de ore de negocieri comune arătându-și roadele.

Din punctul de vedere al Solidarității Sanitare, Strategia Națională de Sănătate necesită completări și modificări în privința următoarelor puncte, expuse în ordinea importanței lor:

- Reforma finanțării sistemului sanitar
- Creșterea rolului medicinii primare și ambulatorii în furnizarea serviciilor medicale
- O strategie mult mai coerentă și consistentă în ceea ce privește resursele umane
- Acțiunile pentru eficientizarea costurilor
- Descentralizarea DSP-urilor
- Echitatea accesului la serviciile medicale

Reforma finanțării sistemului sanitar

Principala problemă a Strategiei o constituie lipsa răspunsului la principala problemă a sistemului sanitar: deficitul de finanțare. Acesta trebuie să fie punctul de plecare al oricărei reforme ce-și propune creșterea calității serviciilor medicale (presupunând că asistăm, așa cum sugerează Strategia, la o „inflație cantitativă” de servicii medicale). Deficitul de finanțare se traduce la ora actuală la nivelul unităților sanitare în decontarea serviciilor medicale la costuri subevaluate. Pentru a evita falimentul, unitățile sanitare (în general spitalele) reacționează prin fenomenul numit cererea indusă de servicii medicale, fenomen întâlnit în toate sistemele publice de sănătate care combină sistemul DRG cu subfinanțarea.

Astfel că reducerea numărului de servicii medicale acordate/raportate de spitale, care constituie un obiectiv central al Strategiei, poate fi gândită doar în contextul unei creșteri semnificative (spunem noi până la valoarea de piață sau până la nivelul unui standard de cost) a sumelor decontate către spitale pentru serviciile medicale. Deoarece strategia asumă o creștere semnificativă a numărului de servicii medicale acordate de către medicina primară și ambulatoriile de specialitate, respectiv o creștere semnificativă a finanțării acestor sectoare, este evident că sporirea nivelului de decontare a serviciilor medicale nu este posibilă fără o creștere a finanțării sistemului sanitar.

I. Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil.

Vom începe printr-o clarificare conceptuală: finanțarea publică a sănătății include două direcții de finanțare:

a) Finanțarea realizată „de la bugetul de stat” (formula riscă să fie discret ambiguă în condițiile în care bugetul CNAS este inclus în bugetul de stat; ea se clarifică însă prin menționarea celei de-a doua direcții);

b) Finanțarea realizată prin intermediul bugetului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (este considerată în mod impropriu finanțare publică deoarece ea are la bază contribuțiile private ale celor care plătesc, în special ale angajaților (cei mai mari plătitori) și ale angajatorilor. În mod paradoxal, ea este considerată finanțare publică în funcție de modalitatea în care se distribuie banii, mai ales dacă avem în vedere principiul solidarității care guvernează alocările financiare. Pentru a nu risca ambiguități suplimentare, o vom considera însă, pentru moment, finanțare publică.

Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil este primul demers ce trebuie făcut, el stabilind de fapt dimensiunea pachetului minim și a pachetului de bază, respectiv nivelul gratuităților ce pot fi suportate.

a) Finanțarea realizată „de la bugetul de stat”

Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil pe zona finanțării realizate de la bugetul de stat condiționează în primul rând pachetul minim de servicii medicale, acesta fiind asigurat/finanțat (de fapt, trebuind să fie asigurat/finanțat) pe această cale.

În același timp însă, finanțarea realizată de la bugetul de stat are un impact semnificativ și asupra pachetului, prin intermediul transferului de fonduri ce trebuie realizat de la diferite capitole ale bugetului de stat (în special Asigurări sociale - pensii și șomaj) la bugetul CNAS în contul diferitelor categorii de cetățeni considerați asigurați și pentru care contribuția este plătită (de fapt, ar trebui să fie plătită) din aceste fonduri. Situația este identică și în cazul cetățenilor scutiți de la plata contribuției la sănătate, cel care introduce scutirea (respectiv Statul) fiind obligat să finanțeze această gratuitate (prin bugetul de stat).

b) Finanțarea realizată prin intermediul bugetului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

Abordarea pachetului de bază înainte de a identifica și asigura nivelul maxim de finanțare publică a sănătății riscă să conducă la o diminuare radicală a serviciilor medicale ce pot fi acordate pacienților asigurați. Evident, acest efect va interveni doar în condițiile în care pachetul de bază va fi construit (așa cum considerăm normal) respectând principiile economice, respectiv asigurând un nivel rezonabil al decontării serviciilor medicale.

II. Dezvoltarea mecanismelor de finanțare privată, care să asigure suplimentările necesare, care trebuie gândite, așa cum menționam anterior, abia după epuizarea posibilităților de finanțare publică a sănătății și în completarea acestuia. Altfel spus, finanțarea privată trebuie să fie complementară celei publice, intervenind acolo unde posibilitățile celei dintâi au fost epuizate. Una din consecințele evidente o reprezintă faptul că, într-o astfel de variantă, nu se poate vorbi de „privatizarea sănătății", ci de asocierea public-privat în finanțarea sănătății. Introducerea asigurărilor complementare de sănătate trebuie să se facă luând în considerare un nivel de deductibilitate cât mai ridicat, impulsionând dezvoltarea organismelor non-profit (mutuale) în domeniul asigurărilor complementare, care ar trebui să constituie baza în domeniu.

Transferul de servicii medicale dinspre spitale înspre medicina primară și ambulatoriile de specialitate

1. Dimensiunea acestuia este supradimensionată, în condițiile în care:

- Nu sunt identificate serviciile medicale (pe tipuri și volume) ce pot fi acordate doar în spitale;
- Nu este identificată capacitatea celor două sectoare de preluare în mod eficient a acestor servicii medicale;
- Nu sunt funcționale traseele medicale specifice acestor sectoare.

2. Nu poate fi evaluat anticipativ, în mod satisfăcător, impactul asupra calității serviciilor medicale. Practica ultimelor decenii a fost aceea a înghesuirii performanței în spitale și în marile centre universitare, nivelul actual al calității serviciilor medicale (fie el și relativ scăzut) fiind asigurat în acest context. „Smulgerea" unui număr semnificativ de servicii medicale din zona de acțiune a acestor specialiști riscă să aibă un efect negativ semnificativ, dacă nu este dublată de o deplasare a acestora în zona ambulatoriilor de specialitate. Altfel spus, odată cu serviciile medicale ar trebui deplasați și specialiștii către zona unde acestea vor fi acordate. Or, în condițiile în care ambulatoriile de specialitate publice au fost într-o măsură semnificativă privatizate (desființarea dublată de înflorirea sectorului privat o considerăm tot privatizare; mai corect spus, au fost desființate cabinetele, acestea fiind reînființate în zona privată) iar specialiștii se află în cea mai mare parte în spitalele publice ar trebui identificată modalitatea de construire a acestui loc de întâlnire. În acest sens, considerăm că sunt posibile două soluții:

- O strategie coerentă de sprijinire a ambulatoriilor de specialitate publice. Deocamdată ea nu se regăsește în actuala viziune.
- Asigurarea „locului de întâlnire a pacientului cu specialistul" în ambulatoriile existente. În situația cabinetelor private se ridică veșnica problemă a conflictului de interese, dacă este vorba de specialiști angajați în spitalele publice care au și practică în sectorul privat.

3. Dacă transferul de servicii medicale va avea loc către actualele structuri existente (majoritatea private), iar decontarea serviciilor se va face tot pe modelele actuale, vom asista la o accentuare a efectului de reprogramare, respectiv la liste de așteptare (cu perioade variabile; adică, incluzând și perioade mari de așteptare). Fenomenul nu este greu de anticipat, el fiind vizibil în practica acelor cabinete private care au contracte cu CNAS și care acordă (pe bază de decontare/gratuitate) în fiecare lună doar acel număr de servicii medicale pe care le are contractate, amânând pentru lunile următoare restul pacienților. Unul din efectele negative semnificative al listelor de așteptare îl constituie inhibarea prezentării la unitățile sanitare, cu un impact dezastruos asupra stării de sănătate a populației (mai ales cât survine pe un nivel de educație medicală deja scăzut și pe fondul unui număr destul de mare de comportamente cu impact negativ asupra stării de sănătate).

4. Nu a fost dezvoltată anticipativ medicina primară pentru a prelua un volum mare de noi servicii medicale. Câteva efecte trebuie luate în considerare: aglomerarea cabinetelor medicilor de familie, scăderea calității serviciilor medicale, incapacitatea medicinii primare de-a prelua anumite servicii. Strategia utilizează indicatorul rata spitalizărilor evitabile fără însă a-l raporta la capacitatea reală a medicinii primare și ambulatorii, respectiv la mentalitatea populației.

O strategie mult mai coerentă și consistentă în domeniul resurselor umane

Ea trebuie orientată pe următoarele direcții de acțiune (redate sintetic; ele au fost prezentate *in extenso* în materialele transmise anterior Ministerului Sănătății):

- Creșterea nivelului de salarizare: asumarea unor indicatori concreți, cu date certe; indicarea mecanismelor de finanțare a acestor creșteri salariale
- Introducerea salarizării în funcție de performanță, conform modelului solicitat de noi
- Regândirea formării profesionale continue a personalului medical pe următoarele trasee:
  - Coordonată de către Ministerul Sănătății
  - Finanțată atât prin intermediul unităților cât și al fondurilor structurale
  - Accentul pe calitate și competențe
  - Stimularea formării continue prin mecanisme salariale
- Regândirea traseelor de carieră, în sensul creșterii acestora:
  - În special în cazul asistenților medicali
  - Creșterea competențelor trebuie dublată de creșterea recompenselor financiare
- Instituționalizarea transferului de competențe între diferitele categorii profesionale și regândirea atribuțiilor și a salarizării în funcție de competențele exercitate

De asemenea, deși se regăsește în Strategia propusă, însă într-o formă incompletă, în sensul în care numai personalul medical este supus acestei măsuri, este necesar din punctul nostru de vedere ca toți salariații din sistemul sanitar să fie scoși din categoria bugetarilor. Totodată sunt necesare direcții/măsuri suplimentare care să conducă la acoperirea deficitului de personal existent.

Regândirea acțiunilor pentru eficientizarea costurilor

Măsurile de eficientizare a cheltuielilor pentru sănătate nu sunt orientate în mod uniform asupra tuturor tipurilor de costuri. În acest sens, principala „victimă" a strategiei o constituie spitalele publice (unitățile sanitare cu paturi) în timp ce pentru domeniul care a înregistrat cel mai mare nivel al costurilor de la bugetul CNAS, respectiv medicamentele și materialele sanitare acordate în afara spitalelor (42,64% în 2012, față de 41,9% acordați spitalelor), nu au fost gândite suficiente măsuri de eficientizare (exemplu: creșterea ponderii medicamentelor generice).

Descentralizarea DSP-urilor nu este o măsură coerentă cu obiectivele Strategiei

Obiectivul general nr. 2, Reducerea morbidităţii şi mortalităţii prin boli transmisibile, a impactului lor la nivel de individ şi societate, necesită o sporire a atribuțiilor Ministerului Sănătăți și instituțiilor din subordine în domeniu. În acest sens, una din direcțiile strategice trebuie s-o constituie păstrarea Direcțiilor de Sănătate Publică în subordinea Ministerului Sănătății și întărirea atribuțiilor acestora, aceasta fiind direcția în care ele trebuie reformate. Având în vedere experiența numeroaselor descentralizări care au afectat sistemul sanitar, transferul DSP-urilor în subordinea autorităților locale riscă să compromită atingerea fiecăruia dintre obiectivele specifice acestui obiectiv general.

Echitatea accesului la servicii medicale rămâne o problemă nerezolvată

Deși în preambul Strategia abordează câteva din problemele specifice echității și protecției financiare, obiectivele și direcțiile de acțiune propuse nu lasă să se vadă suficiente măsuri capabile să remedieze situația în mod semnificativ. Sunt ratate: impactul cheltuielilor informale, suportate direct de pacienți, asupra accesibilității serviciilor medicale și bugetelor familiilor în cauză; funcționarea deficitară a mecanismelor publice de finanțare (exemplul absenței transferurilor obligatorii din fondurile sociale este unul elocvent) afectează global pe toți asiguraţii plătitori de contribuţii în momentul în care devin pacienți. Observăm că aria strategică 2, Servicii de sănătate, este concentrată pe obiectivul general Asigurarea unui acces echitabil a tuturor cetăţenilor, în special a grupurilor vulnerabile, la servicii de sănătate de calitate şi cost-eficace, fără a fi gândit însă sistemul de finanțare a accesului echitabil. Discuțiile despre pachetul de bază (și, corelativ, despre pachetul minim) sunt deosebit de problematice pentru înțelesul accesului echitabil.