

O analiză a politicilor de sănătate și farmaceutice în România, întreprinsă de SAR

INTRĂ SĂNĂTATEA ÎN COMĂ?



Sănătatea în România riscă intrarea în colaps anul viitor, după ce bugetul în 2009 a scăzut cu aproape 20% față de anul trecut. Situația pe 2010 este chiar mai dificilă dacă bugetul nu va acoperi 5 trimestre. Eficientizarea alocării resurselor în sector este imposibilă dacă îi alocăm doar jumătate din cât se alocă în Europa, ca procent dintr-un PIB oricum mai mic. În acest ritm, nu se vor mai putea acoperi în curând nici serviciile medicale de azi, iar inechitatea accesului se va agrava.

În ciuda faptului că România a intrat în UE iar sănătatea a fost declarată prioritate națională de toate partidele politice aflate la guvernare în ultimii ani, sectorul rămâne unul doar parțial reformat după 1989. Calitatea serviciilor medicale este mult sub standardele europene, iar pacienții se plâng de tratamentul prost din spitale și de nevoia de a plăti informal pentru servicii teoretic gratuite. Pe lângă problemele cronice ale sistemului, anul acesta ne confruntăm cu o scădere dramatică a bugetelor publice (cu 7.9% în lei, 19.9% în euro față de 2008), ceea ce a declanșat o adevărată criză.

Ca de obicei, răspunsul politicilor de sănătate este inadecvat: ne concentrăm mai mult pe măsuri ad hoc de reducere a cheltuielilor, tăind de unde se poate, fără a ne gândi la

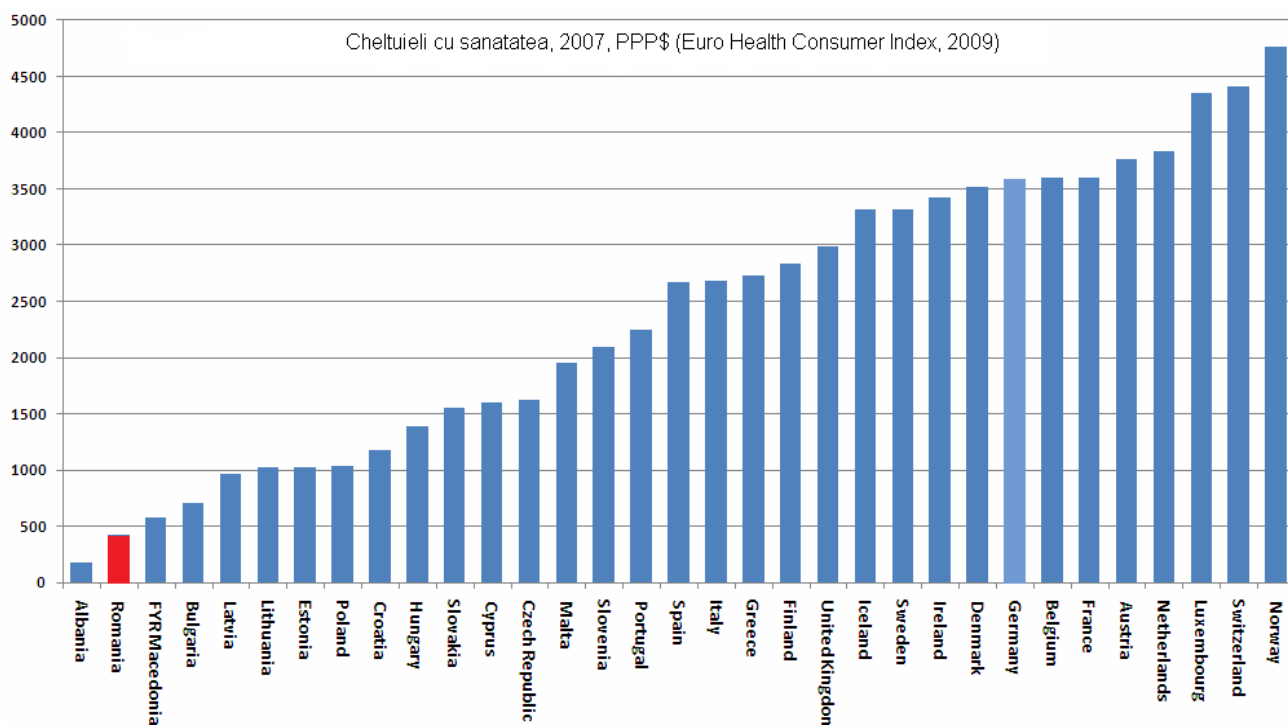


Fig. 1. Cheltuieli totale cu sănătatea în 2007, \$ la PPP

consecințele pe termen lung. Într-un sistem oricum disfuncțional, riscurile sunt majore dacă mai și reducem cheltuielile de unde nu trebuie. În loc să ne aliniem treptat la standarde europene și în sectorul de sănătate publică (speranță de viață mai lungă, calitate mai bună a vieții), ne vom îndepărta tot mai mult de acestea alocând din ce în ce mai puțini bani și nerezolvând problemele cronice. Ce ar trebui să facem – și ce facem în realitate?

1. Mai mulți bani pentru sănătate

Sistemul sănătății publice în România este realmente subfinanțat, dincolo de orice alte discuții, ținând cont de standardele occidentale (unde se alocă 8-10% din PIB pentru sănătate) și de faptul că indicatorii noștri de sănătate arată mult mai prost decât cei ai altor țări europene, nu numai din UE. Oricum, dincolo de orice alte discuții, el a fost construit ca unul de tip occidental, iar așteptările cetățenilor merg tot în acest sens; or,

este imposibil să-l faci să funcționeze cu un nivel de resurse de lumea a 3a. De pildă, în 2007 cheltuiam cel mai puțin per capita cu sănătatea din toată Europa, cu excepția Albaniei (Fig. 1).

Din punct de vedere al stării generale de sănătate, conform Raportului Dezvoltării Umane publicat de UNDP în 2009, România se situează cu 17 poziții sub medie, între 182 de țări luate în analiză, și pe ultimul nivel din Europa. Și la indicatorii Organizației Mondiale a Sănătății stăm prost, sub Ucraina sau Serbia la mortalitate infantilă; decese cauzate de cancerul de col uterin; incidență a tuberculozei și îmbolnăviri din infecții sau infestare cu paraziți (Tab.1).

Cel mai bine stau, desigur, țările din UE unde se și alocă bani mai mulți pentru sănătate: Franța este campion la toți indicatorii privind starea de sănătate, dar în această țară nici în timp de criză nu s-au alocat sănătății sub 10% din PIB. Fără a recomanda neapărat modelul francez, care poate fi considerat un caz extrem în Europa, devine totuși evident că, dacă

Tab. 1. Starea generală de sănătate, comparativ

	Sper viață, ani	Mortalitate la 100,000 loc				Incidenta la 100,000 loc				
		infantila	Cardiov 0-64 ani	cancer col	Infectii, paraziti	TBC	TBC	Hepatita A	Sifilis	Infectii, paraziti
Ucraina	68.0	9.6	46.4	7.3	33.9	21.3	82.4	...	30.6	798
Franta	81.1	3.6	5.3	1.8	10.2	0.7	8.7	1.7	0.9	378
Austria	80.7	3.7	5.2	2.2	5.3	0.4	9.8	1.7	6.6	794
UE-15	80.3	3.9	6.5	2.0	9.4	0.5	9.2	1.4	3.3	356
UE	79.1	4.6	10.1	3.4	8.9	1.1	15.5	3.2	4.4	409
Slovenia	78.5	2.8	8.7	3.1	5.7	1.0	10.5	0.7	1.9	446
Cehia	77.1	3.1	10.5	4.7	5.1	0.5	7.7	1.2	5.0	498
Polonia	75.5	6.0	19.1	8.1	5.4	1.8	21.0	0.1	2.2	428
UE12 (noi)	74.5	7.2	23.8	8.6	6.8	3.2	39.3	15.2	7.8	638
Serbia	73.7	7.1	28.9	10.5	4.5	2.1	26.6	38.8	1.0	313
Romania	73.5	11.0	34.3	13.7	10.8	7.1	104.9	14.6	18.7	1,059
Bulgaria	72.8	9.7	40.2	6.9	6.9	2.9	37.2	36.6	6.6	798

Sursa: WHO-HFADB

Tab. 2. Tendințe în timp, România

	1998	2000	2005	2008
Alocari publice, sanatate	2.7	3.4	3.9	4.2
Speranta de viata	69.9	71.3	72.2	73.5
Mortalitate infantila la 1000 nascuti vii	20.5	18.6	15	11
Rata std de deces, toate, per 100,000	1190.3	1098	1064	964.3

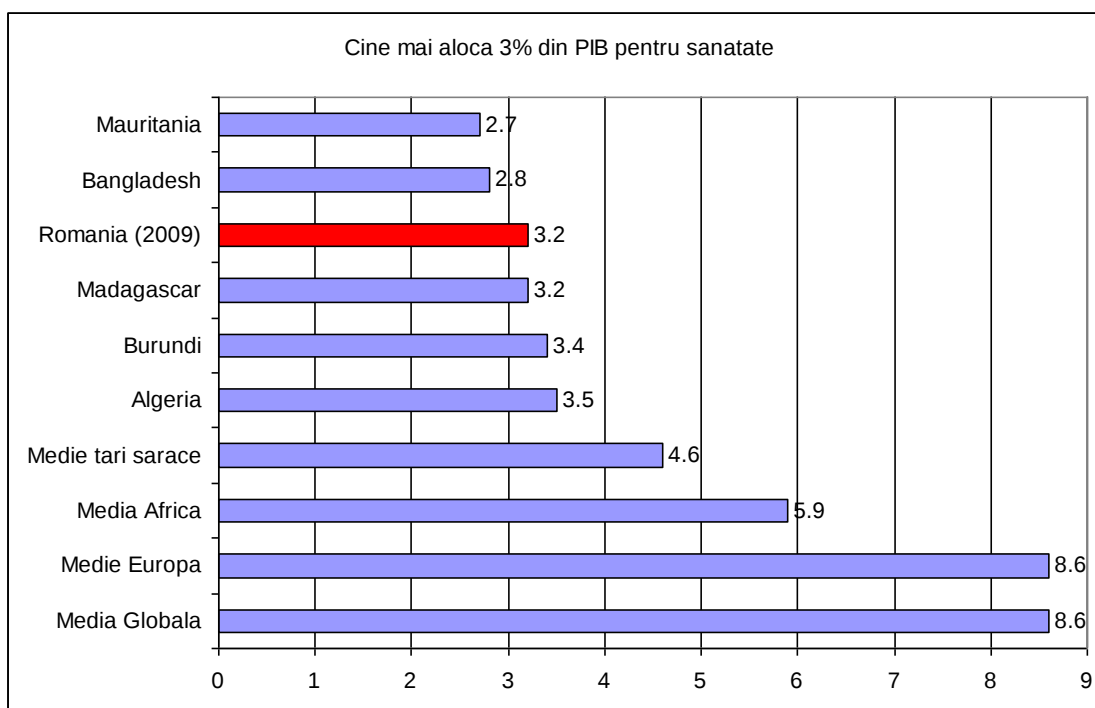
indicatorii noștri privind starea de sănătate sunt catastrofici în comparație cu alte țări, este nevoie de o finanțare mai bună și mai eficientă a sistemului pentru a recupera decalajele, în special pentru zonele în care decalajele sunt cele mai mari.

În anii "buni", de creștere economică, ponderea cheltuielilor publice cu sănătatea în PIB a crescut câte puțin de la 3,4% în 2000, la 4,2% în 2008, însă ea reprezintă în continuare abia jumătate din cât se cheltuiește în UE-15 (7,3% din PIB). Creșterea resurselor disponibile a avut un efect pozitiv asupra unor indicatori de sănătate (vezi Tab. 2)

În 2009 și probabil și în următorii doi ani ne confruntăm însă și cu efectele crizei. Aceasta înseamnă, cel puțin teoretic, încasări mai mici la bugetul

asigurărilor sociale și de sănătate (în primele 9 luni, acestea nu s-au redus totuși decât cu cca. 1% față de perioada similară a anului trecut, posibil din cauza majorărilor salariale din cursul lui 2008). În schimb, au scăzut celelalte impozite și taxe. În același timp, 2009 este primul an în care scade piața de medicamente și ca volum, și ca număr de pacienți tratați. Consumul de medicamente este în declin, iar numărul de zile de tratament a scăzut cu 1,8% față de 2008.

Însă criza din sănătate a fost exacerbată și de măsuri mai mult sau mai puțin fericite de politici publice. În anii trecuți s-au redus gradual și contribuțiile la asigurările de sănătate (de la 14% la 11%, cumulat angajat + angajator), fără a se extinde baza de impozitare. S-a discutat de

Fig. 2. Alocări comparative

asemenea despre redirectionarea taxei de viciu spre bugetul statului¹. Nu s-au făcut eforturi pentru extinderea bazei de impozitare, așa că avem în continuare 5 milioane de contribuabili care acoperă servicii medicale pentru 20 de milioane de cetățeni.

Așadar, avem în 2009 cel mai mic buget pentru sănătate din ultimii nouă ani, ca valoare absolută. În termeni reali, alocarea de fonduri publice pentru sănătate în 2009 a scăzut cu 7,9% în lei sau 19,9% în euro față de anul trecut, anul acesta alocându-se pentru sănătate doar 3.2% dintr-un PIB în scădere cu 8%. Abia o rectificare în ultima clipă a permis angajarea de cheltuieli în cuantumul sumei de 2,8 miliarde fără de care se spunea în septembrie că sistemul ar fi intrat în colaps.

¹ Au existat informații contradictorii în presă privind destinația taxei pe viciu, dacă aceasta rămâne sau nu în sectorul sănătății. Din răspunsul actualului ministru Videanu la o interpelare a d-lui Nicolăescu înțelegem că în cele din urmă taxa pe viciu este colectată tot de Ministerul Sănătății:

<http://www.cdep.ro/interpel/2009/r1342A.pdf>

Acești bani sunt oricum doar pe hârtie și ei se scad din bugetul anului viitor. Perspectivele sunt chiar mai sumbre pentru 2010, când revenirea va fi lentă (o creștere PIB în cel mai bun caz de 0,5-1%; banii pentru un trimestru din 2010 sunt antamați deja din 2009; bugetul prognozat pentru sănătate va ajunge abia la 3%; și o parte din datoriile de azi către furnizori, amânate pe cât a fost posibil, vor ajunge la scadență.

Cu o asemenea finanțare, suntem într-o companie selectă: numai țările cele mai sărace din lume dau mai puțin pentru sănătate (Fig. 2). În aceste condiții este greu de spus de unde s-ar mai putea tăia asigurându-se totuși funcționarea sistemului de sănătate: toate subsectoarele (medicamente, tratamente cu sau fără spitalizare) se vor confrunta cu subfinanțări atât de grave, încât nu se mai pune problema unei prioritizări eficiente a cheltuielilor. Riscul e ca tăierile bugetare sau descoperirea de surse suplimentare de finanțare să se facă exact ca și până acum: luându-se de acolo unde rezistența sistemului este mai mică. Vedem azi efectele unei asemenea politici: cheltuielile

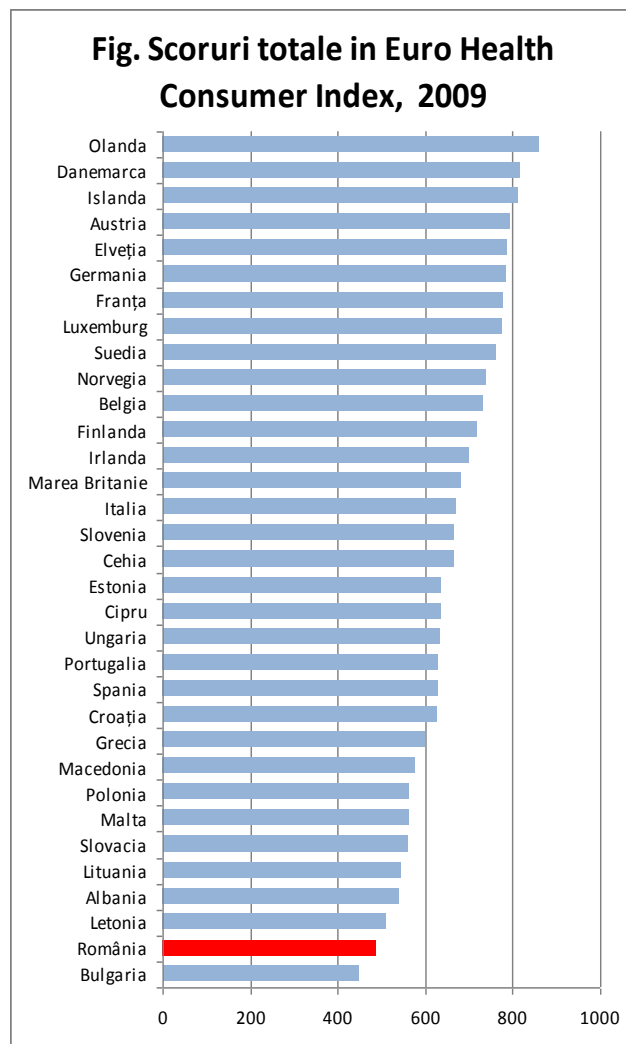
sunt amânate prin întârzierea plăților către furnizori (de medicamente sau spitale), se încearcă supraimpozitarea furnizorilor de medicamente, se reduc în mod artificial plățile către furnizori de medicamente din import prin folosirea unui curs de schimb subevaluat. Asemenea măsuri nu sunt sustenabile pe termen lung, amânând de fapt o bună parte din cheltuielile de azi până anul viitor și reduc interesul furnizorilor de a mai oferi medicamente și servicii pe piața românească.

Mai mult, efectele subfinanțării încep deja să se facă simțite. În 2009 performanțele sistemului sanitar s-au deteriorat accelerat, conform unui clasament bazat pe indici privind accesul populației la medicamente, nivelul coplăților etc. (European Healthcare Index). România se află în prezent pe penultimul loc dintr-un grup de 33 de țări europene, în 2008 aflându-se pe locul 27 din 31 de țări în același clasament (Fig. 3). Conform acestui raport, România stă prost la timpul de așteptare pentru tratament (indicator de acces), destul de prost la drepturile pacienților la informare, cel mai prost la comunicare informatică în sistemul de sănătate ("e-Health"), prost la criterii de echitate a serviciilor furnizate (inclusiv plățile informale din sistem), și foarte prost la furnizarea de medicamente (inclusiv coplăți și acces la medicamente noi)².

În cele din urmă, criza de finanțare a dus la sfârșitul lui octombrie la lansarea unei inițiative semnate de 200.000 de cetățeni pentru creșterea finanțării sănătății pentru ca aceasta să ajungă la 6% din PIB (gradual: 4,5% în 2010, 6% după aceea). Inițiativa este susținută printre alții, de Asociația Medicilor de Familie din București, Colegiul medicilor, Colegiul farmaciștilor, COPAC și de ARPIM.

O asemenea inițiativă pune din nou sistemul sanitar pe agenda publică,

Fig. 3. Accesul populației la medicamente



lucru care poate aduce în discuție și accelerarea reformelor începute și nefinalizate în sectorul de sănătate în ultimii 20 de ani. Este nevoie într-adevăr de o finanțare adecvată a sistemului de sănătate din România, fără de care cu siguranță nu am ajunge la standarde occidentale, dar creșterea alocărilor de resurse trebuie să se facă ținând cont și de nevoia de a reforma sistemul în ansamblul său. Altminteri, există riscul ca resursele suplimentare să se irosească. Chiar în perioada în care resursele publice alocate sectorului de sănătate au crescut (de la 1,5 miliarde euro în 2000 la 5,7 în 2008), calitatea serviciilor medicale nu a urmat același trend, ceea ce ne face să credem că, pe lângă subfinanțarea cronică, reală,

² <http://www.healthpowerhouse.com/files/Romania.pdf>

există încă ineficiențe și risipă în sistem, iar criza este o oportunitate de reformă.

În loc să se concentreze însă pe reforme, guvernul ia măsuri intempestive și opace, care deteriorează și mai mult starea și așa precară a sistemului sanitar românesc. Vom vedea în continuare ce efecte au asemenea politici asupra unui subsector al sănătății (secțiunea 2) și apoi vom face câteva recomandări privind modul în care decidenții de politici publice ar trebui să abordeze disfuncționalitățile întregului sistem de sănătate, pentru a utiliza oportunitățile de reformă apărute în această criză (secțiunea 3)

2. Măsuri inadecvate: cazul sectorului produselor farmaceutice

Sectorul farmaceutic, după cum am văzut și în raportul precedent, deși reprezintă mai puțin de un sfert din totalul cheltuielilor făcute în sistemul de sănătate, este unul dintre cele mai expuse la măsuri de politici publice inadecvate și populiste. Fiind relativ vizibil, de multe ori decidenții de politici publice preferă să pornească de la medicamente eforturile de raționalizare a cheltuielilor publice cu sănătatea. După cum spuneam și anterior, politicile în domeniul medicamentelor ar trebui însă să fie predictibile, cu reguli de reglementare și compensare clare și cunoscute de toată lumea. Trebuie de asemenea prioritizate, pentru a permite accesul pe piață pentru medicamentele realmente utile și prioritare conform politicilor mai largi de sănătate publică: este nevoie de o abordare integrată, alocând fondurile publice echilibrat între servicii medicale și produse farmaceutice și să coordoneze prioritățile din cele două subsectoare, prin identificarea unor arii terapeutice prioritare. Ca în întreg sectorul sanitar, și în cel farmaceutic trebuie împăcate totodată două obiective contrare, cel

de raționalizare a cheltuielilor publice (de pildă, prin folosirea genericilor pe cât posibil în lista medicamentelor compensate, achiziții publice prin licitație pentru tratamentele din spital) și compensarea unor medicamente noi, care ameliorează substanțial starea de sănătate sau reduc alte costuri, de pildă cu spitalizarea unor pacienți netratați.

Din păcate, după cum arată mai ales evoluțiile din ultimele luni, majoritatea ineficiențelor provin din măsuri incoerente de politici publice, care nu îndeplinesc criteriile de mai sus. Criza a acționat ca un revelator al problemelor sistemice din sectorul farmaceutic existente și până atunci, însă mult exacerbate acum. Iată așadar câteva probleme ale sistemului care au ieșit recent în prim plan:

2.1. REGLEMENTĂRI NECLARE

Ministerul Sănătății reglementează și politica de compensare, și prețurile medicamentelor; din acest motiv există tentația de a reduce compensarea prin împingerea cât mai jos a prețurilor, în așa fel încât să se facă economii la buget. Folosirea metodei prețului minim european corelată cu subevaluarea ratei de schimb pentru produsele din import sunt mecanisme care duc prețul minim mai jos decât un nivel sustenabil din punct de vedere economic poate duce la efectul de bumerang de a cheltui mai mulți bani publici cu medicamentele. De pildă, o firmă poate să nu fie interesată să introducă pe piața românească un medicament, prea ieftin. Ca urmare, ne putem afla în situația să cumpărăm un tratament alternativ, mai scump, dar disponibil și care va fi compensat, crescându-se în cele din urmă cheltuiala publică.

Recomandare: cele două politici nu ar trebui însă amestecate, pentru că se poate ajunge la situația în care se elimină de pe piață medicamentele prea ieftine. Politica de prețuri trebuie să țină cont de realitățile economice ale pieței medicamentelor, iar

utilizarea resurselor publice să fie abordată complet separat prin politica de compensare.

2.2. "CLAWBACK"

Din lipsa banilor, anul acesta s-au încercat diferite măsuri noi care să reducă și mai mult cheltuiala cu medicamentele. Eficacitatea acestora asupra bugetului sănătății ar fi oricum limitată cât timp medicamentele reprezintă 22-23% din cheltuiala cu sănătatea (procent apropiat de celelalte țări comparabile, Fig. 4) și sub 10% cele compensate, iar ineficiențele sunt mai mari în alte zone (ex. spitale, Fig. 5). N-ar trebui să uităm însă că suntem deja pe ultimele locuri în Europa la consumul de medicamente (Fig. 6). La cheltuielile cu medicamentele România abia dacă depășește Bulgaria, o țară care are venituri per capita mai mici ca noi: dacă în România pe medicamente se duc din buzunar cca 100 euro pe cap de locuitor, media UE este de 430 euro, în timp ce în Bulgaria cheltuiala e de cca 85 euro.

Dar pe lângă acestea, măsurile netransparente luate fără o analiză atentă a implicațiilor cresc impredictibilitatea sistemului, descurajează piața de medicamente și sunt opuse ideii de bună guvernare. De pildă, OUG 104/2009 prevede introducerea unui așa-zis sistem de "clawback". Pe lângă faptul că avem de a face cu o altă măsură luată fără nici un fel de consultare a părților implicate, această decizie suprapune un sistem unic de supra-impozitare progresivă a cifrei de afaceri totale pe întregul lanț farmaceutic peste prevederile deja existente de prețuri minime și rată de schimb necorelată cu inflația. Sistemul "clawback" nu are deocamdată norme de aplicare și nu poate fi evaluat, însă ridică probleme de legalitate (e o taxă pe vânzări, nu un "clawback" autentic, deci supraimpozitare; taxa se aplică și sumelor neacoperite de sistemul de

Fig. 4. Cheltuieli cu medicamentele în total cheltuieli sănătate, %

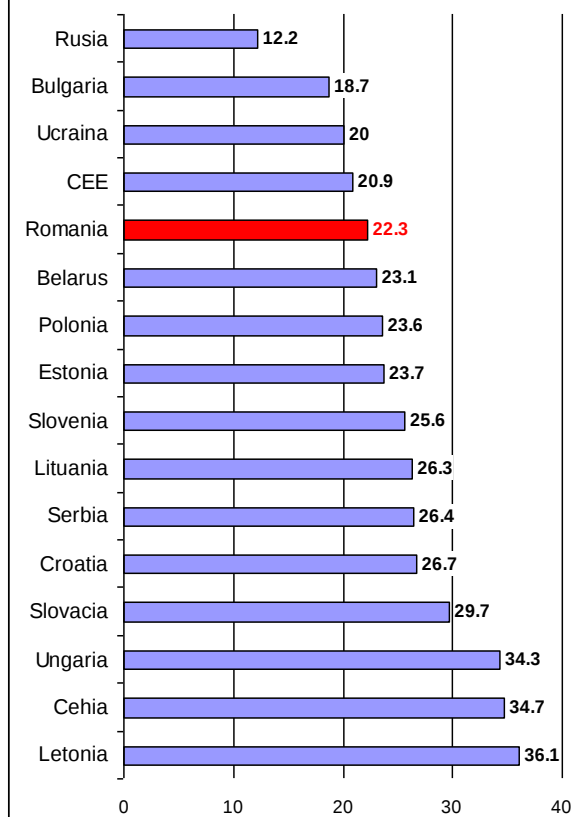
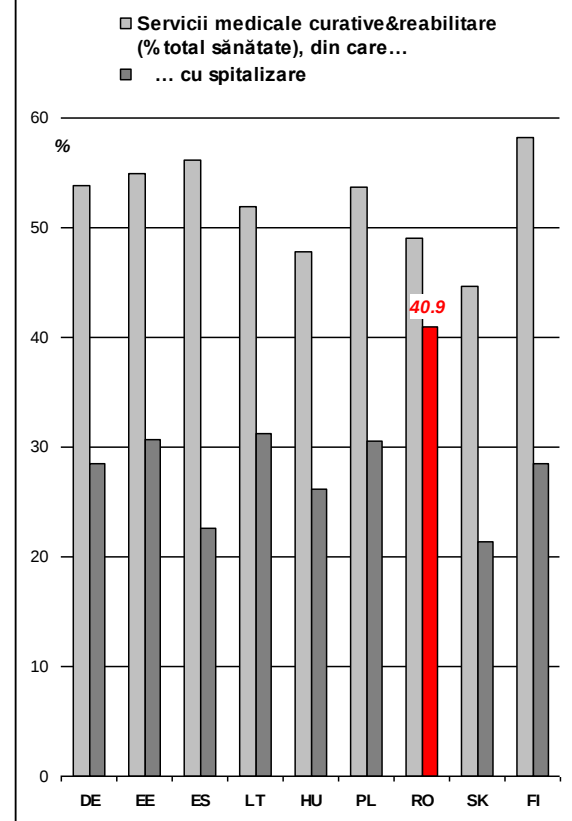
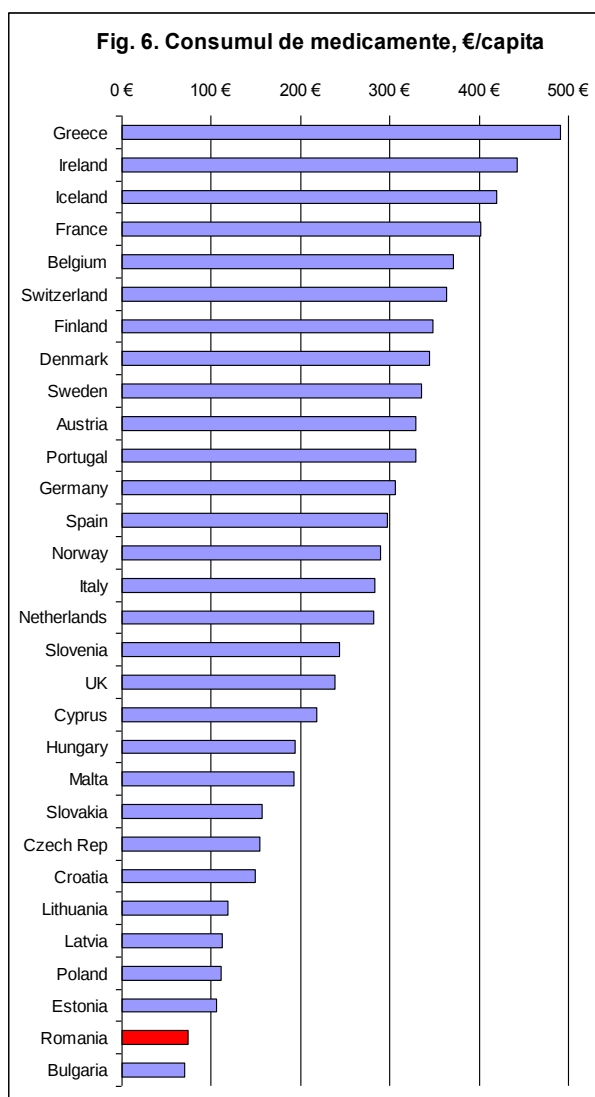


Fig. 5. Preferința pentru spitalizare





asigurări, adică sumelor plătite de pacienți; plata se face în avans, cu mult înaintea decontărilor pentru medicamentele compensate) și probleme de fezabilitate (ce medicamente vor fi incluse: în mod normal ar trebui să fie doar cele de pe rețetă și compensate/gratuite, se pare că vor fi însă toate; cine e titularul veniturilor; la ce preț se face taxarea – producător ca în “clawback”, sau retail, cum se propune la noi etc).

Recomandare: negocierea unei soluții cu toți actorii implicați, pentru a crește gradul de acceptabilitate pentru firmele afectate și pentru a găsi o soluție aplicabilă și în practică (norme de aplicare coerente). Cum 20 de companii acoperă 70% din

piață (CEGEDIM), acest lucru nu este dificil de realizat.

2.3. OMS 75/2009 ȘI MODIFICĂRI

Am menționat în raportul trecut disfuncționalitățile introduse de Ordinul 75/2009, în special cele cauzate de legarea prețului genericilor de cel al originalelor. Măsura, concepută pentru a limita creșterea prețurilor genericilor, a afectat tocmai piața genericilor, care sa scăzut în unități terapeutice comercializate în trimestrul 2 2009. În prezent, există o propunere de modificare a OMS 75, care nu rezolvă însă toate problemele.

De pildă, se propune înlocuirea reglementării de preț pentru medicamente de la minimum european la media celor mai mici 3 prețuri; aceasta are efecte limitate și va afecta doar o parte mică a pieței (diferențele contează doar pt cca 10% din produse, după CEGEDIM). Rămâne în schimb anticoncurențială prevederea privind prețul produselor ieșite de sub patent. După expirarea patentului, noile prețuri trebuie să fie maximum 70% din cel din perioada patentului. Reglementarea privind cursul de schimb este destul de neclară.

Recomandare: medicamentele ieșite de sub patent să fie reglementate la fel ca orice generic. O prevedere legislativă care poate avea efecte anticoncurențiale ar trebui aplicate numai după consultarea Consiliului Concurenței.

2.3. ALTE REGLEMENTĂRI ADMINISTRATIVE DE PREȚURI,

cum sunt impunerea unui curs de schimb subevaluat sau chiar înghețarea prețurilor, au dus la pierderi semnificative pentru firmele din sectorul farmaceutic, care practic au ajuns să subvenționeze ele sistemul sanitar din România (Fig. 7). Asemenea practici sunt curente chiar în “anii buni”; modificările la OMS 75 în ceea ce privește cursul de schimb sunt încă neclare.

Recomandare: pe cât posibil, eliminarea reglementărilor administrative care distorsionează piața, și folosirea unor cursuri de schimb mai apropiate de valorile reale ale pieței. Modalitatea de stabilire a cursului de schimb pentru medicamentele din import trebuie negociată cu firmele importatoare pentru a ajunge la un compromis rezonabil (un curs mai apropiat de piață va fi într-adevăr un cost suplimentar pentru buget, care este construit la un anumit curs; însă nici transferul integral al pierderilor către sectorul privat fără o discuție pe această temă nu este echitabil).

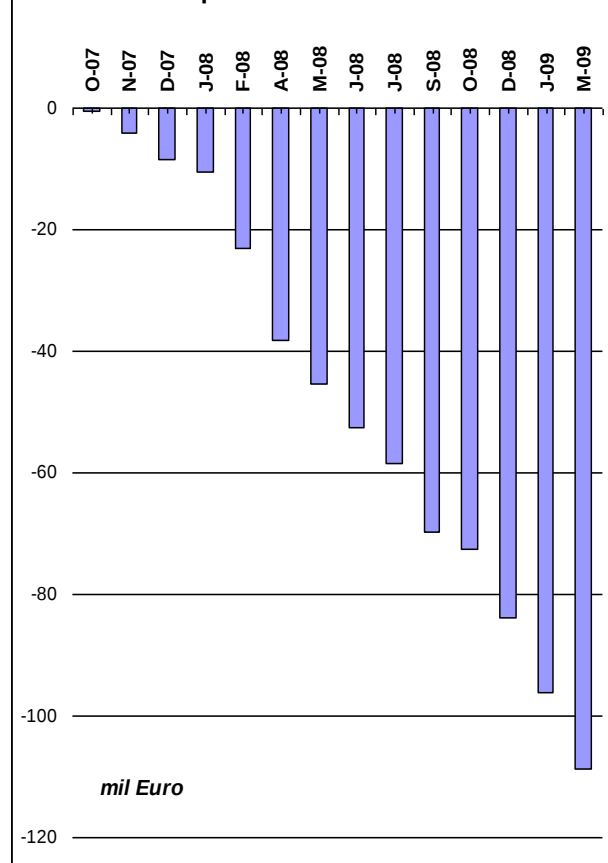
2.4. ÎNTÂRZIERI LA PLĂȚI

Anul acesta avem în plus întârzieri și mai mari la plăți, care aruncă pur și simplu întregul sistem într-o criză majoră de lichiditate. De obicei, se încalcă termenele prevăzute în Contractul Cadru semnat cu furnizorii de servicii medicale. Deși contractul cadru stabilește clar că decontarea medicamentelor compensate se face în 30 de zile pentru programele naționale, 60 de zile pentru farmacii și 90 de zile pentru spitale, întârzierile pot depăși 200 zile, cea mai mare parte a banilor fiind virată în ultimul semestru al anului.

Într-un an obișnuit, producătorii de medicamente creditează statul cu 500 mil euro (Raiffeisen Investment 2007), fără nici un fel de dobândă sau penalizări de întârziere, deoarece contractul Cadru menționează explicit faptul că statul nu poate fi obligat să plătească penalități. Însă în 2009, de la 1 octombrie, termenele de plată s-au prelungit de la 60 la 210 zile, iar datoriile au început să se acumuleze, aruncând sistemul aproape în faliment.

Pe scurt, începând cu luna octombrie, Ministerul Sănătății a anunțat că nu mai are bani nici pentru medicamentele compensate, nici pentru cele din spitale. În august, Asociația Distribuitorilor de Medicamente din România (ADMR) a

Fig. 7. Pierderi din curs schimb, importatori medicamente



anunțat că sistează livrările către mai multe spitale și farmacii din cauza datoriilor foarte mari acumulate, acestea totalizând, încă de la sfârșitul lui 2008, 400 mil€. La scurt timp, Ministerul Sănătății a mai anunțat că intenționează să pună la punct un mecanism financiar de factoring, prin care farmaciile să poată cesiona facturile către distribuitori, iar aceștia să își poată lua banii de la bănci – un sistem garantat la instituțiile bancare prin Fondul de Rezervă al CNAS.

Mecanismul însă nu este încă operațional, iar metoda în sine nu este fezabilă: câtă vreme statul nu este obligat la penalități sau dobânzi pentru întârzieri, nicio bancă nu ar fi dispusă să preia datoriile și contractele pentru a-și imobiliza gratis lichiditățile. Ca să nu mai spunem că nici creditarea bancară nu funcționează la nivelul anilor trecuți. Ca de obicei însă, soluția găsită în final a fost întârzierea plăților către

Efectele prelungirii termenelor de plată în asistența cu medicamente

Prelungirea excesivă a termenelor de plată conduce la riscuri serioase ca medicamentele să nu mai poată fi furnizate. În medie, într-o lună se consumă 150 mil. Euro. La extrem, un termen de plată de 210 zile (7 luni) înseamnă finanțare din resurse proprii de 1,05 mld. Euro. Dacă pe piață dobânda ar fi 8,5%, iar farmaciile ar lua credit ca să-și poată desfășura activitatea fără banii de la stat, costul este de 90 mil. Euro, în medie 15.000 euro/farmacie, în condițiile în care 75% dintre ele au vânzări mai mici de 30.000 €/lună. În orice caz, nici pentru buget nu e o mare afacere: datoriile către farmacii vor trebui plătite oricum la anul, așa că doar se amână deficitul.

Sursa: prezentare CEGEDIM

furnizori prin prelungirea termenelor de plată, de la 180 la 210 zile.

Desigur, cazul prezentat în casetă este un calcul teoretic al pierderilor totale care ar putea fi înregistrate de farmacii cu reglementările actuale. În realitate, datoriile sunt în prezent de 3,5 luni: pentru medicamentele compensate/gratuite farmaciile mai au de încasat 60% din iunie și integral iulie-octombrie 2009.

Farmaciile sunt obligate prin contract să elibereze în continuare medicamente compensate și gratuite până la sfârșitul anului și probabil și ianuarie 2010, în timp ce restanțele nu vor fi achitate integral ci în tranșe.

Farmaciile încasează în acest timp direct de la beneficiar (cumpărători de medicamente) între 15% (rural) și 35% (urban, inclusiv OTC), acestea fiind practic singurele surse de lichidități din care se pot plăti datoriile către furnizori (distribuitori de medicamente; utilități etc), salarii și impozite la stat. Ca urmare, se ajunge la un blocaj financiar, datoriile mergând în lanț spre distribuitori; la rândul lor, aceștia refuză să mai

aprovizioneze farmaciile cu medicamente. Cca. 10% dintre farmacii sunt date în judecată de furnizori pentru incapacitate de plată, urmând a fi declarate falite; alte farmacii au fost preluate de distribuitori, în contul datoriilor, încă începând cu 2008; iar jumătate dintre cele 1200 de farmacii din mediul rural se vor închide sau suspenda temporar până când își primesc banii de la casele județene de asigurări. În alte cuvinte, farmaciile își plătesc la timp datoriile la stat și ar fi penalizate dacă n-ar face-o, însă statul își poate permite să trimită farmaciile în faliment fără a fi penalizat.

Mai mult, tot statul va penaliza farmaciile pentru nerespectarea Contractului Cadru, care le obligă să elibereze medicamente compensate, sancțiunea constând în rezilierea contractelor cu casele de asigurări³.

Statul are însă datorii și către alți furnizori, de pildă pentru materiale sanitare și aparatură medicală. Din punct de vedere al disciplinei fiscale a autorităților publice din domeniul sănătății, România seamănă cu țările din sudul Europei, unde s-a ajuns la întârzieri de aproape 700 de zile pentru aparatură medicală. Astfel, potrivit Asociației Furnizorilor de Produse Medicale, acest termen este mult depășit în cazul României unde există datorii neachitate din 2005. Mai exact, datoriile acumulate în perioada 2005-2009 sunt approximate la 85 milioane euro, tendința generală fiind ca datoriile mici să fie achitate în termeni acceptabili, pe când cele mari să fie amânate.

Comparativ cu alte state, din punct de vedere al Days of Outstanding Sales (DOS) în 2005 acestea au variat între UK (30-60 zile), Franța (60-73 zile), Ungaria (97-103 zile), Grecia (320 zile), Cehia (365 zile), Portugalia (229-354 zile în funcție de lună),

³ Mulțumim pentru aceste informații d-nei Elena Clara Popescu, Farmacist Primar, Vicepreședinte al Colegiului Farmaciștilor din România.

Italia (305-337 zile) și Spania (45-675 zile, în funcție de regiune), România (aproximare 180-360-4ani/1400zile).

Combinăția dintre termenele de rambursare foarte lungi, evoluția cursului valutar și creditele foarte scumpe au dus în 2009 la blocarea procesului de recrutare, reducerea personalului, reducerea bugetului pentru investiții și publicitate, amânarea unor proiecte sau a unor credite și chiar la retragerea totală de pe piață. Toate aceste măsuri au drept efect limitarea accesului pacienților la tratament, un exemplu concludent în acest sens fiind retragerea din piață în 2009 a două firme unice importatoare a unor produse cardiovasculare, în condițiile în care principala cauza de deces din România sunt bolile de inimă.

Problema lipsei lichidităților, atât de necesare furnizorilor de materiale sanitare și aparatură medicală în contextul crizei economico-financiare, este agravată de practici precum plata TVA la emiterea și nu la încasarea facturilor, dar și de obligativitatea de a prezenta garanții bancare de 2% din valoarea contractului atunci când se prezintă la licitațiile organizate chiar de către spitalele ai căror creditori sunt.

Recomandare: și pentru rezolvarea problemei lipsei de bani pentru acoperirea datoriilor o soluție nu poate fi găsită decât prin negociere. Nu este firesc ca statul să nu-și asume nicio obligație sau responsabilitate pentru nerespectarea contractelor în care este parte, chiar dacă nu are momentan fonduri din cauza crizei. Extinderea termenelor de plată este o soluție doar dacă se găsește o formulă acceptabilă și pentru furnizori, respectiv plata unor dobânzi agreeate între cei doi parteneri. În fond, extinderea perioadei de plată înseamnă un credit furnizor, în esență foarte apropiat de un credit bancar pentru acoperirea deficitului bugetar. De altfel, există și

o Directivă europeană pentru combaterea întârzierilor autorităților publice la plăți (Directiva 2000/35/EC).

În alte cuvinte, chiar în situație de criză soluțiile trebuie analizate în ansamblul lor. Ele ar trebui integrate în cadrul mai larg al sistemului sanitar în general, deoarece prioritatea în politicile medicamentelor trebuie să fie asigurarea tratamentelor și serviciilor medicale pentru afecțiunile ce formează prioritatea sistemului de sănătate publică. Mai mult, nu există soluții pe termen scurt diferite de soluțiile pe termen lung; într-o criză de bani trebuie tăiate în primul rând acele alocări care nu sunt prima prioritate. Dar acest lucru presupune existența unor priorități, a unei viziuni de ansamblu asupra sistemului medical și problemelor de sănătate publică, construcția acestei viziuni pe baza înțelegerii priorităților între seturi de valori morale. Care sunt, așadar, problemele de substanță ale sistemului de sănătate și cum ar trebui procedat?

2. Problemele cronice ale sistemului de sănătate au și soluții

În contextul inițiativei "6% pentru sănătate" problema unei reformări de substanță a sectorului sanitar din România trebuie să ajungă din nou pe agenda publică. Reformele din sistemul de sănătate în ultimele două decenii au fost ezitante, de multe ori fiind făcute de formă, pentru a respecta condiționalități externe, și păstrând în realitate ineficiențe grave. Rezultatul îl reprezintă oferirea de servicii medicale pe care pacienții le consideră foarte proaste, percepția de corupție generalizată în relația medic-pacient, și lipsa ameliorărilor vizibile în ultimii 5-6 ani de creștere economică (până în 2008), în care finanțarea publică a sectorului practic se dublase. Suntem în continuare cu circa 20-30 de ani sau chiar mai mult în urma Europei occidentale la indicatorii de sănătate.

Tab. 3. Indicatori comparativi

	Speranta de viata	Decese cauzate de boala la 100,000	TBC la 100,000	Cancer de col uterin la 100,000
Ultimul an disponibil, Ro	73.5	964.3	104.89	27.65
Romania	2008	2008	2007	2006
Austria	1983	1982	inainte de 1970	1980
Danemarca	inainte de 1970	inainte de 1970	inainte de 1970	1977
Franta	1977	1972	inainte de 1970	inainte de 1970
Grecia	inainte de 1970		inainte de 1970	...
Ungaria	2002	2007	inainte de 1970	1982
Italia	1988	1977	inainte de 1970	...
Norvegia	inainte de 1970	inainte de 1970	inainte de 1970	inainte de 1970
Polonia	1996	1997	inainte de 1970	inainte de 1970
UK	1977	1981	inainte de 1970	inainte de 1970
UE 15	1977	1978	inainte de 1970	...
UE 12 NMS	2002	2003	inainte de 1970	...

Există câteva cauze pentru disfuncționalitățile sistemice din sănătatea publică, cauze surprinse în mai multe rapoarte⁴:

1. Lipsa unei viziuni de ansamblu asupra sistemului de sănătate și a unor principii generale de finanțare, asigurare, furnizare de servicii, reglementare. Pentru a pune bazele unui sistem de sănătate funcțional, trebuie să răspundem unor întrebări fundamentale care presupun în esență judecăți de ordin moral: ce ar trebui să acopere asigurările de stat? Cât suntem dispuși să plătim în plus ca să beneficieze toată lumea de tratament gratuit? Cine trebuie să primească tratament, cei care plătesc (sistem de asigurări); toată lumea (impozit) sau ceva între ele (sistem de asigurări sociale, cu o importantă componentă redistributivă)? Aceste răspunsuri nu pot fi copiate după alte țări, sunt opțiuni care țin de sisteme de valori și variază de la țară la țară. De aceste răspunsuri va depinde structura

instituțională a oricărui sistem de sănătate funcțional.

Recomandare: este necesară o largă dezbatere pe această temă, pentru a stabili care sunt opțiunile acceptabile pentru România de structurare a sistemului de sănătate și a modului de construcție a unui sistem de asigurări. O asemenea dezbatere trebuie continuată și pe toate celelalte componente ale unei reforme reale: formularea pachetului de beneficii; schimbarea fundamentală a modului de finanțare (de la buget la asigurări inclusiv private, de la bugetarea pe intrări de resurse – număr paturi etc., la cea pe caz tratat) etc. Publicul trebuie să fie bine informat asupra deciziilor care se iau în acest sector, mai ales că va trebui să investim cca. 6% din PIB (aproape o cincime din bugetul consolidat al statului) ca să-i asigurăm o funcționare decentă. În același timp, asigurarea sănătății publice este una dintre cele mai importante priorități pentru stat, în special în țările europene.

⁴ De pildă, *Health in Transition Report, Romania*; rapoarte ale Băncii Mondiale.

2. Construirea unui sistem de colectare și prelucrare a datelor din sectorul sanitar, pentru a produce informație relevantă cu privire la priorități.

În sistemul sanitar din România se merge de multe ori în orb: nu sunt suficiente date pentru analize farmaco-economice pentru a stabili ce medicament asigură un raport optim cost/beneficiu; nu se știe nici măcar exact care sunt principalele afecțiuni și cât ne-ar costa tratarea lor. Colectarea datelor necesare unor astfel de calcule este absolut dezastruoasă. Nu știm nici măcar exact câte persoane sunt bolnave sau câți pacienți au fost tratați în sistemul public, nici chiar în cazul procedurilor scumpe și complicate (cum ar fi transplanturile) unde numărul de cazuri este mic. Datele pleacă din unitățile medicale către nivelul județean, dar se pierde undeva pe parcurs, astfel încât la nivel central incertitudinea este totală, deși costurile centralizării lor ar fi minime.

Toate încercările de a construi în România un sistem informațional în sănătate eficient au eșuat până în momentul de față, în ciuda cheltuirii a peste 300 milioane Euro (Raport Comisia Prezidențială 2008).

În prezent în România coexistă mai multe sisteme publice de colectare a informațiilor din sănătate. Sistemul principal este coordonat de Ministerul Sănătății și Institutul Național de Statistică și colectează un volum supradimensionat de date, din care numai o mică parte este utilizată în procesul de luare a deciziei și pentru evaluarea performanțelor sistemului de sănătate. CNAS gestionează propriul sistem de colectare a datelor, axat pe monitorizarea aspectelor economice ale furnizării serviciilor de sănătate.

Acest sistem se află în construcție de circa 10 ani și se confruntă cu probleme majore de implementare datorită concepției defectuoase. Pe lângă aceste sisteme naționale, există

Lipsa de viziune duce la bani iroșiți

Într-un sector atât de important din punct de vedere bugetar ca sănătatea, lipsa viziunii pe termen lung se traduce și într-o programare bugetară defectuoasă, și aici se găsește sursa principală de economii eficiente: construcția unor programe pe termen lung, ale căror efecte și impact bugetar trebuie luat în calcul pe perioade mai mari de timp decât un singur an. Nici în anii de relativă stabilitate și creștere economică acest lucru nu s-a întâmplat: iată cum variau proiecțiile bugetare de la an la an.

	Bug 06	Bug 07	Bug 08	Bug 09
2006	1.34	1.57		
2007	1.35	3.5	3.81	
2008	1.34	3.6	4.65	3.6
2009	1.24	3.84	7.42	4.14
2010		4.11	7.35	5.1
2011			7.07	5.54
2012				5.36

Cifrele în gri sunt execuții. Sursa: Ministerul Finanțelor. Se observă că între prognozele anului anterior și bugetul anului curent sunt diferențe foarte mari de la an la an.

numeroase fluxuri informaționale mai mici, practic independente unul de celălalt, legate de programele naționale de sănătate sau de diferite instituții (spre exemplu fiecare mare spital are dezvoltat un sistem informatic propriu).

Comunicarea între toate aceste sisteme este minimă sau non-existentă, programele de software sunt incompatibile, definițiile cu care se operează sunt diferite, toate acestea implicând o raportare dublă sau triplă pentru doctorii de familie, spitalele și autoritățile sanitare locale (Csiki et al., 2004). Din punct de vedere al conținutului datele se limitează la anumite boli, pe când cauzele și factorii de risc sunt investigați sumar și incomplet.

De asemenea, datele sunt agregate la nivel județean, ceea ce îngreunează accesul la date individuale și dezagregate la nivel național. Raportul Health Systems in Transition (2008)

arată că lipsa unui control al calității face ca datele obținute să fie insuficient prelucrate și utilizate (colectarea făcându-se uneori ilegal prin încălcarea confidențialității). Toate acestea fac ca în final foarte puține informații să ajungă să fie folosite în procesul decizional.

În plus, chiar dacă unele informații sunt colectate, nu există o politică de diseminare a acestora. De exemplu, Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice atrage atenția că din martie, de când s-a aprobat bugetul pe 2009 pentru sănătate, 17 dintre cele 43 de Case Județene de Asigurări de Sănătate nu au publicat valoarea contractelor-cadru încheiate, cu toate că erau obligate să o facă în termen de 10 zile de la semnarea acestora.

Recomandare: trebuie integrate instrumentele statistice și informația trebuie să devină mai transparentă și publicului larg. Există finanțări disponibile și pentru colectarea de informații (POS-DCA) și pentru formarea de personal care să știe să folosească aceste date pentru analize de tip cost/beneficiu.

Va fi nevoie pentru spitale și de evaluarea și **revizuirea structurii de costuri DRG** pentru a asigura identificarea exactă a costurilor pe fiecare caz tratat. Sistemul DRG⁵ are potențial de a deveni eficient, însă structura sa actuală (copiată integral după modelul australian) este inadecvată structurilor de costuri din sistemul românesc de sănătate și trebuie revizuită. Mai mult, când s-a preluat structura de costuri, coeficienții din DRG au fost reduși "din pix" deoarece finanțările existente nu ar fi acoperit costurile

integrale. Acest lucru generează nevoia completării ad-hoc prin măsuri și programe suplimentare, deturnând programele naționale de la scopul inițial, preventiv (diabet, cancer etc.) și limitând capacitatea de a urmări eficiența cheltuirii resurselor publice. În plus, este puțin probabil că un spital privat ar fi interesat să ofere servicii la concurență cu spitalele publice pentru aceste tratamente subfinanțate, în condițiile în care spitalele publice pot supraviețui doar pentru că beneficiază și de alte forme de ajutor de la buget (ex. dotări; întreținerea clădirilor etc.). În schimb, un sistem DRG funcțional ar raționaliza cheltuielile și ar face posibilă reducerea reală a costurilor acolo unde acest lucru este posibil.

În același timp este necesară și **stabilirea de arii terapeutice prioritare**, pentru a identifica nevoia de intervenție, folosindu-se datele astfel colectate. Acest lucru se poate face prin studii epidemiologice și comparând starea de sănătate pe mai mulți indicatori cu alte țări din zonă și membre UE, pentru a vedea zonele în care suntem cel mai în urmă. De pildă, HIV, unde stăm catastrofal în comparație cu alte țări deși din punct de vedere al politicilor publice clar nu este una dintre priorități: România are cea mai mare incidență a HIV din Europa, ca urmare a unei infecții masive în 1989 a 10000 de copii, dar este clasată ultima din 29 de țări într-un clasament al politicilor publice pe HIV⁶. Probabil cea mai mare problemă în sectorul de sănătate o reprezintă lipsa unor criterii clare de stabilire a priorităților pentru cheltuirea resurselor de la buget pentru sănătate.

3. Definirea adecvată a "pachetului de servicii" pentru asigurați, în prezent prea generos pentru finanțarea existentă, fără

⁵ DRG (diagnostic-related groups) este un sistem de finanțare a spitalelor pe caz tratat, pe baza unor coeficienți care țin cont de complexitatea cazului; finanțarea se face astfel pe "output" (rezultat, caz tratat), nu pe "input" (zile de spitalizare etc.), stimulând eficientizarea utilizării resurselor pentru obținerea rezultatului.

⁶ Prezentare *Pharmaceutical products and the financial side of the coin*, Hans Pollman, MSD Romania, 28 octombrie 2009.

priorități și nesustenabil. Aceasta este principala sursă de corupție în sistem, deoarece duce la concurență între pacienți pentru resurse limitate, și limitează accesul categoriilor defavorizate la sistemul public de sănătate.

Mai grav, statul nu-și asumă practic responsabilitatea pentru furnizarea serviciilor medicale, afirmând că pachetul este oferit "în măsura resurselor disponibile". Acest sistem de beneficii universale face imposibilă apariția pe piață a unui sistem de asigurări complementare / suplimentare private care ar putea reduce presiunea pe bugetele publice, în ciuda unor încercări în timpul reformei din 2006 de a introduce cadrul legislativ pentru astfel de asigurări private.

Deși s-au făcut încercări timide de a restructura acest pachet de servicii (de pildă, ministrul Bazac în primăvară), rezistența este mare, chiar din partea publicului, care se consideră îndreptățit la servicii medicale gratuite. Lucrul pe care însă publicul nu-l conștientizează automat este faptul că aceste servicii se plătesc în realitate integral și acum: parțial prin asigurări și buget, parțial (deficitul) prin plățile informale. Cum numai o parte din public își poate permite astfel de plăți, cei săraci practic nu au acces la aceste servicii, "garantate" de stat. O opțiune ar fi creșterea finanțării disponibile prin creșterea numărului celor care contribuie (nu numai contribuții pe salarii ci și alte venituri); și construirea unui sistem de coplată pentru anumite servicii medicale. În ceea ce privește un sistem de coplată, ministrul Bazac a încercat introducerea unor plăți pentru vizita la medicul de familie (5 RON), medicul specialist (10 RON) și spitalizare (100 RON pentru 7 zile de spitalizare).

Măsura, care ar fi trebuit pusă în aplicare de la începutul lui septembrie, a fost amânată pe termen nedefinit, până se va face un

studiu de suportabilitate și se va pune la punct un sistem de cupoane pentru categoriile defavorizate. În orice caz, stabilirea unui pachet de servicii asigurate presupune stabilirea unor **priorități în termen de cost (real) / beneficiu (eficacitate terapeutică).**

Recomandare: din nou, revizuirea pachetului de servicii trebuie să se facă printr-o largă dezbatere, deoarece conținutul său depinde de acele priorități sociale identificate la primul punct, și de prioritățile care se pot afla utilizând și informațiile de la punctul 2. Trebuie decis dacă se poate extinde baza de contribuitori sau să se restrângă serviciile oferite în pachet; dacă sunt oportune asigurările private și coplățile. Vom avea un pachet de bază acoperit integral din asigurări, servicii care se acoperă parțial din asigurări, parțial din coplată sau asigurări private; și servicii ce se vor plăti integral de pacienți sau prin asigurări private.

Revizuirea acestui pachet necesită și o dezbatere largă cu privire la principii de includere/excludere a unor servicii, cât suntem dispuși să plătim pentru a asigura tratamente pentru diverse boli, și care boli sunt prioritare. Pentru aceasta este nevoie și de criterii clare de stabilire a unor priorități; de construcția unor proceduri/protocoale clare de urmat pentru tratamente, care trebuie să țină cont de realitățile românești (nu se pot pur și simplu copia protocoale⁷ din țări care alocă de 10 de ori mai mult decât noi pe sănătate, per capita).

⁷ Ghidurile de tratament sunt relativ universale, reflectând cunostințele științifice la zi, și vizează strict eficacitatea actului medical. Protocoalele se fac local în funcție de condițiile existente concret pentru utilizarea lor cât mai "eficientă", încercând să fie cât mai compatibile cu ghidurile (pentru bolnav și în mare măsură pentru medic, eficacitatea contează mai mult decât eficiența). Societatea trebuie să decidă care și ce anume din ghiduri este plătit de asigurări și în ce proporție. (Șerban Donea, medic)

4. Eficientizarea alocării resurselor publice între servicii medicale și tratamente, de pildă predominanța serviciilor mai scumpe, cu spitalizare, în defavoarea serviciilor oferite de medicii de familie și a tratamentelor în ambulatoriu.

Mai multe rapoarte ale Băncii Mondiale arată că se cheltuiește disproporționat de mult pe tratamentele în spital (în 2008, 45% din bugetul CNAS față de sub 40% în țările OECD) și se investește foarte puțin în medicina primară (8%, față de cca 25% în alte țări).

Parțial, acest lucru se întâmplă din cauza stimulentele inadecvate, insuficiente, acordate medicilor de familie pentru a investi în echipamente pentru investigații de bază. În mediul rural, unde numărul de locuitori ce revin unui medic de familie este de 6 ori mai mare decât în urban (MS, 2005), pacienții nu au acces la servicii de calitate și ajung la un spital regional; din cauza distanței mari de casă, sunt spitalizați și pentru afecțiuni care ar putea fi tratate în ambulatoriu sau la un medic de familie dacă ar fi dotat corespunzător.

Acesta este parțial motivul pentru care avem un număr mai mare de spitale / paturi de spital decât alte țări, de ce cheltuielile cu spitalele sunt mai mari și de ce încercările de raționalizare a numărului de spitale n-au avut prea mult succes în ultimii ani.

Recomandare: reducerea ponderii serviciilor în spital se poate face prin stimulente adecvate acordate medicilor de familie pentru dotări (de pildă, acordarea medicilor de familie de procente suplimentare de punctaj pentru servicii suplimentare definite dacă au dotarea și competența necesară (EKG, analize de bază de laborator); posibilitatea deducerii investiției din impozitul pe venit într-un termen relativ scurt etc.)

5. Separarea de facto a activității de reglementare (Ministerul Sănătății) de sistemul de finanțare (Casa Națională de Asigurări de Sănătate) și de furnizorii de servicii (în special pe partea de spitale), în ciuda separării pe hârtie începute din 1997-1999. Una dintre cauzele acestei incomplete separări (nu însă singura) este tocmai lipsa viziunii clare descrise mai sus. Scopul acestei separări era stabilirea unei finanțări clare, responsabilizarea diferitelor funcțiuni (finanțator, reglementator și furnizor) și concurență între furnizori pentru a ajunge la o calitate mai bună a serviciilor medicale. Deși s-au făcut unii pași (de pildă, a apărut concurență între medicii de familie), restul sistemului rămâne doar parțial reformat.

De pildă, prin pârghiile pe care le deține Ministerul asupra angajărilor medicilor (ex. prin aprobarea numărului de posturi din spitale) și prin controlul Guvernului asupra bugetului Casei (din care s-au luat bani pentru finanțarea bugetului statului), Ministerul Sănătății continuă să domine întregul sector într-un mod nu prea diferit de vechiul sistem comunist centralizat, fapt ce duce la lipsa competiției în sistem între furnizori și, implicit, și a stimulentele de a spori calitatea serviciilor medicale.

Recomandare: separarea activității de reglementare (Minister) de cea de finanțare (Casă) și de cea de furnizare de servicii (spitale etc), și responsabilizarea fiecăreia dintre aceste 3 funcții se poate face prin instituirea unui sistem de contracte în adevăratul sens al cuvântului. De pildă: fondul asigurărilor de sănătate nu trebuie folosit pentru a acoperi cheltuieli la bugetul statului; directorii de spitale trebuie să aibă contracte de performanță și să aibă libertatea de a angaja/concedia medici fără intervenția Ministerului, medicii la rândul lor să poarte răspundere pentru ce fac/ competențe etc. E

Tab. 4. Costurile cu medicamentele compensate în bugetele gospodăriilor

	Non-săraci	Săraci	Total
% din cheltuiala totală a gospodăriei cu costul necompensat al medicamentelor	3.79	1.83	3.76
% din cheltuiala totală a gospodăriei cu costul compensat	1.01	0.19	0.99
% din bugetul familiei cheltuit pe medicamente	4.80	2.02	4.75

Sursa: Banca Mondială, date din Ancheta Bugetelor de Familie, INS, 2008

Tab. 5. Vânzări vaccinuri antigripale în farmacii și spitale (unități, MAT 2009-09)

Regiune	% Populație	% Unități	% Vaccin
București & Ilfov	10,2%	86,4%	78,4%
Restul țării	89,8%	13,6%	23,6%

Sursă: CEGEDIM

nevoie de contracte clare, cu drepturi și obligații între: asigurat / asigurator; asigurator / furnizor servicii; medic / spital etc. Așa cum sunt făcute contractele azi (între asigurat și Casă; între stat și furnizorii de medicamente), statul nu este niciodată responsabil, nu poate fi niciodată sancționat pentru neîndeplinirea părții sale din contract.

De pildă, statul acoperă serviciile din pachet "în măsura fondurilor disponibile" – cum poate trage la răspundere un cetățean statul pentru faptul că nu-i oferă serviciul asigurat, sau i-l oferă la o calitate substandard? Asemenea relații contractuale cu obligații ar face ca și Casa să caute furnizori de servicii de calitate (spitale etc.), care să ofere asiguratului tratamentele la standardele la care s-a angajat Casa în schimbul asigurării.

Tot prin acest sistem de "contracte" se poate asigura și responsabilizarea reală a medicului față de pacient în cazurile de malpraxis. După cum explicam în raportul trecut, în lipsă de resurse adecvate, nu se pot pune în aplicare protocoale și proceduri standard de tratament, ceea ce duce la o informalitate generalizată în sistem și la uzul excesiv al relațiilor

personale între medici pentru tratarea pacienților. Din cauză că sistemul se bazează mult prea mult pe relații interpersonale, Colegiul Medicilor nu poate aplica penalizări medicilor în culpă medicală. Însă dacă ar fi puse la punct protocoale și ghiduri de tratament în funcție de resursele disponibile, iar medicul ar fi responsabil prin contract de respectarea acelor ghiduri, ar putea fi și făcut responsabil pentru ceea ce face.

6. Reducerea inechităților profunde din sistem. Chiar în absența crizei sunt necesare multe schimbări pentru a asigura accesul la servicii medicale de calitate, la medicamente și la tratamente noi în România. Accesul la medicamente și servicii medicale continuă să fie o mare problemă, cu disparități mari între mediul urban și cel rural, între săraci și restul societății (Tab. 4, 5). 50% din populație locuiește în rural, unde se găsesc 20% dintre medici și 30% din farmacii; la fel, Raportul Comisiei Prezidențiale arată faptul că 8% din pacienți beneficiază de 70% din resursele publice alocate în sectorul farmaceutic.

Cauzele sunt multiple și țin în bună măsură de politicile publice

ineficiente. Inechitatea e sporită și de faptul că în România procentul mediu de coplată a medicamentelor compensate (50-55%) este foarte mare comparativ cu alte state, ceea ce face ca aceste medicamente să nu fie accesibile pentru cei săraci.

Tab 5 arată că diferența de acces este foarte marcată, de pildă, în cazul vânzării de vaccinuri anti-gripale. În București, cea mai bogată zonă, ajung aproape 90% din aceste vaccinuri, deși populația este de numai 10% din populația totală a țării.

Criza accentuează aceste inechități, mai ales în condițiile în care statul nu-și plătește datoriile. De pildă, jumătate dintre farmaciile din mediul rural și din zonele de la periferia orașelor (unde locuiesc cei mai săraci) se vor închide definitiv sau temporar ca urmare a întârzierilor la plăți.

O altă sursă de inechități o reprezintă faptul că sunt 5 milioane de contribuitori care acoperă cheltuielile cu sănătatea pentru 20 de milioane; practic numai salariații sunt obligați să plătească, cei care încasează venituri din alte surse pot să nu le declare și să plătească retroactiv pe 6 luni contribuția pentru salariul minim, lucru pe care îl vor face doar dacă se îmbolnăvesc.

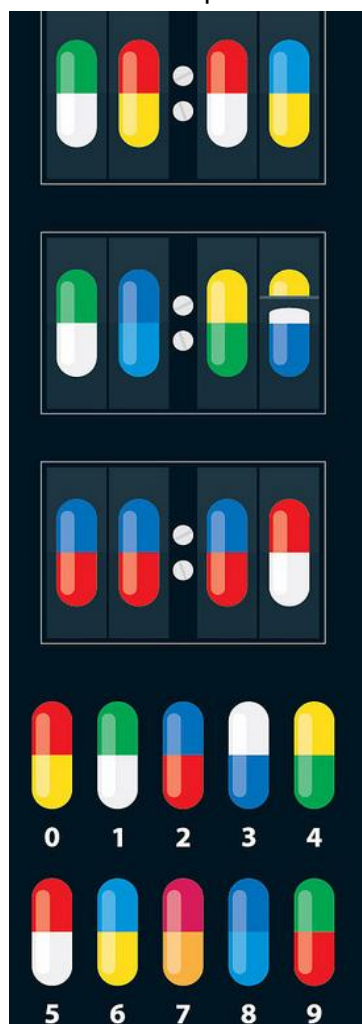
Recomandare: în funcție de definiția pe care o vom da echității la punctul 1) (primește cine contribuie sau primește cine are nevoie), trebuie restructurat sistemul în așa fel încât să răspundă criteriului respectiv de echitate. Așadar, fie se majorează baza de contribuitori și sunt acoperite cheltuielile cu

tratamentele pentru aceștia (neasigurații rămânând fără beneficii, iar statul asumându-și responsabilitatea de a plăti din impozite și taxe câteva categorii, ex. copii); fie se găsește o formulă mai redistributivă (statul asumându-și responsabilitatea pentru o gamă mai largă de categorii, practic limitând mecanismul de asigurare).

Toate soluțiile propuse trebuie înțelese ca măsuri ce trebuie luate simultan în mai multe zone, coordonarea lor fiind necesară deoarece sunt interdependente (de pildă, nu poți stabili un pachet de servicii sustenabil fără să știi cât costă tratamentele, din sistemul DRG; sau nu poți face un sistem de asigurări funcțional fără a reforma pachetul de servicii). Toate măsurile de reformă trebuie făcute concertat și necesită o dezbatere cât mai largă, pentru a se stabili clar în primul rând prioritățile și o viziune de ansamblu.

Modul de organizare a unui întreg sistem de sănătate presupune o acceptare de către întreaga societate a unor principii generale (eficiență vs. echitate; privat vs. de stat; ce vom plăti din asigurări buzunarul propriu vs. ce nu se poate plăti decât din buzunarul propriu sau asigurări private etc). O reformă reală a sistemului va presupune înainte de toate un consens/ o majoritate care să fie de acord asupra acestor principii, și nu se poate face peste noapte.

În orice caz, disfuncționalitățile sistemului sanitar românesc nu pot fi corectate prin măsuri luate brusc, netransparent, fără o



consultare reală și fără a ține cont de implicațiile pe termen lung ale deciziilor de azi.

CONCLUZIE

Așadar, criza a deschis ocazia unei rediscutări a reformelor necesare din sistemul sanitar românesc în ansamblul său. În prezent, sistemul de sănătate publică din România este cu 30-40 de ani în urma Europei, nereformat și ineficient. Din păcate deocamdată măsurile luate de guvernanți privesc aproape exclusiv cârpeli de moment însă din politicile haotice, impredictibile și arbitrare, nimeni nu câștigă pe termen lung,

nici pacienții, nici medicii, nici producătorii sau distribuitorii de medicamente și nici farmaciștii.

Soluțiile pentru reformarea sistemului nu sunt nici simple, nici nu pot fi luate de pe o zi pe alta, însă trebuie începute dacă vrem să avem în viitor un sistem sanitar la standarde decente. Este fundamental să instituim reguli clare ale jocului, cunoscute de toată lumea, responsabilități inclusiv pentru stat, și să creștem transparența sistemului. Altminteri, nu vom avea șansa să ajungem niciodată din urmă țările din Vest.

Romanian Academic Society (SAR)
61 Eminescu, Bucharest 2
tel/fax (4021) 211 1477
office@sar.org.ro
www.sar.org.ro