



UNIUNEA EUROPEANĂ

GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI  
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AMPOSDRUFondul Social European  
POSDRU 2007-2013Instrumente Structurale  
2007-2013CONFEDERAȚIA SINDICALĂ  
NAȚIONALĂ MERIDIANFEDERAȚIA  
AGRICULTORILOR  
FERMIERILOR

## Conferința județeană Argeș “Priorități economice și sociale în județul Argeș”

21 august 2012  
Municipiul Pitești, județul Argeș

### Poziția Confederației Sindicale Naționale MERIDIAN la *Proiectul de Lege privind organizarea și funcționarea sistemului de sănătate din România*

#### Sistem public de sănătate – Respect pentru viață

Dreptul la viață al fiecărui individ este condiționat și de starea de sănătate. Dacă o persoană nu-și poate permite să-și îngrijească propria sănătate, deoarece costurile serviciilor medicale depășesc posibilitățile financiare - **“DREPTUL LA VIAȚĂ”** - așa cum este definit în articolul 3 din Declarația Universală a Drepturilor Omului (**“orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea sa”**) devine un principiu lipsit de conținut.

Morala creștină ne conduce la ideea că dreptul la viață nu este negociabil. Continuitatea unui popor, sănătatea și fericirea sa, depind astăzi în mare măsură de existența unui sistem public de sănătate. Sindicatele și societatea civilă trebuie să facă presiuni asupra guvernanților și oamenilor politici, ca aceștia să recunoască importanța finanțării serviciilor publice de interes general.

Sistemul public de sănătate, într-un stat modern, trebuie să fie garanția calității vieții și unul dintre angajamentele politice esențiale ale guvernanților de a asigura standarde sociale ridicate populației pe care o reprezintă. Sistemul gratuit de sănătate, în țările care-l practică, este un câștig social pentru care organizațiile lucrătorilor și nu numai, au depus eforturi îndelungate în ultimii 150 de ani.

#### Aspecte care trebuie să fie abordate prin reforma în domeniul sănătății

Apreciem că, înainte de a propune și implementa o nouă lege a sănătății, decidentul politic trebuie să aibă în vedere faptul că, în managementul sanitar se utilizează o serie de indicatori economico-financiar deosebit de sensibili, cum ar fi cel de randament (beneficii maxime obținute cu minim de costuri), dar și indicatori de eficacitate în ceea ce privește serviciile medicale acordate (de exemplu, salvarea unei vieți omenești, indiferent de costuri). Cunoscând toate aceste aspecte, propunem ca viitoarea Lege a sănătății să reglementeze următoarele:

- a) **Descentralizarea administrației sanitare** (direcțiile sanitare județene și casele județene de asigurări de sănătate). Efectele pozitive imediate ar fi: scurtarea distanței dintre cetățean și serviciul medical acordat, dar și a celei dintre contribuabil și finanțatorul serviciilor medicale. Este evident că regionalizarea caselor de asigurări de sănătate și a furnizorilor de servicii medicale nu poate fi apreciată ca o descentralizare, în sensul celor arătate mai sus.

FONDUL SOCIAL EUROPEAN

Investește în  
**OAMENI**

Pagina 1 din 4



ÎMPREUNĂ  
pentru dezvoltarea dialogului social  
în România

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

[www.edialogsocial.ro](http://www.edialogsocial.ro)



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI  
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AMPOSDRU



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



CONFEDERAȚIA SINDICALĂ  
NAȚIONALĂ MERIDIAN



FEDERAȚIA  
AGRICULTORILOR  
FERMIERILOR

- b) **Scoaterea fondului de asigurări de sănătate de sub jurisdicția Ministerului de Finanțe** și trecerea lui, împreună cu activitatea de colectare a contribuției de asigurări de sănătate, la casele de asigurări de sănătate. O astfel de măsură ar apropia colectarea și finanțarea serviciilor medicale, de comunitățile locale. Să ne amintim că, după intrarea în vigoare a Legii 145/1997 (care stabilea colectarea contribuției de asigurări sociale de sănătate de către casele de asigurări de sănătate), fondul național unic de asigurări de sănătate a înregistrat excedente semnificative.
- c) **Autonomia caselor de asigurări de sănătate**, care sunt astfel stimulate să crească colectarea. Din fondurile colectate, casele județene de asigurări de sănătate pot vira un procent de 10-30% CNAS, pentru echilibrarea fondului și pentru redistribuire către județele cu o colectare mai slabă.
- d) **Conducerea unităților spitalicești, a direcțiilor sanitare și a caselor de asigurări de sănătate**, să se facă printr-un contract ferm de management, în cadrul căruia managerul să garanteze cu o parte din averea personală (casă, mașină etc.).
- e) **Delimitarea** foarte clară a surselor și direcțiilor de finanțare pentru asistența medicală spitalicească:
- Ministerul Sănătății cu fonduri naționale, prin care se asigură investițiile în sistem;
  - Casele județene de asigurări de sănătate să asigure plata serviciilor medicale, în baza contractelor încheiate;
  - Consiliile județene, orașenești și locale să asigure cheltuielile pentru reparațiile curente, extinderi, modernizări etc.
- f) **Standardizarea urgențelor medico-chirurgicale** – această activitate se va realiza cu contribuția unor specialiști, cu o bună expertiză în domeniu, sau prin preluarea standardelor implementate de țările cu o mare experiență și cu rezultate notabile în reforma sistemului sanitar (Germania, Franța, SUA, Canada, Australia, etc.). Prin standardizarea și separarea urgențelor medico-chirurgicale, cât și prin implementarea ghidurilor terapeutice naționale, medicii vor fi legal protejați în ceea ce privește culpa medicală.
- g) **Definirea pachetului minimal de servicii medicale**, care se acordă persoanelor sărace și care nu pot plăti asigurările de sănătate. Acest pachet va conține alte servicii medicale (inclusiv epidemiologie, profilaxie, supravegherea copiilor și gravidelor etc.) și NU urgențele medicale, așa cum se prezintă situația în prezent. Urgențele medico-chirurgicale trebuie acordate în continuare oricărei persoane, indiferent de costuri sau statut social.
- h) **Definirea și standardizarea pachetului de servicii medicale de bază**, care se acordă celor asigurați. Nici acest pachet de servicii medicale NU trebuie să cuprindă urgențele medicale și nici anumite investigații sau tratamente (cum ar fi operațiile estetice) foarte costisitoare. Serviciile medicale, incluse în pachetul de bază, vor fi plătite de casele de asigurări de sănătate publice.

### **Sistem privat de sănătate versus sistem public de sănătate**

Cauza principală pentru care nu s-au înființat până în prezent casele private de asigurări de sănătate, este determinată de inexistența unei delimitări între serviciile medicale garantate și plătite de stat și restul serviciilor medicale, inclusiv cele la cerere, care nu sunt acoperite de fondul de asigurări sociale de sănătate.



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI  
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AMPOSDRU



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



CONFEDERAȚIA SINDICALĂ  
NAȚIONALĂ MERIDIAN



FEDERAȚIA  
AGRICULTORILOR  
FERMIERUL

O altfel de abordare ar presupune ca bugetul de stat să suporte aceste cheltuieli și în plus, să garanteze și profitul caselor private de asigurări de sănătate, ceea ce desigur că ar fi cel puțin imoral. Contribuabilii noștri realizează că **finanțarea unui sistem social de asigurări de sănătate are ca și coordonate o serie de principii, cum ar fi cel al echității, al solidarității sociale, al subsidiarității**, iar **serviciile de sănătate sunt un drept social al fiecăruia**, fără nici o cheltuială sau cu cheltuieli personale foarte mici. În sprijinul unei astfel de abordări, sunt și **prevederile constituționale** care dispun asupra faptului că **dreptul la ocrotirea sănătății este garantat**, iar **statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și sănătății publice**.

De aceea, propunem separarea serviciilor medicale de urgență, împreună cu pachetul minim și de bază, pentru servicii medicale (finanțate integral de la bugetul de stat), de serviciile medicale (complementare sau suplimentare) finanțate de către casele private de asigurări de sănătate.

Adevăratele discuții în ceea ce privește legea sanitară vor avea loc după conturarea pachetului de servicii medicale de bază iar în acest context, considerăm că banii asiguraților trebuie gestionați de casele publice de asigurări de sănătate și nu de companiile private.

Principala problemă pe care ar trebui să o rezolve noua lege a sănătății o constituie creșterea finanțării sistemului sanitar, în special a finanțării publice, dar și a celei private, inclusiv prin creșterea numărului de contribuabili, iar colectarea sumelor de asigurări de sănătate trebuie să se facă în circuite separate. Astfel, pentru sistemul social, colectarea trebuie să se facă pe circuitele directe, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, iar casele private de asigurări de sănătate trebuie să-și dezvolte propriile circuite.

Privatizarea spitalelor publice trebuie limitată la anumite categorii de unități, fiind necesară menținerea în cadrul sectorului public, cel puțin a rețelei constituite de actualele spitale județene.

Ne declarăm de acord cu necesitatea modificării legii sănătății, însă nu în direcția unei privatizări totale a sistemului de sănătate, ci în sensul unei privatizări moderate a spitalelor și dezvoltarea asigurărilor private de sănătate complementare, astfel încât acestea să aducă suplimentări la sistem. Medicina de urgență trebuie să păstreze linia de dezvoltare stabilită în ultimii ani.

Este necesară în opinia noastră, abordarea coerentă în proiectul de lege a problemei salariaților din sănătate, cu precizarea statutului personalului medical și promovarea unei strategii adecvate de salarizare, dar și luarea unor măsuri urgente de stopare a tendinței de migrație din sistem.

În proiectul de lege nu este descris procesul instituțional prin care pachetul de servicii medicale de bază va fi definit periodic. Pe baza căror date și evaluări ale sănătății populației va fi el stabilit? Mai mult, introducerea asigurărilor private pentru pachetul de bază poate conduce la riscuri suplimentare, cum ar fi:



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI  
MINISTERUL MUNCII, FAMILIEI  
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AMPOSDRU



Fondul Social European  
POSDRU 2007-2013



Instrumente Structurale  
2007-2013



CONFEDERAȚIA SINDICALĂ  
NAȚIONALĂ MERIDIAN



FEDERAȚIA  
AGRICULTORILOR  
FERMIERUL

- a) Companiile de asigurări ar putea să-i refuze pe pacienții scumpi (cei cu afecțiuni cronice), prin impunerea unei prime de asigurare foarte costisitoare.
- b) Declanșarea competiției libere pe piața asigurărilor de bază cere un sistem de control și monitorizare foarte bine pus la punct. Astfel, în Olanda, companiile de asigurări private au avut reclame înșelătoare (pacienții neputând verifica corectitudinea informațiilor prezente în reclame) care au crescut ratele de asigurare după primul an. Se pune întrebarea cum va fi monitorizat nivelul acestor rate de asigurare și nivelul de profit al companiilor de asigurări? Sunt întrebări firești, la care nici varianta actualului proiect de lege nu oferă răspunsuri. De asemenea proiectul de lege sanitară, aflat în dezbatere publică, nu precizează suficient de precis după ce reguli se va desfășura eventualul faliment sau reorganizarea unui spital.
- c) Mai mult, nu se precizează cum va fi organizată practic finanțarea spitalelor: prin negocierea bugetelor, sau printr-un sistem bazat pe plata pe serviciu. De asemenea, trebuie prevăzută posibilitatea ca accesul la serviciile medicale minimale de asigurări de sănătate să nu fie permis fără plata unei contribuții. În acest sens, arătăm că doar a cincea parte din populația României plătește contribuția la asigurările sociale de sănătate. Astfel, spre exemplu, se prevede (inclusiv în noul proiect al Legii sănătății) scutirea de la plata contribuției de asigurări de sănătate a copiilor până la vârsta de 18 ani, indiferent dacă provin sau nu din familii cu venituri ridicate.

Finanțarea sistemului sanitar trebuie să aibă la bază surse reale și nu niște perspective relative. În prezent nu există un studiu care să arate dacă veniturile colectate la fond vor acoperi toate cheltuielile pacienților. Studiul de impact are ca scop estimarea costurilor și a beneficiilor aduse pe plan economic și social, prin adoptarea proiectului de lege, dar și evidențierea dificultăților care pot să apară la punerea în practică.

De aceea, susținem ca în proiectul legii sănătății, să fie incluse standardele de costuri ale serviciilor medicale cuprinse în pachetele de servicii medicale acordate populației, pentru a se realiza stabilitatea și predictibilitatea cheltuielilor sistemului și pentru a se evalua fondurile pe servicii sau produse.

În opinia noastră, nici graba aplicării legii sănătății nu se justifică. În Olanda o lege similară, prin care companiile private de asigurări de sănătate au devenit gestionarii banilor publici, a fost discutată 16 ani, iar timp de 8 ani a fost aplicată limitat, în anumite regiuni. De aceea, credem că noul proiect al legii sănătății ar trebui aplicat limitat, într-un Proiect Pilot, în câteva județe. De-abia după ce vor apărea observațiile despre modul de aplicare și funcționare a propunerilor proiectului, se poate lansa legea propriu-zisă, după efectuarea studiului de impact și fundamentarea finanțărilor pe diverse paliere.

Instrumentul de prezentare a proiectului de lege, dinspre inițiator către Guvern, trebuie să includă motivul emiterii actului normativ, respectiv cerințele care reclamă intervenția actului normativ, cu referire specială la insuficiențele, neconcordanțele reglementărilor în vigoare, concluziile evaluărilor, lucrărilor de cercetare, impactul socio-economic, impactul financiar asupra bugetului general consolidat, măsurile de implementare.