

Reforma Sistemului de Sănătate, componentă a reformei sistemului economico-financiar și a reformei din educație

Autor:

Prof. univ. dr. **Liviu Druguș**

- ♦ De la critici îndreptățite la soluții pragmatice
- ♦ Reforma în Sănătate nu este posibilă fără reforma în Educație
- ♦ Managementul este arta combinării mijloacelor existente, nu doar „arta” solicitării de noi mijloace

Introducere

Scopul (scrierii) acestui articol este de a pune în evidență dimensiunile fundamentale, dar adesea cvasiinvizibile ale vieții individuale și sociale: scopurile umane și mijloacele de atingere a acestora. Cred că (încă) mai este necesar să amintesc că nimic nu este gratuit, că totul are costuri și prețuri bazate pe raritate, utilitate și oportunitate. Acestea (prețurile) sînt expresii ale intereselor (scopurilor) umane conștientizate în diverse grade și urmărite cu mai multă sau mai puțină obstinație.

Mentalitatea fals umanistă și iluzia gratuității serviciilor sociale în general și a celor pentru sănătate în special mai persistă, existînd acum un melanj ciudat și malefic de idealuri comuniste și capitaliste. Cele de sorginte comunistă provin îndeosebi din partea consumatorilor care vor să beneficieze de cît mai multe servicii, chiar dacă nu au contribuit la Fond sau au nevoi peste capacitatea reală a Fondului de a le acoperi. Idealurile capitaliste provin îndeosebi din partea prestatorilor de servicii, acestea fiind bazate pe dreptul de a cîștiga cît mai mult și pe încercarea de a-și evalua calitatea serviciilor prestate în funcție de criterii proprii. Precizez că prin Fond înțeleg aici Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), fond financiar care este cogestionat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și de Ministerul Sănătății, fapt care pune sub semnul întrebării nivelul exact de responsabilitate a celor doi gestionari, precum și gradul de autonomie a Caselor Județene de Asigurări de Sănătate.

Cum se formează Fondul?

Inițial, începînd cu anul 1999, Fondul se alimenta din contribuțiile angajatorilor, angajaților și ale liber profesioniștilor, toate acestea calculîndu-se prin aplicarea unei cote unice de 7% din fondul de salarii, din salariul brut și, respectiv, din venitul declarat. După 2001, salariații și liber profesioniștii plătesc o contribuție de doar 6,5%, deși toți furnizorii de servicii de sănătate clamau insuficiența banilor pentru plata utilităților. Acest nivel de contribuție este deja considerat ca fiind unul mare (și nu doar de către contribuabili). De aici rezultă ca varianta de rezervă pentru creșterea alocărilor către sănătate o constituie bugetul de stat sau asigurările private de sănătate. Constituirea Fondului Privat de Asigurări de Sănătate va scădea presiunea cererii adresate sistemului public și va crește volumul de servicii pe unitatea monetară (de ex. număr de investigații de laborator la 100.000 de lei).

Situația

Paradoxal sau nu, ca urmare a intrării în vigoare a Legii finanțelor publice, s-a rezolvat problema arieratelor la spitale, iar introducerea mecanismului de plată și de finanțare bazat pe caz rezolvat (DRG – Diagnosis Related Groups) face ca numărul internărilor nejustificate să scadă, durata medie de spitalizare diminuându-se, de asemenea. Toate aceste măsuri de ordin juridico-financiar reprezintă pași noi în reformarea sistemului de sănătate, fapt care subliniază ideea că reforma de sănătate este una eminentemente financiară și nu medicală. Faptul că la comanda diverselor structuri ale sistemului de sănătate nu se află personal cu pregătirea financiar managerială corespunzătoare sau că s-au înregistrat fraude explică (dar nu justifică) actualul trend de recentralizare a deciziei în sănătate. Practic, singura deosebire care mai rămâne între fostul sistem comunist (de tip Semaško) și actualul sistem bazat pe asigurări sociale (de tip Bismark) este garantarea (prin Constituție) a faptului că sumele destinate sănătății vor fi consumate strict în acest domeniu.

În concluzie, reforma sistemului de sănătate este una de ordin strict financiar, economic, managerial și de evidență a informațiilor. Cititorul grăbit ar putea trage concluzia că fac o pledoarie interesată pentru ca managementul spitalelor, al Caselor de Asigurări sau a Direcțiilor de Sănătate Publică să fie executat doar de finanțiști, economiști, juriști sau informaticieni, numai medici nu. Deși o atare posibilitate există în plan practic în majoritatea țărilor care au sisteme liberale de sănătate (bazate îndeosebi pe plata per serviciu și nu pe asigurări sociale) pledoaria mea are un alt conținut.

„Soluțiile“ actuale

În primul rând trebuie să precizez că reforma în sănătate este o problemă de mentalitate (educație), de circuit al banilor în sistem și de management al resurselor umane și financiare. Formula ideală nu este dată nici de medicii-manageri cu o brumă de cunoștințe manageriale, nici de economiștii-finanțiști fără nici un fel de cunoștințe medicale. Formula propusă de fostul ministru al sănătății, economistul Mircea Blănculescu, de a înființa la Academia de Studii Economice din București o secție de manageri pentru sănătate nu poate fi viabilă decât dacă acei studenți ar face măcar trei-patru ani de medicină. Formula medicilor cu rezidențiat de trei ani în Sănătate Publică (și Management) este nu doar prea costisitoare (9 ani de studii fără o bună specializare), ea este chiar irositoare de resurse, dat fiind volumul infim de cunoștințe economico-financiare și manageriale obținut în cei trei ani de rezidențiat. Ca în oricare alte situații care fac apel la variantele extreme, calea de mijloc este soluția optimă, de echilibru. Deși sistemul este încă surd la soluțiile pragmatice, noi, eficiente, cred că aceasta „a treia cale” - pe care o voi prezenta mai jos - se va impune cu necesitate. Iasul are meritul de a fi deschizător de drumuri în acest domeniu și cred că ideea ar trebui popularizată și propusă spre legiferare chiar la Consiliul Europei sau la alte foruri europene.

Soluția pragmatică

Pledoaria mea se îndreaptă spre o așa-zisă „dublă specializare” (de fapt este doar una, de sinteză) care să asigure multiple cunoștințe managerului în sănătate: el trebuie să aibă, în primul rând, cunoștințe medicale destul de solide, iar, în al doilea rând, să primească cunoștințe economico-manageriale foarte practice astfel încât să poată profesa în domeniul managementului după o scurtă perioadă de acomodare cu sistemul. Această formulă de 3 ani trunchi comun + 3 ani specializare pe management a fost aplicată deja – experimental, dar cu rezultate din ce în ce mai bune - în cadrul Facultății de Bioinginerie Medicală de la UMF „Gr. T. Popa” Iași. Concluziile

acestui experiment (demarat în toamna anului 1996 sub denumirea **Bioinformatică și Management Sanitar** și continuată din anul 2001 sub denumirea de **Managementul Sănătății**) sînt demne de analizat și luat în calcul de către planificatorii din sistemul național de educație. În primul rînd, este necesară și posibilă racordarea la exigențele Uniunii Europene în sensul ca durata studiilor să fie redusă (trei sau patru ani sînt suficienți pentru o pregătire medicală generală, dar și pentru un început de cunoștințe economico- manageriale). În al doilea rînd, absolventul celor patru ani nu trebuie să fie un generalist, ci un practician, un specialist care să poată să intre direct în sistem pentru a practica în condiții bune. Supraspecializarea prin încă doi ani de masterat în Managementul Sănătății, cu discipline economico-manageriale și informatice preponderente, va oferi sistemului de sănătate specialistul ideal pentru managementul structurilor sistemului. Masteratul va trebui să fie doar la zi și să aibă un volum consistent de ore de curs și de seminar. Important este că Iașul are, la ora actuală, echipa de profesori necesari derulării acestui tip de învățămînt european. În cazul în care orientarea educațională europeană (3+2) nu este agreată, iar sistemul de sănătate va continua orientarea spre sistemul (hiper)centralizat de tip sovietic nu numai că această echipă de profesori închegată cu eforturi mari se va disipa, iar starea de sănătate a populației va avea de suferit ca urmare a opțiunii pentru amatorism și pentru respingerea profesionismului. Pentru a fi cit mai concret propunerea mea pentru viitorul manager in sanatate este: trei ani de studii medicale si doi ani de masterat in Mamagementul Sanatatii. Doctoratul de doi ani (la zi) ar urma sa pregateasca personal pentru cercetare, invatamint si functii superioare de conducere. In acest mod sistemul european de 3+2+3 se poate implementa cu succes in invatamintul romanesc fara a fi „solutie de import”, ci, dimpotriva, o solutie europeana aplicata avant la lettre de catre scoala medicala ieseana incepind din anul 1994 (anul infiintarii Facultatii de Bioinginerie Medicala) si cu anul 1996 (intrarea in ciclul de specializare).