

Conf. cu originalul



***Parlamentul României
Camera Deputaților***

Comisia pentru Sănătate și Familie

Nr. 28/206/26 mai 2004

**PROCES VERBAL
*a ședinței comisiei din ziua de 25.05.2004***

La lucrările comisiei sunt prezenți 15 deputați, fiind absent motivat 1 deputat.

La lucrările comisiei participă ca invitați: domnul dr.Dorin Oprescu, președintele Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești , domnul dr.Ciurchea Vasile, director general , Casa Națională de Asigurări de Sănătate , doamna Lucaș Liliana , director, Casa Națională de Asigurări de Sănătate , domnul general dr.Șerban Rădulescu, director general Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București, domnul comandant medic dr.Dan Arămitu, director, Centrul medical de diagnostic și tratament ambulator “Acad.Șt.Milcu”, domnul general de brigadă dr.Tudor Ion Păducel,director, Direcția medicală, SRI , domnul dr.Ceaușu I., director adjunct,Direcția medicală, SRI, domnul chestor medic dr.Dan Mihai Marius, director, Direcția medicală, Ministerul Administrației și Internelor , domnul dr.Ștefan Bartha, director, Direcția de Asistență Medicală , Ministerul Sănătății și doamna Draguna Cornelia, director general adjunct, Direcția Generală de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății .

Lucrările comisiei sunt conduse de *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim*, președintele comisiei care supune la vot ordinea de zi.

Comisia a adoptat, în unanimitate, următoarea ordine de zi:

1. Audieri privind acordarea asistenței medicale în ambulatoriile de specialitate și unitățile sanitare din sistemul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești .
2. Dezbateri asupra propunerii legislative privind controlul surselor de apă din mediul rural .
3. Diverse.

După cum arată *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* prezentele audieri privind acordarea asistenței medicale în ambulatoriile de specialitate și unitățile sanitare din sistemul Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești au la bază numeroasele nemulțumiri ale persoanelor asigurate care solicită asistență medicală la Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București.

Persoanele asigurate care solicită asistență medicală la medicul specialist sunt programate la consultații după mai mult de o lună de zile.

Au fost sesizate numeroase situații în care s-a solicitat plata analizelor medicale (de exemplu 55.000 lei pentru o glicemie). Nu se ține seama de faptul că un bolnav de diabet trebuie să-și dozeze, săptămânal, glicemia.

Nu de puține ori, mai arată domnia sa , atunci când a fost solicitat Serviciul de Ambulanță al Centrului medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București, mașina a sosit cu mare întârziere.

În sensul celor sesizate, s-a cerut un documentar din partea Centrului medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București.

Din parcurgerea acestui documentar, mai arată *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* , reiese că:

- veniturile furnizorului medical sunt insuficiente și nu pot fi compensate diferențele necesare prin coplățile asiguraților sau încasări de la terți prin prestații plătite integral;

- în ambulator se construiește un plan de venituri și cheltuieli, care nu este un buget sigur ci un buget “virtual” care nu asigură plata salariilor și a indexărilor aferente;

- aprovizionarea nu se poate face decât cu medicamentele de pe lista de medicamente cu sau fără contribuție personală deoarece numai pentru acestea există resursa financiară, prin plafonul contractelor cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești ;

- aprovizionarea cu substanțe pentru magistrale , de asemenea, nu se poate realiza;

- singura resursă financiară pentru fondul de salarii este venitul propriu; fondul de salarii nu este sigur, nefiind garantat; acordarea unor drepturi salariale legale precum prime, salarii de merit, majorări salariale, indemnizații de concedii a devenit nesigură;

- medicii specialiști sunt plătiți conform normelor și a contractului numai pentru munca prestată și aceasta la un nivel plafonat; pentru anul 2004, plafonul a scăzut simțitor de la 28 consultații/zi și 150 de puncte la 19 consultații/zi și 150 de puncte, fapt care a dus la grave disfuncționalități;

- numai din această situație Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București are o datorie înregistrată pe 5 ani de 22,351 miliarde lei reprezentând contravaloarea concediilor de odihnă acoperită prin crearea unor datorii restante către furnizori;

- pacienții se întreabă de ce mai este necesar să achite contribuția la asigurațiile de sănătate dacă sunt obligați să achite contravaloarea unor servicii medicale, analize și medicamente;

- de asemenea, prin aplicarea ordinului comun al Ministerului Sănătății și Familiei și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.154/2003 au apărut disfuncționalități în acordarea asistenței medicale gratuite Corpului Diplomatic, beneficiar al unor acorduri de reciprocitate, în sensul că dispoziția nu face referire la serviciile medicale în ambulator.

După cum precizează domnia sa, este posibil ca sistemul să aibă, în prezent, prea mulți asigurați, selectați cu grijă dintre categoriile cu veniturile cele mai mari (demnitari, salariați ai băncilor, ai Parlamentului, Guvernului, etc.).

Pentru a găsi soluțiile practice de rezolvare a acestei situații, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* solicită opinia invitaților prezenți la audieri.

Dl.general dr.Șerban Rădulescu, director general Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București dorește să facă o sinteză a situației globale din sistemul de asigurări al Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești .

Suntem prizonierii actelor normative pe care trebuie să le aplicăm, arată domnia sa . Tot domnia sa subliniază că nu există un management prost din partea nimănui.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și arată că principala cauză a crizei din sănătate este subfinanțarea cronică a sistemului sanitar. Audierea are ca scop soluționarea unor stări de fapt și nu căutarea unor vinovați pentru această situație.

Dl. general dr.Șerban Rădulescu, arată că tratarea farmaciei “ de stat” ca și “unitate bugetară” are următoarele consecințe:

- aprovizionarea nu se poate face decât cu medicamente din lista de medicamente cu și fără contribuție personală deoarece numai pentru acestea există resursă financiară virtuală prin plafonul contractelor cu Casa Asigurarilor

de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești ;

- diversitatea de titluri și cantitățile sunt limitate de plafonul contractului (se contractează un număr mai mare de titluri dar cantități mici/titlu sau număr mai mic și cantități mai mari/titlu), situație ce va genera în orice caz nemulțumirea pacienților;

- nu se poate face o corecție în cursul anului a aprovizionării în funcție de cerere deoarece achizițiile se fac în baza unui plan anual de achiziții, care este “baza legală” pentru achiziție, ce se concretizează prin contracte.

Achiziționarea de medicamente plătite integral de pacient (cu sau fără prescripție) nu se poate face deoarece nu este permisă fără asigurarea “resursei financiare” (neregăsindu-se în contractul Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești). Pacienții sunt nemulțumiți. Farmacia “ de stat” nu poate lua în “custodie” medicamente și nici nu poate aproviziona ”pe datorie”.

Aprovizionarea cu substanțe pentru magistrale de asemenea nu se poate realiza.

Constrângerile de aprovizionare impuse de “sistemul bugetar” nu au o bază legală:

- atât farmacia de stat cât și cea privată folosesc fondurile Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (ban public) pe baza unui contract de prestări servicii cu aceleași reguli;

- atât farmacia de stat cât și cea privată creditează casa de asigurări până la recuperarea banilor (timpul din momentul achiziției , timpul până la prescriere și eliberare și timpul de decontare care decurge din momentul depunerii facturilor și borderourilor) care poate fi minim 60 de zile pentru relația cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței

Naționale și Autorității Judecătorești a “farmaciei de stat” și de 120 de zile pentru farmacia privată.

Pentru o instituție ”bugetară” legea finanțelor publice interzice creditarea unui alt partener.

Farmaciile private își fac aprovizionarea după un plan de achiziții orientativ, suplu, ale cărui modificări sunt dictate în principal de “legea cererii și ofertei” și este numai de competența farmaciei.

Farmaciile “de stat” ”bugetare”, fac achiziții pe bază de plan de achiziții pe 12 luni care se realizează prin licitații și contracte, structura de titluri și cantitate rămânând fermă. Această situație poate genera stocuri fără mișcare care pot expira fără posibilitatea de a fi achitate furnizorului de medicamente. Se creează astfel fie o datorie către “dealer-ii” de medicamente, fie o pagubă bugetului farmaciei care oricum trebuie plătită, dealer-ii vor recupera în justiție sumele neachitate.

Farmacia de stat poate să facă un management ca și farmacia privată, inclusiv adaos comercial (fără de care costurile de funcționare sunt o pagubă cronică a instituției “ de stat” și reprezintă un risc de faliment).

Se construiește un proiect de buget (venituri și cheltuieli) dimensionat pe necesitățile instituției (cheltuieli cu salarii – majorări, indirecte, previziuni de inflație cu creșteri de prețuri-venituri din încasări din prestații către casa de asigurări sau terți. Tarifele casei de asigurări de sănătate sunt cele din anul în curs și la nivelul acceptat în anul în curs).

Acest proiect de buget este înaintat ordonatorului principal de credite care este ministerul tutelar spre aprobare și intră în vigoare odată cu aprobarea bugetului de stat ce se realizează anul acesta pentru anul viitor.

În ianuarie anul următor casa de asigurări de sănătate are bugetul de cheltuieli aprobat și poate preciza plafoanele contractelor de decontare către furnizori cât și numărul de prestații și valoarea acestora.

Între bugetele de venituri și cheltuieli ale furnizorilor de servicii medicale și bugetele de cheltuieli (decontări) de casa de asigurări de sănătate apare o discordanță în sensul că furnizorul a calculat un necesar de venit mult mai mare decât posibilitatea casei de cheltuieli (decontări).

Veniturile furnizorului medical sunt insuficiente și nu pot fi compensate diferențele necesare prin coplățile asiguraților sau încasări de la terți prin prestații plătite integral.

Fiind considerată “instituție bugetară” furnizorul de servicii medicale se găsește în situația în care nu își poate asigura cele necesare pentru prestații contra-cost integral către terți deoarece nu are dovada resursei financiare asigurată pentru a angaja cheltuieli. Fără această dovadă , organele de audit financiar nu avizează angajarea de cheltuieli și, în consecință, nu se pot asigura mijloacele pentru realizarea unor venituri în afara contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Bugetul aprobat și eventual modificat, în raport de capacitatea caselor de asigurări de sănătate de a deconta, nu este un buget sigur, ci un buget teoretic și nu se poate realiza decât dacă oamenii se îmbolnăvesc și se adresează medicului, acesta urmând să factureze și să încaseze de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea serviciului.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și precizează că aceste aspecte sunt deja cunoscute. Întrebarea este de ce, la spital, pacientul este văzut și internat imediat iar când solicită consultație, în ambulator, este pus în situația să aștepte zile și luni în șir. Domnia sa solicită soluții astfel încât bolnavii să fie consultați imediat, să nu plătească, să primească medicamentele necesare, etc.

Dl.general dr.Șerban Rădulescu arată că dintre aproximativ 200.000 de pacienți consultați anual, 10.000 sunt internați în spital. Atâta timp cât personalul medical nu poate fi plătit conform muncii prestate, numărul de consultații crește și de asemenea adresabilitatea. Numărul de consultații a scăzut

și prin aplicarea normelor de aplicare ale Contractului – Cadru . Aceasta este o consecință și a scăderii punctajului zilnic de la 29 consultații la 19 consultații.

Anul trecut, mai arată domnia sa , s-au înregistrat 10.000 de consultații peste plafonul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nedecontate, în sumă de 5 miliarde lei. Este necesar să se revină la nivelul de 28 consultații în medie pe zi și 150 de puncte, altfel medicul va pierde din venituri. Aceste norme, care sunt restrictive, lovesc în calitatea actului medical. Există centre de referință și excelență care beneficiază de un tratament preferențial de decontare.

Pentru investigațiile paraclinice există un plafon lunar și trimestrial, dar nu și garanții că acestea vor fi decontate. În situația în care se depășește plafonul de decontare analizele nu se mai pot face fără plată.

Dacă fondul de medicamente nu se consumă, în mod automat, plafonul se reduce corespunzător în anul următor.

Referitor la Corpul Diplomatic, în ordinul comun nu se prevede nimic despre asistența medicală în ambulator.

Dl.dr.Dorin Oprescu solicită cuvântul și precizează că există, în prezent, 9 acorduri în care se specifică categoria de servicii la care cetățenii străini au acces. Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să raporteze prestarea acestor servicii casei de asigurări de sănătate.

Dl.general dr.Șerban Rădulescu apreciază, în continuare, că această situație se poate soluționa prin elaborarea unor norme de aplicare clare și stabilirea unor surse de finanțare.

În continuare *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim*, *președintele comisiei* acordă cuvântul *domnului comandant medic dr.Dan Arămitu*, *director, Centrul medical de diagnostic și tratament ambulator “Acad.Șt.Milcu”*.

Majoritatea persoanelor asigurate și care beneficiază de servicii medicale la Centrul medical de diagnostic și tratament ambulator “Acad.Șt.Milcu” sunt cadre militare active pe baza prevederilor Legii nr.80/1991, arată domnia sa .

Deși se confruntă cu aceleași probleme Centrul medical de diagnostic și tratament ambulator “Acad.Șt.Milcu” onorează toate solicitările pacienților, sub orice formă.

Salarizarea cadrelor militare se face după Legea nr.138/1999. În condițiile în care plafonul de consultații se limitează la 19 consultații/zi există riscul ca medicii să nu-și mai primească solda.În unele specialități medicale, precum cele chirurgicale plafonul se poate respecta. La alte specialități medicale cererea de servicii medicale este cu mult peste plafon .

Domnia sa se pronunță pentru revenirea la plafonul de 28 consultații/zi.

În continuare, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* acordă cuvântul domnului chestor medic dr.Dan Mihai Marius, director, Direcția medicală, Ministerul Administrației și Internelor.

Rețeaua medicală a Ministerului Administrației și Internelor are în evidență 230.000 persoane asistate în teritoriu și 62.000 în municipiul București. În teritoriu funcționează 39 de centre medicale iar în municipiul București 5. La nivelul municipiului București sunt nemulțumiri deoarece contribuția Ministerului Administrației și Internelor a fost, în anul 2003, de 1.476 miliarde lei, au fost primite de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate 240 miliarde lei, iar prin prestațiile de servicii medicale s-au întors doar 12 miliarde lei.

Pentru 2004 s-au alocat de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate 881 miliarde lei din care 80,1 miliarde lei pentru prestări de servicii medicale. Pe primul trimestru al acestui an există un deficit de 4 miliarde lei care trebuie primit de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate .

În opinia domniei sale, lucrurile nu merg bine din lipsa fondurilor necesare.Pentru anul în curs s-a solicitat de la Guvern un credit pentru procurarea de aparatură medicală.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază că actuala criză a sistemului sanitar se datorează subfinanțării. Cele 2 miliarde

dolari colectate de la asigurați trebuie să se întoarcă în integralitate la aceștia. Nivelul minim de finanțare al sănătății trebuie să fie de minim 6 % din PIB.

Domnia sa solicită unele lămuriri domnului chestor dr.Dan Mihai Marius privind programarea pacienților la consultații și a coplății din sistemul Ministerului Administrației și Internelor .

Dl.chestor dr.Dan Mihai Marius arată că, în prezent, există unele lipsuri la medicamente. La unele specialități medicale pacienții sunt programați pentru maxim 2 săptămâni. În sistemul Ministerului Administrației și Internelor nu există coplată la analizele medicale.

Domnia sa solicită ca activitatea acestui sistem să se desfășoare, în mod real, după norme proprii. În perspectivă, mai propune domnia sa , plata serviciilor medicale pentru cadrele militare active să se facă de la bugetul de stat, iar pentru cadrele din rezervă, de la fondul de asigurări sociale de sănătate.

Domnia sa se pronunță pentru revenirea la plafonul de 28 consultații/zi.

În continuare, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* acordă cuvântul *domnului general de brigadă dr.Tudor Ion Păducel,director, Direcția medicală, SRI* .

Domnia sa menționează că , în rețeaua sanitară a SRI , nu s-a constatat probleme cu programarea la consultații și nu se practică coplata.

Domnul general de brigadă dr.Tudor Ion Păducel se pronunță pentru revenirea la plafonul de 28 consultații/zi.

În continuare, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* acordă cuvântul *domnului dr.Dorin Oprescu*.

Dl.dr.Dorin Oprescu subliniază că toate probleme expuse sunt corecte, în special cele referitoare la subfinanțarea sistemului.Fiecare instituție din acest sistem trebuie să beneficieze de un buget de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, unul de la ministerul de resort precum și de alte surse, precum servicii contra cost.

Domnia sa se declară nemulțumit de situația creată prin programările la consultații, excesiv de lungi, și aplicarea sistemului de coplată, pe care îl consideră ilegal.

La început, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești funcționa ca o instituție autonomă și s-a dorit atragerea a câți mai mulți asigurați pentru a se oferi servicii de cea mai bună calitate. În prezent, situația s-a schimbat și, măsura preconizată atunci, a creat mari disfuncționalități.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și precizează că și Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu a finanțat corect Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești iar populația are dreptul legal de a apela la oricare dintre furnizorii de servicii medicale din sistem.

Dl.dr.Dorin Oprescu arată că, în sistem, au fost atrași prea mulți asigurați și, în consecință, aceștia nu mai pot fi soluționați.

Pentru rezolvarea situației create, domnia sa propune suplimentarea bugetului Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești cu sume din bugetele fiecărui minister de resort. Bugetul alocat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este destul de bun astfel încât sistemul să funcționeze mai bine decât sistemul civil.

Referitor la Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București, în anul 2004, există un volum de contract de 13 miliarde lei. Având în vedere că, în primele luni ale anului curent, s-au decontat 1,2 – 1,3 miliarde lei/lună, se previzionează ca, până la sfârșitul anului, să se ajungă la suma contractată de 13 – 14 miliarde lei. În măsura în care aceste servicii vor fi prestate, acestea vor fi integral decontate.

În opinia domniei sale trebuie revenit la plafonul de 28 consultații/zi și 150 de puncte. Tarifele nu pot fi modificate deși nu reflectă valoarea acestor servicii decât în măsură de 80 %.

Dl.general dr.Șerban Rădulescu solicită cuvântul și arată că, în momentul de față, Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București are o anumită organigramă care cuprinde 50 de posturi de medici de medicină primară. Fiecare din acești medici de familie au înscris pe liste aproximativ 2.700 de pacienți. Sunt plătite integral serviciile pentru 2.000 de pacienți, iar pentru restul de 700 se plătește 70 % din valoarea prestațiilor.

Dl.dr.Dorin Oprescu menționează că anumite servicii se plătesc conform Contractului – Cadru . Deoarece solicitările se situează peste aceste prevederi, domnia sa propune alocarea, în plus, pentru fiecare instituție din sistem a unui buget de la ministerul de resort. Este necesară o nouă interpretare a prevederilor Contractului – Cadru prin prizma specificului acestor instituții. Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este în măsură să finanțeze structurile la maxim și se pot asigura și depășirile, dar numai în limita prevederilor din Contractul – Cadru .

Dl.general dr.Șerban Rădulescu solicită cuvântul și menționează că, pentru misiunile speciale, se fac deconturi separate de ministere. Există anumite categorii de investigații pentru care sumele sunt decontate din tarifele respective. Ministerul Sănătății a creat un algoritm de calcul pentru costuri care nu reflectă valoarea acestor prestații. De exemplu, o tomografie de craniu costă 38.000 de lei.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază că aceste disfuncții se datorează subfinanțării. Trecerea de la pragul de 28 consultații/zi la 19 consultații/zi a produs tulburări, acest fapt nejustificând coplata de la pacient. Bolnavul se prezintă la medicul specialist, Casa decontază aceste prestații, iar Contractul – Cadru nu prevede coplata

investigațiilor efectuate . Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București nu poate face excepție de la această regulă. La Oradea nu s-au înregistrat astfel de cazuri, situația de Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București fiind singulară.

Domnia sa dorește să cunoască ce se va întâmpla la Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București dacă pacienții vor fi primiți imediat la consultațiile solicitate. Se vor contracta noi datorii ?

Dl.dr.Dorin Oprescu solicită cuvântul și arată că datoriile ce vor fi acumulate de Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București nu pot fi plătite de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești deoarece nu există cadrul legal, același lucru fiind valabil și pentru arieratele către ceilalți furnizori de medicamente și materiale sanitare. Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești a primit deja cereri de la asigurați privind ieșirea din sistem.

În continuare solicită cuvântul *domnul dr.Ciurchea Vasile, director general , Casa Națională de Asigurări de Sănătate .*

Domnia sa menționează că numărul de 19 consultații pe zi a rezultat din calculul timpului mediu pe o consultație, nivel care a fost depășit ca urmare a unei adresabilități mult mai mari. Astfel s-a ajuns la programarea pacienților cu mult peste momentul solicitării consultației. Dacă s-ar permite un număr nelimitat de consultații și un număr nelimitat de puncte, valoarea punctului nu ar mai putea fi garantată. Se poate face o mărire de buget, nu este un angajament, dar reprezintă o soluție. După primul trimestru al anului curent, valoarea punctului a crescut, ceea ce reprezintă un fapt pozitiv.

Consumul mare de servicii medicale la Centrul medical de diagnostic, tratament ambulator și medicină preventivă București se datorează și cetățenilor străini care nu pot fi introduși pe bugetul Casa Asigurărilor de Sănătate a

Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești , consumându-se astfel din veniturile proprii ale instituției.

Nu există nici o reglementare privind coplata, subliniază domnia sa , dar poate fi prevăzută într-o modificare legislativă. Este adevărat că unele servicii medicale nu sunt achitate la valoarea lor reală.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază că, indiferent de interpretarea prevederilor din Contractul – Cadru, nu se poate cere pacienților să plătească aceste servicii. Este adevărat că o tomografie costă mai mult decât este tarifată dar, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, nu este legal să se ia un leu în plus de la pacienți. În sistemul privat, cu toate că oferta de preț este sub cea a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate , nu se pretinde coplată.

Din discuții a rezultat, cu claritate, că coplata este un act ilegal, conchide domnia sa . Acest lucru a creat grave nemulțumiri în rândul pacienților.

În continuare, *dl.dep.dr.Ioan Mihai Năstase* solicită cuvântul.

Domnia sa menționează că este autorul primului proiect de lege privind asigurările de sănătate care a fost depus la Ministerul Sănătății în anul 1994 . Situația actuală din sistemul de asigurări sociale de sănătate este datorată , în principal, gospodăririi neperformante a unui buget deficitar. În opinia domniei sale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate este principalul vinovat pentru că funcționează în baza unui Contract – Cadru neperformant. O casă de asigurări de sănătate performantă trebuie să dea dovadă de elasticitate în funcționare. Cuantificarea numărului de consultații reprezintă un criteriu ridicol, urgența stabilindu-se numai după consultarea bolnavului. Toate activitățile medicale trebuie cuantificate corect.

În opinia domniei sale, starea de sănătate a populației trebuie evidențiată în fiecare decadă a lunii.

Realitatea a dovedit că 50 % din examinările complementare paraclinice sunt inutile și produc risipă financiară. Se resimte nevoia unor specialiști care să constate unde este performantă și unde este excocherie.

Nu se poate vorbi despre număr de consultații ci despre ore de consultații și calitatea actului medical.

Coplata reprezintă un act ilegal, conchide domnia sa .

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază că îngrădirea dreptului pacienților la consultații , prin programări excesiv de lungi, reprezintă un factor de risc maxim. În numeroase cazuri, electrocardiograma nu este suficientă pentru stabilirea diagnosticului, fiind necesare investigații suplimentare și supravegherea atentă a bolnavului. În atare condiții, programarea pacientului la medicul specialist peste 1 – 1 ½ lună reprezintă o crimă.

În continuare, solicită cuvântul *dl.dep.dr.Ludovic Abiței* .

Domnia sa se întreabă care mai este rostul sistemului de asigurări de sănătate în condițiile în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești decontează numai grila de plată. Toți banii asiguraților trebuie să se întoarcă la asigurați prin prestarea de servicii medicale. În sistemul militar nu poate fi vorba despre ineficacitate, totul pornește de la o legislație și finanțare defectuoasă, concluzionează domnia sa .

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei subliniază, în continuare, că în urma acestor discuții, se pot reține o serie de concluzii.

Comisia a constatat , încă o dată, că medicii sunt niște eroi care-și fac întotdeauna datoria, indiferent de greutatea pe care le întâmpină.

Legile trebuiesc respectate și, în acest context, nu există nici o justificare pentru a solicita coplata.

Bolnavii nu pot fi programați la consultații de specialitate peste 1 – 1 ½ lună, mai ales la cardiologie, deoarece poate fi vorba de o urgență medicală.

Pacienții trebuie să beneficieze de toată medicația necesară, fiind trimiși să-și cumpere medicamentele numai în stiaua în care acestea nu sunt disponibile în farmacia policlinicii.

Plafonul de consultații al medicului trebuie să revină la nivelul de anul trecut, respectiv 28 de consultații pe zi și 150 de puncte.

Dl.dr.Vasile Ciurchea solicită cuvântul și menționează că, Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu poate fi acuzată de lipsă de profesionalism. Casa Națională de Asigurări de Sănătate respectă legislația în vigoare, problema fiind de natură financiară. Numărul de consultații poate fi sau nu un indicator.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și arată că toate țările din lume sunt nemulțumite de nivelul de finanțare al sănătății, dar România se situează la cel mai mic dintre aceste nivele. În timp ce țările europene beneficiază de sume ce depășesc 6 % din PIB, în România, în anul 2004, s-a alocat 3,7 % din PIB, din care 0,7 provin de la bugetul de stat. Nici până în prezent nu a fost stabilit pachetul de bază de servicii medicale.

Dl.dr.Vasile Ciurchea solicită cuvântul și arată că, în prezent, multe categorii de persoane prevăzute în legi speciale beneficiază de asistență medicală fără plata contribuției. Pentru aceste categorii de persoane nu plătește nimeni și, în consecință, se grevează asupra fondului de asigurări sociale de sănătate. Pentru realizarea tuturor dezideratelor este necesară suplimentarea bugetului.

În continuare, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* reamintește celor prezenți că, în urma audierilor ce au avut loc în ședința comisiei privind DRG s-a concluzionat că DRG trebuie, în mod obligatoriu, corelat cu cazuistica. Dacă totul se corelează cu indicatorii bugetului situația va deveni dramatică. Așa s-a ajuns la situația gravă în care bolnavii sunt abandonați la poarta spitalului iar pacienții sunt programați la consultații, după luni de zile.

Se impune ca o necesitate, subliniază domnia sa , să se revină la plafonul de 28 consultații/zi și 150 de puncte. Noul plafon de 19 consultații/zi este rezultatul unui calcul cu un buget construit defectuos.

Pacientul trebuie să fie consultat de către medic în ziua solicitării, dacă nu are acces la medicul pe care-l dorește, este obligatoriu să i se ofere un alt medic disponibil, în ziua respectivă.

Dl.general dr.Șerban Rădulescu solicită cuvântul și precizează că adresabilitatea ține, în principal , de relația medic-pacient care este esențială. Trebuie să se asigure plata concediului de odihnă și alte drepturi salariale ale medicilor.

Dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei intervine și subliniază ca plata serviciilor medicale trebuie să acopere întreaga activitate. Sub raport formal, se plătesc servicii medicale dar trebuie asigurat și salariul medicului pe 12 luni.

În continuare, solicită cuvântul *dl.col.dr.I.Ceaușu* .

Salariile ofițerilor medici din Policlinica SRI sunt plătite din serviciile prestate și contractate cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești . Nu trebuie să se ajungă la neplata acestor salarii. Până în prezent, nu au fost înregistrate astfel de situații. Ambulatoriile de specialitate au servicii nonprofitabile precum farmaciile. Salariile farmaciștilor sunt plătite din munca celorlalți colegi din ambulator.

În finalul acestor audieri, *dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei* concluzionează următoarele principale aspecte:

- deși Casa Națională de Asigurări de Sănătate plătește servicii medicale, prestate în ambulatoriile de specialitate, nu s-au înregistrat cazuri de neplată a concediilor de odihnă și celorlalte drepturi salarile ale medicilor;
- comisia a constatat că este obligatoriu să se revină la plafonul de 28 consultații/zi și 150 de puncte, pentru medicul specialist;

- comisia a reținut problemele prezentate legate de finanțare și va întreprinde, în continuare, toate demersurile privind soluționarea globală a acestora;

- cazurile de coplată, la care sunt supuși pacienții, trebuie stopate deoarece actul de coplată este ilegal;

- pacientul are dreptul să fie consultat de medic în ziua solicitării și dacă nu are acces la medicul pe care-l dorește este obligatoriu să i se ofere accesul la un alt medic disponibil în ziua respectivă; trebuie să se țină seama că orice caz care se prezintă la medic poate reprezenta un caz medical de urgență;

- în sistemul asigurărilor de sănătate al apărării naționale, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești au fost atrași numeroși asigurați din afara sistemului și trebuie găsită o soluție generală cu un obiectiv competitiv;

- Casa Națională de Asigurări de Sănătate trebuie să acorde o finanțare mai bună Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești deoarece persoanele asigurate sunt din medii cu responsabilități deosebite, de elită, deci serviciile pentru aceste categorii de persoane trebuie să fie prompte, corespunzător calitative și fără coplată;

- este necesar să se revadă formularele pentru cetățenii străini și membrii Corpului Diplomatic deoarece tratatele bilaterale trebuie onorate;

- Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești trebuie să rămână nava amiral a sistemului de asigurări sociale de sănătate.

La punctul 2 al ordinii de zi comisia a luat în dezbatere propunerea legislativă privind controlul surselor de apă din mediul rural.

Așa după cum arată dl.dep.prof.dr.Mircea Ifrim, președintele comisiei propunerea legislativă are ca obiect de reglementare controlul periodic din punct

de vedere sanitar al instalațiilor de apă, de folosință publică și individuală din mediul rural.

În urma dezbaterilor, în fond, comisia a hotărât să supună Plenului Camerei Deputaților, propunerea legislativă cu amendamentele care vor face obiectul raportului .

La punctul 3 al ordinii de zi comisia a dezbătut și alte probleme curente privind activitatea comisiei.

PREȘEDINTE,

ACAD.PROF.UNIV.DR.MIRCEA IFRIM