

IMS/2.05.2011



**Parlamentul României
Camera Deputaților**

Grupul Parlamentar al Partidului Social Democrat

Grupul Parlamentar al Partidului National Liberal

02.05.2011

Către

Președintele Camerei Deputaților

Doamna Roberta Anastase

Subsemnații, deputați ai Grupului Parlamentar al Partidului Social Democrat și ai Partidului National Liberal, menționați în anexa la prezenta moțiune, în temeiul art. 112 din Constituția României și în temeiul art. 158 – 164 din Regulamentul Camerei Deputaților, înaintăm prezenta moțiune simplă, cu tema **„SISTEMUL SANITAR DIN ROMÂNIA: ALARMĂ DE COD ROȘU”**.

Lider Grup PSD Camera Deputaților

Mircea Dăsa



Lider Grup PNL Camera Deputaților

Călin Popescu Tariceanu



MOTIUNE SIMPLĂ

„SISTEMUL SANITAR DIN ROMÂNIA: ALARMĂ DE COD ROȘU”

Doamnelor și domnilor deputați,

Prezenta moțiune este îndreptată către adevărații responsabili ai modului în care sistemul sanitar este distrus sistematic: Traian Băsescu și guvernul PDL condus de Traian Băsescu, uneori de Emil Boc, și mai des de Elena Udrea în numele lui Traian Băsescu.

Toate măsurile nesăbuite, toate măsurile de chinuire a poporului român sunt asumate de Traian Băsescu și acoliții lui PDL-iști ori transfugi de la alte partide, cei care sunt răspunzători de soarta din ce în ce mai greu de îndurat de către românii de rând.

Traian Băsescu a împins România în brațele FMI, el a propus reducerea cheltuielilor din sănătate, reducerea paturilor de spital, închiderea de unități medicale, trecerea în șomaj a medicilor și asistenților medicali, deteriorarea activității medicilor de familie, a interpretărilor ticăloase la adresa clasei medicale în general, la generalizarea sărăciei din sistemul sanitar românesc și lipsa de acces la tratamente, medicamente, la micșorarea salariilor, a diminuării puterii de cumpărare a pensionarilor și a salariaților ...

Grupurile parlamentare PNL și PSD, sub egida Uniunii Social Liberale, au efectuat analize periodice la nivel central și local, au dezbătut temele sănătății la nivelul comunităților locale pe care le reprezintă în Camera Deputaților, iar constatarea este una gravă, dramatică chiar:

Sănătatea românilor este din ce în ce mai precară!

Analiza indicatorilor stării de sănătate este sugestivă în acest sens.

România are situația cea mai proastă decât în oricare alt stat membru al Uniunii Europene, dar stă mai prost și în comparație cu situația din țară din anii precedenți.

Astfel, pentru anul 2009, România avea o natalitate de 10,4 născuți vii la 1000 locuitori, inferioară mediei Uniunii Europene (10,7‰) și inferioară, practic, tuturor statelor nou-membre, cu excepția Letoniei și Ungariei, dar care a crescut în ultimii 10 ani.

Anii de criză economică și recente măsurile de restrângere a duratei concediului pentru îngrijirea copilului vor afecta însă din nou și suplimentar acest indicator, iar efectele vor fi vizibile abia în următorii doi-trei ani. Din păcate, corecția acestor efecte, chiar și în cazul fericit al adoptării unor măsuri susținute, este nerealizabilă pe termen scurt pentru că acum tendința este negativă și va continua în absența unor măsuri inteligente și ferme.

Speranța de viață la naștere este și ea una dintre cele mai mici din Uniunea Europeană.

Cetățenii români trăiesc mai puțin decât cetățenii europeni (bărbații în medie 69,8 ani, cu 6,5 ani mai puțin decât media UE, iar femeile 77,4 ani, cu 5 ani mai puțin decât media UE).

Femeile din România au cea mai scurtă durată de viață din UE, iar bărbații se află, de asemenea, pe ultimele locuri la speranța de viață, după statele baltice.

România are cea mai mare mortalitate infantilă (10,1 decese copii sub un an la 1000 de născuți vii), de 2,3 ori mai mare decât media UE.

Mortalitatea în România este cu 55% mai mare decât în UE (959,4:620,3 decese la 100.000 locuitori).

Românii mor mai mult din cauza bolilor cardio-vasculare (mortalitate de 2,2 ori mai mare decât media UE), prin cancer (mortalitate peste media UE) și prin ciroză hepatică (mortalitate de 3,3 ori peste media UE).

Aproape o treime din cazurile de tuberculoză ale UE sunt în România.

Cel mai grav este faptul că problemele de sănătate ale populației României devin tot mai grave la populația tânără și sunt atribuite unor cauze evitabile.

Astfel, numai în anul 2009, 12,2% dintre decesele înregistrate la populația României s-au datorat unor cauze evitabile (după OMS), ceea ce a însemnat 31.537 de vieți omenești care puteau fi salvate.

În acest context al stării de sănătate a populației, sistemul nostru de sănătate se află într-o disfuncționalitate cronică și care se accentuează de la an la an.

Argumentul invocat în principal de către toate părțile este reprezentat de subfinanțarea cronică, dar dacă se știe acest lucru de ce s-a diminuat din 2009 înapoi finanțarea statului român?

De ce nu s-a implicat guvernul și nu a contribuit la o asigurare cu resurse financiare în mai bune condițiuni, mai ales că are responsabilități prin însăși legea fundamentală: Constituția României.

Cetățenii români trebuie să știe că viața lor atârână de indiferența guvernanților, de faptul că sănătatea lor nu este o problemă prioritară pentru Traian Băsescu și PDL, precum și susținătorii acestora.

Problemele sistemului sunt complexe:

1. Acoperirea cu medici și cu personal sanitar mediu a devenit o cauză a nefuncționării normale a sistemului sanitar.

Chiar și în trecut România avea cu puțin peste jumătate din media UE de personal medical raportat la numărul de locuitori.

În prezent, tinerii specialiști părăsesc cu relativă ușurință țara, iar specialiștii cu mai multă experiență sunt mult prea ușor excluși din activitate, în ciuda lipsei de personal calificat.

În ultimii zece ani au plecat din România mai mulți medici decât cei care și-au finalizat formarea prin specialitate și de trei ori mai multe asistente medicale. Și nu au plecat specialiștii cei mai slab pregătiți.

În paralel, tinerele generații de specialiști nu își găsesc loc de muncă în România (după ce statul a finanțat între 6 și 13 ani de zile pregătirea fiecăruia dintre ei), ca urmare a hotărârilor aberante ale Guvernului de a bloca angajările. Așadar, nu avem destui specialiști, cei pe care îi avem optează cu ușurință să plece în spațiul european pentru

condiții mai bune de lucru și de trai, iar pe cei care s-au pregătit și care încă au rămas în România, sistemul nu îi poate angaja.

Așadar, cine consultă și tratează pacienții români?

2. Reforma sistemului de sănătate este o afirmație demagogică, ea continuă, dar nu are direcție.

Actualul program de guvernare are doar prevederi segmentare privind sănătatea și sistemul de sănătate și nu există un scop definit sau niște rezultate măsurabile ale acestei guvernări.

Medicina primară, de familie este un segment elocvent, semnificativ pentru cum nu trebuie să se facă o reformă, pentru modul în care se distruge ceea ce ar fi trebuit dezvoltat, consolidat, sporit pentru a se realiza prevenție, educație sanitară, consulatații și o triere a pacienților la intrarea în sistem, o integrare a datelor pacienților și a serviciilor medicale din România.

Medicii de familie sunt victimele reformei bășesciene, împreună cu cetățenii români, victime de mai multe ori ale conducerii actuale a României.

Înainte de a prezenta aberațiile instituite de guvernanți la acest capitol, afirmăm că Uniunea Social Liberală este solidară cu medicii de familie care, într-o majoritate covârșitoare de peste 80 %, refuză, în continuare, să semneze în condițiile umilitoare atât pentru ei, cât și pentru pacienții pe care-i deservesc, Contractul – cadru cu CNAS și Ministerul Sănătății.

Argumentele pertinente, susținute de date și previziuni sumbre pentru sistem, susținute de reprezentanții legali și autorizați ai medicilor de familie (Societatea Națională de Medicină de Familie, Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie) pun în prim-plan interesul pacienților și anume:

A - bugetul alocat medicinei de familie reprezintă numai 7,1 % din FNUASS față de 12 % media europeană.

(FNUASS reprezintă 3 % din PIB față de 8 % media în Uniunea Europeană).

Cele 12.000 de cabinete la nivelul lui 2008 au fost finanțate cu circa 9,1% din FNUASS, cel mai mare procent din 1998, dar de atunci sumele alocate s-au redus an de an, semnificativ: în anul 2009 cu 35 %, în anul 2010 cu încă 10 %, iar în anul 2011 din nou cu 10 %, adică în trei ani s-au redus peste 55 de procente din finanțarea medicinei primare.

B - medicii au afișat pe ușile cabinetelor, pe lângă programul de lucru, mesaje către pacienți pentru a-i preveni asupra consecințelor generate de acest buget :

- plafonarea consultațiilor la un număr de 20 pe zi ;
- pacienții care sunt consultați în plus nu vor mai primi rețete gratuite sau compensate.

Întrebarea care trebuie pusă: cum se respectă dreptul **dreptul constituțional și drepturile din contractul de asigurare ale** pacienților care plătesc contribuții de asigurări sociale de sănătate, dar care se prezintă la cabinetul medicului a 21-a persoană, aceasta nu mai beneficiază de pachetul de servicii medicale, plătește tot: consultație, medicamente, chiar dacă este asigurat și beneficiază de prevederile legale.

Un demers total neconstituțional!

În același timp bugetul propriu al CNAS este de 3 % din FNUASS , adică jumătate din bugetul medicinei de familie, în condițiile în care această sumă NU se regăsește în servicii acordate contribuabililor la fond, în investiții, în SIUI și card.

De aceea, USL propune un buget de austeritate și pentru CNAS de 1 % , iar restul de 2 % să fie realocați către serviciile de asistență primară.

C - încheierea Contractului – cadru pe doi ani în condițiile în care nu se cunosc sumele alocate pentru anul 2012, dar mai ales nu se cunosc normele de aplicare care se întocmesc anual, ceea ce reprezintă **doar propagandă**.

România nu a adoptat legea care să prevadă bugetele multianuale, atunci cum se poate încheia un contract pe doi ani, când este vorba de fonduri publice cuprinse în bugetul consolidat?

Altă mostră de incompetență și de ilegalitate!

USL solicită renunțarea de urgență la varianta de contract multianual atâta timp cât cadrul legal este incomplet, cât normele de aplicare depind de bugetul anual și sunt anuale.

D - costurile neprevăzute legate de implementarea Cardului Național de Sănătate prin achiziționarea de către medicii de familie a cititoarelor de carduri, tehnicii de calcul și a serviciilor de comunicare electronică.

Guvernul scade finanțarea medicinei de familie, dar obligă firme private, cum este un cabinet medical, să efectueze cheltuieli ca să operaționalizeze aberațiile politicii guvernamentale!

Curat neconstituțional!

Dacă guvernul vrea să impună o politică publică atunci trebuie să o finanțeze în condițiile legii sau are anumite firme care trebuie protejate, ajutate cum ar fi unele producătoare de cititoare de carduri și le aruncă în brațele cabinetelor medicale, care fiind private nu sunt obligate să facă licitații!!!

De fapt, CNAS are această sarcină care, în mod evident, nu reprezintă un serviciu medical direct prestat către pacient, ci un instrument de lucru al CNAS, pe care trebuie să-l plătească dacă îl vrea sau dacă face o șmecherie să răspundă pentru ea.

Toate raportările și comunicările dintre CNAS, Ministerul Sănătății și medicii de familie se vor desfășura în sistem informatic centralizat prin internet de bandă largă (3G) cu viteze de 144 – 256 kbit/sec în condițiile în care România se află pe penultimul loc în Uniunea Europeană în privința accesului de bandă largă cu o acoperire de doar 3% în mediul rural și 18 % în mediul urban.

Se poate înțelege că se face o escrocherie din partea CNAS cu susținerea guvernului și de aceea trebuie să-și asume finanțarea și, mai ales, să răspundă pentru faptele și consecințele produse.

E - proiectul de Lege nr.11/2011 pentru aprobarea Ordonanței de Guvern nr.7/2011 pentru modificarea și completarea Legii nr.263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin Centre de permanență încalcă flagrant Constituția și

drepturile fundamentale ale omului prin introducerea obligativității medicilor de familie de a participa la activitatea Centrelor de permanență.

Medicul de familie este obligat să asigure servicii doar pacientului din lista proprie, în timp ce în Centrele de permanență se oferă servicii oricărui cetățean, serviciu suplimentar „obligatoriu” și neremunerat din partea medicului de familie.

Pentru medicul de familie se introduce munca voluntară!

Se încalcă dreptul la libera asociere pentru prestarea unui serviciu și totodată se instituie obligativitatea pentru un serviciu suplimentar care trebuie să fie opțional pentru medicul de familie.

USL consideră că acolo unde medicii doresc și optează pentru acest serviciu în mod liber consimțit, la propunerea DSP și a autorității locale, aceștia pot să se asocieze pentru a crea un centru de permanență pe baza unui protocol între cele trei părți, cu obligații și sancțiuni pentru fiecare parte, inclusiv modalitatea de asigurare a decontărilor și finanțării.

Potrivit Constituției, statul, deci guvernul, trebuie să asigure toate costurile referitoare la servicii medicale de urgență ceea ce ar fi normal și corect.

Din punct de vedere legal și al normelor profesionale, asistența se poate desfășura doar în centrul de permanență și nu pe teren, pentru că medicul de familie nu are competențe de medic de urgență, nu este șofer profesionist atestat și nu poate părăsi centrul.

CNAS și ministerul nu pot schimba calificările profesionale!

USL consideră că centrele de permanență sunt necesare în virtutea disparităților între mediul rural, mic urban și cel urban privind accesul la serviciile medicale primare, însă în acest moment Centrele de permanență nu au un cadru legal ci ilegal de organizare și funcționare.

În concluzie, USL acordă o atenție deosebită medicinei primare care reprezintă interfața indispensabilă cu celelalte nivele de asistență medicală din sistem și atrage atenția guvernanților că prin vulnerabilizarea medicilor de familie se clatină practic un întreg sistem care este în prag de a intra în faliment prin efect de domino.

3. Recent, a fost aprobată strategia de raționalizare a spitalelor.

În instrumentul de motivare al actului normativ se prevede că „prin strategie se urmărește descentralizarea actului decizional în materie de îngrijiri de sănătate curative și responsabilizarea comunității locale față de nevoile de sănătate ale populației din zona respectivă...”.

Fără îndoială, comunitatea locală, prin administrația ei publică, trebuie să aibă ca deziderat o stare de sănătate mai bună a populației pe care o servește, dar deține comunitatea locală în prezent capacitățile și resursele pentru asigurarea sănătății populației din zonă?

Există garanții în acest sens?

Și dacă nu există garanții, cum putem să explicăm acest lucru familiilor celor care mor, pentru că sunt prea departe de spital, pentru că nu există doctor, sau pentru că nu sunt medicamente?

Cu alte cuvinte constatăm că se promovează politici publice disparate, necorelate, care nu au viziune și în final efectele sunt contradictorii!!!

Guvernul își încalcă propriul program de guvernare, unde la capitolul Sănătate se precizează ca obiectiv de Guvernare:

“...aprobarea strategiei naționale de dezvoltare a serviciilor sanitare pe o perioadă de minim 8 ani...redresarea și dezvoltarea asistenței medicale din mediul rural.”

Prin această “strategie” , Guvernul distruge și ce a mai rămas din asistența medicală în mediul rural, desființând spitale chiar din mediul rural.

De altfel, Guvernul, își încalcă propriile direcții de acțiune prevăzute: „...integrarea serviciilor sanitare în rețele complexe de asistență de la medicina primară până la nivel spitalicesc.”

Astfel, prin desființarea spitalelor s-ar desființa implicit ideea de creare a rețelilor integrate.

Nu se poate integra medicina primară cu ceva situat la 100 km distanță!?!

Strategia națională de raționalizare a paturilor este chiar și pentru omul de rând de neînțeles.

Este foarte greu de explicat cum , într-o țară cu endemie de TBC, cu cea mai mare mortalitate prin TBC, cu cea mai mare rată de cazuri de bacil Koch multirezistente, cu cea mai redusă rată de complianță la tratament, ministerul sănătății desființează sanatoriile TBC.

Toată lumea știe, cu excepția guvernanților, că acești indicatori sunt consecința directă a sărăciei din România și singura modalitate de tratament a acestor pacienți va fi în continuarea internarea în sanatorii, unde se asigură tratament sub supraveghere și cazare și hrană, special pacienților care sunt din zona defavorizată a societății românești.

Guvernul a desființat tocmai Institutul Național Marius Nasta???

Desființarea sanatoriilor poate fi catalogată ca eroare majoră de politică sanitară!!!

Bolile infecto-contagioase reprezintă și ele un risc la adresa siguranței naționale.

Guvernul a luat în trecut măsuri eficiente de combatere a epidemiilor, și chiar a avut programe naționale de dotare pentru spitalele de boli infecțioase.

În acest context “descentralizarea” acestor spitale este o măsură prin care Guvernul își pierde controlul asupra acestor spitale; ca atare, starea de pregătire în fața epidemiilor este pusă sub semnul îndoielii, ceea ce reprezintă un risc real la adresa siguranței naționale.

La solicitarea Comisiei de Sănătate și Familie din Camera Deputaților, reprezentantul guvernului a precizat că reorganizarea spitalelor va avea în vedere două criterii, respectiv absența liniei de gardă și distanța mică, sub 50 km, față de un spital mai bine dotat, probabil un spital municipal sau județean.

În aceeași ședință a comisiei, deputații au atras atenția reprezentantului guvernului că spitalele nu pot să decidă și chiar dacă doresc înființarea unei linii de gardă nu pot să o realizeze întrucât angajările sunt blocate de deciziile Guvernului.

Astfel, există o profundă contradicție între vorbe și fapte, între necesități și hotărâri, ceea ce tot spunem de circa doi ani.

De asemenea, realitatea a arătat că s-au închis spitale care se află la peste 80 km distanță de un spital municipal/județean, și în fapt la peste 2 ore distanță.

Argumentele că reducerea numărului de paturi și de desființare a spitalelor de monospecialitate este o recomandare a Băncii Mondiale sunt contrazise de realitate, dar ne dovedesc că politicienii români răspund la comenzile unor instituții internaționale și acționează fără discernământ ori interes național.

După anumite opinii ori statistice primare, România are sau nu un excedent de paturi la 100 000 locuitori, dar nicio statistică a Guvernului nu face diferența între paturile de acuti și cele de cronici.

Trebuie spus răspicat: nu există în România spitale dedicate tratamentului pacienților cronici.

La acest capitol a fost, este și va fi nevoie de un număr de spitale care să trateze pacienți cu afecțiuni cronice, la costuri reduse, știut fiind că în România de azi, pacienții cronici fie sunt tratați în spitalele generale la costuri mari, fie sunt abandonați la domiciliu.

În ambele situații, costurile medicale și sociale sunt prea mari, dar nimeni nu se mai așteaptă ca Guvernul să înțeleagă chestiuni elementare de management!

Pentru că nu există un Minister al Protecției Sociale.

În România, toată lumea face protecție socială, inclusiv Ministerul Sănătății, consecința fiind risipa de resurse materiale și umane, ceea ce înseamnă costuri prea mari ale asistenței sanitare.

În consecință, trebuia, în primul rând, să se înceapă cu evaluarea și clasificarea spitalelor sau ca să înțeleagă și onorabilul Prim Ministru, să nu se pună “carul înaintea boilor”, și să se înceapă cu desființarea spitalelor.

Apoi orice analiza managerială a spitalelor județene arată că numărul paturilor de spital este cu 25 până la 40% mai mare decât necesarul.

Același număr de pacienți poate fi tratat în aceste spitale într-un număr de paturi mult mai mic, chiar la mediile duratei de spitalizare din România.

Guvernul a decis accelerarea descentralizării spitalelor dar nu lăsat ca această descentralizare să își producă efectul.

Domnule PrimMinistru, trăim într-o democrație și democrația costă!

Nu sunteți dictator în România!

Trebuie lăsate comunitățile locale să decidă care e viitorul acestor spitalele, și, dacă vor să le mențină, trebuie să fie lăsate să angajeze doctori, dacă asta trebuie să aibă linie de gardă.

Dacă autoritățile locale decid să finanțeze asistența medicală, Guvernul nu are dreptul să le refuze acest lucru și să decidă închiderea spitalului.

Mai mult, Guvernul nu are dreptul să refuze pacienților dreptul de a primi asistență medicală în aceste spitale, prin decizia arbitrară ca aceste spitale să nu mai poată încheia contracte cu CNAS.

Unde este descentralizarea și responsabilitatea comunității locale cum se manifestă, respectând deciziile guvernului?

O harababură, o confuzie totală de termeni și de aplicare a legislației!!!

CNAS reprezintă interesele asiguraților nu ale guvernului, iar CNAS are obligația de a deconta serviciile medicale efectuate în unitățile medicale autorizate.

Astfel, decizia Guvernului de a modifica Contractul Cadru, încalcă prevederile Constituției care garantează accesul cetățenilor la serviciile de sănătate și legea drepturilor pacientului.

Sunteți îngrijorat de pacienții care mor în România, domnule PrimMinistru?

NU, credem noi!

Ar trebui ca “profesor” de drept constituțional, ca cetățean și ca Prim Ministru să fiți îngrijorat de încălcarea dreptului Constituțional a celor doi pacienți care au murit în fața spitalelor închise de a primi asistență medicală!

Guvernul vorbește prin vocea Primului Ministru de “economii” care vor rămâne în sistem.

Aceasta demonstrează că Primul Ministru nu înțelege cum se finanțează sistemul sanitar.

Numai pentru acest lucru Guvernul ar trebui să își dea demisia.

Apoi, studiile arată că desființarea și comasarea spitalelor nu aduce economii.

Este limpede și ușor de înțeles că un pacient care era tratat în spitalul A cu un cost X va fi de acum tratat în spitalul B la cel puțin același cost X plus costul transportului cu salvarea. La acestea se adaugă costurile sociale generate de efortul familiei de a asigura pacientului, aflat la peste 50 km distanță, mâncare și medicamentele necesare tratamentului.

Dar, dacă Primul Ministru dorește argumente științifice, un studiu publicat în *Journal of Health Services Research and Policy* (Jurnalul privind politicile și dezvoltarea serviciilor medicale), revistă cotate ICI, arată că în SUA, decizia de închidere a spitalelor comunitare și fuziunea acestora nu a dus la scăderea costurilor și nu a îmbunătățit calitatea actului medical.

Ceea ce ar trebui să fie evident chiar și pentru Emil Boc, calitatea serviciilor medicale nu poate să crească, atâta timp cât îndepărtezi asistența medicală de pacient.

În SUA, creșterea distanței de transport datorită desființării spitalelor cu numai 3km., a dus la creșterea mortalității prin infarct cu 6% și prin accidente rutiere cu 10%.

Poate că vi se pare nesemnificativ, dar vă asigur că, celor aflați în cei 6%, și pacientului care a murit în fața spitalului din Bălcești nu li se pare la fel.

Chiar și pentru un afon în economie trebuie să fie evident că istoria omenirii a însemnat progres tehnologic și progresul înseamnă de fapt ca tehnologiile să fie accesibile cât mai multor oameni.

În acest sens într-o țară care aspiră la modernizare trebuie ca serviciile medicale să fie aduse către consumator, și nu îndepărtate de consumator, ori, Guvernul exact acest lucru l-a făcut, a îndepărtat asistența medicală tot mai departe de cetățean.

Un Guvern normal ar trebui să înțeleagă mecanismele care fac mai eficiente serviciile medicale și să folosească aceste mecanisme ca să facă serviciile medicale cat mai accesibile.

În acest sens desființarea spitalelor de monospecialitate este o prostie.

Aceste spitale tratează cel mai eficient afecțiuni bine determinate, având indicatori de eficiență excepționali.

Indicatorii de eficiență vin din costurile indirecte foarte scăzute, față de spitalele generale unde procesele medicale sunt mult mai complexe cu costuri indirecte mult mai mari.

A desființa spitalele monospecialitate este o decizie managerială proastă; înseamnă să crești costurile cu tratamentul acestor boli și, astfel, să le faci accesibile la tot mai puțini pacienți.

Domnule Prim Ministru, Guvernul vorbește de scăderea șomajului.

Dar, reprezentantul dumneavoastră - ministrul sănătății vorbește, în comunicatul de presă din 1 aprilie, de deportarea profesională a 640,5 medici și 2403,5 asistenți medicali.

Da, din păcate nu e o glumă, medicii și asistenții medicali dau cu virgulă la decidenții politici.

Guvernul, prin Primul Ministru, ne dă asigurări că nimeni nu va "rămâne pe drumuri".

Ca să nu vorbim la modul general trebuie să analizăm un caz particular.

O veste tristă, în Strehaia și Vânju Mare șomajul în rândul personalului sanitar este de 30%, iar în rândul personalului administrativ al spitalelor este de 100%.

La Strehaia și Vânju Mare numai 70% din personalul medical și-a găsit loc de muncă în Spitalul Județean Turnu Severin.

Acceptabil?

Mai mult chiar și înainte să angajeze cei 87 de medici și asistente la Spitalul Județean Turnu Severin, cheltuielile de personal erau mult peste maximul declarat de Guvern, 70% din buget, fiind chiar mai mari decât valoarea contractului cu CJAS.

Da, era nevoie de medici la Turnu Severin dar de neurochirurg, endocrinolog, medici de urgență.

S-au transferat acești medici de la Strehaia sau Vânju Mare?

Dacă erau medici de urgență la Vânju Mare de ce ați închis urgența?

Și ce se va întâmpla la Turnu Severin când conducerea va trebui să respecte OUG 48/2010 și să reducă cheltuielile de personal la 70% din buget?

Spitalul va concedia personal: pe cine, pe cei nou veniți?

Alte localități, aceleași probleme: Caraș Severin - Bozovici.

Aici era un spital cu 5 medici, 50 de paturi și 2 ambulanțe.

Acum au rămas doar cele 2 ambulanțe, care să asigure asistența medicală a 15 000 de cetățeni, aflați în Valea Almajului în 24 de cătune.

Numai Sopotul Nou are 1400 locuitori pe o suprafață de 80 km pătrați, egală cu a Bucureștiului!

Cred că nu mai e nevoie să repetăm argumentele manageriale, medicale și constituționale care ar fi trebuit să nu permită vreodată închiderea unui asemenea spital.

Legalitatea actelor normative emise este cel puțin dubioasă.

Sucesiunea de acte normative (OUG și HG, ordine de ministru nepublicat în Monitorul Oficial), timpul scurt în care afirmați că ați evaluat peste 400 de spitale, comisii de evaluare care nu s-au constituit legal, concluzii care nu au fost comunicate celor direct interesați, lipsa căilor de contestare și lipsa termenelor de conformare.

Așa se întâmplă într-o țară în care legea acționează normal sau în dictatură?

Nu mai vorbim de încălcarea Legii Finanțelor Publice prin faptul că instituția care ar trebui să apere drepturile asiguraților - CNAS - încheie acte adiționale la Contractul Cadru 2010 pentru a patra și a cincea lună din 2011.

Toate vor face obiectul comisiei de anchetă care se va forma în Parlamentul României.

Dar, domnule Prim Ministru toate aceste argumente nu contează, dacă primarul din Bozovici a semnat "moțiunea lui Blaga", iar cel din Oțelul Roșu (aflat la 15 km de Caransebeș) a semnat "moțiunea lui Boc".

Politica este o chestiune serioasă!!!

Dar politizarea unei strategii de sănătate care influențează sănătatea și dreptul la viață a zeci de mii de oameni este de neînțeles.

Pentru fapte mai puțin dovedite unii au primit pedepse exemplare.

Pe lângă faptul că 65% din spitalele închise aparțin unor comunități conduse de primari ai opoziției parlamentare, iar în comunitățile conduse de primari ai principalului

susținător al Guvernului dumneavoastră nu s-a închis niciun spital, iată că ați închis spitale conduse de primari vinovați de delict de opinie.

Această politizare este inacceptabilă și ea va face obiectul unei comisii de anchetă parlamentară.

Domnule Prim Ministru, argumentele aduse de Ministerul Sănătății în sprijinul raționalizării spitalelor sunt cel puțin discutabile și unele chiar proaste. Dar ele nu sunt nici măcar aplicate corect ceea ce ne arată clar că nu doriți reforma sistemului sanitar, sau și mai grav, nu știți cum să o faceți.

În concluzie, pentru aceste motive vă solicităm în numele cetățenilor pe care-i reprezentăm în Parlament să vă dați demisia.

4. Tot recent, Guvernul a aprobat prin HG nr.212/2011, conform căreia autoritățile administrației publice locale pot decide prin hotărâre a consiliului local/județean, înființarea de cămine pentru persoane vârstnice prin reorganizarea unor unități sanitare cu paturi, aflate în rețeaua proprie a acestora, care se desființează.

Sunt aceste unități nominalizate în hotărâre cele mai potrivite a fi desființate?

Au fost ele stabilite ca urmare a vreunei analize a nevoilor de instituționalizare ale populației vârstnice din zonă sau s-a ținut cont, cel puțin, de reprezentarea numerică a acestei populații?

Este instituționalizarea celor 1500-4200 de persoane vârstnice (prevăzută ca rezultat așteptat în actul normativ sus-menționat) cea mai eficientă soluție pentru acestea?

Și ce se va întâmpla cu aceste cămine după cele 33 de luni, pentru care se prevede finanțare?

O altă politică publică făcută pe fugă ca o amăgire suplimentară a oamenilor!

5. În continuarea considerentelor de mai sus, afirmăm că managementul general al sistemului este deficitar.

Legislația suferă multiple modificări, dar cel mai greu de acceptat este politizarea excesivă la nivelul unităților medicale și ritmul schimbărilor foarte accelerat al persoanelor din pozițiile de management.

Nu există evaluări reale ale activității manageriale, nu sunt respectați termenii contractelor manageriale și nu există consecințe ale devierilor de la litera legii.

Cu alte cuvinte cine nu e cu dvs. este împotriva și trebuie să plece indiferent de competența profesională și de legalitatea contractului de management.

6. Cea mai importantă problemă a sistemului de sănătate și probabil domeniul în care s-au înregistrat cele mai multe pierderi rămâne sănătatea publică.

Dacă pe plan european există o preocupare din ce în ce mai evidentă pentru sănătatea publică, România se află exact la antipod.

A scăzut capacitatea instituțională în domeniu, sistemul a pierdut specialiști de sănătate publică și rămâne impasibil la noii specialiști care se pregătesc și care, după 9 – 10 ani de studii universitare și postuniversitare finanțate de către stat se angajează cu succes la organizații internaționale sau la companii farmaceutice.

Neavând specialiști, nu există, desigur, nicio evaluare privind starea de sănătate a populației, sau factorii de risc pentru aceasta.

Nu există o strategie națională de combatere a infecțiilor nosocomiale.

Acestea sunt responsabile de mai mult de 50% din decesele intraspitalicești.

Nu există registre funcționale pentru principalele boli netransmisibile, iar o anchetă a stării de sănătate nu s-a mai efectuat de câteva decenii și nu vă imputăm dvs. Acest lucru, însă măsurile luate nu fac decât să îndepărteze o soluție care trebuie să vină de la specialiști, dar pe care nu o să-i mai avem.

Includerea fostului Centru de Calcul al Ministerului Sănătății în Institutul Național de Sănătate Publică a fost doar o măsură administrativă, neurmată de redefinirea misiunii acestei instituții.

În România nu sunt cunoscuți indicatori uzuali precum greutatea sau înălțimea medie a copiilor, procentul de persoane obeze sau prevalența fumătorilor.

Statele din Uniunea Europeană monitorizează toți acești indicatori, iar România este un mare absent.

Politicile privind factorii de risc pentru sănătate lipsesc cu desăvârșire, în condițiile în care atât OMS cât și Comisia Europeană recomandă concentrarea pe factorii de risc și există strategii și planuri europene de acțiune, de peste zece ani.

În plus, Ministerul Sănătății a pierdut complet capacitatea de control, atât asupra proceselor din sistemul de sănătate, cât și asupra intervențiilor pe oricare dintre factorii de risc pentru sănătate.

Dacă în UE principiul fundamental este controlul pieței de către autoritățile competente, în România capacitatea de control lipsește cu desăvârșire, lăsând cetățenii complet vulnerabili.

7. Acest aspect este în strânsă legătură cu programele naționale de sănătate, care sunt decise arbitrar, atât ca domeniu, cât și ca obiective, și care nu sunt niciodată evaluate din punct de vedere al rezultatelor pentru starea de sănătate a populației.

De fapt, programele sunt, de cele mai multe ori, o cale suplimentară de finanțare pentru anumite medicamente/materiale sanitare, sau pentru anumite unități sanitare și nu o abordare sistematică a unei probleme de sănătate publică.

Din anul 2011 s-a recentralizat furnizarea de medicamente.

De exemplu, Uniunea Europeană încurajează statele membre, încă din anul 2003, să implementeze examene de screening, efectuarea de screening pentru cancerul de sân, de col uterin și colorectal.

În România nu se întâmplă nimic, deși, aparent, Ministerul Sănătății finanțează de câțiva ani programe de screening.

Una dintre cele mai mari pierderi pentru serviciile preventive o reprezintă desconsiderarea imunizărilor.

Deși Ministerul Sănătății a investit sume importante pentru achiziția de noi vaccinuri pentru Calendarul național și-a autosabotat acest program începând cu anul 2010, prin excluderea serviciului de imunizare de la plata per serviciu.

Plata per serviciu a imunizărilor datează de la începutul funcționării sistemului de asigurări, iar renunțarea la finanțarea acestui serviciu medical este un regres fără

precedent în politica de sănătate, cu consecințe grave pe termen lung și imposibil de remediat.

În încheiere, semnalăm că în prezent, România desfășoară de fapt o politică de sănătate nu NON-EUROPEANĂ, ci ANTI-EUROPEANĂ, acționând exact invers de cum se prevede în documentele UE.

Astfel, dacă în „Cartea Albă – Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008 – 2013” se subliniază iminența îmbătrânirii populației și se prevede că „sprijinirea unui mod sănătos de îmbătrânire înseamnă promovarea sănătății pe toată durata vieții... și combaterea inegalităților în materie de sănătate”, închiderea spitalelor induce inegalități privind accesul la servicii de sănătate, Guvernul României acționează exact pe dos, ignorând complet inegalitățile în materie de sănătate, pe care, de altfel nici nu le cunoaște sau măsoară.

Rezultatul este evident: românii au una dintre cele mai reduse speranțe de viață din UE.

Dacă UE afirmă „sănătatea este bunul cel mai de preț..., iar cheltuielile cu asistența medicală ar trebui însoțite de investiții în prevenirea, protejarea și ameliorarea stării fizice și mentale generale a populației”, în România serviciile preventive sunt ignorate, ca și factorii de risc pentru sănătate.

Dacă UE afirmă „sănătatea trebuie să fie în toate politicile”, în România sănătatea nu se regăsește nicăieri.

Guvernul nu vorbește despre sănătate, ci despre spitale sau despre medicamente și uită că, de fapt, rolul fundamental al sistemului de sănătate este de menținere/îmbunătățire a stării de sănătate a populației și că aceasta trebuie să constituie elementul central al reformelor.

S-au făcut modificări legislative segmentate, subordonate unui scop politic, dar strategia de reformă este invizibilă.

A fost adoptată în anul 2009 strategia de descentralizare în sistemul de sănătate (HG nr.562/2009), dar nu este clar cum se implementează această strategie, dar după cum merg lucrurile nu se implementează decât ce contează: ce dictează Traian Băsescu.

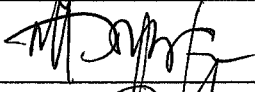
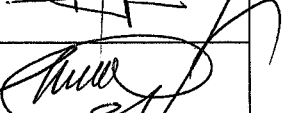
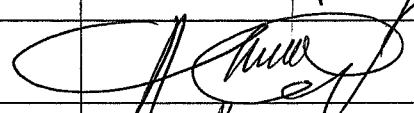
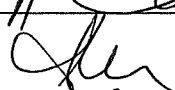
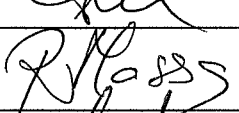
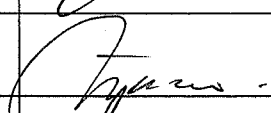
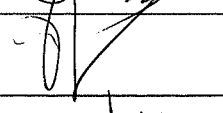
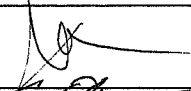
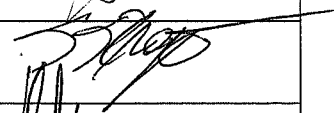
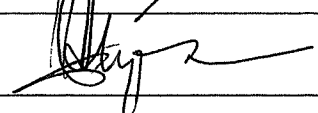
Moțiunea a încercat să scoată evidență haosul din sistemul de sănătate, lipsa de preocupare reală pentru găsirea de soluții viabile, de parteneriat cu asociațiile profesionale și ale pacienților, ale furnizorilor de servicii medicale, ale comunităților locale, în calitatea de reprezentanți ai cetățenilor.

În România de azi sistemul sanitar este bolnav, cuprins de metastaze!!!

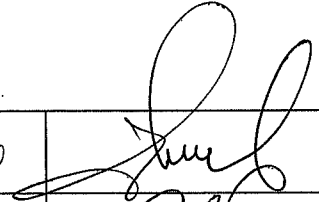
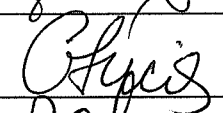
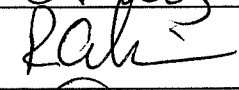
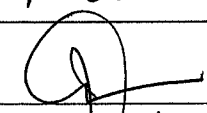
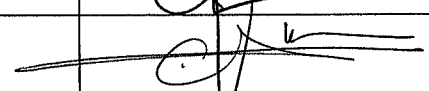
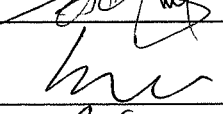
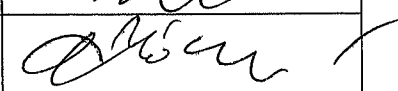
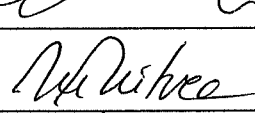
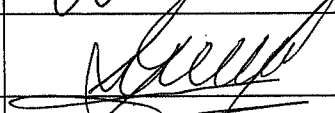
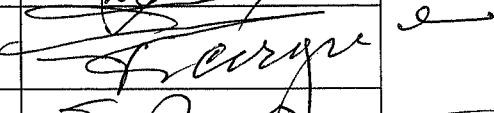
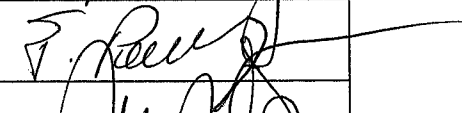
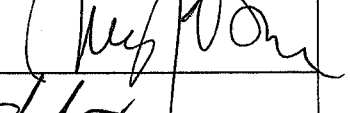
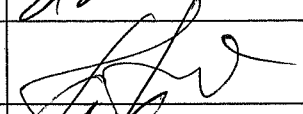
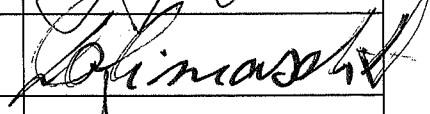
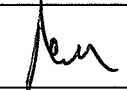
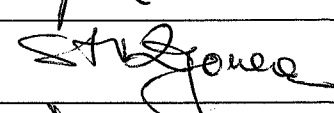
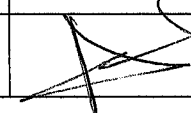
De aceea, toți responsabili, trebuie să plece!

Moțiunea are ca scop adoptarea unui program de măsuri realist, imediat, în concordanță cu așteptările oamenilor, ale profesioniștilor din sistem și prevederile constituționale.

TABEL cu DEPUTAȚI PSD, SEMNATARI AI
MOTIUNII SIMPLE "SISTEMUL SANITAR
DIN ROMÂNIA: NARMĂ DE COD ROȘU"

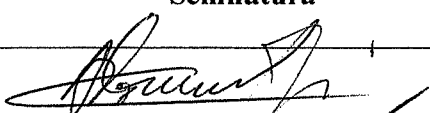
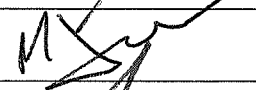
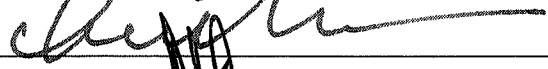
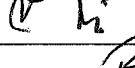
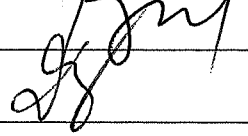
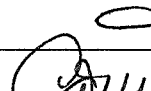
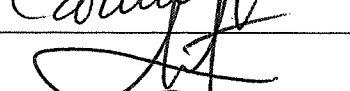
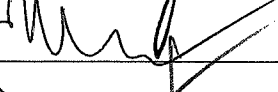
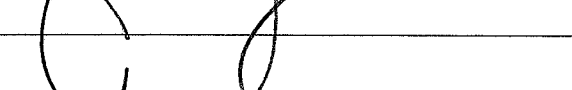
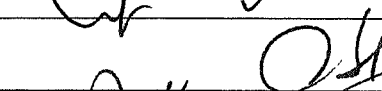
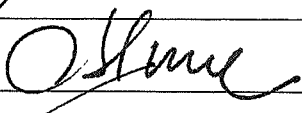
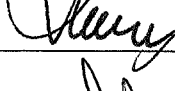
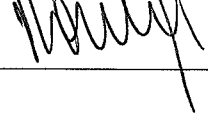
Nr. Crt.	Nume și prenume	Semnătura
1.	VICTOR PONTA	
2.	ADRIAN MĂSTASE	
3.	MIRCEA JUPĂ	
4.	MARIAN MEACȘU	
5.	VASILE AURELIA	
6.	MARINESCU ANTONELLA	
7.	MASSAR RODICA	
8.	CLAUDIU MANEA	
9.	COSTUȚA MĂCĂLEȚI	
10.	Remus Călin	
11.	DRĂGHICI SONIA	
12.	BURNEI ION	
13.	ROȘCA LUCRETIA	
14.	Stragea Serin.	
15.	POPA FLORIAN	

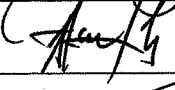
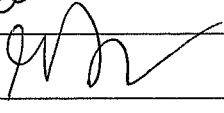
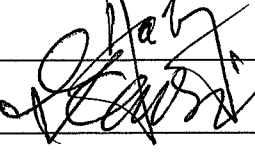
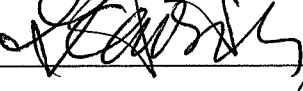
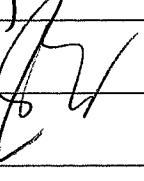
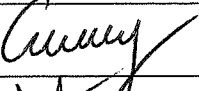
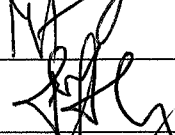
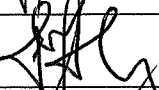
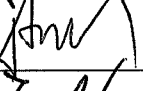
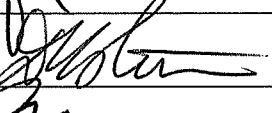
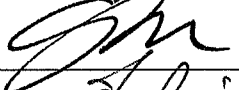
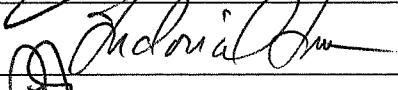
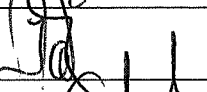
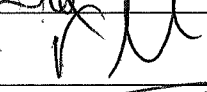
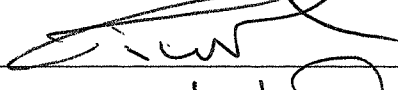
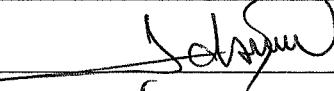
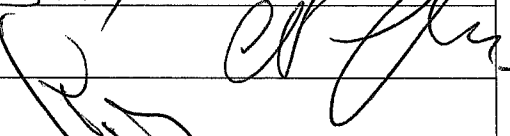
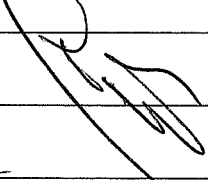
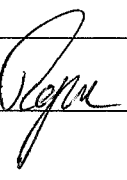
16.	ARSA Gheorghe	Ar
17.	JAMIAN IOAN	Ja
18.	VICTOR SOCACIU	Victor
19.	PASARU FUREN	P
20.	TEVAR ANDRU	T
21.	NINA CIPRIAN	N
22.	TEVAR NECULAI	N
23.	SURUPACEANU MUGUREL	S
24.	DRAGHICI MIRCEA	D
25.	POPEANEA VASILE	P
26.	STU CORNEL	S
27.	VASILE MOENCU	V
28.	COVACI DEDEL	C
29.	CALIN ION	C
30.	CRISTEA VICTOR	C
31.	BOABES DUMITRU	B
32.	STAN ION	S
33.	DUMITRU ION	D
34.	BANICION NICOLAE	B
35.	RITZA CRISTIAN	R

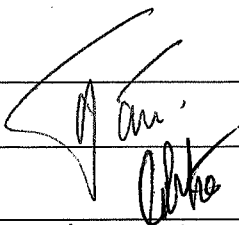
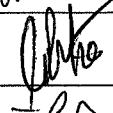
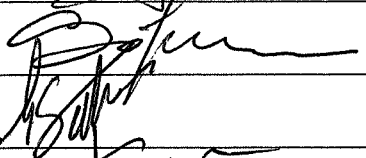
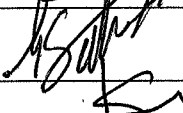
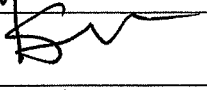
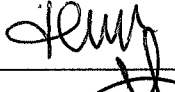
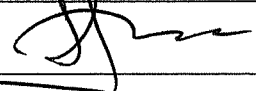
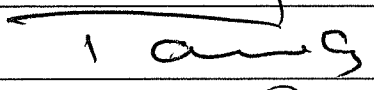
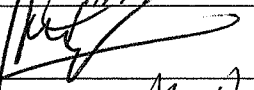
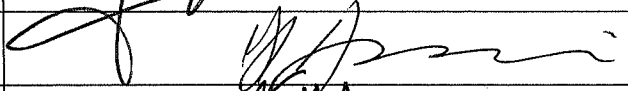
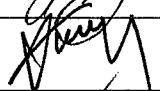
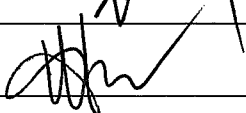
36.	ROMAN IOAN SOREI	
37.	Iuca Ciprian Florin	
38.	Coclici Rodu	
39.	Iordache Florin	
40.	Rustion Dumitrescu	
41.	VLASE GABRIEL	
42.	CIOCAN GHEORGHE	
43.	VLADOIU C. AUREL	
44.	Manuela Mitrea	
45.	MOCANU ADRIAN	
46.	Ghiveciu Marian	
47.	GEORGESCU FILIP	
48.	Tudor Paetzler	
49.	Andrei Votari	
50.	Martin Eduard	
51.	STAN. IOAN.	
52.	Salinaschi Anchi	
53.	HICA DAN	
54.	Zgonea Valeriu	
55.	Argheu Iancu	

56.	BURCAI ADINA	MB
57.	BEJNARIU EUGEN	MB
58.	FRANZULICA DORU	MB
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		

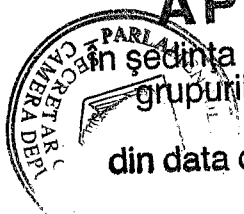
u Listă de semnături pentru susținerea motiunii simple
SISTEMUL SANITAR DIN ROMÂNIA: ALARMĂ DE COD ROȘU

NR. CRT.	Deputat PNL	Semnătura
1.	Adomniței Cristian	
2.	Almajanu Marin	
3.	Andon Sergiu	
4.	Atanasiu Teodor	
5.	Berci Vasile	
6.	Buda Viorel	
7.	Budurescu Daniel	
8.	Buican Cristian	
9.	Calimente Mihăiță	
10.	Cazan Mircea	
11.	Câmpeanu Mariana	
12.	Chițoiu Daniel	
13.	Chiurariu Tudor	
14.	Ciucă Liviu-Bogdan	
15.	Ciuhodaru Tudor	
16.	Cristian Horia	
17.	Dobre Ciprian	
18.	Dobre Victor Paul	
19.	Donțu Aurel Mihai	

20.	Dragomir Gheorghe	
21.	Dumitrică George	
22.	Fenechiu Relu	
23.	Florea Damian	
24.	Gabor Gheorghe	
25.	Gavrilescu Grațîela	
26.	Gerea Dominic Andrei	
27.	Gorghiu Alina	
28.	Holban Titi	
29.	Horj Pavel	
30.	Irimescu Mircea	
31.	Jolța Nicolae	
32.	Lupu Mihai	
33.	Motreanu Dan	
34.	Nicolăescu Eugen	
35.	Orban Ludovic	
36.	Palăr Ionel	
37.	Palașcă Viorel	
38.	Pieptea Cornel	
39.	Plăiașu Gabriel	
40.	Pocora Cristina	
41.	Pop Virgil	
42.	Popa Marius Octavian	

43.	Popescu Tăriceanu Călin	
44.	Potor Călin	
45.	Săftoiu Adriana	
46.	Săpunaru Nini	
47.	Scutaru George	
48.	Stroe Ionuț Marian	
49.	Stroe Radu	
50.	Știrbu Gigel	
51.	Taloș Gheorghe Mirel	
52.	Țîmpău Radu	
53.	Țintean Ioan	
54.	Țurcanu Florin	
55.	Tușa Diana Adriana	
56.	Uioreanu Horea Dorin	
57.	Varga Ana Lucia	
58.	Voicu Mihai	

APROBAT



în ședința Comitetului liderilor
grupurilor parlamentare

din data de ... 3.05.2011 ...

3.05.2011

PROPUNERI

**cu privire la timpul maxim afectat pentru dezbaterile
Moțiunii simple intitulată „SISTEMUL SANITAR DIN ROMÂNIA:
ALARMĂ DE COD ROȘU”**

1. Prezentarea Moțiunii simple. (aproximativ 15 minute)
2. Guvernului i se rezervă 50 de minute, pe care le utilizează la începutul și la încheierea dezbaterilor.
3. Grupurilor parlamentare li se alocă timpul maxim corespunzător numărului actual al fiecărui grup parlamentar, luându-se în calcul câte 10 secunde pentru fiecare deputat, la care se adăugă, cu același calcul, 15 deputați, membri ai Grupului parlamentar al deputaților independenți și 6 deputați independenți (fără apartenență la un grup de deputați).

ANEXĂ

TIMPUL MAXIM AFECTAT

**pentru participarea grupurilor parlamentare la dezbaterile
Motiunii simple intitulată „SISTEMUL SANITAR DIN ROMÂNIA:
ALARMĂ DE COD ROȘU”**

- 10 secunde pentru fiecare deputat -

PDL	123 deputați	21 minute
PSD	90 deputați	15 minute
PNL	59 deputați	10 minute
UDMR	22 deputați	4 minute
Minoritățile naționale	17 deputați	3 minute
Grupul parlamentar al deputaților independenți	15 deputați	3 minute
Deputați independenți (fără apartenență la un grup parlamentar)	6 deputați	1 minut
		TOTAL 57 minute