

**UNIVERSITATEA „BABEȘ-BOLYAI”
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ȘCOALA DOCTORALĂ DE SOCIOLOGIE**

***AVATARURILE ECONOMIEI MEDICALE
INFORMALE ÎN ROMÂNIA POSTSOCIALISTĂ***

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

Conducător de doctorat:

Prof. univ. dr. Irina Culic

Student-doctorand:

Andreea-Cristine Palaga

CLUJ-NAPOCA

2021

CUPRINS

MULȚUMIRI	5
INTRODUCERE ÎN PROBLEMATICA TEZEI DOCTORALE	9
Argument: viața socială a schimburilor informale	9
Resurse și terminologie	18
Relevanța studiului	20
Prezentarea sintetică a capitolelor tezei de doctorat	22
POZIȚIONARE ONTOLOGICĂ, VIZIUNE EPISTEMOLOGICĂ ȘI STRATEGII METODOLOGICE	24
Straniul familiar: Întoarcerea „acasă” a Antropologiei	24
Structuralismul constructivist și transgresarea opoziției <i>agency – structure</i>	27
Tensiunea emic/etic în gestionarea terenului etnografic și depășirea acesteia prin recurs la autoetnografie	32
CAPITOLUL I – MĂSURI RECURENTE, NOI PATOGRAFII SOCIALE: REFORMISM, DUALITATE ECONOMICĂ ȘI RESCALAREA INFORMALITĂȚII	37
1.1. Reforma post-1990 în sistemul românesc de sănătate și tranziția public-privat	37
1.1.1. Context, tranziție tulbură și reforme întârziate	38
1.1.2. Sistemul național de asigurări de sănătate și emergența sectorului privat	42
1.1.3. Optici politice și obiective de reformă. Orientarea spre medicina primară....	43
1.1.4. Discursul politic asupra privatizării. Inițiative legislative	51
1.2. Birocratizarea medicinei primare și noi variante ale plăților informale	59
1.3. Practica medicală duală – principalul motor al informalității „formalizate”	63
1.4. Concluzii: Instrumentalitate și sociabilitate în reproducerea schimburilor informale	72
CAPITOLUL II – „FABRICAREA SENSULUI”: AMBIGUITĂȚI SEMANTICE ȘI LUPTE CLASIFICATORII ÎN ECONOMIA MEDICALĂ INFORMALĂ POST- SOCIALISTĂ	74
2.1. Circuite ale schimbului: Dar, marfă și ipostaze hibride	74
2.2. Politizarea și incriminarea lui „a da/a primi” în domeniul informalității medicale post- 1990	78
2.3. Concluzii: Teoria țapului ispășitor și „mica (MARE) corupție”	98
CAPITOLUL III – EXTRAPLATA CA METODĂ DE SURCLASARE A „PRIVIRII	

MEDICALE”	101
3.1. Dominația medicală, centralitatea bolii și alienarea pacientului	101
3.1.1. Conceptualizări ale „vieții de spital” între insularitate, heterotopie și imersare socială	103
3.1.2. Când „a da” înseamnă „a cere” să fii văzut și ascultat: Informalitatea ca modalitate de a prelua controlul asupra bolii și dezumanizării medicale	106
3.1.3. Persistența plăților informale în sistemul privat de sănătate	114
3.2. Combaterea informalității, invitație la... acțiune individuală	127
3.3. Concluzie: Instrumentalitate și sociabilitate în reproducerea schimburilor informale	135
CONCLUZII GENERALE	136
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE ȘI SITEOGRAFIE	147
ANEXE	165
Anexa 1. Tabelul A1. Subiecți intervievați: date socio-demografice și patologii.....	165
Anexa 2. Corpusul de presă (selecții tematice)	169

Cuvinte-cheie: economie informală; circuite de schimb; dar vs. marfă; mită; etos medical; privire medicală; post-socialism; incertitudine; relația echipă medicală-pacient; etnografia vieții de spital; heterotopie; patologii cronice; (re)umanizarea actului medical; practică medicală duală; reforma sistemului românesc de sănătate; privatizare

Readucând în discuție opoziția conceptuală dintre „dar” și „marfă”, în cadrul lucrării doctorale am documentat modul în care principalii actori sociali angrenați în schimburile informale ce domină spațiul medico-sanitar — pacientul, aparținătorul, echipa medicală și decidenții politici — înțeleg, reproduc, legitimează sau blamează circuitul acestor practici.

După cum anticipează și titlul lucrării doctorale, îmi propun să arăt că obiectul schimburilor informale are o „viață socială” proprie (Appadurai, 2006), deosebit de volatilă, actualizată mereu în raport cu tipul de relație pe care schimbul urmărește să îl instituie. Obiectul în funcție de care putem clasa diferitele forme de tranzacții sau relații informale nu are un caracter nici unitar, nici stabil, pendulând între multiple unități de schimb, în raport cu trei coordonate: (1) gradul de sociabilitate pe care schimbul își propune să îl rețină; (2) nivelul de coerciție ce fundamentează schimbul (voluntarism versus constrângere directă în inițierea schimbului), respectiv (3) (ne)respectarea prescripțiilor sociale ce clasează variile forme de schimb, ușor de captat atunci când urmărim dramaturgia socială (Goffman, 1956) a triadei: „a cere”-„a da”-„a primi”.

Oscilând între curiozitatea antropologică și internalizarea unei conduite profesionale, cercetarea ia forma unei hibridizări între perspectivele emică și etică. Accesul la teren, în calitate de asistent medical în formare în spitale universitare publice și apoi cadru medical cu drepturi depline în sectorul privat a ocazionat un tip unic de imersare în teren. Am elaborat un *design* de cercetare care să permită o înțelegere profundă a semnificațiilor, contextului și caracterului dinamic al practicilor informale, permițând redarea modului în care aspectele structurale interacționează cu cele procesuale în geneza practicilor informale. Astfel, instrumentarul metodologic se compune, cu precădere, din piesa cea mai însemnată a cercetării de tip calitativist – observația participativă, stabilizată prin intermediul interviului de profunzime. Situl antropologic a vizat trei secții spitalicești (publice și private) caracterizate printr-un nivel ridicat de dependență față de îngrijirile medicale, în baza cărora se țin interacțiuni sociale complexe și recurente între pacient, aparținătorii acestuia și echipa medicală: Nefrologie, Chirurgie și Obstetrică-Ginecologie. Infrastructura lucrării este fixată prin realizarea a 60 de interviuri (semi-structurate) de profunzime: 24 din cele 60 de interviuri au fost realizate cu pacienți, 7 cu aparținători, 16 au fost realizate cu medici, 9 cu asistenți

medicali. De asemenea, am mai intervievat 1 portar, 1 brancardier și 2 infirmieri. Pentru ca anumite producții discursive să fie preluate, instituite și asumate în ceea ce e ajungem să numim realitate comună sau realitate împărtășită, au loc numeroase decupaje, suprapuneri și excluderi violente, prezentate însă ulterior ca având un caracter aproape natural. Astfel, analiza foucaultdiană de discurs (Foucault, 1999) a permis devoalarea proceselor de putere implicate în modul în care frazeologia corectă în domeniul economiei medicale informale ajunge să fie enunțată. Pe parcursul elaborării acestei lucrări de cercetare, patru tipuri diferite de material empiric au fost analizate discursiv: grilele de reformă în domeniul strategic al Sănătății propuse de Banca Mondială și Organizația Mondială a Sănătății pentru perioada 1990-2020; rapoartele privind nivelul de corupție ale Transparency International; textele legislative ce au vizat modul specific de (re)organizare sau reformare și administrare a domeniului medico-sanitar și a asigurărilor de sănătate, în continuum-ul public-privat (1990-2020) și, nu în ultimul rând, intervențiile politice din mass-media ale decidenților guvernamentali și specialiștilor în domeniul sănătății.

În primul capitol al lucrării doctorale, intitulat „Măsuri recurente, noi patografii sociale: reformism, dualitate economică și rescalarea informalității”, am urmărit modul în care implementarea reformelor în domeniul sănătății publice și susținerea deschisă, deseori favorizantă, a infrastructurii medicale private, precum și crearea unui culoar de comunicare între cele două, prin intermediul practicii medicale duale și a decontării din bani publici a serviciilor medicale private, creează noi instanțe în care informalitatea este diversificată și potențată. Dincolo de nivelul concret, al funcționării practice a sistemului public de sănătate și al hibridilor economici public-privat, la nivel discursiv, decidenții politici dau dovadă de o dublă ignoranță: (1) aceștia se grăbesc să înghesuie întreaga economie medicală informală sub umbrela mai largă a „corupției”, ignorând total modul în care însăși configurarea sistemică actuală predispoze la informalitate, deseori în forma ei abuzivă și (2) nu există niciun fel de deschidere raportat la evidențele legate de multiplicitatea formelor pe care informalitatea le îmbracă, cu precădere în unitățile spitalicești.

În Capitolul II, intitulat „Fabricarea sensului: Ambiguități semantice și lupte clasificatorii în economia medicală informală post-socialistă” mă angrenez într-un proces de reliefare a modului în care agendele politice liberale și, mai târziu, cele neoliberale reglementează și insituie registrele semantice formale în câmpul informalității medicale, care permit secționarea între „a da” ca act de constituire și instrumentalizare a unui tip de capital social și o abordare tranșantă, legalistă, ce clasifică orice extraplată și „atenție” drept mită.

Economia medicală bazată pe dar dispare în registrul semantic public formal în jurul anului 2014, când mediul politic începe cruciada împotriva informalității, dar nu și din cel uzitat și reprodus de actorii sociali ce antrenează domeniul informalității medicale. Persistența informalității în sectorul medico-sanitar nu trebuie înțeleasă ca pe un eșec de reglementare a unor practici de care nu ne putem debarasa ca urmare a unui deficit de liberalizare, ci trebuie înțelese tocmai ca modalități de indigenizare a procesului de liberalizare a pieței „serviciilor” de sănătate. Semantica discursului oficial cu privire la mită nu posedă niciun dram de sensibilitate cu privire la ambivalența pe care actorul social o resimte în privința plăților medicale informale. Agenda politică, puternic setată pe imaginarea unor servicii medicale în acord cu interesele strategice ale unei piețe libere, transparentă și reglementată de cerere și ofertă, recurge la criminalizarea informalității, considerând că astfel sistemul va fi eliberat de tare reminescente ale perioadei socialiste. Consider că în postsocialism nu vorbim despre o menținere a plăților informale pe fondul unei insuficiente liberalizări a pieței serviciilor medicale, ci despre strategii adaptative pe care actorul social le recompune pe măsură ce se confruntă cu inegalități crescânde în accesarea îngrijirilor medico-sanitare.

Deși deosebit de utile pentru înțelegerea fenomenului schimburilor informale în sistemul postsocialist de sănătate, explicațiile de factură macrostructurală nu epuizează mecanismele interne ale producerii și reproducerii schimburilor informale. Ceea ce se tranzacționează în cadrul acestor schimburi are un caracter incert, reținând calități ambivalente, uneori paradigmatică pentru articolele de comerț și alteori proprii categoriei antropologice a darului. Obiectul schimbului informal îl constituie o formă hibridă ce rezultă din existența concomitentă a celor două unități de schimb. Astfel, al treilea capitol al lucrării, intitulat „Extraplata ca metodă de surclasare a privirii medicale”, documentează etnografic o pistă care nu a mai fost luată în considerare până acum în studiile privind geneza sau miza prezenței informalității în domeniul îngrijirilor medico-sanitare. Schimburile medicale informale bazate pe dar încastrează capacitatea de a produce un hiatus între „privirea medicală” și o manieră mai umană de a privi boala – neutralitatea afectivă se transformă într-un iluzoriu act de aliniere la umanitatea celui ce îi cere expertiza (nu se dorește o privire sinceră, ci o privire mimetică, capabilă însă să convingă); odată acceptat darul, medicul se obligă la a renunța la corsetul profesional, abordând exhaustiv pacientul, printr-o aprehendare a multiplelor dimensiuni pe care rolul bolnavului le presupune (biologică, socială, culturală). Darul răscumpără singularitatea chipului uman (Levinas, 1969), surclasând „privirea medicală”.

Informalitatea în câmpul desfășurării actelor de îngrijire medicală constituie o modalitate abilă prin care pacientul gestionează o situație dificilă, care îl vulnerabilizează, îi fură controlul asupra propriului corp, îl însingurează, îl transformă într-un diagnostic, într-un obiect procedural, țintă al autorității medicale, toate acestea într-un sistem medico-sanitar care se confruntă deja cu probleme structurale de o amploare critică: subfinanțare, subdimensionare (contrar discursului oficial care folosește narativa supradimensionării pentru a restrânge și mai mult infrastructura ambulatoriilor de specialitate și a unităților spitalicești), număr insuficient de cadre medicale, incapacitatea de a onora necesitățile de stocuri farmaceutice, absența tehnologizării, externalizarea investigațiilor paraclinice (și nu numai) către mediul privat, creându-se astfel situații de oligopol, absența aproape totală a serviciilor medicale în mediul rural, politizarea sistemului medical, iar lista aceasta de puncte nevralgice sau chiar cangrene sistemice poate fi mult extinsă.