



CAMERA FEDERATIVĂ A SINDICATELOR MEDICILOR DIN ROMÂNIA

înființată din 1990 ca
SINDICATUL INDEPENDENT AL MEDICILOR DIN ROMÂNIA



Fédération Européenne
des Médecins Salariés
European Federation
of Salaried Doctors

Adresa poștală: Spitalul de Pneumofiziologie Baia Mare, str. Victor Babeș 34, Baia Mare, Maramureș
Tel.: Președinte: 0723292587
Cod Fiscal: 4181597; Internet: www.CFSMR.ro
E-mail: Președinte: zagvapiroska@yahoo.com

Afiliată la Confederația Sindicală Națională “Cartel Alfa”, membră a
ITUC International Trade Union Confederation CSI Confédération Syndicale Internationale IGB Internationaler
Gewerkschaftsbund și
Confédération Européenne du Travail
Membră a Forumului Civic Românesc, a AGORA și CNS.SAN.ASIST (Alfa-SAS)
Afiliată la FEMS (Fédération Européenne de Médecins Salariés – European Federation of Salarized Doctors)

Cont IBAN: RO55 BACX 0000 0030 0151 0000, deschis la UniCredit-Țiriac Bank, sucursala Drumul Taberei

Nr. 103/10.10.2013

Comunicat despre pachetul minim/de bază de servicii

Camera Federativă a Sindicatelor Medicilor din România are următoarea poziție față de “pachetul minim de servicii” zis și “pachet de bază” din sistemul de asigurări sociale de sănătate:

I. Definiții și terminologie

1. Acest pachet NU trebuie înființat. El există deja, sub forma Normelor la Contractul Cadru [Ordin comun al MS și al CNAS]. În aceste norme (NCoCa) se stabilește cu claritate ce serviciu medical este decontat în sistemul de asigurări, pe capitole de asistență medicală [MF, ambulatoriu de specialitate, spitale, ambulanță, medicină comunitară, listă de medicamente compensate etc], și cu cât este plătit acel serviciu, respectiv prin contracte și plafoane de contractare.
2. Dacă plecăm de la premiza că ceea ce este decontat acum de CNAS este un pachet de servicii, atunci este evident că acel pachet NU este minim, ci este de fapt MAXIM. Este maximum ce decontează CNAS ca serviciu de îngrijiri de sănătate. De aceea, el nu este nici măcar “de bază”, ci este, simplu, “pachetul” de servicii al CNAS față de asiguratul/ții său/săi.
3. Dacă, însă, serviciile medicale oferite de furnizorii de servicii se adresează întregii populații, adică nu numai asiguraților, ci și neasiguraților, și dacă Ministerul oferă garanții de finanțare pentru acele servicii (adică acceptă să plătească furnizorii de servicii pentru serviciile oferite neasiguraților), atunci, se poate diferenția între pachetul la care au dreptul asigurații, care poate fi numit “pachetul de asigurări sociale de sănătate” (și care este de fapt

maxim, iar acum se numește Normele la CoCa) și ceea ce poate oferi statul (ministerul sănătății), ca serviciu, celor neasigurați, ce poate fi numit “pachet de bază al statului român”.

4. Dacă se acceptă definirea pachetului pentru asigurat ca “pachet pentru asigurat-pachetului asigurărilor sociale” iar definirea pachetului pentru neasigurat ca “pachet de bază”, atunci Ministerul trebuie să reglementeze legislativ ca cele două pachete să aibă finanțări diferite. Motivul este faptul că asigurații contribuie pe baza solidarității la un fond (acum numit FNUASS), în timp ce neasigurații nu contribuie. Din acest motiv, Statul ar trebui să considere că trebuie să plătească pentru ei, dar nu din banii asiguraților, ci din bugetul lui, al Statului.

5. Aceasta presupune ca Statul (Ministerul Sănătății) să finanțeze din fondurile proprii, și nu din cele ale asiguraților (adică din FNUASS) serviciile medicale pe care și le arogă și le oferă oricui, adică de fapt neasiguraților: urgențele, programele MS, serviciile medicale efectuate de furnizori pentru neasigurați.

6. Hotărîrea de Guvern numită Contractul Cadru dă dreptul MS (în comun cu CNAS) să modifice în orice moment aceste norme, în sensul că dă dreptul MS de a introduce noi servicii de îngrijiri de sănătate și/sau medicale decontate în sistem de FNUASS, sau, dimpotrivă, dă dreptul MS de a elimina din norme și liste acele servicii medicale și/sau de îngrijiri de sănătate pe care le consideră neplătibile sau inutile.

II. Despre mesajul Ministerului pus pe sit la 1 Octombrie, intitulat fie “PB...”, fie “Pachet bază”

7. Ministerul Sănătății are dreptul de a modifica Normele la CoCa, adică de a elabora alte servicii pentru asigurați. Evident, acest drept implică asumarea unor consecințe politice.

8. Apare evident că Ministerul nu mai are bani pentru finanțarea a ceea ce era obligat să finanțeze, adică Programele Naționale, și vrea să transfere finanțarea pe seama asiguraților, adică pe seama FNUASS. În același timp, apare evident că CNAS nu mai are bani să finanțeze tot ceea ce acum este în pachetul pe care îl oferă, și vrea să scadă din acest pachet. Cum se poate face aceasta fără costuri politice ? Cum poate fi publicul informat că Ministerul vrea să reducă din numărul de servicii medicale ? Cum pot fi furnizorii de servicii informați că trebuie să facă mai puține servicii și astfel să le fie diminuată finanțarea ? Sau, cum pot alți furnizori de servicii fi informați că vor face mai multe servicii fără a mai fi plătiți pentru ele ?

9. Simplu ! Elaborarea unor materiale de analiză sofisticată (sau mai puțin) din care să nu rezulte cu claritate cât se va diminua actualul pachet din NCoCa. Aceasta este motivul pentru care MS a publicat 4 fișiere pe situl său, intitulate “PB...” sau direct “Pachet de bază”.

10. Exemple:

11. Pachetul pentru asistența primară este o analiză de management a bolilor pacienților ce apelează la un cabinet medical de medic de familie. Așa zisul pachet nu este o modalitate de realizare a unei relații de tip serviciu medical. În cadrul acestei analize de management, apar capitole pentru copii, imunizări etc. Dar acestea sînt trecute la “Servicii Generale”. Ce înseamnă, în perspectivă ? Înseamnă că în NCoCa plățile suplimentare pentru astfel de servicii vor dispărea. Acolo ele nu sînt “servicii generale”, ci “servicii suplimentare”, plătite suplimentar !!

În plus, medicul de familie va fi și mai aglomerat (vezi și mai departe)

12. Pachetul pentru serviciile de specialitate din ambulator reprezintă tot un sistem de management al bolilor pacienților ce vin la specialist. Aici apare că un medic specialist poate face 4 consultații pe an pentru o boală cronică și un pacient. Dar, acum, un specialist poate face 12 consultații pe an, pentru că este obligat să elibereze o rețetă pe lună. Dacă pacientul

vrea să vină mai des la specialist, atunci el trebuie să treacă mai des pe la medicul de familie, să ia trimitere. Încărcarea medicului de familie va fi și mai mare, astfel că va introduce liste de așteptare și mai mari.

Dacă consultația la specialist ar fi de 100-200 lei, atunci specialiștii nu ar mai face multe consultații. Dar, cum consultația este de 20 de lei...

13. Pentru spitale, lucrurile sînt și mai simple, în pachetul alocat. Acolo se vorbește la persoana I-a despre faptul că “am observat o”. Pachetul este de fapt o “listă neagră” de diagnostice care nu mai trebuie scrise la externare (probabil ca diagnostice principale cele finanțate de drg).

Analiza acestui pachet seamănă extrem de mult cu o prezentare la un simpozion despre cît de mult se internează în România. Nu că nu ar fi adevărat, dar Ministerul putea să nu dea “copy-paste” peste un astfel de document, de altfel interesant.

III. Considerații generale

14. Considerăm că acum, în România, multe din servicii nu mai pot fi plătite adecvat pentru că serviciile sînt plătite dintr-un buget comun și pentru că există inflație de acte medicale și de servicii de îngrijiri de sănătate (vezi sit www.cfsmr.ro):

- există extrem de multe internări (primul loc în lume la nr/loc).
- există extrem de mulți medici specialiști în contract cu casele de asigurări (vezi ultimul Raport CNAS/2010).
- mai nou, NCoCa permit MF să aibă numai 800 de asigurați pe liste, ceea ce trădează prea mulți MF în acele zone unde sînt puțini pacienți pe liste.
- România este pe primul loc în lume la număr de investigații de imagistică de înaltă specializare (RMN) în ambulatoriu (Raport CNAS coroborat cu date oecd.healthona.glance.com).

15. Observația noastră, ce datează încă din 2005 (vezi lucrările Congresului ALASS), este că numărul mare de acte medicale este urmarea creșterii numărului de medici contractanți cu CASJ/MB, precum și a disparității numărului de medici de spital între zonele universitare și restul (vezi Raportul CMR la AG AEMH, Varna 2012). De altfel, se știe că numărul de internări în spitale depinde de numărul mare de medici din spitalele mari !! (vezi Mason Durie, 5th Intr.C.P.H.C, Wellington, NZ).

16. O altă observație este că, în România, spitalele care au ambulatorii internează mai mult decît cele care nu au (vezi Raportul Băncii Mondiale 2004, coroborativ cu HGR 360/1998).

17. Este evident că pachetul de servicii trebuie modelat în funcție de buget și de interesul politic al decidenților. Atunci cînd nu există bani, există probleme. Noi propunem modificarea sistemului de asigurări de sănătate din România, pentru a exista mai mulți bani și pentru ca ei să fie folosiți numai în sănătate și pentru sănătate:

- Casele de asigurări trebuie să fie independente de Guvern, Parlament, Ministerul Sănătății sau al Finanțelor. Ele trebuie să fie precum cele propuse de Legea princeps 145 din 1997; Sistemul trebuie organizat pe baza Principiului Subsidiarității;
- Casele de asigurări să fie conduse de Adunări Generale ale Reprezentanților asiguraților, pe grupe de contribuții/contributori (patroni, salariați, țărani, liber profesioniști); Mutualitățile din Germania, Belgia, Israel sînt exemple pozitive de urmat !
- Banii destinați CASJ din contribuțiile directe ale asiguraților să nu mai intre în Trezorerie, la ANAF sau la MF. Ei trebuie să intre direct în contul CASJ/MB; Bugetul CASJ NU trebuie votat de Parlament, ca lege specială în bugetul consolidat al statului. Este necesară depolitizarea CASJ/MB;

- CNAS trebuie desființată, iar rolul de coordonare între CASJ independente să-l ia o structură intercase independentă de MS, MF, Guvern sau Parlament.
- Evident, astfel de case nu pot rezista financiar cu 200.000-400.000 de cetățeni, precum au unele județe. S-a arătat (vezi Raport Grup Ausburg-Erhan, 1996) că circa 1,5-2 milioane de cetățeni pot susține financiar o casă independentă. De aceea este necesară unificarea CASJ, eventual pe regiuni de dezvoltare, în circa 10-12 CAS.

Președinte interimar

Vicepreședinte, responsabil cu legăturile media

Dr. Zagyva Pirooska

Dr. Dan Perețianu

