

Contractul Cadru 2016 propus de Guvernul Ponta dăunează grav medicilor de familie și pacienților

Modificările preconizate pentru Contractul Cadru pe anul 2016 privind desființarea Comisiei paritare, care stabilea necesarul de medici de familie dintr-un teritoriu și eliminarea pragului minim de persoane înscrise pe lista unui medic de familie și a numărului optim de înscriși, sunt de natură să distorsioneze profund sistemul public de sănătate bazat pe rolul principal al medicului de familie. Împingând medicul de familie la o concurență acerbă pentru pacienți, nu va crește semnificativ calitatea actului medical la nivelul cabinetului acestuia, ci va crește numărul actelor medicale inutile generate de el și decontate inutil de CNAS.

În România, piața serviciilor medicale este dominată de sectorul public. El deservește persoanele ce contribuie în mod obligatoriu la sistemul public de asigurare de sănătate.

Economiile bazate pe regulile pieței libere demonstrează că managementul privat, nu cel pseudoprivat, este mai eficient, de cele mai multe ori, decât managementul de stat. Dacă, însă, statul intervine asupra competitorilor prin îngrădirea drepturilor unora și prin favorizarea altora, apare distorsionarea pieței, ceea ce determină, de obicei, costuri mai mari pentru beneficiari.

Dezvoltarea medicinei private ar fi benefică, dacă nu ar fi lipsită de orice control și nu ar fi distorsionată de intervenția deformatoare a statului, care ar trebui să fie arbitrul pieței, dar de fapt este jucătorul principal, unde „dă cu piciorul, apoi centrează și tot el, apoi, dă cu capul”.

În România sistemul medical este finanțat preponderent de către CNAS, în a cărui Consiliu de Administrație statul deține 80% din voturi. Și furnizorii privați, sau mai corect spus pseudoprivați, sunt finanțați prin decontarea de către CNAS a banilor asiguraților, în baza unui contract semnat practic cu statul, în urma unei comenzi lansate de stat și inclusiv plătită de stat.

Astfel, statul contractează cu el, printr-o comandă lansată și plătită de el către el, sau către unii dintre pseudoprivații aflați prin apropierea celor care se află „la butoane”.

Contractarea serviciilor medicale asigurate public cu furnizorii privați ar fi un lucru benefic permițând îmbunătățirea calității serviciilor acoperite de pachetul serviciilor de baza (în clinicile private grija pentru confortul pacientului este sporită), cu un cost minim suplimentar pentru acoperirea costurilor suplimentare legate de confortul sporit. Din păcate, lucrurile nu se petrec așa.

Legislația nu permite o coplată din partea pacientului către clinica privată, suplimentar față de rambursarea din asigurarea publică, și nici existența unor asigurări private care să suporte această coplată.

În aceste condiții, clinicile particulare favorizate de contracte preferențiale cu CNAS reușesc să încaseze de la pacienți de două ori costul serviciului, o dată prin rambursarea de la asigurarea publică și, în plus, prin plata directă sau preplata serviciilor acoperite de abonamentul particular. Nici CNAS, dar nici autoritățile statului, nu controlează și nu sancționează această împovărare a pacientului care se adresează clinicilor private. Serviciile de control ale caselor publice de asigurări sunt aproape inexistente și nu își exercită atribuțiile.



În plus, din cauza lipsei controlului și conflictului de interese în care se află medicii de familie care lucrează în cadrul clinicilor private, sistemul public de sănătate este căpușat prin prescrierea de consulturi de specialitate și investigații inutile, menite să sporească încasările acestor clinici și laboratoarelor pseudoprivate pe baza rambursărilor necontrolate de la CNAS.

Astfel, asistăm la dezvoltarea exponențială, în ultimul timp, a unui sistem de sănătate pseudoprivat. Modificările preconizate pentru Contractul Cadru pe anul 2016 privind desființarea Comisiei paritare care stabilea necesarul de medici de familie dintr-un teritoriu și eliminarea pragului minim de persoane înscrise pe lista unui medic de familie și a numărului optim de înscriși sunt de natură să distorsioneze profund sistemul public de sănătate bazat pe rolul principal al medicului de familie.

Consecințele acestor modificări propuse în noul Contractul Cadru pe anul 2016 vor fi:

1. aglomerarea medicilor de familie în zonele urbane cu reducerea numărului lor în zonele defavorizate;
2. subordonarea medicilor de familie intereselor comerciale ale centrelor medicale pseudoprivate;
3. sărăcirea tuturor cabinetelor de medicină de familie din mediul urban și falimentarea multor cabinete de medicină de familie din mediul urban prin creșterea artificială și nejustificată a numărului de medici de familie care vor deservi același număr de cetățeni;
4. creșterea nejustificată a costului generat de medicii de familie prin prescrierea de servicii inutile, în goana după profit și cu scopul de a atrage și fideliza în plus pacienții care se adresează acestor medici, indiferent de nevoile medicale reale ale acestora.

Împingând medicul de familie la o concurență acerbă pentru pacienți, nu va crește semnificativ calitatea actului medical la nivelul cabinetului acestuia, ci va crește numărul actelor medicale inutile, generate și decontate de către CNAS.

Pacienții vor fi puși pe drumuri în mod inutil către consulturi de specialitate, investigații și intervenții terapeutice inutile și, astfel, va scădea siguranța pacientului supus unor intervenții riscante și inutile, generate pentru asigurarea profitului clinicilor pseudoprivate.

Medicii de familie nu vor mai lucra în interesul pacienților lor care nu le vor mai putea aduce un câștig decent prin decontarea de la casa de asigurări per capita, din cauza numărului lor prea mic, ci vor lucra în interesul angajatorilor, fiind motivați prin plăți suplimentare proporționale cu valoarea serviciilor medicale pe care aceștia le generează în beneficiul centrelor medicale private.

Pacientul, purtător de asigurare medicală va fi victima concurenței dintre centrele medicale mari și vor scoate din buzunar bani suplimentari pentru profitul acestora și pentru servicii inutile. Nimeni nu va putea apăra pacienții de acest „capitalism de cumetrie” instaurat la nivelul furnizorilor de servicii de sănătate și nimeni nu va putea apăra contribuabilii de risipirea și deturnarea fondurilor publice colectate prin asigurarea obligatorie.

Pentru a beneficia de servicii de sănătate în clinicile private, pacienții, marea majoritate a lor contribuitori la asigurarea publică de sănătate, sunt nevoiți, fie să plătească serviciile private direct, fie să se aboneze la aceste servicii prin sistemul preplătit, de obicei prin intermediul angajatorului. Acești pacienți plătesc, astfel, de două ori, serviciile medicale la care ar fi îndreptățiți în mod gratuit, pe baza asigurării publice.

Sistemul românesc de sănătate a fost gândit în jurul medicului de familie care trebuie să fie cel care controlează intrarea în sistemului de sănătate (gate-keeperul), fiind singurul care cunoaște pacientul respectiv și patologia sa și cel care știe cel mai bine ce îi este necesar și ce nu. Pentru aceasta, medicul de familie trebuie să fie independent față de presiunile ilegite din afară, și trebuie să slujească în aceeași măsură interesul pacientului individual ca și interesul comunității cetățenilor, contribuitori la sistemul de asigurare publică de sănătate.

Independența medicului de familie care trebuie să fie propriul său angajator (self-employed), în cadrul profesiei libere în care activează, în contract numai cu CNAS, este premiza care garantează corectitudinea atitudinii sale față de pacient și de societate. În această privință, independența medicului de familie este la fel de importantă ca și independența magistraților.

Angajarea medicului de familie în cadrul unui centru medical pseudoprivat, ce are ca scop obținerea de profit, creează un conflict de interese între angajator și medicul angajat, pe de o parte, și pacient și societate, pe de altă parte. Medicii de familie dependenți de un contract cu furnizorii privați de servicii de sănătate vor spori, în mod inevitabil, numărul și costurile serviciilor pe care le generează, în avantajul acestor furnizori pseudoprivați și în detrimentul pacientului și societății.

Partidul Noua Republică