

# CAPITAL

## Ce câștigăm și ce pierdem de pe urma coplății la medic

Limitarea accesului la servicii medicale și încurajarea birocrăției. Sunt două efecte imediate ale sistemului prin care medicii de familie vor pune taxe pentru consultații. Proiectul de introducere a coplății, aflat de două săptămâni în dezbateri publice, a stârnit puternice reacții negative atât în rândul medicilor și pacienților, cât și în cel al consultanților din mediul privat. Corelat cu noul contract-cadru, aprobat de Guvern săptămîna trecută, acesta a pro

**Limitarea accesului la servicii medicale și încurajarea birocrăției. Sunt două efecte imediate ale sistemului prin care medicii de familie vor pune taxe pentru consultații.**

Proiectul de introducere a coplății, aflat de două săptămîni în dezbateri publice, a stârnit puternice reacții negative atât în rândul medicilor și pacienților, cât și în cel al consultanților din mediul privat. Corelat cu noul contract-cadru, aprobat de Guvern săptămîna trecută, acesta a provocat un protest spontan al medicilor de familie, care au refuzat să mai prescrie pacienților rețete compensate și gratuite. Nimeni nu contestă necesitatea introducerii coplății, însă toți reprezentanții industriei sunt de acord că forma propusă de Ministerul Sănătății nu este cea mai potrivită. De ce? Din cauza încurajării birocrăției, mulți pacienți ar plăti în final mai mult de 600 de lei pe an, plafonul maxim al sumelor cumulate din tichetele eliberate de medic pentru fiecare coplată. În plus, există voci care afirmă că nu este etic ca statul să transfere responsabilitatea socială asupra cetățenilor, exact ceea ce se va întâmpla dacă CNAS nu va mai deconta anumite servicii. Ne place sau nu, România este singurul stat european care nu a introdus un sistem de coplată a serviciilor medicale.

5 lei este valoarea propusă pentru coplata unei consultații la medicul de familie

260 milioane euro este bugetul alocat, anul acesta, asistenței medicale primare, de Casa Națională de Asigurări de Sănătate

1.500 de lei este nivelul la care ajunge, cel mai adesea, venitul net lunar al unui medic de familie

11.798 de medici de familie au contract cu casele de asigurări de sănătate, pe listele lor fiind înscrise 18.860.179 de persoane

**Accentuarea inechităților sociale și creșterea birocrăției sunt principalele critici aduse de furnizorii servicii medicale sistemului de coplată, aflat în dezbateri publice. Colac peste pupăză, noile prevederi ale contractului-cadru ridică tensiunea medicilor de familie.**

«Toate argumentele în favoarea introducerii mecanismului de coplată sunt adevărate, dar forța lor într-un sistem subfinanțat este cea a unei picături de apă pe care o dai unui om aflat în deșert și care de trei zile nu a băut lichide», spune, tranșant, Vasile Astărăstoaie, președintele Colegiului Medicilor din România (CMR). El reușește să sintetizeze, într-o exprimare plastică, discuțiile pe care sectorul sănătății și autoritățile le poartă de peste două săptămâni pe marginea proiectului.

România este singura țară din Uniunea Europeană în care nu s-a implementat un astfel de sistem. Cum va funcționa el? Pacienților li se cere să achite sume modice pentru serviciile solicitate, chiar dacă sunt asigurați. Banii astfel obținuți rămân la furnizorul de servicii medicale și ar fi folosiți pentru îmbunătățirea serviciului medical. Pacientul semnează un tichet (dovada plății) în trei exemplare: unul rămâne la unitatea medicală, al doilea este trimis la casa de asigurări și va fi folosit pentru decontarea serviciilor prestate, iar al treilea tichet rămâne la pacient. Deși acest lucru nu este deocamdată clarificat, în lipsa unui sistem informatic care să centralizeze informațiile de la toate unitățile medicale, pacientul strânge toate tichetele și, când acestea cumulează 600 de lei, merge la casa de asigurări pentru a i se elibera o adeverință ce îl scutește de alte coplăți pentru restul anului. „Sunt convins că nu toți sunt ordonați, nu toți își păstrează cu conștiinciozitate chitanțele, mai ales că oamenii nu prea au fost stresați de fisc, așa că mulți vor ajunge să plătească mai mult de 600 de lei“, explică Dragoș Dinu, partener la firma de consultanță Link Resource. Opinia sa este însă împărtășită și de Vasile Barbu, președintele Asociației pentru Protecția Pacienților. „Văd că, declarativ, se spune că aceste sume rămân la furnizorul de servicii medicale. Asta mută discuția într-o arie de management financiar, mai ales că, pentru spitalele mari, înseamnă niște milioane în plus la venituri: dacă managerul va decide că trebuie să mărească salariile subordonaților, pacientul nu va simți nicio îmbunătățire a serviciilor medicale“, mai spune Dragoș Dinu.

Nu este clară nici chestiunea suprapunerii plăților pacienților și a decontărilor făcute de CNAS: acestea vor dispărea în timp, întreaga responsabilitate a achitării serviciului fiind transferată pacienților.

### **Problema sistemului subfinanțat rămâne nerezolvată**

Însă scopul coplății, așa cum este explicat de reprezentanții Ministerului Sănătății, este de a „duce la o mai bună adresabilitate a populației către sistemul de asistență primară, la îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate și la realizarea unui control în ceea ce privește neefectuarea serviciilor, asigurându-se astfel creșterea calității asistenței medicale“. Numai că, în condițiile în care sistemul are circa 4,5 de milioane de contributori și 21 de milioane de beneficiari, specialiștii spun că este imposibil ca cele 700 de milioane de lei care, conform ministerului, vor fi obținute din coplată, să rezolve problemele sistemului. „Înainte de a vorbi de coplată, trebuie să vorbim de plată. Nu vorbește nimeni de abuzuri care privesc sistemul de fonduri extrem de importante“, spune Gabriel Biriș, partener la casa de avocatură Biriș Goran. În plus, a fost dată uitării o altă prevedere introdusă anul trecut: sistemul clawback, care trebuia să aducă la buget, de la producătorii de medicamente, circa 100 de milioane de lei. Deși reglementarea este în vigoare, ea nu a fost aplicată până acum pentru că nu are norme metodologice. „Trebuie să ne uităm în paralel la două măsuri: introducerea coplății și evaporarea clawback. Acum vedem un «push» pe coplată și o atitudine mult mai evazivă a autorităților pe clawback“, spune Nic Voiculescu, managing partner la Link Resource.

Dacă intenția autorităților de a introduce coplata este acceptată, ca principiu, de către industrie, felul în care se dorește implementarea sa a stârnit reacții vehemente. Și asta pentru că nu se face nicio

diferențiere între persoanele care contribuie la sistemul de sănătate și cele care beneficiază de el fără a contribui și care sunt, de altfel, și cei care solicită cele mai multe servicii medicale. „Nu avem nimic împotriva coplății, dar ea trebuie făcută pe principii etice și trebuie să existe echilibru între responsabilitatea socială a statului, să nu pună totul pe seama cetățeanului, și atunci sunt de acord că trebuie să existe și o responsabilitate individuală”, mai spune Vasile Astărăstoae. În plus, Vasile Barbu crede că, deși peste nouă milioane de persoane sunt scutite de achitarea coplății, se va bloca accesul la sănătate al pensionarilor care câștigă puțin peste 700 de lei lunar.

Dacă introducerea coplății ar trebui să fie o veste bună pentru medicii de familie, care obțin astfel o sursă de venit rapidă, fără să fie nevoiți să aștepte banii de la casele de asigurări, contractul-cadru pentru anul 2010, aprobat de Guvern săptămâna trecută, aduce schimbări importante în felul în care aceștia vor fi plătiți. Astfel, dacă până în prezent procentajul din buget alocat plății per capita (în funcție de numărul de pacienți al fiecărui medic) era de 90%, iar pentru serviciile prestate 10%, începând din acest an medicii de familie vor primi din fondul asistenței medicale primare 70% per capita și 30% per servicii. Totodată, actul stipulează că pot încheia contracte cu casele de asigurări medicii care au liste de minimum 1.000 de persoane, maximum 2.200. „Acest fapt va duce la o redistribuire a fondurilor în sistem, care va avea influențe asupra veniturilor unor cabinete. Astfel, cele cu capitație mare, formată din pacienți sănătoși, care nu solicită multe servicii, vor avea ușoare influențe negative, iar cele cu pacienți aflați la extremele de vârstă (mulți copii mici sau persoane în vârstă, sau pensionari de boală), care de obicei și solicită mai intens servicii medicale, vor avea încasări mai mari”, explică Dorin Gabor, vicepreședintele Societății Naționale de Medicina Familiei. Reprezentanții CNAS spun însă că se urmărește „apropierea medicilor de familie de persoanele înscrise în listele lor, prin cointerese în acordarea serviciilor și îmbunătățirea supravegherii stării de sănătate a populației”.

Asta nu este însă tot. Cum până la sfârșitul săptămânii trecute normele de aplicare ale contractului-cadru nu au fost aprobate, nu se știe valoarea minim garantată a punctelor folosite pentru plata medicilor și care pot schimba situația în mod fundamental. „În piață circulă niște informații care spun că valoarea va fi de 4,5 lei per capita și 3,29 lei per serviciu, dar, de fapt, este invers. Noul raport ar schimba valoarea punctului per capita de la 4,5 lei la 3,29 lei și de la 1,5 lei la 4,5 lei per serviciu. Când se trage linie la sfârșitul lunii, venitul cabinetului se micșorează”, spune Viorel Rădulescu, secretar general la CMR.

La o medie de 20 de consultații pe zi și cinci vizite la domiciliu pe săptămână, presupunând că jumătate din pacienți achită coplata (ceilalți fiind copii sau pensionari cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună), un cabinet medical ar avea venituri suplimentare de 1.200 de lei. Un cabinet mai încasează de la pacienți, în medie, 10% din veniturile totale, reprezentând servicii nedecontate de casele de asigurări: eliberarea anumitor documente medicale sau serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale.

De menționat că toate aceste schimbări vin într-o perioadă în care au început să expire și contractele de concesiune a spațiilor în care majoritatea cabinetelor își desfășoară activitatea, contracte semnate în urmă cu aproximativ cinci ani la tarife simbolice (un euro/mp/an). „Mai puțin de 5% din cabinete au fost vândute medicilor. Spațiile sunt concesionate, iar tarifele nu sunt negociate, ci stabilite de consiliile locale. Așa că majoritatea medicilor plătesc acum de 4-12 ori mai mult”, explică Viorel Rădulescu.

Ce reacții au reprezentanții clinicilor private din piață? Atitudinea lor este pozitivă, mai ales că ar putea avea de câștigat, deoarece este mai ușor de făcut o trecere de la plata a 10-20 de lei la un medic din sistemul de stat la 70-100 de lei în sistemul privat. În plus, ele reprezintă o deschidere spre introducerea asigurărilor private de sănătate. Pe de altă parte, și specialiștii din mediul privat admit că sistemul reduce accesul pacienților la servicii medicale, ceea ce poate duce la o creștere a numărului de pacienți care vor ajunge la spital în situații de urgență.

*Ca în fața oricărei taxe suplimentare, mai mult ca sigur pacienții vor avea o reacție de respingere.*

Mihail Marcu, președinte, MedLife

### **Tarife propuse**

- 5 lei Consultația la medicul de familie
- 15 lei Vizita medicului de familie la domiciliu, în afara orelor de program
- 10 lei Consultația la medicul specialist din ambulatoriu
- 100 lei RMN fără substanță de contrast
- 25 lei CT fără substanță de contrast

### **Ce este coplata**

- Coplata reprezintă contribuția personală a pacienților la plata serviciilor medicale pe care le solicită
- Va aduce fonduri suplimentare, directe, unităților medicale, care pot fi folosite pentru îmbunătățirea calității actului medical
- Tichetul moderator, semnat de pacient, ar trebui să fie și o formă de control al medicilor, care nu vor putea să raporteze consultații neefectuate pentru a deconta sume cât mai mari, diminuându-se astfel posibilitatea de fraudare.

*Acolo unde plățile informale nu sunt cerute explicit, ci doar «subînțelese» după prestarea serviciului, am putea asista la o diminuare a acestora.*

Sergiu Neaguț, director executiv, CMU

### **CRITICILE ADUSE SISTEMULUI DE COPLATĂ**

*Noi considerăm că introducerea coplății va fi un element perturbator pentru pacient și va crea un mare haos în rândul furnizorilor de servicii de sănătate, din cauza birocrăției.*

Vasile Barbu, Asociația pentru Protecția Pacienților

*Suntem împotriva acestui proiect și avem și propuneri: să se aleagă opt județe în care să implementeze un program-pilot pentru a fi testate reacțiile pacienților: ce sume vor plăti? vor merge direct la spital pentru a economisi cinci lei?*

Dan Perețianu, Camera Federativă a Medicilor din România

**11.798** de medici de familie aveau, la sfârșitul anului 2009, contract cu casele de asigurări de sănătate, pe listele lor fiind înscrise 18.860.179 de persoane

*Considerăm introducerea coplății un început pentru apariția asigurărilor private de sănătate.*

Doris Andronescu, director general, Sanador

## **Coplata în alte țări**

**Franța** 30% coasigurare pentru serviciile ambulatorii, un euro pe consultație, limitate la un plafon de 50 de euro pe an 40% coasigurare pentru serviciile de laborator.

**Germania** 10 euro/consultație în ambulatoriu, per trimestru sau pentru consultațiile consecutive fără trimitere, 10 euro/ziua de spitalizare, până la un nivel maxim de 28 zile pe an.

**Bulgaria** Taxă fixă de 1% din salariul minim pe economie pentru consultații în ambulatoriu și 2% pentru ziua de spitalizare, pentru maximum 10 zile.

## **Evoluția Fondului de Asigurări Sociale de Sănătate (milioane lei)**

\* În anul 2008 sunt cuprinse în realizări și fondurile aferente analizelor medicale din cadrul Programului de evaluare a stării de sănătate a populației în asistența medicală primară și cele pentru dozarea hemoglobinei glicozilate din cadrul subprogramului de diabet zaharat.

Sursa: <http://www.capital.ro/detalii-articole/stiri/ce-castigam-si-ce-pierdem-de-pe-urma-coplatii-la-medic-133657.html>