



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Anexa 1

MONOPOL înseamnă o înțelegere între furnizori, ori în cazul a 12.000 de medici de familie nu poate fi vorba de așa ceva.

Sistemul actual de contractare în medicina de familie și în ambulatoriul de specialitate există de la înființarea asigurărilor de sănătate și a apariției înregistrării pacienților la un singur medic de familie, din 1999. Modalitatea a fost confirmată și în anul 2006, prin prevederile Legii Sănătății care stabilesc caracterul privat al cabinetului medicului de familie. La ora apariției instituției medicului de familie, s-a afirmat că este cea mai mare privatizare a României, fiind privatizat un întreg segment de furnizori de servicii medicale.

Alegerea de către pacient a unui medic de familie este principiul fundamental care guvernează sistemul asigurărilor sociale de sănătate și este garanția asumată de Stat pentru a asigura cea mai bună îngrijire pe termen lung a pacienților.

Calculul necesarului de medici de familie se face pe baza raportului dintre populația României dintr-o unitate administrativ teritorială/zonă urbană, conform datelor Institutului Național de Statistică și numărul optim de pacienți pe lista unui medic de familie, stabilit de Contractul-cadru ca fiind 1800.

În absența unei fundamentări economice sau științifice în România pentru acest număr, experiența practică a ultimilor 15 ani, consolidată de datele internaționale existente, arată ca acest număr, de 1800 pacienți pe lista unui medic de familie, asigură o calitate optimă a actului medical al acestuia.

Intrarea în contract cu casa județeană de asigurări de sănătate este gestionată de comisiile mixte constituite în baza prevederilor Contractului-cadru și care funcționează în baza criteriilor și regulamentului stabilite prin ordin al Ministrului Sănătății. În aceste comisii există 2 reprezentanți ai Direcțiilor de Sănătate Publică, 2 reprezentanți ai Caselor Județene de Asigurări de Sănătate, 1 reprezentant al Colegiului Județean al Medicilor și doar 2 reprezentanți ai medicilor de familie. Astfel, medicii de familie sunt în minoritate, iar comisia are rolul de a asigura o distribuție echitabilă a medicilor, astfel ca ÎNTREAGA populație asigurată să beneficieze de asistența medicală necesară. Comisia analizează fiecare localitate în parte, poate decide scăderea pragului minim de intrare în contract cu casa în cazul localităților în care populația se află sub minimul necesar sau poate cere ajutorul administrațiilor locale pentru sprijinirea deschiderii de cabinete medicale (prin participarea unui reprezentant al administrației locale la ședințele comisiei).

Este firească tentația oricărui medic de a profesa în orașele mari, chiar universitare. În luarea deciziilor privind stabilirea modului de contractare însă trebuie avut în vedere pericolul real al privării celor mai săraci și mai bolnavi dintre români de asistență medicală. Actualul proiect lovește încă o dată în aceste localități (vezi anexa 5). Reamintim că țările UE au mecanisme foarte coerente de a menține această distribuție echitabilă exact prin interzicerea deschiderii de cabinete medicale fără nici un control. În Franța, Colegiul Medicilor avizează deschiderea unui cabinet nou doar dacă există acordul prealabil al tuturor medicilor de familie din zonă. În Germania Asociația Federală a Medicilor este cea care gestionează locațiile disponibile, pentru a nu menționa decât 2 dintre cele mai bine cotate sisteme de sănătate.



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

Din România pleacă în fiecare an câteva mii de medici, unul la fiecare 5 ore. Acest proiect de modificare a Contractului-cadru va alunga și mai mulți medici de familie din țară. Singurele afaceri care vor prospera sunt cele ale marilor lanțuri medicale, care vor putea să subvenționeze propriile cabinete, falimentând cabinetele independente. Abia așa se pun bazele unui monopol în serviciile medicale din asigurări. Reamintim că fundamentul funcționării corecte a oricărui sistem de sănătate este o medicină primară independentă profesional și financiar. Nu ne dorim ca medicul de familie să devină o verigă profitabilă a unui lanț, așa cum farmaciștii angajați la lanțurile farmaceutice au cote de vânzări, salarii minime iar localitățile sărace nu au farmacii.

Pe lângă cei peste 1 milion de români care nu au medicul de familie la îndemână vor fi mult mai mulți care își vor pierde medicul de familie pe care l-au ales, dacă această propunere de modificare a Contractului-cadru va intra în vigoare.

Reamintim că deschiderea unui cabinet în afara relației contractuale cu casa de asigurari este perfect legală și posibilă însă riscantă. Doar o minoritate de cetățeni își poate permite să plătească servicii oferite de medicii de familie în afara sistemului de asigurări sociale.

Literatura științifică și experiența internațională abundă în exemple privind eficiența controlului numărului de medici de familie pentru a preveni inechitatea în Sănătate. În rândurile de mai jos prezentăm două exemple:

*Aceste stimulente pot fi atât financiare cât și educaționale, concentrate pe zonele deprivat și cu dificultăți în accesul la servicii medicale. În cele din urmă, politicile de sănătate pot de asemenea să includă **controlul numărului de medici de familie în zonele unde aceștia sunt din abundență, astfel fiind favorizate zonele cu mai puțini medici**. Este imperativ ca cei care creează politicile de sănătate să introducă un sistem care să distribuie medicii de familie într-un mod mai egal și echitabil, luând în considerare ajustarea pentru inechitate și interacțiunea dintre diferitele politici de sănătate, într-un mod care să răspundă nevoilor de sănătate ale populației.*

*(These incentives could be both financial and educational, focused on deprived districts and areas with difficulties in access to health care provision. Finally, policy could also be directed towards **entry control in terms of limiting the provision of GPs in areas with oversupply, thus favouring the undersupplied districts**. It is imperative that policy-makers introduce a system that would distribute GPs in a more equal and equitable way, taking into consideration the adjustment for inequality and the interaction of different policies, in a way that would meet the population's health needs.)*

[Măsurarea inechităților în sănătate în Albania: focus pe distribuția medicilor de familie

Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners -

Pavlos N Theodorakis, Georgios D Mantzavinis, Llukan Rrumbullaku, Christos Lionis and Erik Trell -
21 February 2006 Human Resources for Health 2006, 4:5 doi:10.1186/1478-4491-4-5
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-4-5.pdf>]

*În primul rând, prin **controlul numărului de medici din zonele declarate ca având relativ prea mulți medici**, pentru a reduce inechitatea între zonele cu prea mulți medici și cele cu prea puțini medici. (...) Din anul 1948, NHS a restricționat accesul medicilor de familie în zonele declarate ca având prea mulți medici. Un control similar a fost introdus și în alte țări cum ar fi Olanda. Cu toate acestea, în Anglia în anul 2002 și în Scoția în anul 2003 s-a renunțat la controlul centralizat și s-a*



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656, office@snmf.ro

www.snmf.ro

*lăsat în seama organizațiilor de asistență medicală primară locale. **Acestea erau obligate să se consulte cu medicii de familie locali** atunci când luau decizia de a permite introducerea unor noi medici de familie în zonă. (...)*

Rezultatele noastre aduc câteva dovezi asupra efectelor acestor politici în NHS:

În primul rând, controlul numărului de medici de familie nu este suficient pentru a preveni reducerea echității în distribuția medicilor de familie: echitatea în Anglia a scăzut între mijlocul anilor 1990 și renunțarea la controlul centralizat în anul 2002.

*În al doilea rând, **controlul numărului de medici de familie probabil crește nivelul general de echitate**: după renunțarea la controlul centralizat a existat o reducere bruscă a nivelului de echitate.*

(First, through controls on entry into areas designated as relatively over-doctored to reduce inequity between over- and under-doctored areas. (...) Since 1948 the NHS has restricted entry by GPs into areas which were classified as over-doctored. Similar controls have been used in other countries such as the Netherlands. However, centralized entry controls were abolished in England in 2002 and in 2003 in Scotland and devolved to local primary care organizations. They were required to consult local GPs when taking decisions on allowing new practices and GPs to enter the area. (...)

Our results reveal some evidence as to the effects of these policies in the NHS.

First, entry controls are not sufficient to prevent decreases in the equity of GP distribution: equity in England decreased between the mid 1990s and the abolition of controls in 2002.

Second, entry controls probably increase the overall level of equity: there was a sharp fall in equity after the abolition of entry controls.)

[Unde au plecat toți medicii de familie ? Creșterea echității geografice în Anglia și Scoția

Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland - Maria Goddard, Hugh Gravelle¹, Arne Hole¹, Giorgia Marini Centre for Health Economics; ¹ National Primary Care Research and Development Centre, University of York, York, UK

<https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/WheredidalltheGPsgo.pdf>

Legislația actuală:

- Hotărârea nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015
- Ministerul Sănătății nr. 619/30.05.2014 Casa Națională de Asigurări de Sănătate nr. 360/29.05.2014 Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Hotărârii de Guvern nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015