

DESPRE PRESCRIEREA MEDICAMENTELOR

On drugs prescription

Dr. Dan Perețianu

Societatea Civilă Medicală Povernei

REZUMAT

Sistemul medicamentelor compensate a fost introdus pentru prima oară în România în 1992. Articolul de față prezintă numeroasele modificări legislative care au fost făcute în ceea ce privește lista acestora și cota de compensare, începând cu 31 decembrie 1992 și până în prezent.

Cuvinte cheie: medicamente compensate, cotă de compensare.

ABSTRACT

The compensated drug system was implemented for the first time in Romania in 1992. This article presents the numerous legislative modifications that were made regarding their list and the compensation quota, beginning with December 31, 1992 until today.

Key words: compensated drugs, compensation quota.

Sistemul medicamentelor „compensate“ a început în 1992¹. Pe 31 Decembrie 1992 se publică HGR 840, privind compensarea prețurilor cu amănuntul la unele medicamente de uz uman. Această HGR s-a modificat de nenumărate ori, mai ales în ceea ce privește lista medicamentelor și cota de compensare: ea a fost când de 50%, când de 65%, 75% sau 90%, pentru diferite medicamente și diferite tipuri de asigurați: pensionari, șomeri, întreținuți etc. La început, compensarea era din prețul de raft al medicamentului (iar ulterior, a fost limitată în 1995 la 400.000 lei (ROL)).

În 1997, Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate a fost aprobată, după 4 ani de discuții și parlamentări. În urma acesteia, apar Hotărâri de Guvern, numite Contracte Cadru (prescurtat CoCa), în care există și un capitol pentru modul de prescriere a medicamentelor compensate.

O astfel de CoCa a fost 312 din 1999. Această CoCa încerca să reglementeze modul de prescriere al medicamentelor, adică să îl oblige pe medic să prescrie după cum dorea CNAS. Atunci, Camera Federativă a Medicilor din România a chemat în

instanță Guvernul României pentru ilegalitatea formulată în HGR 312/1999 (Contractul Cadru) legată de modul de prescriere a medicamentelor compensate și gratuite (art. 6 din anexă). Ca argument, am adus în fața justiției faptul că în legea de la acel moment, Legea 74/1995, privind exercitarea profesiei de medic, coroborată cu prevederile din Codul Deontologic al CMR, se arăta că prescrierea unui tratament, chiar și în sistemul de asigurări sociale de sănătate, nu poate fi îngădită de prevederi administrative: „Art. 4.1. Independența profesională conferă medicului dreptul de inițiativă și decizie în exercitarea actului medical și deplina răspundere a acestuia.“ Cu alte cuvinte, și atunci (ca și acum) se afirma că prescrierea unui tratament se face sub proprie responsabilitate.

Curtea de Apel București secția Contencios Administrativ a judecat plângerea CFMR. Hotărârea 1432/24.11.1999 a dat câștig de cauză CFMR, în sensul că dispunea anularea prevederii din hotărârea de Guvern. Dar Guvernul și Min. Sănătății au atacat hotărârea în recurs la Curtea Supremă de Justiție. Acest din urmă for judecătoresc a stabilit, prin

¹ Atunci, am publicat un articol în *Viața Medicală*, pe care îmi face plăcere să-l reiau aici, căci nu este foarte lung și este extrem de actual: „Există insuficiență cardiacă. Există insuficiență cardiacă compensată. Există insuficiență cardiacă decompensată. Mai nou, au apărut medicamente compensate. Pe când decompensarea!!“

Adresă de corespondență:

Dr. Dan Perețianu, Societatea Civilă Medicală Povernei, Str. Povernei, Nr. 42, sector 1, București

decizia 2330/28.06.2000 (după, iată, 1 an), că poziția CFMR este cea corectă; CSJ a respins recursurile Guvernului și al MS ca fiind nefondate.

Ce înseamnă decizia Curții Supreme: că prescrierea medicamentelor este apanajul medicului, că el poate prescrie după cum crede de cuviință sub propria responsabilitate și că CNAS nu poate obliga medicul să prescrie Denumirea Comună Internațională (DCI) sau denumirea comercială, dacă medicul nu dorește aceasta! Și în plus, înseamnă că orice medic are voie să prescrie orice medicament, indiferent de specialitate!

S-ar fi putut crea astfel o jurisprudență generalizabilă în toată țara și pentru toți cei legați de acțiunea de prescriere a medicamentelor în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Decizia ar fi trebuit să fie aplicată atât pentru HGR 312 din 1999, cât și pentru orice altă hotărâre de Guvern viitoare de tip CoCa ce conținea prevederi legate de prescrierea medicamentelor în sistemul de asigurări. Cu toate acestea, Ministerul Sănătății și Guvernele României de după 2000 nu au ținut seama de deciziile justiției române. Solicitarea CFMR de a se modifica actualele norme a fost adresată de nenumărate ori celor care au elaborat și aprobat actele normative din sistemul de sănătate: MS, CNAS, CMR. Acum, chiar și aceste organisme cunosc textul deciziei 2330 a CSJ. În plus, CFMR a trimis copii după decizia 2330 Președinției și Senatului României, pentru ca acestea din urmă să constate cum organisme de drept public NU respectă legile țării.

Astfel, Guvernul face confuzie între specialitate și responsabilitate în Anexa 30 (modul de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu) din Normele CoCa din 2004, când spune: „Art.7. În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici numai în limita specialității (responsabilității) pe care o au...” În 2002, se introduce noțiunea de **preț de referință**. Normele CoCa din 28.12.2001, arată această noțiune, dar numai pentru proteze și orteze. Ulterior, în Anexa 30 din 2004, noțiunea se extinde și la medicamente.

Prin aceasta, CNAS a încercat să limiteze costurile, pentru că sistemul de sănătate este subfinanțat (vezi de exemplu afirmațiile directorului din MS dna Marcela Iordache, PV Camera Dep., Nr. 28/158/17 aprilie 2003). Prețul de referință a fost când cel mai ieftin produs înregistrat la MS, când o valoarea convențională stabilită tot de MS. În 2004, prețul a fost de 65% din valoarea de vânzare a celui mai ieftin produs înregistrat.

Noțiunea de „preț de referință” are mare importanță atunci când se judecă modul de prescriere

a medicamentului. Căci, dacă există un preț minimal, atunci chiar nu mai are importanță sub ce formă scrii-prescrii medicamentul, căci costurile vor fi aceleași.

În 2005, se modifică modul de prescriere. Medicii sunt obligați să prescrie NUMAI sub formă DCI. Argumentul a fost că așa se petrec lucrurile în UE. Argumentul era fals. În multe țări din UE, medicamentele nu se prescriu prin DCI. S-a căutat de fapt înlăturarea prescrierii medicamentelor comerciale pentru a limita concurența pe piață, pentru a permite unor generice să apară în comerțul farmaceutic și pentru a scădea relația prea intimă dintre unii medici (cei care formau opinii legate de medicamente, adică profesori!) și firmele de medicamente.

De aceea, CFMR a cerut ca medicii să aibă dreptul să prescrie cum vor, fie DCI, fie în formă „comercială”. Bineînțeles că nu am avut nici un efect. Deși argumentele noastre au fost extrem de clare (vezi mai sus).

Ulterior intervenției noastre, s-a argumentat că este mai ușor pentru farmaciști să elibereze medicamentele căci au o imagine mai exactă a „prețului de referință”. Au apărut reacții absurde de la nivelul CAS, care s-au transmis la farmacii, care au returnat rețetele medicilor pentru că, de exemplu, medicamentul nu avea terminația/sufixul „um”, cerut de farmacopee pentru DCI. De exemplu, metoprololul nu putea fi scris „metoprolol”, ci trebuia să fie scris „metoprololum”.

În 2008, surprinzător, se modifică argumentele pentru care era mai bine prescripția sub formă DCI: este mai bine a prescrie sub formă „comercială”, căci este mai „medical”. Argumentul cu UE a fost uitat. Argumentul cu prețul de referință a fost de asemeni uitat. Și acest argument este fals, dar a fost lansat pentru relațiile „comerciale” dintre decidenții din MS și firmele de medicamente.

Mai mult, chiar prețul de referință a fost înlăturat și s-a revenit la compensarea prețului cu amănuntul. De!! Era campanie electorală. Dar compensarea cu amănuntul a generat depășirea plafoanelor. Așa că s-a desființat și plafonarea la farmacii.

Acum, cu noile modificări ale CoCa din aprilie, vor reapărea plafoanele dar ele nu vor mai fi individualizate pe farmacii, ci pe județ. Fondul pe județ va putea fi folosit în proporție mai mare de farmaciile care vor vinde mai repede în primele zile!! Alt efect pervers!!

Existența prețului de referință este importantă pentru medic. Dacă el există, atunci medicul poate prescrie cum dorește, fie DCI, fie denumirea comercială, căci costurile vor fi aceleași. Iată de ce este absurd a scrie obligatoriu cum vrea CNAS și MS.