

# TRANSPARENCY INFO

## Etica & eficiența în sistemul medical

TRANSPARENCY / INTERNATIONAL ROMÂNIA



*Proiect co-finanțat de Uniunea Europeană prin Programul specific  
“Prevenirea și Combaterea Infracționalității”. Conținutul acestui material nu  
reprezintă în mod necesar poziția oficială a Uniunii Europene.*

*În acest număr :*

## **CONTEXT NAȚIONAL**

*Sistemul de sănătate în contextul național*

*p. 2*

## **SĂNĂTATEA ÎN EUROPA**

*Ce arată Indexul european  
și ce puntem învăța de la alte state?*

*p. 10*

## **LEGISLAȚIE**

*Proiect de lege - venituri suplimentare  
pentru medicii din spitalele publice*

*p. 13*



# Sistemul de sănătate

## în contextul național <sup>(1)</sup>

În urma prăbușirii regimului comunist, în anul 1989, România a moștenit un sistem de sănătate publică de tip Semashko, finanțat în întregime de stat și puternic centralizat. În anii '90 a început un lung șir de reforme, care au avut ca obiectiv descentralizarea și realizarea separației între prestatorii de servicii de sănătate și beneficiarii acestora.

Un pas important în acest sens a fost implementarea sistemului de asigurări de sănătate, fiind înființată și Casa Națională pentru Asigurări de Sănătate (CNAS) în anul 1999. Demersurile legislative pentru reforma în sănătate au continuat și după anul 2000, reprezentând o preocupare constantă pentru toate guvernările care s-au succedat până în prezent. Astfel, în anul 2003 a fost promulgată Legea nr. 46/2003 cu privire la drepturile pacientului, iar în 2006 a fost adoptată Legea privind reforma în domeniul sănătății (nr. 95/2006), aceasta fiind amendată succesiv de numeroase ori, ultima actualizare fiind realizată în iulie 2015.

Totuși, în ciuda acestei preocupări continue pentru modificarea cadrului legislativ care organizează activitatea sistemului sanitar, una dintre problemele majore cu care România se confruntă este subfinanțarea cronică a sistemului de sănătate publică, țara noastră aflându-se în coada clasamentului țărilor UE în ceea ce privește cheltuielile totale pentru sănătate raportat la produsul intern brut, conform Eurostat și Băncii Mondiale.<sup>2</sup> Această stare de fapt a atras după sine o gamă largă de efecte negative, care au conlucrat la crearea unei crize din ce în ce mai acute în sistemul sanitar.

Printre acestea se numără lipsa sau starea necorespunzătoare de funcționare a unităților și aparaturii medicale, lipsa materialelor sanitare necesare, distribuția inegală a accesului la sănătate între zonele rurale și cele urbane și remunerarea insuficientă a personalului medical, fapt care a contribuit în mod decisiv la emigrarea în masă a acestora sau la implicarea lor pe scară extinsă în activități de corupție, fraudă sau acceptare de foloase necuvenite (plăți informale, cadouri, bonusuri pentru recomandarea anumitor medicamente etc.).

Sectorul sanitar este în mod special expus corupției, după cum atrage atenția și Comisia Europeană într-un studiu din 2013, document în care identifică și principalele vulnerabilități cu care se confruntă sănătatea, printre care se numără:<sup>3</sup>

**(1) Informarea asimetrică a furnizorilor de servicii medicale și a consumatorilor acestor servicii;**

**(2) Numărul mare de actori cu inter-relaționare complexă;**

**(3) Furnizorii au responsabilitatea de a alege serviciile pentru pacienții lor;**

**(4) Serviciile de sănătate sunt descentralizate și individualizate, motiv pentru care este dificilă standardizarea și monitorizarea procurării și furnizării;**

**(5) Spre deosebire de piețele de consum pentru bunuri „obișnuite”, unde cererea și oferta determină prețul, pe piața medicală prețul se compune într-o manieră mult mai opacă.**

Același studiu al Comisiei identifică și tipurile de corupție din sectorul de sănătate: mita legată de furnizarea serviciilor medicale; corupția în achiziții; relații de marketing defectuoase; abuzul de putere; cereri de rambursare injuste, precum și fraudarea și deturnarea medicamentelor și a aparaturii medicale.<sup>4</sup>

După cum recomandă și Comisia Europeană, problema plăților informale necesită o abordare cuprinzătoare, care să nu se limiteze exclusiv la măsuri de combatere a acestor plăți. În schimb, sunt necesare schimbări sistemice pentru a redresa situația. În acest sens Comisia recomandă creșterea alocărilor pentru sănătate concomitent cu acțiuni care exprimă refuzul categoric al mitei – atât din partea personalului medical cât și din partea pacienților, cum s-a întâmplat spre exemplu în Slovacia și Grecia.<sup>5</sup>

Un studiu realizat de Banca Mondială în sectorul sanitar din România estima că plățile informale oferite de către pacienți personalului medical din sistemul de sănătate publică în anul 2004 însumau în jur de 300 de milioane de euro (aproximativ 41% din totalul plăților în numerar), peste 60% dintre pacienții internați admitând că au oferit bani.

Indexul consumatorului serviciilor de sănătate (European Health Consumer Index – EHCI) este singurul studiu care măsoară plățile informale în sectorul medical la nivelul întregului continent. În 2013, Indexul arăta că în România se acordă cele mai multe plăți informale dintre toate țările Europene. Serbia, Albania și Bulgaria se clasează pe poziții mai bune decât România la acest capitol.

Problema plăților informale în sectorul sanitar românesc este semnalată și în cadrul Strategiei Naționale de Sănătate 2014 – 2020: „Persistența plăților informale este un alt aspect care afectează percepția sistemului de sănătate de către beneficiari și opinia publică nu numai datorită poverii financiare pe care o plasează asupra utilizatorilor de servicii cât în primul rând pentru că reflectă o lipsă de considerație pentru drepturile pacientului, dar și libertatea furnizorilor de a decide arbitrar nivelul de calitate al serviciilor pe care îl oferă pacientului.”<sup>6</sup>

Prin urmare, una din direcțiile strategice de acțiune stabilite prin strategie vizează introducerea de măsuri pentru reducerea plăților informale concomitent cu implementarea unor mecanisme care să asigure cheltuirea eficientă și corectă a banilor publici alocați pentru sănătate. Conform Strategiei, aceste măsuri prevăd :<sup>7</sup>

- îmbunătățirea sistemului informațional/informatic pentru creșterea capacității departamentului financiar / contabil a Ministerului Sănătății, în paralel cu dezvoltarea resurselor umane și introducerea de instrumente standardizate de monitorizare și control;
- creșterea capacității de audit intern a Ministerului Sănătății;

**€ 300**  
**milioane**  
**plăți informale în**  
**sectorul medical**  
**în 2004 - Banca**  
**Mondiala**



- stabilirea cadrului de reglementare și definirea / implementarea unui sistem de audit funcțional al furnizorilor de servicii de sănătate din sectorul public și privat, bazat pe stimulente și penalități, prevenirea și controlul creanțelor furnizorilor de servicii spitalicești;
- creșterea transparenței cheltuirii fondurilor publice pe județe/regiuni, prin rapoarte anuale elaborate de CNAS și Ministerul Sănătății;
- revizuirea legislației în privința plăților directe și implementarea de campanii locale de informare a populației privind serviciile de sănătate la care au dreptul fără plată, nivelul coplăților și a altor plăți directe (oficiale), precum și a instituțiilor unde se pot adresa în cazul plăților informale, a condiționării serviciilor prin plăți informale.

În sistemul de sănătate publică, practicile lipsite de integritate precum corupția, fraudă, acceptarea de foloase necuvenite au un impact chiar mai grav decât în alte domenii, deoarece periclitează sănătatea și chiar viața pacienților. Aceste fenomene determină disfuncții grave în interiorul sistemului, marea corupție prejudiciind în mod semnificativ statul, adâncind simțitor lipsa de resurse cu care acesta se luptă deja, dar nefiind unicul tip de comportament neetic care erodează zilnic sistemul sanitar.

Sistemul de sănătate suferă de subfinanțare și de corupție mărunță,<sup>8</sup> determinând scăderea calității actului medical, ducând la excluderea sau autoexcluderea de la beneficierea de servicii medicale a categoriilor sociale cele mai vulnerabile, care nu-și permit să achite aceste sume, dar și la întreținerea unui val de neîncredere și teamă în rândul populației. Această neîncredere și dorință de a evita “obligațiile” create de vizita la medic au ca efect reticența populației de a căuta tratament profilactic sau de a se prezenta la medic de la primele simptome ale bolii, acest lucru ducând la depistarea tardivă a unor afecțiuni grave sau chiar cu potențial epidemiologic.

Astfel, corupția și cheltuirea defectuoasă a resurselor alocate pentru sănătate agravează problemele sistemice cu care se confruntă sectorul medical în privința echității și a protecției financiare. Corupția contribuie la inegalitățile în accesul la servicii medicale dar și, implicit, la inegalități privind starea de sănătate pe teritoriul României. Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 arată că „analiza gradului de echitate a sistemului de sănătate scoate în evidență inegalități privind acoperirea cu servicii și starea de sănătate atât în funcție de medii (urban / rural), cât și din punct de vedere teritorial (regiuni, județe), precum și existența unor grupuri vulnerabile particulare.”<sup>9</sup>



Același document relevă și diferențe majore de accesare a serviciilor de sănătate între cetățenii cu venituri mici și cei cu venituri mari și arată cum, cu toate că subvenționarea serviciilor de sănătate și a farmaceuticelor are ca scop protecția grupurilor vulnerabile, „în fapt, protecția financiară nu produce efectele dorite, atât timp cât trei din patru pacienți săraci plătesc din buzunar pentru asistența medicală de care au nevoie, iar 62% dintre săracii care au nevoie de medicamente plătesc pentru acestea din buzunar...”<sup>10</sup>

***Sistemul sanitar românesc este pe cât de ineficient pe atât de costisitor - îngrijirea ambulatorie trebuie dezvoltată pentru a reduce costurile aferente spitalizării.***

Nu în ultimul rând, România are mari deficite în ceea ce privește eficiența gestionării resurselor din sistemul de sănătate, după cum arată și EHCI 2014. România are un număr mare de pacienți tratați în regim de spitalizare, raportat la pacienți tratați în regim ambulatoriu – ceea ce este foarte costisitor. În acest context, direcția strategică de acțiune adoptată în Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, „asigurarea continuității îngrijirilor din asistență medicală primară și integrarea cu serviciile de sănătate comunitare și cu asistența ambulatorie de specialitate”<sup>11</sup> capătă o importanță deosebită.

***Contextul exprimat succint:***

*România alocă puțini bani sănătății, sumele alocate sunt gestionate în mod ineficient, iar actele de corupție și neregulile contribuie și ele la sărăcirea unui sistem oricum deficitar. Rezultatul este lesne de anticipat: un sistem de sănătate neperformant, acces inechitabil la servicii de sănătate, iar în final o stare a sănătății populației îngrijorătoare, raportat la media europeană.*

*Printre prioritățile asumate de România prin actualul Program de Guvernare, cu privire la sănătate, regăsim creșterea accesibilității populației la serviciile de sănătate, asigurarea calității serviciilor de sănătate și siguranța pacientului, implicarea pacienților, medicilor și a populației în elaborarea politicilor de sănătate, revizuirea sistemului de finanțare și implementarea unui control riguros al cheltuielilor publice și asigurarea transparenței decizionale la toate nivelurile de funcționare a sistemului de sănătate.<sup>12</sup>*

*În vederea atingerii acestor obiective, aducem o serie de propuneri cu scopul de a promova integritatea, responsabilitatea, transparența și de a reduce vulnerabilitățile la corupție în sistemul de sănătate publică. Identificând și analizând ceea ce am considerat a fi cele mai importante arii problematice din acest sistem, am urmărit evidențierea factorilor de risc care duc la apariția acestora și oferirea unor recomandări pentru diminuarea lor.*

# Plățile informale

## Riscuri și vulenrabilități

**Remunerația inadecvată** – Unul dintre elementele care favorizează fenomenul de acceptare sau, mai grav, de solicitare a plăților informale este faptul că nivelul de salarizare a personalului medical este foarte redus, comparativ cu omologii lor din alte țări europene, existând medici (în special tineri sau rezidenți) care nu se pot întreține din sumele primite. Chiar și în situațiile în care remunerația permite un trai decent, comparația cu colegii din străinătate generează frustrări, care ajung să fie înlăturate prin suplinirea veniturilor prin mijloace nepermise.

**Resursele materiale ineficiente pentru buna desfășurare a activității** – Resursele limitate pentru realizarea de analize sau tratamente foarte necesare – uneori chiar vitale – pentru pacient (ex. aparatură de radioterapie, tomografe, film și substanțe de contrast pentru diferite analize etc.) favorizează oferirea de plăți informale pentru a beneficia în mod prioritar de aceste servicii, în detrimentul altor pacienți.

**Rolul codului deontologic în descurajarea plăților informale** – Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor Români prevede că se consideră “faptă nedeontologică” refuzul unui medic de a acorda servicii unui pacient fără un motiv bine întemeiat (Art. 22, pct. b, Art. 33) și că medicilor le este interzis să emită vreun document medical “pentru obținerea unui folos nelegal sau imoral” (Art. 22, pct. f). În afară de acestea, documentul nu conține prevederi care să interzică în mod explicit solicitarea sau acceptarea de bani sau bunuri din partea pacienților.

De asemenea, Codul de Deontologie Medicală stipulează, prin Art. 23, a fi “O atingere gravă adusă caracterului independent al profesiei medicale” următoarele acțiuni: “a) cu excepția situațiilor prevăzute de lege și cu anunțarea

prealabilă a organelor profesiei, asocierea sau colaborarea, sub orice formă și orice modalitate, directă ori indirectă, dintre un medic și o persoană care produce sau distribuie medicamente; b) reclama, în orice mod, la medicamente, aparatură medicală sau alte produse de uz medical; c) implicarea, direct sau indirect, în distribuția de medicamente, dispozitive medicale, aparatură medicală sau de alte produse de uz medical”. De asemenea codul condamnă “primirea unor donații sub formă de cadouri în bani sau în natură ori alte avantaje, a căror valoare le face să își piardă caracterul simbolic și care influențează actul medical, de la una dintre entitățile prevăzute la lit. a-c” (lit. e).

Nu este menționată însă vreo urmare a acestui comportament, de unde se poate înțelege că un cadru medical care acceptă astfel de comisioane riscă o sancțiune disciplinară aflată la discreția Comisiei de Deontologie.

**Codul deontologic încurajează păstrarea sub tăcere a practicilor lipsite de integritate** – Codul de Deontologie Medicală al Colegiului Medicilor din România conține mai multe prevederi care pot descuraja medicii să semnaleze atunci când un coleg se implică în practici precum solicitarea de plăți informale. Procedura instituită prin acest document pentru situația în care un medic dorește să intervină pentru a pune capăt unei astfel de situații este dificilă și implică riscuri pentru reclamant.

Astfel articolul 10, “Respectul față de confrăți” prevede faptul că “de-a lungul întregii sale activități, medicul își va respecta confrății, ferindu-se și abținându-se să-i denigreze ori să aducă critici cu privire la activitatea profesională a acestora”. Dacă, totuși, acesta rămâne hotărât “să aducă critici”, nu există o procedură pentru a denunța fapte lipsite de integritate, ci doar “erori profesionale”, cu caracter strict medical. Cum prin articolul 39 se prevede obligația de loialitate față de colegi, este ușor de înțeles cum un doctor care își reclamă un coleg pentru fapte neetice se expune la a fi ostracizat de către colegii săi pentru lipsă de loialitate, colegialitate și comportament contrar deontologiei profesionale.

## Recomandări

- Creșterea remunerației medicilor, concomitent cu introducerea în legislația specifică din domeniul sănătății a unor sancțiuni severe pentru tot ce înseamnă acceptarea sau solicitarea de bani sau foloase necuvenite de la pacienți.
- Introducerea remunerării diferențiate între medici, ținându-se cont de criteriul performanță.
- Introducerea, atât în Legea nr. 95/2006, cât și în Codul de Deontologie Medicală, a unor articole specifice, care să prevadă interzicerea solicitării sau acceptării de plăți informale, iar în cazul Legii, să prevadă în clar și sancțiunile ce se pot aplica în cazul încălcării acestora.
- Înființarea unui registru electronic, cu ajutorul căruia să se monitorizeze programările la analizele și tratamentele la care accesul este mai dificil, din pricina numărului redus de resurse/aparate/specialiști și să se efectueze automat înlocuirea programărilor în cazul în care există retrageri.
- Înființarea unui registru electronic, disponibil publicului larg, prin care să se țină evidența stocurilor de materiale necesare pentru analize sau tratamente în cazul cărora există probleme de disponibilitate, centralizate individual pentru fiecare unitate spitalicească în cadrul cărora sunt utilizate.
- Introducerea în Codul de Deontologie Medicală a unei proceduri de sesizare destinată cazului în care un medic constată că un coleg condiționează actul medical de primirea de bani sau bunuri; aceasta trebuie să includă garantarea confidențialității reclamantului.

## Răspundere și control

### Riscuri și vulenrabilități

#### **Lipsa unei definiții clare în Legea Sănătății a atribuțiilor specifice ale tuturor instituțiilor care au competențe de control și sancționare**

– În Legea nr. 95/2006, există multiple instituții cu rol de supraveghere, control și sancționare, de la Ministerul Sănătății, la CNAS, CMR (sau după caz, OAMMR), Consiliul Etic din cadrul unităților spitalicești etc. Totuși, nu este explicat în mod clar și fără echivoc ce anume intră în competențele specifice de verificare și sancționare a fiecăreia dintre instituții, care sunt limitele în care își pot desfășura activitatea, care este relația de coordonare / colaborare dintre ele (presupunând că există una) etc.

## Recomandări

- Realizarea, prin Legea Sănătății, a unei delimitări clare și care să evite suprapunerile competențelor și responsabilităților de monitorizare, control și sancționare a tuturor instituțiilor care au asemenea atribuții, precizându-se limitele legale în care ele le pot desfășura.
- Includerea în cadrul Consiliului etic din unitățile spitalicești a unui ofițer de etică și conformitate independent, cu drept de vot, aflat în subordinea directă a Ministrului Sănătății, care să realizeze un raport anual către Compartimentul de Etică și către Ministrul Sănătății cu privire la activitatea Consiliului de Etică și la starea de integritate a unității respective.
- Înființarea în cadrul CNAS a unui departament specializat de etică și conformitate, în cadrul căruia să activeze ofițeri de etică și conformitate care să vegheze la respectarea codului deontologic de către angajați și să implementeze mecanisme de management al



eticii (traininguri de etică, politici interne, ghiduri de bune practici etc), asistând și Casele de Asigurări județene cu implementarea acestora și efectuând vizite periodice la acestea pentru evaluarea stării de integritate și oferirea de sprijin de specialitate în combaterea corupției și fraudei.

- Nu trebuie trecută cu vederea nici consultarea corpului profesional. Legea Sănătății prevede: “Colegiul Medicilor din România este organism profesional, apolitic, fără scop patrimonial, de drept public, cu responsabilități delegate de autoritatea de stat, în domeniul autorizării, controlului și supravegherii profesiei de medic ca profesie liberală, de practică publică autorizată”. Printre atribuțiile CMR prevăzute de lege se numără:

- \* asigură aplicarea regulamentelor și normelor care organizează și reglementează exercitarea profesiei de medic, indiferent de forma de exercitare și de unitatea sanitară în care se desfășoară;
- \* apără demnitatea și promovează drepturile și interesele membrilor săi în toate sferile de activitate; apără onoarea, libertatea și independența profesională ale medicului, precum și dreptul acestuia de decizie în exercitarea actului medical;
- \* atestă onorabilitatea și moralitatea profesională ale membrilor săi;
- \* asigură respectarea de către medici a obligațiilor ce le revin față de pacient și de sănătatea publică;
- \* elaborează și adoptă Statutul Colegiului Medicilor din România și Codul de deontologie medicală;
- \* stabilește și reglementează regimul de publicitate a activităților medicale;
- \* organizează judecarea cazurilor de abateri de la normele de etică profesională, de deontologie medicală și de la regulile de bună practică profesională, în calitate de organ de jurisdicție profesională;
- \* colaborează cu Ministerul Sănătății Publice la elaborarea reglementărilor din domeniul medical sau al asigurărilor sociale de sănătate.

## Responsabilizarea pacienților

### Riscuri și vulenrabilități

**Lipsa de informare a pacienților cu privire la propriile drepturi** – O mare parte dintre pacienții români nu cunosc prevederile legii nr. 46/2003, cu privire la drepturile pacientului și nici mijloacele de acțiune pe care le au la dispoziție atunci când acestea sunt încălcate, ceea ce îi expune la comportamente ne-etice din partea personalului medical. Iar lipsa de reacție cu privire la aceste comportamente încurajează perpetuarea lor.

**Lipsa unei surse centralizate de încredere de unde pacienții pot obține informații din domeniul medical** – În sistemul de sănătate publică există informații cu privire la sistemul de asigurări de sănătate și gratuitățile oferite prin acesta, la ceea ce presupun diferite proceduri medicale și tarifele lor (în cazul în care nu sunt acoperite de asigurări), la alarme cu privire la riscurile de epidemii, la sfaturi de specialitate pentru o viață sănătoasă etc. Însă de multe ori, aceste informații sunt dispartate și greu accesibile, fiind necesară cunoașterea prealabilă a instituției pe a cărei pagină de internet se află.

**Procedura dificilă de înaintare și obținere a soluționării unei plângeri la CMR** – Deși în cadrul legislației privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România se specifică termene limită pentru depunerea plângerilor sau pentru soluționarea contestațiilor, nu este menționat nicăieri un termen pentru soluționarea plângerilor.

**Lipsa tradiției intentării proceselor de malpraxis** – Pacientul român necunoscându-și suficient drepturile și temându-se de procese lungi și costisitoare evită, în general, urmărirea în instanță a medicilor pentru malpraxis, chiar atunci când are dovezi în acest sens, limitându-se deseori la decizia Colegiului Medicilor.

### **Lipsa unor protocoale standard de consultare a pacienților**

– În lipsa unor protocoale standard de urmat de către fiecare specialitate medicală în momentul efectuării consultului, este dificil atât pentru pacient să determine dacă a beneficiat de o consultație riguroasă sau nu, pentru medic, să-și demonstreze conștiințozitatea, în cazul în care aceasta îi este pusă la îndoială, iar pentru Colegiul Medicilor, să soluționeze eventuale reclamații legate de aceste aspecte.

## Recomandări

- Înființarea, sub conducerea directă a Ministerului Sănătății, instituției Ombudsmanului pentru Sănătate, care să aibă câte un reprezentant în toate unitățile spitalicești importante din țară. Acesta ar fi independent și însărcinat cu primirea și evaluarea plângerilor formulate de pacienți și acordarea de sprijin acestora pentru soluționarea lor.
- Elaborarea de către Ministerul Sănătății a unor ghiduri destinate pacienților, în care să fie explicate pe înțeles drepturile și obligațiile,

sursele de unde se pot informa, dar și căile de acțiune în momentul în care consideră că nu au fost tratați corespunzător

- Înființarea pe website-ul Ministerului Sănătății a unui portal care să conțină informații detaliate pentru pacienți, cuprinzând tot ceea ce trebuie să știe cu privire la gratuități și compensări, proceduri medicale și tarifele acestora, modul în care trebuie să decurgă o consultație, drepturi și obligații etc.
- Elaborarea de protocoale standard de consultație pentru diferitele specializări medicale, pe baza cărora se poate stabili dacă pacientul a beneficiat sau nu de o consultație riguroasă.
- Instituirea de metode alternative prin care pacienții își pot manifesta recunoștința față de medic sau prin care furnizorii/distribuitorii de medicamente/servicii medicale pot susține sistemul sanitar (ex. realizarea unui fond special în cadrul căruia se pot face donații pentru modernizarea unor unități medicale, pentru organizarea unor evenimente medicale, pentru sprijinirea unor instituții de învățământ sau a unor organizații de profil, pentru achiziționarea de publicații de specialitate pentru medici etc.)



# Sănătatea în context internațional

## Ce arată Indexul european și ce putem învăța de la alte state?

***Dintre statele UE, România se numără printre țările cu cel mai mic procent din PIB alocat sănătății - în cazul țării noastre doar 4,3%. O mai bună finanțare a sectorului sanitar este absolut necesară, după cum recomandă și Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite într-un set de observații emise în 2014.<sup>13</sup> Cu toate acestea, nu toate problemele din sistemul de sănătate sunt cauzate de lipsa de fonduri, după cum nu toate pot fi remediate exclusiv prin alocări financiare.***

Există o serie de factori nefinanciari care influențează atât funcționarea cât și reformarea sistemului sanitar. Acest articol urmărește să aducă în discuție aceste elemente care pot îmbunătăți în mod real a sectorul medical, precum și exemple de bune practici în domeniu, pe baza rezultatelor prezentate în Indexul european al consumatorului serviciilor de sănătate (nume original Euro Health Consumer Index, pe scurt EHCI) 2014. EHCI este cel mai cunoscut instrument de măsurare a calității și performanțelor sistemelor naționale de sănătate și este publicat anual de Health Consumer Powerhouse (HCP).

Ultima ediție a EHCI, lansată în 2015, arată că „aspectul financiar nu este singurul care determină calitatea serviciilor medicale. Mulți alți factori sunt esențiali pentru performanța sistemului de sănătate: o cultură a deschiderii și responsabilității, un climat civic de încredere și răspundere, absența corupției, credința că pacienții și consumatorii pot determina transformări majore, dacă sunt împuterniciți să decidă. Acest lucru este susținut în primul rând de faptul că, printre țările care oferă raportul cel mai bun între servicii și costuri, se numără surprinzător de multe țări cu venituri medii și mici.” (Johan Hjertqvist, președinte HCP, citat în EHCI 2014)<sup>14</sup>

Astfel, pentru a răspunde nevoii de eficientizare a sistemului de sănătate, EHCI atrage atenția că este absolut necesar să studiem și să înțelegem componentele nefinanciare și modul în care acestea influențează sistemul de sănătate. În mod paradoxal, în aceeași publicație este semnalat faptul că, spre deosebire de alte sectoare, când vine vorba despre sistemul de sănătate avem de a face, la nivel european, cu o reticență în a învăța din experiența altor state și de a aplica bunele practici întâlnite în alte țări.

Din păcate Indexul ilustrează o imagine tristă a sistemului medical din România, țara noastră având cel mai neperformant sistem de sănătate din 37 de state europene, cu excepția Bosniei și Herțegovina. Sunt constatate „probleme severe privind managementul întregului sector public de sănătate și discriminarea grupurilor minoritare, precum romii [...] La fel ca Albania și Bulgaria, România are o structură de sănătate învechită, cu un raport mare și costisitor de pacienți tratați în sistem de spitalizare și cei tratați în sistem ambulatoriu” (EHCI 2014, p. 18).<sup>15</sup> Recomandarea generală formulată pentru România este de a căuta sprijin profesionist în restructurarea serviciilor medicale.

## Digitalizarea

Printre exemplele încurajatoare ilustrate în EHCI 2014 se regăsește Estonia, care are o alocare pentru sănătate similară cu cea a României, dar are un sistem mult mai performant. O componentă centrală a succesului acestei țări constă în digitalizarea sistemului medical, Estonia având astăzi unul din cele mai avansate sisteme de digitalizare a serviciilor publice din Europa.<sup>16</sup>

Studiind exemplul acestei țări, observăm că informatizarea serviciilor medicale poate avea succes doar dacă există un nivel crescut de încredere a cetățenilor în sistemele informatice gestionate de autorități. Însemnând că mare parte din serviciile publice trebuie să fie deja digitalizate în mod funcțional, înainte ca același lucru să se întâmple pentru serviciile medicale.

***Informatizarea sănătății funcționează doar într-un climat de încredere, cu un cadru legislativ prin care datele aparțin cetățenilor. Obligatoriu, oamenii au opțiunea de a ieși din schema digitalizării.***

Dr. Madis Tiik, directorul grupului responsabil cu monitorizarea introducerii sistemului digital de sănătate explică: „Nu încurajez niciodată țările să înceapă cu digitalizarea sectorului de sănătate (eHealth) pentru că este foarte dificil. Dacă vei construi un sistem de transfer de date, de încredere, doar pentru sănătate, va fi mult mai costisitor și dificil de implementat. [Înainte de informatizarea serviciilor de sănătate] aveam deja multe servicii electronice care funcționau bine și aveam un cadru legislativ care susținea deja ideea că datele aparțin cetățenilor.” (citată în TM Forum Inform).<sup>17</sup> Obligatoriu pentru buna funcționare a sistemului este ca cetățenii să aibă la dispoziție opțiunea de a ieși din schema digitalizată de servicii, măsură revăzută și de Estonia, un pionier al digitalizării în Europa.<sup>18</sup>

Un alt exemplu de bune practici îl găsim în Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei. Aceasta a reușit un progres remarcabil în Index, de la un an la altul, prin implementarea la nivel național a unui sistem electronic de programări, care a redus considerabil timpul de așteptare pentru pacienți. HCI apreciază că acest sistem merită să fie studiat și preluat de alte țări, datorită rezultatelor sale spectaculoase.<sup>19</sup>

Sistemul implementat de Macedonia permite pacienților să se programeze, din cabinetul medicului, pentru procedura medicală de care au nevoie oriunde în țară. Acest lucru devine deosebit de util dacă un pacient necesită proceduri medicale care presupun tehnologie specială, disponibilă doar în anumite spitale. În acest caz, medicul care face trimiterea poate vedea calendarul de programări pentru respectiva procedură / aparatură oriunde în țară și poate găsi în numai câteva minute o unitate unde poate programa pacientul în termen mai scurt. Timpul de așteptare pentru investigații și intervenții se scurtează așadar considerabil și se evită supraaglomerarea anumitor centre, în timp ce altele ar rămâne sub-utilizate.



## Drepturile pacienților

Același Index european din 2014 arată o îmbunătățire a drepturilor pacienților și clienților la nivel european, tot mai multe țări aleg să consolideze drepturile acestora, ceea ce contribuie la creșterea calității serviciilor medicale. Și Indexul din 2013 sublinia importanța acestui aspect, una din principalele concluzii fiind că pacienții cu drepturi de decizie contribuie la îmbunătățirea sistemului medical.<sup>20</sup> La nivel european ECHI 2013 arată că drepturile pacienților în raport cu medicii sunt consolidate, în mod progresiv:

„Legislația privind drepturile pacienților și implicarea lor în deciziile politice au devenit un standard în Europa. De la un an la altul, sistemele de sănătate – adesea un pic reticente – devin tot mai deschise la implicarea pacienților în procesele de decizie, pe măsură ce mecanismele care încurajează accesul la a doua opinie, accesul la propriul istoric medical, etc. devin instrumente care întăresc rolul pacienților.

Cererea de opțiuni în materie de servicii de sănătate, precum și în alte domenii ale societății moderne, își găsește treptat răspunsul, odată cu serviciile de internet care permit pacienților să compare calitatea serviciilor medicale și a farmaceuticelor, ușurând cu mult «navigarea în sistemul medical»” (Johan Hjertqvist, președinte HCP. Citat în ECHI 2013)<sup>21</sup>

Olanda are de ani buni cel mai bun sistem de sănătate din Europa. Dată fiind alocarea generoasă de fonduri pentru sănătate, poate părea dificil să găsim modele de bune practici aplicabile în țări cu alocări mici, cum ar fi România. Totuși, un element central al succesului Olandez constă în faptul că „deciziile operative privind sistemul de sănătate sunt luate, în proporție neobișnuit de mare, de către profesioniștii din sectorul de sănătate cu co-participarea pacienților, iar factorul politic și birocratic este mai limitat în aceste decizii decât în orice altă țară europeană” (ECHI 2014, p. 5).<sup>22</sup> Acest model de bune practici nu implică niciun fel de cheltuieli și ar trebui așadar studiat și preluat și de alte țări.



**“Legislația privind drepturile pacienților și implicarea lor în deciziile politice au devenit un standard în Europa.”**  
- ECHI 2013

# Proiect de lege

## – venituri suplimentare pentru medicii din spitalele publice –

Proiectul de lege privind realizarea unor venituri suplimentare de către unitățile medicale publice propune introducerea unor măsuri prin care spitalele publice pot furniza servicii medicale în regim cu plată, servicii asigurate la cererea expresă a pacienților, formulate în scris. În plus, pacientul își poate alege medicul care să îl trateze și tot acestuia îi plătește costul intervenției, “prețul corespunzător prestării actului medical furnizat” fiind stabilit de medicul respectiv. Proiectul a fost adoptat de Senat în 9 iunie 2015,<sup>23</sup> iar în prezent se află în dezbateri la Camera Deputaților, unde a primit deja aviz pozitiv din partea comisiilor consultate.

“În contextul subfinanțării sistemului medical din România și implicit a veniturilor nesatisfăcătoare ale cadrelor medicale se impune de urgență identificarea unor soluții în vederea creșterii veniturilor personalului medical, în concordanță cu importanța socială a profesiei, performanței și competitivității, precum și pentru stimularea dezvoltării unităților sanitare publice”, se precizează în expunerea de motive care însoțește proiectul de lege.<sup>24</sup>

### Principalele prevederi

**Art. 1** (1) În unitățile medicale publice pot fi realizate venituri suplimentare din furnizarea în regim cu plată a unor servicii medicale, investigații, tratament, cazare, alimentație sau confort suplimentar, precum și din închirierea temporară a spațiilor ori a funcționalităților disponibile.

(2) Pot fi incluse în lista serviciilor medicale, a investigațiilor sau tratamentelor cu plată acele servicii care îndeplinesc una din următoarele condiții:

- a) nu sunt în pachetul medical de bază decontat de către sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- b) nu sunt acoperite decât parțial de către sistemul de asigurări de sănătate, exclusiv pentru partea neacoperită de către sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- c) sunt solicitate în mod expres de către pacient;
- d) sunt servicii medicale de confort;
- e) serviciile a căror furnizare directă se solicită a fi făcute de personal medical desemnat sau solicitat în mod expres de către pacient sau de către reprezentantul său.

(3) Lista cuprinzând serviciile prevăzute la alin (2), servicii suplimentare de cazare, alimentație sau confort, precum și prețurile corespunzătoare se va aproba de consiliul de administrație, în cazul spitalelor publice, sau de ordonatorul de credite, în cazul celorlalte unități medicale.

**Art.5.** (1) Metodologia de calcul al costurilor aferente serviciilor medicale furnizate, al investigațiilor, tratamentelor, serviciilor de cazare și alimentație din unitățile medicale publice se va aproba prin Hotărâre de Guvern.

(3) Prețul corespunzător prestării actului medical furnizat de medicul desemnat nominal de către pacient se stabilește de către medic și se comunică solicitantului. Acest preț va fi plătit direct medicului respectiv.

(4) Veniturile realizate de personalul medical prin încasare directă se înregistrează și se declară fiscal potrivit metodologiei aprobate prin ordinul ministrului finanțelor publice și se impozitează conform legii.

**Art.8.** (1) Raporturile dintre pacient și unitatea medicală sau, după caz, cu personalul medical ales sau desemnat de către acesta ori de către reprezentantul său, se vor stabili printr-un contract în formă scrisă. (...).

**Art.13.** Activitățile desfășurate de personalul medical din spitalele publice care prestează servicii/acte medicale la cererea pacientului, în regim privat, în condițiile prezentei legi, sunt exceptate de la prevederile legale în vigoare privind incompatibilitățile și conflictul de interese.

## Observații

Considerăm că este necesară o mai atentă analiză a proiectului de lege, înainte de a fi aprobat de Camera Deputaților, inclusiv prin organizarea unor dezbateri publice pe această temă, pentru a înlătura riscurile ca anumite prevederi să ducă la abuzuri din partea spitalelor sau la presiuni suplimentare la adresa pacienților.

## Propunerea Guvernului nu s-a concretizat

În luna august, prim-ministrul Victor Ponta a solicitat public Ministerului Justiției să elaboreze un proiect de lege care să elimine răspunderea penală a personalului din sistemul sanitar în cazul în care contribuțiile primite de la pacienți nu sunt condiționate, sunt oferite post-tratament și sunt fiscalizate.<sup>25</sup>

La momentul respectiv Transparency International România a cerut autorităților publice să facă o analiză mai aprofundată înainte de a lua o asemenea măsură care “atacă demnitatea, mută pe umerii pacienților sarcina angajatorului de a plăti corespunzător personalul medical și nu elimină riscurile juridice născute din echivocul legii”.<sup>26</sup> De asemenea, TI-România a solicitat “elaborarea unui act normativ care să elimine echivocul cu privire la integritatea morală a relației medic - pacient, prin plata în acord pe statele de salarizare pentru merit și performanțe,

însoțit de un plan pe termen mediu de redistribuire a resurselor din sistemul de sănătate către investiții în capitalul uman și asigurarea tehnologiilor necesare noilor abordări investigative și terapeutice”.

În luna septembrie, ministrul Justiției la acea dată Robert Cazanciuc a anunțat că ministerul pe care îl conduce nu are în lucru un proiect care să legalizeze plățile informale, argumentând că ar fi util ca la nivelul Parlamentului să se lămurească înțelesul unor termeni din Legea pacientului.<sup>27</sup>

## Legea drepturilor pacientului

Lege nr. 46/2003 drepturilor pacientului prevede la **art. 34**: (1) personalul medical sau nemedical din unitățile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unității respective. (2) Pacientul poate oferi angajaților sau unității unde a fost îngrijit plăți suplimentare sau donații, cu respectarea legii.

Un an mai târziu au intrat în vigoare și normele de aplicare ale legii, prin ordinul nr.386/2004. Singurul articol care face referire la plățile acordate de pacienți se regăsesc în **art. 15**: (1) La cererea pacienților internați, unitățile cu paturi trebuie să asigure condițiile necesare pentru obținerea de către aceștia a altor opinii medicale, precum și pentru acordarea de servicii medicale de către medici acreditați din afara unității. (2) Plata serviciilor medicale acordate pacienților internați de către medicii prevăzuți la alin. (1) se efectuează în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.

Înalta Curte de Casație și Justiție a stabilit, în luna iunie 2015, că “fapta medicului angajat cu contract de muncă într-o unitate spitalicească din sistemul public de sănătate, care are calitatea de funcționar public,(...) de a primi plăți suplimentare sau donații de la pacienți, în condițiile art. 34 alin. 2 din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, nu constituie o exercitare a unui drept recunoscut de lege având ca urmare incidența dispozițiilor art. 21 alin. 1 teza I-a din Codul penal”.<sup>28</sup> Prin urmare, “este justificată fapta prevăzută de legea penală constând în exercitarea unui drept recunoscut de lege sau în îndeplinirea unei obligații impuse de lege, cu respectarea condițiilor și limitelor prevăzute de aceasta”.<sup>29</sup>

În acest context, judecătorii ÎCCJ argumentează: “este posibil ca pacientul să ofere plăți suplimentare sau donații, cu respectarea legii (împrejurare care poate fi de natură să excludă orice răspundere penală), însă primirea acestora să nu se facă de către "angajați" cu respectarea legii deoarece chiar legea interzice primirea unor plăți suplimentare sau donații de către aceștia din urmă”.<sup>30</sup> În plus, Codul Penal este lege organică și nu poate fi derogat printr-o lege care nu are același caracter.



## REFERINȚE

- <sup>1</sup> Transparency International Romania (2012): Propuneri de politică publică pentru promovarea integrității și reducerea vulnerabilităților la corupție în sistemul sanitar românesc 2012 - actualizat octombrie 2015.
- <sup>2</sup> Eurostat. Current healthcare expenditure, 2012. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Current\\_healthcare\\_expenditure,\\_2012\\_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Current_healthcare_expenditure,_2012_YB15.png) / Banca Mondială. Health expenditure, public in % of GDP. <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>
- <sup>3</sup> Comisia Europeană (2013). Studiu asupra corupției în sectorul de sănătate. HOME/2011/ISEC/PR/047-A2, p. 25
- <sup>4</sup> Comisia Europeană (2013). Studiu asupra corupției în sectorul de sănătate. HOME/2011/ISEC/PR/047-A2, p. 144
- <sup>5</sup> Comisia Europeană (2013). Studiu asupra corupției în sectorul de sănătate. HOME/2011/ISEC/PR/047-A2, p. 144
- <sup>6</sup> Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, p. 25
- <sup>7</sup> Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, p. 61
- <sup>8</sup> Transparency International România. Studiul privind Sistemul Național de Integritate România, ediția a treia. 2012, București, p. 31.
- <sup>9</sup> Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, p.25.
- <sup>10</sup> Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, p. 26.
- <sup>11</sup> Strategia Națională de Sănătate 2014-2020, p. 49.
- <sup>12</sup> Programul de guvernare 2012-2016, p. 104-108.
- <sup>13</sup> Consiliul Economic și Social al Națiunilor Unite, Comitetul privind Drepturile Economice, Sociale și Culturale (2014): Observații privind rapoartele periodice trei-cinci ale României, E/C.12/ROU/CO/3-5. Adoptat de Comitet la cea de-a 53-a sesiune (10-28 noiembrie 2014).
- <sup>14</sup> Health Consumer Powerhouse. (2015). Euro Health Consumer Index 2014. p. 3. ([http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf))
- <sup>15</sup> Health Consumer Powerhouse. (2015). Euro Health Consumer Index 2014, p. 18
- <sup>16</sup> Health Consumer Powerhouse. (2015). Euro Health Consumer Index 2014, p. 18
- <sup>17</sup> Dawn Bushaus (2015). Lessons Learned from a tiny baltic nation on how to deploy digital healthcare. (<http://inform.tmforum.org/strategic-programs-2/open-digital/2015/03/lessons-from-a-tiny-baltic-nation-on-how-to-deploy-digital-healthcare/>)
- <sup>18</sup> Dawn Bushaus (2015). Lessons Learned from a tiny baltic nation on how to deploy digital healthcare

- <sup>19</sup> Health Consumer Powerhouse. (2015). Euro Health Consumer Index 2014. p. 66.
- <sup>20</sup> Health Consumer Powerhouse (2014). Euro Health Consumer Index 2013 (<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>)
- <sup>21</sup> Health Consumer Powerhouse (2014). Euro Health Consumer Index 2013
- <sup>22</sup> Health Consumer Powerhouse (2014). Euro Health Consumer Index 2013 , p. 5
- <sup>23</sup> [http://www.mediafax.ro/social/guvernul-legalizeaza-cadourile-pentru-medici-dar-in-anumite-conditii-  
reactia-medicilor-14679792](http://www.mediafax.ro/social/guvernul-legalizeaza-cadourile-pentru-medici-dar-in-anumite-conditii-reactia-medicilor-14679792)
- <sup>24</sup> <http://senat.ro/legis/lista.aspx>
- <sup>25</sup> <http://senat.ro/legis/PDF%5C2015%5C15L223EM.pdf>
- <sup>26</sup> [http://www.transparency.org.ro/stiri/comunicate\\_de\\_presa/2015/19august/index.html](http://www.transparency.org.ro/stiri/comunicate_de_presa/2015/19august/index.html)
- <sup>27</sup> [http://www.mediafax.ro/politic/cazanciuc-nu-legalizam-spaga-se-poate-reglementa-in-legea-pacientului-  
aflata-in-parlament-din-2003-14706515](http://www.mediafax.ro/politic/cazanciuc-nu-legalizam-spaga-se-poate-reglementa-in-legea-pacientului-aflata-in-parlament-din-2003-14706515)
- <sup>28</sup> Decizia nr. 19/2015 din 04.06/2015, privind examinarea sesizării formulate de Curtea Militară de Apel București - prin care se solicită pronunțarea unei hotărâri prealabile pentru dezlegarea chestiunii de drept în sensul de a se stabili dacă fapta medicului, care are calitatea de funcționar public, de a primi plăți suplimentare sau donații de la pacienți, în condițiile art. 34 alin. (2) din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, constituie sau nu o exercitare a unui drept recunoscut de lege, având ca urmare incidența dispozițiilor art. 21 alin. (1) teza I din Codul penal.
- <sup>29</sup> Art. 21(1) din Codul Penal
- <sup>30</sup> Decizia nr.19/2015 din 04.06/2015



*TRANSPARENCY INFO Nr 17 / 2015*

*Autori : Georgeta Filip , Wendla Beyer*

*Contribuții: Andreea Gușă, Andreea Apostol*

*Redactare & Design : Wendla Beyer*

*Fotografii pixbay.com*



*Proiect co-finanțat de Uniunea Europeană prin Programul specific "Prevenirea și Combaterea Infraționalității". Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Uniunii Europene.*



***Transparency International România***  
*Nicolae Bălcescu 21, 010044 București România*  
*telefon +4 031 6606 000 / fax +4 031 6606 006*  
*office@transparency.org.ro / www.transparency.org.ro*