

INDEPENDENȚA PROFESIONALĂ A MEDICILOR

Iași, Decembrie 2019

DOCUMENT
DE POZIȚIE
AL
COLEGIULUI
MEDICILOR
IAȘI

CUPRINS

Sumar executiv	2
Preambul	7
Consecințele îngrădirii independenței profesionale	11
Limitare nejustificată a dreptului de liberă practică a medicilor.....	11
Promovarea de practici medicale neprofesionale.....	13
Îngrădirea dreptului pacientului la decizii informate	15
Scăderea accesului la servicii medicale echitabile și nediscriminatorii	16
Poziția Colegiului Medicilor Iași	18
Adoptarea unei Legi de exercitare a profesiei medicale separat de Legea 95/2006 sau de oricare altă viitoare lege care privește sistemul de asigurări de sănătate (social sau nu), care să garanteze independența practicii medicale.	18
Introducerea procedurilor de evaluare a tehnologiilor medicale (Health Technology Assessment) pentru utilizarea rațională a fondurilor	19
Modificarea legislației în ceea ce privește restricțiile de practică profesională din Contractul-cadru	20

SUMAR EXECUTIV

Prezentul document are ca scop *susținerea fermă a independenței profesiei medicale*, ce trebuie să constituie fundamentul statutului profesional al medicilor și al apărării intereselor lor profesionale.

Demersul nostru este justificat de faptul ca *legislația actuală îngreădește independența profesională a medicilor*, cu consecințe negative majore asupra corpului medical, *aducând atingere drepturilor fundamentale ale pacienților noștri*.

Culpabilizare

➤ **Mii de medici de diverse specialități au primit imputări de la Casele de Asigurări pentru că au acționat în beneficiul pacienților**

➤ **Medicii sunt blamați pentru consecințele negative ale subfinanțării sistemului sanitar românesc.**

În ultimii ani, asistăm la *blamarea corpului medical pentru consecințele negative ale subfinanțării cronice a sistemului sanitar românesc*.

Alocarea de fonduri insuficiente pentru rezolvarea problemelor de sănătate ale pacienților este mascată de limitări nejustificate ale dreptului de liberă practică. *Mii de medici de diverse specialități au primit imputări și sancțiuni* pentru nerespectarea protocoalelor terapeutice, emise prin ordin comun al ministrului Sănătății (MS) și al președintelui Casei Naționale

de Asigurări de Sănătate (CNAS). *Acești medici au fost sancționați nu pentru ca au prescris medicamente în mod greșit din punct de vedere medical, ci pentru că MS și CNAS le-au impus în mod arbitrar obligații de prescriere medicală limitată în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate*. Drept dovadă, multe din aceste imputări au fost anulate în justiție. În acest mod este blocată o parte considerabilă a capacității corpului medical de a rezolva eficient și echitabil problemele de sănătate ale cetățenilor, accentuând consecințele lipsei forței de muncă în sistemul sanitar românesc.

De asemenea, alocarea de fonduri insuficiente pentru rezolvarea problemelor de sănătate ale pacienților este mascată prin rambursări insuficiente, nerealiste și incomplete ale serviciilor medicale, care se rasfrâng negativ asupra calității actului medical, atrăgând insatisfacția pacienților. Pentru toate aceste neajunsuri, în final, este blamat corpul medical, cu **consecințe negative majore asupra relației medic-pacient și, implicit, asupra încrederii** publice într-un corp profesional de elită.

Prezentul document analizează legislația medicală românească din perspectiva independenței profesionale și scoate în evidență că toate cele prezentate anterior sunt consecința îngrădirii independenței profesionale a medicilor. Deși aceasta este garantată de articolul 381 al Legii 95/2006, în fapt, prin multe alte prevederi, aceeași lege o îngrădește semnificativ, subordonând profesia medicală sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Calea subordonării profesiei medicale începe în 2006, când, odată cu noua Lege 95/2006, **Colegiul Medicilor din România (CMR) este transformat din organizație profesională de drept privat și de interes public, cu rol în supravegherea și reglementarea practicii medicale, în organism profesional de drept public, devenind practic o instituție a statului român.**

Aceasta schimbare, aparent subtilă și nesemnificativă reprezintă practic, din punct de vedere juridic, **„naționalizarea” principalului corp profesional medical din România.**

Ca urmare, această transformare de drept este urmată de **preluarea de către MS de la CMR a atribuțiilor de elaborare a ghidurilor de practică medicală, a protocoalelor de bună practică, fiind introduse ca noutate**

Îngrădirea independenței profesionale

- **CMR este „naționalizat” prin legea 95/2006**
- **Subordonarea corpului medical intereselor CNAS**
- **MS preia de la CMR toate atribuțiile de reglementare profesională**
- **Limitarea nejustificată a dreptului de liberă practică**

protocoloale terapeutice de prescriere limitată a medicamentelor în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care constituie baza legală a imputărilor amintite anterior. Argumentul limitării prescrierii, din perspectiva celor care au reglementat-o, a fost controlul cheltuielilor cu medicamentele din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS).

În documentul prezent, analizăm normativele legale și arătăm că *elaborarea acestor norme profesionale nu ia în considerare principiile medicinei bazate pe dovezi*. De asemenea, emiterea acestora prin ordine de ministru al Sănătății și/ sau președinte al CNAS conduce la *obligarea medicilor de a promova practici medicale neprofesionale*, fapt ce îi vulnerabilizează atât din perspectiva integrității profesionale, cât și din punct de vedere legal. În plus, arătăm că această abordare a reglementării practicii medicale *anulează practic dreptul pacienților la consimțământ informat* și *restrânge accesul unor grupuri largi de cetățeni români la îngrijiri medicale de calitate*, discriminându-i în fapt pe aceștia în materia dreptului la sănătate.

Consecințele îngădirilor profesionale

- **Medicii sunt obligați la practici medicale neprofesionale**
- **Vulnerabilizarea deontologică, legală și socială a medicilor**
- **Nu se respectă dreptul pacienților la decizii informate**
- **Scăderea accesului real la îngrijiri medicale de calitate**
- **Discriminarea unor grupuri largi de cetățeni**

Această situație descrisă mai sus poate fi corectată prin următoarele măsuri:

a) *adoptarea unei legi de exercitare a profesiei medicale separat de actuala lege a Sănătății sau de oricare altă lege viitoare care ar reglementa sistemul de asigurări de sănătate.*

Această lege a profesiei trebuie să garanteze

independența profesiei medicale față de orice sistem de asigurări de sănătate, social sau nu;

b) *introducerea în reglementările sistemului de sănătate a procedurilor de evaluare a tehnologiilor medicale (Health Technology Assessment – HTA)*, ca modalitate de control al costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate, în locul restrângerii dreptului de liberă practică al medicilor, care are consecințe negative majore asupra calității actului medical și asupra unor drepturi fundamentale ale cetățenilor. În acest fel se poate stabili un pachet de servicii medicale cost-eficient, disponibil tuturor pacienților, care să rezolve atât problema discriminării pacienților, cât și *problema subfinanțării cronice din sistemul de asigurări sociale de sănătate*.

c) modificări normative prin care *să fie excluse restricțiile profesionale din Contractul-cadru și garanții guvernamentale de respectare a drepturilor fundamentale ale cetățenilor în sistemul de sănătate din România*.

Ce trebuie făcut?

- **Lege de exercitare a profesiei care să garanteze independența profesională**
- **Introducerea procedurilor de evaluare a tehnologiilor medicale (Health Technology Assessment – HTA);**
- **Contract-cadru fără nici o restricție profesională**

În continuare sunt prezentate pe larg această analiză și propunerile noastre concrete.

PREAMBUL

În România, *independența profesională a medicilor* este garantată prin *articolul 381 din Legea 95 pe 2006*. Profesia de medic are la baza sa independența profesională a medicului, precum și *dreptul de decizie asupra hotărârilor cu caracter medical*. În limitele competențelor profesionale, medicului *nu îi pot fi aduse îngrădiri privind prescripția și recomandările* cu caracter medical. Conform legii, medicul are dreptul de a prescrie și de a recomanda pacientului tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical. Argumentele aduse de *legiuitor* pentru susținerea independenței profesionale a medicilor sunt: *asigurarea în orice împrejurări a intereselor pacientului*, caracterul umanitar al profesiei de medic și obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană precum și loialitatea față de pacientul său.

Cu toate acestea, independența profesională a medicilor este îngrădită semnificativ printr-un număr de articole prevăzute de aceeași lege. În totală opoziție cu articolul 381, aceste articole pun bazele unei *subordonări profesionale complete a medicilor față de sistemul de asigurări de sănătate*, controlat de către guvern prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate. În continuare sunt descrise aceste articole.

Îngrădirea independenței profesiei medicale și subordonarea acesteia intereselor sistemului de asigurări de sănătate începe odată cu abrogarea *Legii 306/2004 privind exercitarea profesiei de medic* de către Legea 95/2006. Aceasta schimbare aduce după sine și schimbarea organizării și funcționării CMR, *din organizație de drept privat și de interes public, în organizație de drept public*¹.

Această transformare reprezintă, în fapt, *actul de naționalizare a principalului corp profesional medical din România*. Dacă până în 2006, de

¹ Prin Legea 95/2006, Colegiul Medicilor din România, alături de Colegiul Medicilor Dentişti din România și Colegiul Farmaciştilor din România devin singurele corpuri profesionale cu organizare juridică de drept public, celelalte (asistenții medicali, avocații, notarii, etc.) fiind cu organizare de drept privat și de interes public.

la înființarea sa prin Legea 74/1995, CMR avea atribuțiile de reglementare a profesiei medicale în mod independent, de atunci și până în prezent CMR este practic o instituție a statului, reglementând doar prin delegare de către stat, iar statul poate schimba normativele CMR prin decizii politice. *Prin urmare, CMR poate acționa minimal în sprijinirea intereselor profesionale ale medicilor.* Această schimbare din drept privat în drept public a permis ulterior multiple modificări ale Legii 95/2006, care au subordonat de facto profesia medicală intereselor sistemului de asigurări de sănătate, în detrimentul profesiei și al pacienților. În continuare sunt descrise aceste modificări.

Articolul 16 litera g) din Legea 95 / 2006 atribuie *MS rolul de a elabora și implementa ghiduri clinice și protocoale de practică medicală (rol deținut anterior de CMR, similar corpurilor medicale din Uniunea Europeană).* Aceste ghiduri și protocoale sunt elaborate de comisiile de specialitate ale MS, cu *consultarea societăților medicale de profil și cu avizul consultativ al CMR.* Comisiile de specialitate ale MS sunt *organisme consultative permanente* ce funcționează în baza OMS 1355/2016. *Practic, profesionistul medical are doar rol consultativ, iar rolul decizional asupra modului în care se desfășoară actul medical aparține ministrului Sănătății,* documentele elaborate de aceste comisii de specialitate fiind supuse aprobării prin ordin de ministru (*decizie politică*).

Articolul 241, alineatul 4 din Legea 95/2006 limitează și mai mult dreptul de liberă practică a medicilor în sistemul de asigurări sociale de sănătate, prin prevederea obligației de prescriere a medicamentelor în baza unor protocoale terapeutice² care sunt diferite de protocoalele de bună practică medicală. Aceste protocoale terapeutice sunt documente ce prevăd condițiile de eligibilitate ale pacienților pentru diverse medicamente decontate din FNUASS și de nominalizare a diferitelor categorii de medici specialiști cu drept de prescriere a acestor medicamente.

² Protocoalele terapeutice sunt introduse de *Hotărârea de Guvern 720/2008* și detaliate în *Ordinul comun MS-CNAS 1301/500/2008.*

Ordinul comun al MS și CNAS 1301/500/2008 introduce *noțiunea de prescriere limitată în sistemul de asigurări sociale de sănătate*. Limitarea se referă la indicațiile de tratament cuprinse în protocoalele terapeutice și la categoriile de medici care pot prescrie medicamentele cuprinse în ordin. Astfel, oricare alți medici, care prin pregătirea lor au competența de a prescrie aceste medicamente, sunt restricționați în prescriere, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Protocoalele terapeutice de prescriere a medicamentelor compensate și gratuite sunt elaborate tot de către comisiile de specialitate consultative ale Ministerului Sănătății. Asemenea ghidurilor și protocoalelor de practică medicală, protocoalele de prescriere elaborate de comisii sunt *aprobate de ministrul Sănătății* și emise prin *ordin comun al ministrului Sănătății și al președintelui CNAS*. Ulterior, implementarea lor în relațiile contractuale cu profesioniștii se face prin intermediul Contractului-cadru.

Rezumând, ca urmare a prevederilor articolului 241, alineatul 4 al Legii 95/2006, au fost elaborate protocoale terapeutice și restricții de prescriere pentru marea majoritate a medicamentelor aprobate pentru comercializare și utilizare în România.

Alineatul 5 al aceluiași articol 241 din Legea 95/2006 întărește obligativitatea aplicării acestei prevederi legislative, stabilind măsuri punitive, în sensul că nerespectarea protocoalelor terapeutice de către medicii prescriptori se sancționează în conformitate cu hotărârile Guvernului de aprobare a Contractului-cadru și a programelor naționale de sănătate, prin sancțiuni contractuale și recuperarea contravalorii prescripțiilor medicale.

Mijlocul prin care aceste articole de lege și de normative secundare legii sunt implementate la nivelul practicii medicale este *Contractul-cadru* care reglementează furnizarea serviciilor medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Contractul-cadru este adoptat printr-o hotărâre de guvern, care are *scopul declarat de a garanta respectarea drepturilor asiguraților* în sistemul de asigurări sociale de sănătate. *Articolul 229 al Legii 95/2006* prevede că:

„(1) Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi;

(2) Drepturile prevăzute la alin.(1) se stabilesc pe baza Contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS în urma *negocierii* cu Colegiul Medicilor din România(...) și *se aprobă prin hotărâre a Guvernului(...);*”

Acest Contract-cadru reglementează modul de furnizare, finanțare și decontare a serviciilor în condițiile Legii 95/2006.

În baza alineatului (3) al articolului 241 din Legea 95/2006, Contractul-cadru introduce toate limitările de practică medicală descrise anterior, *schimbând astfel natura sistemului de asigurări sociale de sănătate dintr-una centrată pe cetățean, într-alta centrată pe interesele financiare ale sistemului de asigurări sociale de sănătate, adică ale statului.*

Acest fapt generează și o altă consecință, ce afectează direct corpul profesional al medicilor : *nerespectarea unui principiu fundamental al sistemelor de asigurări și anume separarea finanțării serviciilor medicale de furnizarea acestor servicii.*

Principiul enunțat anterior se referă și la faptul că părțile(CNAS și CMR, conform art.229, alineatul 2) implicate într-un proces de negociere trebuie să fie independente și să aibă forță de negociere egală. Prin preluarea prerogativelor profesionale de la CMR, care este reprezentantul legitim al întregului corp profesional, negocierea menționată în articolul 229 alineatul (2) devine una formală și inconsistentă, în fapt subordonând complet medicii și pacienții intereselor financiare ale sistemului de asigurări sociale de sănătate. În plus, prin adoptarea lui prin hotărâre de Guvern, Contractul-cadru devine un act administrativ al unei autorități și nu un act juridic de tip contractual, rezultat dintr-o negociere între două părți.

Consecința majoră a nerespectării principiului separării finanțării de furnizarea serviciilor medicale este subfinanțarea cronică a sistemului sanitar, pentru care este blamat pe nedrept corpul medical.

Toate prevederile legale analizate au consecințe negative pentru independența profesională a medicilor *și afectează grav drepturi constituționale fundamentale, cele la sănătate și la viața privată, a cetățenilor României, care sunt pacienții noștri.*

CONSECINȚELE ÎNGRĂDIRII INDEPENDENȚEI PROFESIONALE

LIMITARE NEJUSTIFICATĂ A DREPTULUI DE LIBERĂ PRACTICĂ A MEDICILOR

Articolul 241 al Legii 95/2006 restrânge nejustificat dreptul de liberă practică a medicilor în limita competenței profesionale și, implicit, independența profesională a practicii medicale așa cum se prevede explicit în articolul 381 al aceleiași legi. Competența profesională a medicilor este dată de pregătirea medicală de bază, de programele de rezidențiat, de cele din supraspecializări și atestate de studii complementare precum și de educația medicală continuă. Aceste forme și programe de pregătire se derulează în baza curriculei de formare profesională și se încheie prin examenele de absolvire a acestor programe. În contrast cu aceste considerente, articolul 241 din Legea 95/2006 introduce *limitarea prescrierii în sistemul de asigurări sociale de sănătate* în baza protocoalelor terapeutice. Cu alte cuvinte, medicii care au competența profesională de a prescrie anumite medicamente (frecvent medicamente uzuale) sunt restrictionați în a le prescrie, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, datorită protocoalelor terapeutice.

În plus, prin intermediul Contractului-cadru, practica medicilor este limitată la o singură specialitate, implicând ca, în condițiile în care medicul are mai multe specialități (situație obișnuită și în România), el va fi pe lista de medici prescriptori doar pentru specialitatea în care este în contract cu Casa de asigurări sociale de sănătate. În consecință, chiar dacă un medic are o specialitate care, conform protocoalelor terapeutice, îi dă dreptul de a prescrie acele medicamente, dacă acesta nu este în contract cu Casa de asigurări în specialitatea indicată de protocol, nu va avea dreptul de a le prescrie, chiar dacă are pregătirea profesională necesară. Această

fragmentare a posibilităților profesionale limitează o dată în plus, în mod nejustificat, dreptul de practică legitim al medicilor români în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, prevederile descrise mai sus intră în contradicție cu garanțiile oferite de articolul 381 al Legii 95/2006, care prevede că nimeni, în nicio împrejurare, nu poate obstrucționa independența profesională a medicilor, în limitele competențelor sale profesionale. Aceste prevederi au un impact major asupra întregii practici a medicilor, având în vedere că în România vasta majoritate a activității medicale se desfășoară în sistemul de asigurări sociale de sănătate, iar practica în afara acestui sistem are un impact minor asupra pacienților.

Ca urmare a acestor prevederi legale, mii de medici din România, de diferite specialități au primit imputări din partea Caselor de asigurări sociale de sănătate, reprezentând contravaloarea unor medicamente prescrise în afara protocoalelor terapeutice, dar în limitele competențelor lor profesionale, medicamente justificate și din perspectiva nevoilor medicale ale pacienților lor. De obicei, aceste imputări au pornit de la constatări ale Curții de Conturi și au avut ca bază nerespectarea administrativă a protocoalelor terapeutice în vigoare.

Cu alte cuvinte, medicii au acționat în beneficiul pacienților lor atât din perspectiva medicală, cât și din cea a responsabilității lor civile și deontologice față de pacienți, dar au fost sancționați pentru nerespectarea unor îngrădiri administrative care nu au legătură cu corectitudinea profesională sau cu sănătatea pacienților.

Ca dovadă a încălcării flagrante a independenței profesionale, sancționarea acestor medici e făcută de o instituție a statului (Casa de Asigurări, la cererea Curții de Conturi) și nu de către Comisia de disciplină a Colegiului Medicilor (organizație profesională apolitică, cu atribuții legale de supraveghere a practicii medicale). Ca urmare, multe dintre aceste imputări au fost anulate în justiție. Prin această limitare a dreptului de practică a medicilor români este blocată și o parte semnificativă a capitalului uman din medicina românească, accentuând lipsa forței de muncă din sistemul sanitar.

În continuare vom arăta că, dacă ar fi respectat acele îngrădiri administrative, medicii ar fi fost responsabili de practici medicale neprofesionale.

PROMOVAREA DE PRACTICI MEDICALE NEPROFESIONALE

Atât articolul 16, cât și articolul 241 ale Legii 95/2006 promovează practici medicale neprofesionale prin interzicerea judecății clinice sau a preferințelor pacienților. În prezent, prin practica medicală profesională se înțelege o practică medicală bazată pe dovezi științifice ce are ca principal scop îmbunătățirea calității îngrijirilor medicale ale pacienților. *Deși Legea 95/2006 recunoaște medicina bazată pe dovezi științifice* ca fiind baza ghidurilor clinice, protocoalelor clinice și a celor terapeutice (articolul 4 al Legii 95/2006), *în fapt, reglementările de constituire și funcționare a comisiilor de specialitate ale Ministrului Sănătății, precum și emiterea ghidurilor și protocoalelor de practică prin ordin de ministru sunt în contradicție cu principiile medicinei bazate pe dovezi.*

Este important de menționat, încă de la început, că *argumentul nostru nu se referă la probitatea profesională, științifică sau morală a membrilor comisiilor de specialitate ale MS, ci la faptul că aceste documente sunt emise prin ordin de ministru și că nu respectă principiile medicinei bazate pe dovezi.*

În prezent, standardul internațional de utilizare a dovezilor științifice pentru dezvoltarea ghidurilor clinice este review-ul sistematic. Acesta este foarte valoros din perspectiva științifică, deoarece ne dă informații la nivel populațional despre beneficiile și riscurile pe care le au diverse intervenții diagnostice sau/ și terapeutice. Pe de altă parte, aceste review-uri sistematice nu furnizează nici o informație despre câtă încredere putem acorda unei recomandări, cât de aplicabilă ar putea fi ea într-un anumit loc sau cât de acceptabilă este din perspectiva preferințelor pacienților ori a valorilor diferitelor sisteme sanitare. Pentru a depăși aceste limitări a fost

conceput un sistem de clasificare a recomandărilor numit Grading of Recommendations: Assessment, Development and Evaluation (GRADE), care permite unui grup de experți să pună în balanță beneficiile și riscurile diferitelor intervenții diagnostice și terapeutice alternative și să clasifice recomandările ca fiind puternice sau slabe. Astfel, *nicio recomandare nu are și nu poate avea valoare de obligativitate*, în așa fel încât să poată *exclude atât judecata clinică a medicului, cât și luarea în considerare a valorilor și preferințelor pacienților*. Sistemul GRADE a fost adoptat internațional de multe organizații, inclusiv de Organizația Mondială a Sănătății (*WHO Handbook for Guideline Development. Geneva: World Health Organisation; 2014*) și este considerat ca fiind standard internațional de abordare a dovezilor științifice.

Simpla emitere a unui ghid sau protocol, fie acesta de practică, fie de prescriere, prin ordin de ministru, înseamnă atât excluderea judecății clinice ce stă la baza deciziilor medicale, cât și a preferințelor pacientului, care stau la baza consimțământului lui informat. Astfel se intră în contradicție atât cu paradigma medicinei bazate pe dovezi, cât și cu legislația privind drepturile pacienților. Prin urmare, implicarea instituțională a MS în elaborarea sau adoptarea ghidurilor clinice, protocoalelor de practică medicală și a celor terapeutice sau de prescriere reprezintă atât încălcarea articolului 381 al Legii 95/2006, care garantează explicit că nimeni nu poate influența o hotărâre medicală, cât și impunerea unor practici neștiințifice medicilor.

În plus, prin *Ordinul MS 1355 / 2016*, care reglementează înființarea, organizarea și funcționarea comisiilor și subcomisiilor de specialitate ale MS, se *promovează practici neștiințifice* de elaborare a ghidurilor, a protocoalelor clinice și terapeutice. Aceste comisii au ca *singur mecanism de luare a deciziilor votul membrilor*, neexistând criterii obiective cu referire la procedurile științifice care trebuie să stea la baza realizării ghidurilor, protocoalelor de bună practică medicală sau a protocoalelor terapeutice. Pe cale de consecință, documentele elaborate de aceste comisii nu descriu

sistematic dovezile științifice și validitatea studiilor luate în considerare în procesul de elaborare a ghidurilor sau diverselor protocoale propuse spre adoptare. Prin contrast, ghidurile și protocoalele acceptate internațional au în spatele fiecărei recomandări o descriere detaliată a bazei lor științifice, demonstrând natura științifică a acestora și transparența procesului de elaborare. Ca urmare, *Ordinul 1355/2016 este în contradicție cu articolul 4, litera g din Legea 95/2006*, care prevede că ghidurile și protocoalele se elaborează în mod transparent și sistematic, prin metodele medicinei bazate pe dovezi, cu scopul orientării deciziei privind intervențiile în sănătate. De asemenea, acest ordin este în *contradicție și cu articolul 7 litera f din aceeași lege, care stipulează că deciziile de sănătate publică trebuie să se bazeze pe cele mai bune dovezi științifice existente la momentul respectiv* (sănătate publică bazată pe dovezi).

Toate prevederile legale descrise până aici limitează independența profesională a medicilor și crează inegalități în ceea ce privește drepturile diverselor categorii de pacienți. Aceasta este o consecință importantă atât din perspectiva Legii drepturilor pacientului 46/2003, cât și din cea a Legii 95/2006 care *justifică independența profesională a medicilor în ceea ce privește caracterul umanitar al profesiei medicale*. Mai mult, aceste abordări legale descrise influențează negativ Contractul-cadru, care are ca scop garantarea drepturilor asiguraților în sistemul de asigurări sociale de sănătate, drepturi ce nu pot fi contrare celor prevăzute de Legea drepturilor pacientului.

În continuare, vom arăta cum aceste prevederi legale produc efecte inegale asupra pacienților și, implicit, determină discriminare în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

ÎNGRĂDIREA DREPTULUI PACIENTULUI LA DECIZII INFORMATE

Excluderea preferințelor pacienților, prin faptul că prevederile din ghiduri și protocoale sunt obligatorii, reprezintă, de asemenea, o încălcare a *dreptului pacienților la informații și, implicit, la consimțământ informat*. Legea 46/2003, în articolul 6 prevede că pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic. Practic, existența protocoalelor terapeutice în sistemul de asigurări sociale de sănătate exclude orice alternative de tratament în afara celor prevăzute în respectivele protocoale, fapt ce face consimțământul informat doar o procedură formală, limitând drastic dreptul pacientului de a face alegeri terapeutice în sistemul de asigurări sociale de sănătate. În plus, prin nevaliditatea științifică a ghidurilor și protocoalelor, pacienții nu pot primi informații valide științific asupra beneficiilor și riscurilor pe care le au urmând acele recomandări. Prin legiferarea ghidurilor clinice, protocoalelor de practică medicală și a protocoalelor terapeutice se promovează servicii medicale la care pacienții nu consimt în cunoștință de cauză, în sensul prevederilor legale. Aceasta reprezintă, în fapt, nu numai o încălcare a unui drept fundamental al pacienților, ci și o limitare semnificativă a dreptului pacienților la servicii medicale echitabile și nediscriminatorii.

SCĂDEREA ACCESULUI LA SERVICII MEDICALE ECHITABILE ȘI NEDISCRIMINATORII

Asigurarea accesului cetățenilor la servicii medicale echitabile reprezintă o obligație legală a MS, în România. Articolul 167 al Legii 95/2006 prevede că MS reglementează și aplică măsuri de creștere a eficienței și calității serviciilor

medicale și de asigurare a accesului echitabil al populației la serviciile medicale. În contradicție, articolul 241 al Legii 95/2006 conduce la reale inechități de acces la servicii medicale ale diverselor categorii sociale din România.

Protocoalele terapeutice, în marea lor majoritate, restricționează dreptul medicilor de a prescrie medicamente, mai mult sau mai puțin uzuale. E vorba de medici aparținând specialităților cu reprezentare numeroasă și cu distribuție teritorială mai echitabilă. Astfel prescrierea acelor medicamente este permisă doar specialiștilor din domenii mai înguste, care sunt în număr mai mic și care practică mai ales în orașe reședință de județ. Este cunoscut că în România peste 60 % dintre medici profesează în 10 orașe mari (centre universitare). În plus, în mediul rural profesează în special medici de familie și foarte rar medici de alte specialități. Protocoalele terapeutice obligă pacienții ce locuiesc în aceste zone rurale sau din orașele mici să se deplaseze pe distanțe mari, cu efort fizic și material considerabile, pentru a avea acces la prescripțiile medicale de care au nevoie. La aceasta se adaugă faptul că zona rurală și orașele mici au un nivel de sărăcie semnificativ mai mare, astfel că mulți pacienți ce locuiesc în aceste zone rămân fără un acces real la servicii medicale. Este, fără doar și poate, consecința negativă a limitărilor nejustificate aduse de protocoalele de prescriere. În absența acestor restricționări, pacienții ar avea un acces semnificativ crescut la servicii medicale, deoarece *limitarea dreptului de liberă practică al medicilor este doar de natură administrativă, nejustificată de educația și competențele profesionale ale medicilor.*

În acest mod se creează o discriminare a pacienților noștri, ceea ce reprezintă o încălcare a articolului 3 al Legii drepturilor pacientului 46/2003, care prevede că pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare. Nu numai că se impun costuri crescute de acces unor largi categorii de pacienți, dar aceștia au și vulnerabilitatea unui nivel socio-economic mai scăzut, comparativ cu semenii lor din orașele-reședință de județ sau din marile centre universitare.

Categoric, aceste consecințe contravin caracterului umanitar al profesiei medicale, de respectare a intereselor pacienților în orice împrejurare, descris de legiuitor în art.381 al Legii 95/2006.

Pe cale de consecință, considerăm că raționalizarea costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate trebuie să fie făcută într-un mod care să nu influențeze negativ practica medicală, să nu priveze pacienții de cea mai bună terapie posibilă și să nu conducă la discriminarea pacienților.

POZIȚIA COLEGIULUI MEDICILOR IAȘI

Drept consecință a argumentației prezentate și cu deplin respect pentru drepturile constituționale ale cetățenilor la sănătate și la viață, considerăm imperios necesare și urgente următoarele demersuri:

ADOPTAREA UNEI LEGI DE EXERCITARE A PROFESIEI DE MEDIC CARE SĂ GARANTEZE INDEPENDENȚA PRACTICII MEDICALE, PRINTR-UN ACT SEPARAT DE LEGEA 95/2006 SAU DE ORICARE ALTĂ VIITOARE LEGE CARE PRIVEȘTE ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE (SOCIALE SAU NU)

Profesia medicală trebuie să garanteze cetățenilor servicii medicale de cea mai bună calitate. Această garanție nu poate exista în afara independenței profesionale a corpului profesional. În acest sens, considerăm că *organizarea și funcționarea CMR trebuie să fie similară celorlalte organizații ale profesiilor liberale din România și anume una bazată pe dreptul privat, apolitică și de interes public, cu scopul reglementării și supravegherii practicii medicale.*

Ghidurile și protocoalele de bună practică trebuie elaborate și fundamentate în mod științific de către *societățile profesionale sau de instituții științifice autonome și apolitice* (precum NICE - The National Institute for Health and Care Excellence, din Marea Britanie), care să permită și judecata clinică, și luarea în considerare a preferințelor pacienților, dar fără vreo implicare politică, cum e cazul emiterii acestor documente prin ordine de ministru.

În plus, *stabilirea competențelor profesionale ale medicilor trebuie să fie exclusiv sub jurisdicția CMR, ca parte intrinsecă a atribuțiilor de acordare a dreptului de liberă practică, de reglementare și supraveghere a practicii medicale.*

Nu în ultimul rând, Colegiul Medicilor din România trebuie să aibă rol de negociator cu CNAS sau orice altă casă de asigurări de sănătate în

vederea stabilirii unui *just echilibru între prestațiile profesionale ale medicilor (pentru care CMR trebuie să garanteze) și rambursările CNAS pentru acestea*, în limitele unui pachet de servicii medicale cost-eficient pe care CNAS trebuie să îl stabilească prin procedurile de evaluare a tehnologiilor medicale. Guvernul României trebuie să aibă ca unic rol garantarea drepturilor fundamentale ale cetățenilor în sistemul de asigurări sociale de sănătate. În acest fel, *principiul separării furnizării serviciilor medicale de cel al finanțării acestora va fi respectat, conducând în final la un sistem de sănătate centrat pe cetățean.*

INTRODUCEREA PROCEDURILOR DE EVALUARE A TEHNOLOGIILOR MEDICALE (HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT) PENTRU UTILIZAREA RAȚIONALĂ A FONDURILOR

În vederea *respectării principiului separării furnizării serviciilor medicale de cel al finanțării acestora este imperios necesară introducerea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate a procedurilor de evaluare a tehnologiilor medicale (Health Technologies Assessment, HTA)*, ca modalitate de promovare a cost-eficienței în sistemul de asigurări de sănătate. Aceasta este modalitatea corectă de utilizare rațională a fondurilor sistemului de asigurări de sănătate și nu limitarea dreptului de liberă practică a medicilor.

Organizația Mondială a Sănătății definește evaluarea tehnologiilor medicale (HTA) ca fiind verificarea sistematică a proprietăților, efectelor și/ sau implicațiilor tehnologiilor. Este un proces de evaluare multidisciplinară a aspectelor sociale, economice, organizaționale și etice ale tehnologiilor medicale, având ca scop fundamentarea politicilor de sănătate, în vederea realizării unui pachet de servicii cost-eficient accesibil tuturor cetățenilor, fără discriminare.

Această procedură conduce la realizarea unui pachet de servicii medicale cost-eficient disponibil pentru toți pacienții, fiind în

concordanță atât cu articolul 2 al Legii 46/2003, care stabilește că pacienții au dreptul la îngrijirile medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale ale societății, cât și cu articolele 229 și 230 ale Legii 95/2006, care prevăd că cetățenii au dreptul la pachete de servicii medicale în condițiile legii și în mod nediscriminatoriu.

În concluzie, *respectarea principiului separării furnizării serviciilor medicale de finanțarea acestora*, care implică, pe de o parte, realizarea unui pachet de servicii medicale cost-eficient și, pe de altă parte, o negociere reală a prețului acestora între CMR și CNAS, *ar putea contribui major la finanțarea adecvată a sistemului sanitar românesc, rezolvând problema subfinanțării cronice actuale.*

ÎNLĂTURAREA RESTRICȚIILOR DE PRACTICĂ PROFESIONALĂ DIN CONTRACTUL-CADRU

Considerăm esențială eliminarea oricaror prevederi legate de practica profesională din Contractul-cadru. Finanțarea sistemului de asigurări sociale de sănătate trebuie să aibă în centrul său interesele și drepturile pacienților noștri.

Astfel, apreciem că statul trebuie să garanteze respectarea drepturilor pacienților, prin finanțarea unui pachet de servicii medicale cost-eficient, iar garanția profesionalismului medicilor trebuie să fie asigurată de CMR, prin atribuțiile sale de autorizare, reglementare și supraveghere a practicii medicale.