

# Observ. Sănătate

13 Martie 2015 | Anul 1, No. 1

## În această ediție

**Florin Chirculescu: Medicii să aibă treptele de salarizare pe care le are un judecător - interviu**

### Focus

### Sănătatea în cifre

### Proces Legislativ

- Tudor Ciuhodaru propune crearea unui Program Național de Stimulare a Natalității
- Scutiri de la plata contribuției de sănătate

### Revista presei

## Florin Chirculescu: Medicii să aibă treptele de salarizare pe care le are un judecător.

*Interviu cu Ministrul Sănătății  
dr. Nicolae Bănicioiu*

**Medicul Florin Chirculescu, specialist în chirurgia toracică, crede că medicii ar trebui să fie plătiți precum judecătorii pentru că atât unii cât și alții au profesii care se leagă de valori fundamentale, viață și dreptate. El crede că Înalta Curte de Casație și Justiție, prin decizia de a păstra medicii în corpul funcționarilor publici, și-a creat un ascendent asupra corpului medical și este și ipocrită pentru că judecătorii ca și politicienii când au o problemă dau telefoane. “Gândiți-vă că DNA termină cu politicienii și începe să-i caute pe medici din cauza plicului. Medicii nu ies în stradă, sunt și dezamăgiți și-au bătut toți joc de ei, inclusiv șefii lor. Și ce va face? Va pleca și cine va rămâne se va uita la ceas. Și pleacă acasă, ca orice funcționar public” spune Florin Chirculescu. El mai susține că, în lipsa banilor, plicurile au ținut în picioare sistemul medical“.**



*foto AGERPRES*

**I.L. : Sunt prevăzute fonduri? Pentru câte dintre noile medicamente în 2015?**

**Florin Chirculescu:** S-ar putea să sune prețios, dar delimitează destul de bine ce înseamnă a fi medic și implicit de ce trebuie el să fie plătit într-un anumit fel. Viața medicului începe acolo unde se termină normalitatea dvs. Câtă vreme vreme lucrurile sunt normale, ești sănătos și supărat de șpăgi, de așteptare. Atunci când ajungi tu pacient vezi altfel lucrurile, din interiorul sistemului. Sigur că te supără dacă un medic se poartă urât sau chiar îți cere direct bani. Asta e o mizerie, nu avem ce să discutăm. Dar începi să înțelegi că lucrurile nu sunt chiar așa de simple. Noi

*Dacă vorbim despre statutul medicului și despre cum ar trebui el să fie plătit nu ne putem gândi doar la criteriile astea cantitative: e o muncă stresantă, muncеște peste program, trebuie să ia decizii rapide. Medicul intervine în ceva ce este foarte profund ființei umane*

medicii ne desfășurăm activitatea într-un mediu plin de noxe, prima fiind stresul. În orice alt job, mai puțin la piloți sau în domeniul militar, dacă nu-ți vine un rezultat pe loc fumezi o țigare, te duci la WC, te gândești, la noi n-ai timp. Ți-ai aprins o țigare, moare pacientul. Mai ales în joburile chirurgicale, îți trebuie soluția

pe loc. Este extrem de consumator. În ciuda aparențelor în spitale se lucrează mult, mai mult decât se crede, contracronometru, peste program. Așa am fost educați, făceam gărzi una după alta, așa înveți meseria asta. Ajungem la partea filosofică: e un om care are o suferință majoră, îl faci măcar să nu-l mai doară. Dacă vorbim despre statutul medicului și despre cum ar trebui el să fie plătit nu ne putem gândi doar la criteriile astea cantitative: e o muncă stresantă, muncește peste program, trebuie să ia decizii rapide. Medicul intervine în ceva ce este foarte profund ființei umane și nu cu instrumente din aritmetică, sunt soluții care nu-ți dai seama de unde vin, din cunoaștere, din experiență. Mi s-a făcut rău când am văzut cât câștigă un actor. Acest fapt m-a făcut să fiu ceva mai modest.

**I.L: Societatea are o evaluare a prestației umane din actul medical?**

**F.C:** În alte țări există, la noi nu. Ești medic, statul nu prea te compensează dar toată lumea știe că există căile alternative de rezolvare, iar problema apare în spațiul public formulată în termeni de corupție. După ce umblă în tine și te salvează de la moarte, doctorul merită și el ceva. Măcar trebuie să aibă liniștea ca să se gândească la plămâni tăi sau la cordul tău când te operează. Ca dacă el se gândește că nu are cu ce să se îmbrace sau ce să mănânce poate nu mai este la fel de atent la tine ca pacient. Au fost niște negocieri pe vremea lui Boc, 5,7 pe o scală de la 1 la 15 era salariul maxim pe care îl putea obține un medic la finalul carierei sale. Dacă la finele carierei eu nu merit decât 30% din scala de salarizare a României, atunci de ce-mi ceri să te fac bine, de ce mă înjuri când greșesc? Când mergeam la negocieri eram alături de mineri, de pietrari, fiecare meserie este respectabilă, cum să spun eu în prezența lor că sunt mai deștept ca ei?. La noi Cosma și Damian sunt puși deasupra lui Hipocrat. S-au contopit Cosma și Damian, sfinții doctori fără de arginți, cu Hipocrat și a reieșit că noi trebuie să trăim fără de arginți. Nu se poate.

**I.L: Ați spus că în alte state există această evaluare. Unde se situează medicul în arhitectura ocupațională?**

**F.C:** Am avut o o întâlnire cu medicii europeni care se plâneau de același lucru: transformarea medicului în funcționar, de atacurile la adresa corpului medical, de expectațiile mult prea mari ale publicului. Cred că aceste fenomene vin de la transformarea actului medical în industrie. Actul medical a devenit generator de profit pentru cei care dezvoltă tehnologii, pentru industria pharma, pentru asigurători. Și fiind un generator de profit trebuie să fie profitabil și trebuie să respecte norme care sunt extrapolate din alte sisteme. Un britanic a făcut o afirmație foarte interesantă care m-a pus pe gânduri: sănătatea publică este o insulă de socialism într-o mare a pieței libere. Pe mulți poate să-i enerveze, dar când începe să te coste și pe tine care ești sănătos și vrei doar piață liberă, e mai bine să privești lucrurile holistic.

**“Există ceva ce nu și-ar permite să etaloneze prin DRG: salariul, venitul medicului”**

**I.L: Sunt ultimele scheme de tratamente pe piață sau sunt generații mai noi care nu sunt accesibile din cauza prețurilor?**

**F.C:** Un profesor a făcut asta în New Jersey prin anii 70, a inventat DRG-urile (Diagnosis Related Groups – DRG, tarif pe caz) El a constatat că există o discrepanță între cererea de sănătate și capacitatea sistemului de îndeplini aceste așteptări. El a găsit interfața bani prin care a etalonat proceduri și diagnostice. Dar a spus că există ceva ce nu și-ar permite să etaloneze prin DRG: salariul, venitul medicului despre care a spus că este necuantificabil. Știți care este operația care se află pe locul 2 sau 3 ca valoare? Traheostoma. Dacă ai făcut vreo zece și nu

*Cinteză ne-a chemat pe cei din comisiile de specialitate să facem protcoalele. Noi am convenit să le facem ca la carte. Nu ne-a mai chemat niciodată la discuții, pesemne că l-a avertizat cineva, “vezi că nu vei avea bani să le plătești”. Sistemul trebuie să fie capabil să preia tot ce înseamnă caz medical și este și el părtaș la povestea asta cu malpraxisul*

ești bătut în cap o faci și cu spatele. E o operație simplă. Valoarea DRG nu reflectă complexitatea unui act chirurgical. DRG este făcut pentru evaluarea resurselor care se adună în spatele unui caz care are un diagnostic anume și o anume procedură de rezolvare. Asta cuantifică, nu munca nu cunoașterea, nu experiența implicate acolo.

**I.L:** *La un moment dat se vorbea despre introducerea standardelor de cost în sănătate. Există la ora actuală astfel de standarde?*

**F.C:** Nimeni nu a evaluat costurile. Noi nu știm cât costă o boală, că n-a calculat nimeni. Dar și dacă ar exista ar fi greu de aplicat pentru că sistemul nu este omogen, nu oferă la Vaslui aceleași servicii ca la București.

**“Putem să facem transplanturi, să facem articulații dar există și eșecuri”**

**F.C:** Mi se pare că există o discrepanță între responsabilitatea care e pusă pe umerii medicilor, corupție, malpraxis, și ceea ce i se oferă medicului: condiții, salariu. F.C.: Malpraxisul are patru condiționări. Prima este medicul. El trebuie să aibă la dispoziție o infrastructură care să-i permită să acționeze. De aceea, în țările civilizate spitalul are părtaș la malpraxis. Al treilea element este sistemul însuși. În 2006 Cintează ne-a chemat pe cei din comisiile de specialitate să facem protocoalele. Noi am convenit să le facem ca la carte. Nu ne-a mai chemat niciodată la discuții, pesemne că l-a avertizat cineva, “vezi că nu vei avea bani să le plătești”. Sistemul trebuie să fie capabil să preia tot ce înseamnă caz medical și este și el părtaș la povestea asta cu malpraxisul. Vă dau un alt exemplu: într-un oraș capitală de județ nu există RMN. Îi faci pacientului cu traumatism cranio-cerebral un protocol separat? S-a întâmplat cu baschetbalistul american, la 60 de km de București. Sistemul trebuie să spună: la traumatismul cranio-cerebral faci RMN sau CT și dacă nu le am ce pun în loc. Al patrulea picior pe care stă malpraxisul este pacientul. În țări mult mai civilizate ca noi cetățenii trebuie să-și facă analize periodice, o femeie însărcinată trebuie să se prezinte la consult. Nu s-a dus? Începe să o coste bani din buzunar. La noi a zis Bănicioiu că dacă nu-ți faci screening la trei ani, mi se pare oricum foarte mult, plătești. Comentariile au fost: sunt liber, sunt stăpân pe corpul meu. Toți acești factori sunt legați, începând de la medic, trecând prin spital și sistem și ajungând la pacient, sunt legați financiar. Pe toți ne interesează ca întregul sistem să fie funcțional.

**I.L:** *Există și așteptarea din partea societății, dar și în sistemul medical, ca moartea să fie amânată sau anulată de către sistemul medical. Moartea nu mai este așa și-a fost scris ci mai degrabă un eșec al medicinei?*

**F.C:** Există acest mit la nivelul societății și sunt și medici care-l întrețin. Eu nu fac parte dintre ei. Care e sorginea acestei opinii? Are și presa o vină și filmele au o vină. Pentru că în filemele americane totul se termină cu happy end aflăm numai de cazurile care ies bine. Nu e așa. Am un prieten care a fost trimis din Germania la o specializare la o somitate de la Harvard. După două luni sună și spune că se întoarce pentru că și acolo se fac aceleași lucruri dar și că medicul respectiv își selecționează cazurile. Statistic nu e corect, nu-ți prezinți statistica doar pe cazurile selectate. Industria americană de film a creat percepția că lucrurile sunt rezolvabile. Este și perioada asta proastă că totul este cuantificabil, o domnie a cantității cum spunea Guenon. Societatea are în general așteptări mult prea mari de la medicină iar aici mult mai mari decât putem noi oferi. Pentru cetățeanul standard, telefonul e mai important decât sănătatea, modul în care iese în lume e mai important decât sănătatea. Iar atunci când se îmbolnăvește se raportează la percepția generală, că trăim în cea mai frumoasă dintre lumi, că totul se poate rezolva. Putem să facem transplanturi, să facem articulații, dar există și eșecuri.

**“Gândiți-vă că DNA termină cu politicienii și începe să-i caute pe medici din cauza plicului”**

**I.L:** *Înalta curte a decis că mediul este funcționar public ca să poată fi inculpat pentru corupție. Nu este aceasta o decizie anticorupție care întreține corupția?*

**F.C:** Fără discuție. E o prostie. E o decizie care le-a permis să păstreze ascendența asupra corpului medical, atât, ea nu rezolvă nimic. Gândiți-vă că DNA termină

cu politicianii și începe să-i caute pe medici din cauza plicului. Medicii nu ies în stradă, sunt și dezamăgiți și-au bătut toți joc de ei, inclusiv șefii lor. Și ce va face? Va pleca și cine va rămâne se va uita la ceas. Și pleacă acasă, ca orice funcționar public. Și mă sună și domnul de la Înalta Curte de Casație și Justiție. Judecătorii de la Înalta Curte dau telefon când au nevoie de medic. Pe ei nu-i interesează și ei pot să dea un telefon iar medicul respectiv vine din timpul lui liber ca să-l rezolve pe domnul de la Înalta Curte de Casație și Justiție. Nu e o mare problemă că vii și pentru oameni obișnuiți. Nu spun că sunt toți în bloc niște ipocriți dar dacă m-ar chema eu i-aș întreba: în ce calitate vin să vă văd ca funcționar public sau ca medic. Dacă medicii ar începe să-și respecte programul cu adevărat, n-ar lua mai mult de trei, patru săptămâni ca să iasă o răzmeriță a pacienților. Statul face niște economii formidabile și-l are tot timpul pe medic la dispoziție pentru că oricând un medic este atacabil pe problema plicului. La întâlniri cu prim-miniștri, politicieni, am spus că vom ajunge să avem 15 000 de medici în țara asta și niște indici de sănătate îngrozitori. Cine e vinovat pentru asta? Nu medicii, că ei au plecat din țară, nu au cum să fie vinovați în absență că voi nu ați făcut politici 25 de ani. Erau opaci, nu pricepeau. De ce? Orice politician dă telefon când nu pleacă direct afară. Ei știu că sunt puși la adăpost de telefoane și nu mai sunt interesați de funcționalitatea sistemului.

***I.L: Trebuie să ne raportăm la alte sisteme, atunci când vorbim despre veniturile medicilor?***

**F.C:** Nu, m-aș raporta la România. Noi avem un anumit PIB. Nu pot cere eu în România bani ca în Germania. Vă dau un exemplu: Polonia a trecut prin problema noastră, acum zece ani și s-au golit spitalele. Au început să se întoarcă în Polonia când li s-au dublat salariile, chiar dacă acestea nu erau la nivelul din marea Britanie sau Germania. Nu-i plăcut să pleci să lucrezi afară.

**“Aceste plicuri au ținut sistemul în picioare”**

***I.L: Cât ar trebui să fie în opinia dvs venitul unui medic în România?***

**F.C:** Din punctul meu de vedere: să aibă exact treptele pe care le are un judecător la salariul de bază. Pentru că responsabilitatea este comparabilă, gândirea în rezolvarea unui caz medical cât și al unei spețe nu e un lucru simplu. Responsabilitatea este cumplită la medici și la judecători sunt meserii care se raportează la valori fundamentale, viață moarte, dreptate, nedreptate. Am ajuns la calitate. Ne deranjează nedreptatea, ne îndurerează moartea sau suferința celor apropiați. Și din momentul acela putem să discutăm despre nedreapta luare. Alminteri, e ipocrie. Din punctul meu de vedere aceste plicuri au ținut sistemul în picioare. Eu știu că spun un lucru rău și supărător. Nu pot să fiu de acord cu acele plicuri, pe de altă parte nu aș putea să fiu ipocrit să spun că nu-l aștept. Mi se pare profund incorect să ceri bani, să condiționezi actul medical, să spui un tarif. Dar trebuie să recunoaștem: plicurile ne țin peste program, nu suntem martiri, suntem indivizi care avem o meserie de care suntem foarte mândri dacă nu ești orgolios ca medic nu ai cum să fii un medic bun. Dacă nu ești orgolios nu te apuci să rezolvi cazuri grele. Când rezolvi un caz greu, plutești, când pierci un pacient e o tragedie personală. Măcar pentru chinul ăsta trebuie plătit un medic.

*Mi se pare profund incorect să ceri bani, să condiționezi actul medical, să spui un tarif. Dar trebuie să recunoaștem: plicurile ne țin peste program, nu suntem martiri, suntem indivizi care avem o meserie de care suntem foarte mândri dacă nu ești orgolios ca medic nu ai cum să fii un medic bun.*

## Cât costă viața unui român? Despre malpraxis

*16 august 2010, ora 18.30, maternitatea Giulești. La etajul doi izbucnește un incendiu în salonul de terapie intensivă în care se aflau, în incubatoare, 11 bebeluși născuți prematur. Trei nou-născuți au fost declarați morți chiar în acea seară, alți trei în spitalul Grigore Alexandrescu mai târziu. Ceilalți cinci copii au avut și ei arsuri grave pe corp, dar au supraviețuit. Cauzele acestei drame medicale au fost descoperite de către procurori: un ștecher supraîncălzit de la o instalație de aer condiționat defectuos reparată și patru minute întârzierea asistentei de la salonul de neonatologie care ieșise la toaletă.*

Cinci ani mai târziu, în aprilie 2015, instanța de judecată stabilește prin sentințe definitive vinovații și despăgubirile. Asistenta Florentina Cârstea a fost condamnată definitiv la doi ani și două luni de închisoare cu executare, fostul manager Bogdan Marinescu la șase luni de închisoare cu suspendare, electricianul Gigel Oprea la un an de închisoare cu suspendare. Cei implicați, spitalul, Ministerul Sănătății și Primăria Municipiului București trebuie să plătească în solidar victimelor și familiilor copiilor decedați despăgubiri în valoare de 4.231.500 de euro, din care doar 510 000 de euro sunt acoperiți de asigurările de malpraxis.

O ironie a sorții în această tragedie care developează parcă toate disfuncționalitățile din sistemul de sănătate românesc: anestezistul Florin Catalin Rusu de la Spitalul Grigore Alexandrescu, decorat în decembrie 2010 de către președintele Traian Basescu cu ordinul național serviciu credincios în grad de cavaler pentru salvarea bebelușilor supraviețuitori, avea să fie în 2013 reținut și inculpat pentru luare de mită.

Un ștecher, patru minute, șase nou-născuți morți, o condamnare la închisoare cu executare și 4.231.500 de euro despăgubiri, astfel poate fi rezumat cel mai grav caz de malpraxis din România. Justiția a făcut dreptate, dar culpele individuale sunt încă puse sub semnul întrebării, mai ales în sistem. Au fost neglijențe în serviciu sau probleme sistemice care se pot repeta oriunde, oricând? În cazul accidentelor aeronautice fiecare catastrofă atrage după sine îmbunătățiri tehnologice și procedurale la nivel global. La fel și în cazul accidentelor nucleare. Și astfel se întâmplă și în medicină, dar nu în România unde banii sunt numărați până la ultimul leu, protocoalele sunt aproape imposibil de respectat din cauza lipsei resurselor iar medicii nu mai au timp - și nici nu mai există o cultură - să evalueze cazurile postfactum.

## Comaniile de asigurări fac profituri din malpraxis

*În România asigurarea de bază pentru malpraxis acoperă doar următoarele riscuri: prejudiciile produse prin săvârșirea unor acte de neglijență care au drept rezultat vătămări corporale, îmbolnăvirea sau decesul pacienților ori pagube materiale la bunurile aparținând acestora și cheltuielile de judecată pentru procesul civil. Pentru clauza "Daune morale" practicianul sau spitalul trebuie să plătească suplimentar*

Cei mai mulți pacienți se adresează direct justiției, din motive analizate mai jos, iar instanțele au dispus, în unele cazuri, plata despăgubirilor de către Comaniile de Asigurări sau de la bugetele local și central. Totuși cuantumul despăgubirilor

acordat de instanțe este net inferior sumelor colectate de către companiile de asigurări de la cadrele medicale și spitale. Adică aceștia din urmă adună puțin din multe surse: un chirurg plătește aproximativ 50 de euro pe an iar un spital comunal sau municipal între 200 EUR (prima pentru unele spitale comunale și municipale) și 3.500 de EUR, potrivit datelor de la Uniunea Națională a Asigurătorilor din România, cu mențiunea că o clinică privată poate plăti și până la 200.000 EUR. Sumele asigurate variază între 100.000 și 500.000 de EUR, în funcție de tipul de spital, evaluează UNSAR.

Pe baza răspunsurilor primite de la Autoritatea de Supraveghere Financiară, senatorul liberal Valeriu Todirașcu, care este și autorul unei noi legi a malpraxisului adoptată de Senat, a făcut calculele. Între 2011 și 2014 companiile de asigurări au plătit ca daune 11 745 739 de lei, iar la finalul anului trecut acestea aveau ca rezervă pentru daune privind malpraxisul în jur de 19 milioane de euro. În statele americane și cel central-vest europene malpraxisul a devenit un risc aproape neasigurabil din cauza despăgubirilor care depășesc sumele asigurate de practicieni și spitale, iar companiile s-au retras de pe această piață.

Cea mai mare daună a fost stabilită de instanță pentru un cetățean infectat cu HIV în sistemul medical în urmă cu 24 de ani în valoare de 1 milion de euro, iar în cazul unei infecții intraspitalicești cu stafilococ auriu dauna stabilită de instanță a fost de 500 000 euro. Instanțele au stabilit astfel niște standarde, orientative atât pentru medici și spitale cât și pentru pacienți, deși practica este neunitară. În Olanda de exemplu despăgubirea cea mai mare este de 2,5 milioane de euro, iar judecătorii nu decid niciodată un quantum care să depășească această sumă. În Suedia cea mai mare despăgubire acordată unui pacient a fost de 800 000 de euro.

Spre deosebire de Statele Unite, unde personalul medical și spitalele se asigură la companii private, acest model fiind implementat și în România, în Uniunea Europeană există fonduri mutuale non-profit ale spitalelor, medicilor ori pacienților sau publice. În Suedia fiecare regiune trebuie să plătească 5 euro pe locuitor, pe an, la un fond mutual care ulterior va achita despăgubirile pentru malpraxis. În Danemarca despăgubirile sunt plătite de regiuni, din bugetele proprii. În Franța guvernul plătește pentru pierderea unor funcționalități într-un grad mai mare de 25%.

*“Înainte de 89 exista o instituție în spitalele românești, un fel de zi a morților. Doctorii se întâlneau să vorbească despre morții lor. Se întrebau: de ce a murit ăla, ce s-a întâmplat? La un moment se stabilea: așa i-a fost scris sau mai puteam să facem aia și aia. Astăzi aceste discuții nu mai au loc ceea ce din punctul meu de vedere este un minus”.*  
Florin Chirculescu

## Condițiile necesare ca asigurările de malpraxis să funcționeze

România are o lege a malpraxisului care datează din 2006 și care încearcă să prevină deschiderea unor procese îndelungate și costisitoare. Procedura de despăgubire actuală prevede o analiză a sesizării unui caz de malpraxis de către o comisie ce funcționează pe lângă Direcțiile de Sănătate Publică Județene sau a Municipiului București, iar plata despăgubirii se stabilește prin negociere între pacient, spital și compania de asigurări. Cu alte cuvinte legea malpraxisului are la bază filosofia ‘no fault’ care nu își propune să stabilească vinovății individuale, dar asigură despăgubirea pacientului vătămat sau a moștenitorilor acestuia.



Deși procedura de negociere este reglementată, la fel ca în Statele Unite, cei mai mulți pacienți care se consideră vătămați se adresează instanței. De aceea a apărut în spațiul public o cultură a vinei medicilor, iar sistemul s-a deplasat de la “no fault” spre modelul american “name, blame and shame”, adică spre stabilirea unor vinovății individuale în procese publice (în SUA chiar în fața curților de jurați rezervate proceselor penale). Motivul este ineficiența comisiilor: comisiile apelează la experți județeni a căror angajare este grevată de plata unor taxe de expertiză inaccesibile majorității populației, atât ca termen de plată cât și cauzant. Ca urmare, pacienții victime ale unei situații de malpraxis evită această procedură și recurg direct la sesizări penale.

În statele europene (Suedia, Danemarca) care au introdus despăgubirea administrativă prin mediere în fața unei comisii speciale, fără implicarea asigurătorilor privați și fără învinovățirea practicianului sau spitalului, raportarea cazurilor de malpraxis a crescut. Cooperarea medicilor, eliberați de “name, blame and shame”, în procesul de evaluare a greșelilor a condus la mutarea perspectivei de la individ la sistem (rutine, protocoale, organizare) și la un mai bun management al riscurilor. În unele state europene au fost create baze de raportare a evenimentelor adverse, în Danemarca fiind adoptată o lege a raportării anononime a greșelilor medicale. În Marea Britanie și în Danemarca a fost introdusă o procedură numită “Roots Cause Analysis” prin care se răspunde întrebării: de ce o eroare medicală se repetă de atâtea ori. În România exista înainte de 1989 în spitale un fel de zi a morștilor în care medicii își evaluau eșecurile, poveste medicul Florin Chirculescu, specialist în chirurgie toracică la Spitalul Universitar din București.

Actuala lege limitează drepturile pacienților care nu au acces la documentele medicale. Asta nu înseamnă că nu se interesează de ele. Un medic spune că aproape toți pacienții pleacă din spital cu fișele de observație.

Un chirurg, meseria cea mai expusă acuzațiilor de malpraxis, plătește anual în jur de 50 de euro, suma asigurată fiind foarte mică. “E mai puțin decât RCA-ul pentru o mașină”, constată un medic sub anonim. “În România nu se respectă protocoalele, esențiale în stabilirea malpraxisului, pacienții nu le cunosc iar companiile de asigurări profită de haosul din sistem, constată același medic. Florin Chirculescu crede că respectarea protocoalelor este aproape imposibilă cu actualele bugete pentru sănătate și vine cu un exemplu: “Într-un oraș capitală de județ nu există RMN. Îi faci pacientului cu traumatism cranio-cerebral un protocol separat? S-a întâmplat cu baschetbalistul american, la 60 de km de București. Sistemul trebuie să spună: la traumatismul cranio-cerebral faci RMN sau CT și dacă nu le am ce pun în loc”.

Concluzia o formulează același medic sub anonim: asigurările de malpraxis vor funcționa atunci când în sistem vor fi mai mulți bani.

## Concurență între proiectul MS și proiectul opoziției

*În 2014 ministrul Sănătății Nicolae Băncicioiu promitea o nouă lege care să deblocheze sistemul de asigurări de malpraxis. Proiectul menține sistemul asigurărilor private și implică asigurătorul în medierea prealabilă. Pacientul dobândește dreptul de acces la toate documentele medicale. De asemenea proiectul prevede asigurarea și pentru daune morale a personalului medical, dar și obligativitatea pentru unitatea sanitară publică să plătească un procent, nemenționat, din prima de asigurare a cadrelor medicale angajate.*

Ministerul Sănătății se angaja că prin Hotărâre de Guvern va reglementa unitar cuantumul despăgubirilor morale (inclusiv limite maxime), fapt ce ar garanta, în opinia Ministerului Sănătății, o reparație echitabilă tuturor pacienților afectați, ar aduce primele de asigurare la valori care pot fi susținute de către medici și unități sanitare, ar oferi o predictibilitate a sumelor ce trebuie plătite ca daune de către asiguratorii și ar reduce riscul de apariție a blocajelor financiare.

Deși proiectul există acesta nu a ajuns încă în Parlament, iar opoziția prin Valeriu Todirașcu a susținut un alt proiect de lege care a trecut la mijlocul lunii aprilie prin Senat și urmează să fie discutat în Camera Deputaților, cameră decizională. Prevederile legii Todirașcu au fost considerate revoltătoare de către asociațiile de pacienți din cauza limitării despăgubirii la 32 000 de euro și obligativitatea pentru pacientul vătămat a declanșării procedurii de malpraxis în 12 luni de la producerea evenimentului advers.

## **Excesele în domeniul malpraxiului**

În Statele Unite, în care funcționează sistemul “name, blame and shame”, există o întreagă literatură care analizează consecințele proceselor de malpraxis asupra sistemului medical american. Primul efect advers este medicina defensivă în care medicii recomandă teste diagnostic sau tratamente care nu sunt cea mai bună opțiune pentru pacient dar care-l protejează pe medic de acuzațiile de malpraxis. Medicul evită să performeze proceduri riscante sau selectează cazurile care prezintă riscuri mai mici. “Ai două cazuri cu diagnostice similare. Dacă intervi într-un caz îl termini pe pacient, în celălalt nu. Îl alegi pe cel în care ști, și după ani de experiență ști, pe care nu-l termini. Pe coasta de Est a Statelor Unite 90% din medici practică medicina defensivă”, atrage atenția Florin Chirculescu asupra consecințelor acuzațiilor de malpraxis excesive. Un alt efect pervers este reducerea numărului de medici în specialitățile cele mai expuse acuzațiilor de malpraxis, cum ar fi neurochirurgia sau ginecologia. Iar al treilea, creșterea costurilor în sistem care va face mai multe teste decât sunt necesare pentru stabilirea unui diagnostic, pentru a evita acuzațiile de malpraxis.

## **Medicalizarea morții sau arta occidentală de a muri**

Creșterea numărului de acuzații de malpraxis reflectă și o mutație profundă în concepțiile omului contemporan despre viață și moarte care își au originea în mitul progresului continuu al științei. Este adevărat că medicina modernă a anihilat ucigași în masă din secolele trecute precum ciuma sau rubeola, dar există încă boli incurabile. Percepția generală este însă că, prin medicină, moartea poate fi prevenită sau amânată, întreținută de corpul medical, media și industria de film care produce blockbustere precum ER sau Dr House.

Moartea a fost expulzată din spațiul public și când apare este prezentată mai degrabă ca un eșec al medicinei decât ca evenimentul firesc de la sfârșitul vieții. Într-o litografie din secolul XIX muribundul este înfățișat pe patul său de suferință înconjurat de apropiații care-și urmează rutinele zilnice. Astăzi muribundul apare pe patul de spital conectat prin fire și tuburi la aparate de menținere artificială, medicina paleativă și sinuciderea asistată facând parte din fenomenul medicalizării morții, numit de filozoful vienez Ivan Illich, cel care a inventat conceptul pentru a-l critica în anii 70, arta occidentală de a muri. Percepția că poți rezista morții și că moartea e un accident nefericit face ca, în cazul decesului pacientului, familia să se îndrepte împotriva sistemului medical.



Ivan Ilich scrie în eseu Moartea de neînviat, publicat în 1995 în British Medical Journal, explicându-și critica adusă medicalizării morții: Am analizat medicina ca pe o liturghie post-creștină care inoculează în credincioșii ei frica de durere, de dizabilitate și de moarte. (...) Din propria mea experiență, știu ce așteptări nerealiste crează ritualurile și rutinele medicale inutile și cât de dificilă a făcut medicalizarea misiunea familiilor, prietenilor și preoților de a trezi în muribund dorința de a accepta inevitabilul, de a găsi tăria în frumusețea amintirilor și de a părăsi această lume. (...) În timp ce doctorii sunt concentrați pe lupta împotriva morții, pacientul devine un obiect rezidual, un construct tehnologic. Astăzi întrebarea este: mai există acel sine autonom capabil să îndeplinească actul morții?”

pentru o mașină”, constată un medic sub anonim. “În România nu se respectă protocoalele, esențiale în stabilirea malpraxisului, pacienții nu le cunosc iar companiile de asigurări profită de haosul din sistem, constată același medic. Florin Circulescu crede că respectarea protocoalelor este aproape imposibilă cu actualele bugete pentru sănătate și vine cu un exemplu: “Într-un oraș capitală de județ nu există RMN. Îți faci pacientului cu traumatism cranio-cerebral un protocol separat? S-a întâmplat cu baschetbalistul american, la 60 de km de București. Sistemul trebuie să spună: la traumatismul cranio-cerebral faci RMN sau CT și dacă nu le am ce pun în loc”.

## Serviciile medicale și sănătatea populației, precare în mediul rural

Mortalitatea în mediul rural rămâne mult mai ridicată decât în mediul urban, deși a scăzut în ultimii cinci ani de la 14,6% la 13,9% la mia de locuitori. Invers proporțională cu mortalitatea este cantitatea de servicii medicale furnizate de către stat sau de către firme private în mediul rural, acolo unde cei mai mulți români trăiesc din agricultura de subsistență. Există o corelație directă între sărăcie și accesul la servicii medicale, acestea fiind precare sau chiar inexistente în comunitățile cu venituri reduse, aflate de regulă la sate, indiferent dacă vorbim despre sistemul public sau cel privat.

Chiar dacă sistemul de sănătate din România este public, acesta este marcat de inegalități sociale care se reflectă în starea de sănătate a populației. Dacă numărul de decese este în continuare mare în mediul rural prin comparație cu cel din mediul urban, numărul de îmbolnăviri declarate medicului de familie este mai mic decât în mediul urban (Tabelele 1, 2, 3 și 4).

**Tabel 1. Număr decese total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	257.213	116.168	141.045
2010	259.723	117.632	142.091
2009	251.439	114.648	136.791
2010	255.539	117.661	137.878
2009	249.321	115.662	133.659

**Tabel 2. Mortalitatea total țară, urban și rural - indici la 1000 locuitori**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	12,0	9,8	14,6
2010	12,1	10,0	14,8
2011	11,8	9,8	14,2
2012	12,0	10,1	14,3
2013	11,7	9,9	13,9

Sursa: Institutul Național de Statistică

## Cazuri noi de îmbolnăvire declarate de medicul de familie- total țară, urban și rural

**Tabel 3. Cifre absolute**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	15.402.198	9.103.328	6.298.870
2010	16.004.989	9.351.257	6.653.732
2011	16.232.615	95.22.196	6.710.419
2012	15.920.923	9.234.487	6.686.436
2013	15.154.302	8.624.577	6.529.725

**Tabel 4. Incidența la 100000 locuitori**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	71.738,4	76.993,4	65.297,3
2010	74.680,4	79.256,4	69.075,4
2011	76.015,3	81.197,8	69.702,4
2012	74.688,5	79.071,9	69.377,1
2013	71.256,8	73.934,2	68.004,1

*Sursa: Cabinetul medicului de familie*

Explicația este că numărul medicilor de familie și al specialiștilor este mult mai redus în mediul rural decât la orașe, situația fiind identică și pentru medicii stomatologi. La orașe practicau în 2013 de două ori mai mulți medici de familie decât în mediul rural. Diferența este alarmantă în privința medicilor specialiști, doar 981 în mediul rural față de 40 460 în mediul urban.(Tabelele 5,6,7).

## Număr medici de familie - total țară, urban și rural

**Tabel 5. Total**

ANUL	ȚARĂ	URBAN	RURAL
2009	12.009	7.563	4.446
2010	14.510	10.078	4.432
2011	14.616	10.063	4.553
2012	13.767	9.216	4.551
2013	12.736	8.142	4.594

**Tabel 6. Număr medici specialiști (exclusiv medici de familie) - total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	38.377	37.237	1.140
2010	37.694	36.566	1.128
2011	37.925	36.886	1.039
2012	39.914	38.976	938
2013	41.350	40.369	981

**Tabel 7. Număr medici stomatologi - total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	12.497	10.939	1.558
2010	12.990	11.365	1.625
2011	13.355	11.634	1.721
2012	13.814	12.017	1.797
2013	14.282	12.463	1.819

Penetrarea medicinei private în mediul rural este zero pentru că firmele caută să obțină profit. În 2013, în mediul urban funcționau 288 de policlinici private, dar în mediul rural nu exista niciuna potrivit Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătatea Publică din cadrul Institutului Național de Sănătate Publică. Și asta în condițiile în care numărul policlinicilor de stat a ajuns, inclusiv în mediul urban în 2013, la 10, față de miile care existau în 1989, acestea fiind înlocuite treptat de policlinicile private. În mediul rural nu există de asemenea nicio policlinică de stat.

Numărul de consultații și tratamente este de asemenea mai scăzut în mediul rural decât în mediul urban, atât în cifre absolute cât și în raportarea pe cap de locuitor. De regulă pacienții cronici, dacă veniturile le permit, se adresează medicilor și spitalelor din marile orașe (Tabelele 8, 9, 10, 11).

**Tabel 8. Număr consultații - cifre absolute - total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	78.986.297	48.617.891	30.368.406
2010	81.881.792	49.661.110	32.220.682
2011	80.683.554	50.945.817	29.737.737
2012	81.685.426	52.407.960	29.277.466
2013	79.910.666	49.075.638	30.835.028

**Tabel 9. Număr consultații/locuitor - total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	3,68	4,11	3,15
2010	3,82	4,21	3,34
2011	3,78	4,34	3,09
2012	3,83	4,49	3,04
2013	3,76	4,21	3,21

**Tabel 10. Număr tratamente - cifre absolute - total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	22.132.174	12.879.720	9.252.454
2010	19.144.847	11.351.153	7.793.694
2011	16.680.050	9.627.960	7.052.090
2012	17.248.862	10.387.312	6.861.550
2013	15.896.640	9.209.336	6.687.304

**Tabel 11. Număr tratamente/locuitor - total țară, urban și rural**

ANUL	TOTAL	URBAN	RURAL
2009	1,03	1,09	0,96
2010	0,89	0,96	0,81
2011	0,78	0,82	0,73
2012	0,81	0,89	0,71
2013	0,75	0,79	0,70

**Sursa: Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică**

Deși se confruntă cu o criză de medici în mediul rural, România nu are politici de încurajare a medicilor să se stabilească la sate cum are spre exemplu Franța care încearcă să combată deșerturile medicale. În 2013 guvernul francez a adoptat un program de sănătate prin care medicii tineri care se instalează în zonele deficitare primesc o alocație de 3640 de euro brut pe lună timp de doi ani. Dar și în aceste condiții speranța primarilor din satele franceze este pusă în medicii români. Pentru a compensa lipsa de medici, consultații și tratamente din mediul rural actualul ministru al Sănătății Nicolae Băniocoiu vrea să creeze un futurist program

de Telemedicină, un proiect similar fiind primit cu mult scepticism în Franța unde singura soluție pare să fie acordarea unor bonusuri de către autoritățile locale în schimbul practicării unui număr de ani de medicină în respectiva localitate sau crearea de către acestea a unor policlinici care să asigure medicilor atât un mediu stimulativ profesional cât și toate condițiile materiale pentru a practica.

## Tudor Ciuhodaru propune crearea unui Program Național de Stimulare a Natalității

Deputatul PPDD Tudor Ciuhodaru, de profesie medic a inițiat un proiect de lege pentru modificarea și completarea legii nr. 95-2006 privind reforma în domeniul sănătății prin care femeile însărcinate și lăuzele ar avea dreptul la servicii medicale de specialitate fără plata sigurării de sănătate sau a coplății. Ciuhodaru susține necesitatea creării unui Program Național de Stimulare a Natalității care să fie finanțat din bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și din taxa pe viciu. În Expunerea de motive Ciuhodaru trage concluzia că scăderea natalității și rata mare a avorturilor se datorează și lipsei reale de servicii medicale gratuite pentru femeile însărcinate și lăuze. Acestea sunt gratuite prin lege, fără plata contribuției dacă femeia nu are venituri sau are venituri sub salariul minim pe economie, dar în realitate femeile ajung să suporte din propriile buzunare costurile asistenței medicale în perioada de sarcină și post-sarcină.

Guvernul a avizat negativ proiectul de lege considerând că inițiatorul nu a prevăzut sursa de finanțare, cea indicată de el fiind în opinia executivului nesustenabilă. De asemenea guvernul se opune creării unei noi categorii exceptate de la plata contribuției și că acest fapt ar putea avea un impact negativ asupra veniturilor și gestionării Fondului Național Unic de asigurări sociale de sănătate.

***Problema indicată de Tudor Ciuhodaru, aceea a lipsei de asistență reală gratuită pentru femeile însărcinate sau lăuze, mai ales în mediul rural acolo unde sunt adevărate deșerturi medicale, este reală. De asemenea Ideea înființării unui program național pentru stimularea natalității ar putea fi benefic în cazul în care acesta nu ar avea în vedere doar asistența medicală ci și cea socială pentru femeile însărcinate sau lăuze după model francez care asigură alocații în bani, bunuri necesare îngrijiri copilului precum și asistență gratuită post-sarcină pentru mamă și copil.***

## Scutiri de la plata contribuției de sănătate

Senatori ai UDMR și PNL au inițiat un proiect de lege care propune po derogare de la Codul fiscal pentru persoanele care au realizat venituri din investiții, inclusiv din dividende, sub salariul minim brut pe țară. Potrivit reglementărilor în vigoare aceste venituri sunt incluse în categoria celor pentru care se plătește contribuția de sănătate.

Proiectul a fost inițiat ca urmare a unei situații reale: ANAF a transmis la începutul lui 2015 decizii de impunere anuală chiar și în cazul realizării unor venituri sub 10 lei pentru investiții realizate în 2012. Astfel pentru aceste sume minore s-au emis decizii de impunere care includ și dobânzi și penalități cu valori mult

superioare veniturilor realizate. Inițiatorii susțin că persoanele care au primit aceste decizii sunt cele care au participat la privatizarea în masă din anii 90, așa-numita cuponiadă. Unele dintre ele trăiesc în străinătate și nici nu știau că au aceste venituri.

*Situația descrisă de inițiatori întărește percepția că statul prin ANAF se concentrează asupra colectării de taxe și impozite pe venituri mici în timp ce mari investitori privați sunt scutiți de la plata acestora sau obțin reeșalonări inaccesibile unui mic contribuabil. Recentele controale ale ANAF precum și impunerea plății contribuțiilor pentru venituri atât de mici deschide o discuție despre strategia de colectare fiscală din România.*

## **CNAS: Din 1 mai, orice serviciu medical din pachetul de bază, acordat pe baza cardului de sănătate**

Din 1 mai, orice serviciu medical din pachetul de bază va fi acordat pe baza cardului de sănătate, potrivit normelor metodologice de aplicare a contractului cadru, care au intrat în vigoare la 1 aprilie, anunță Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

Potrivit CNAS, începând cu data de 1 mai 2015, cardul de sănătate va deveni singurul instrument de validare și decontare a serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, pentru persoanele asigurate cu vârsta de peste 18 ani.

Astfel, potrivit noilor reglementări intrate în vigoare la 1 aprilie, în asistența medicală primară și în asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate, pentru specialitățile clinice, cardul va fi utilizat la momentul acordării serviciilor medicale.

Citiți mai mult aici: <http://www.mediafax.ro/social/cnas-din-1-mai-orice-serviciu-medical-din-pachetul-de-baza-acordat-pe-baza-cardului-de-sanatate-14104561>

Sursa: Elvira Gheorghita, Mediafax

## **Noile reglementări din Sănătate dau și adulților posibilitatea de a beneficia de gratuitate pentru anumite lucrări stomatologice.**

Prețurile practicate în domeniul stomatologiei și lipsa accesului la servicii decontabile în acest sector au transformat România într-o țară de știrbi. Situația este pe cale să se remedieze după intrarea în vigoare, de la 1 aprilie 2015, a noilor reglementări din domeniul Sănătății, operate de Ministerul Sănătății în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Conform noilor prevederi din contractul-cadru, de acum înainte anumite servicii din domeniul medicinei dentare, care până acum erau prestate gratuit doar pentru copiii cu vârsta până la 18 ani, sunt gratuite și pentru orice adult, indiferent de vârstă. Este vorba despre serviciile cu element acrilic, element metaloacrilic și reconstituire de coroană radiculară. Totodată, proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă se acordă o dată la cinci ani, în timp ce până acum se acorda o dată la 10 ani.

Prof.dr. Rodica Luca, medic stomatolog, a explicat pentru cititorii cotidianului “Evenimentul zilei”, fiecare serviciu în parte, pentru care s-a extins gratuitatea la toți asigurații, indiferent de vârstă:

- element acrilic. Înseamnă o coroană din acrilat (albă, la culoarea dintelui) cu care se poate îmbrăca (acoperi) un dinte care are leziuni, de obicei carii, mai întinse care nu se pot trata prin simple obturații (“plombe”). Cu alte cuvinte, coroană fizionomică.
- element metalo-acrilic. Ca mai sus, numai că este vorba de coroană semifizionomică, metal în partea nevizibilă și acrilat în partea vizibilă.
- reconstituire coroană radiculară. Când coroana dintelui este distrusă și nu mai poate fi păstrată prin acoperire, ca în situațiile anterioare, ea se poate reface printr-un miez din diferite materiale, ancorat (fixat) în rădăcina dintelui respectiv. Și acest miez, noi îi zicem bont, se acoperă cu coroană.
- [reconstituire coroană radiculară = miezul ancorat (fixat) în rădăcina dintelui respectiv].
- proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă se acordă o dată la 5 ani (până acum se acorda o dată la 10 ani) - la pacienții la care nu se mai pot face lucrări fixe (punți) cimentate, se fac așa numitele „plăci”, lucrări mobile pe care pacienții și le pot scoate sau introduce singuri. Ele se fac când lipsesc mai mulți dinți, de obicei la persoanele mai în vârstă, și necesită ajustări din când în când, în funcție de starea suportului osos care se modifică în timp.

Mai mult: <http://www.evz.ro/romanii-pot-sa-si-puna-gratis-dinti-de-plastic.html>

Sursa: Violeta Fotache, evz.ro

## **Ministrul Educației propune Universității de Medicină să preia Institutul Cantacuzino**

Ministrul Educației, Sorin Mihai Cîmpeanu i-a trimis, săptămâna trecută, o scrisoare rectorului UMF Ioanel Sinescu, în care-și exprimă “disponibilitatea de a identifica împreună soluții în vederea deblocării situației existente” la Institutul Cantacuzino.

“Având în vedere competența, expertiza precum și interesul manifestat în ultima perioadă de către reprezentanții Universității de Medicină și Farmacie «Carol Davila» din București, față de situația Institutului Național de Cercetare-Dezvoltare pentru Microbiologie și Imunologie «Cantacuzino», vă rugăm să aveți amabilitatea de a analiza posibilitatea ca universitatea pe care o conduceți să preia coordonarea acestui institut”, se spune în documentul remis conducerii UMF, potrivit unui comunicat al Ministerului Educației și Cercetării (MECS).

Ministrul mai spune că UMF București “beneficiază de cei mai buni specialiști în domeniul de activitate al institutului, cadre didactice universitare cu recunoaștere internațională, dar și de persoane cu experiență și rezultate remarcabile în ceea ce privește managementul unităților și instituțiilor din domeniul medical”. Contactat de MEDIAFAX, Ioanel Sinescu a spus că va prezenta senatului universității propunerea MECS privind preluarea Institutului Cantacuzino.

Mai mult: <http://www.mediafax.ro/social/ministrul-educatiei-propune-universitatii-de-medicina-sa-preia-institutul-cantacuzino-14130573>

Sursa: Elvira Gheorghita, Mediafax



## Ministerul Sănătății pregatește o lege pentru vaccinare

Ministrul Sănătății, Nicolae Băncicioiu, a anunțat într-o emisiune B1 TV, ca ministerul pe care îl conduce pregatește un proiect de lege a vaccinării. Răspunsul a venit în urma întrebării jurnalistului HotNews, Vlad Mixich, care a acuzat lipsa de reacție a autorităților guvernamentale la aproape o lună de la anunțarea faptului că, doar în București, rata vaccinării a scăzut cu 20% în 2014 față de 2013.

Întrebat, marți seară, într-o emisiune la B1 tv cum răspunde campaniei antivaccinare, Băncicioiu a răspuns: "Venim cu o lege pentru vaccinare", fără să dea alte amănunte. Președintele Societății Române de Microbiologie, prof. dr. Alexandru Rafila, a afirmat pe 21 martie că există riscul de izbucnire a unor epidemii, deoarece acoperirea vaccinală a scăzut

Citiți mai mult aici: <http://www.hotnews.ro/stiri-esential-19923599-ministerul-sanatatii-pregateste-lege-pentru-vaccinare.htm>

Sursa: HotNews.ro

## Contact

### Institutul pentru Politici Publice (IPP)

021 212 31 26 / 021 212 3127

[sanatate@ipp.ro](mailto:sanatate@ipp.ro)

[www.ipp.ro](http://www.ipp.ro)



Institutul pentru Politici Publice  
București

### Friedrich-Ebert-Stiftung

021 211 09 82

[victoria.stoiciu@fes.ro](mailto:victoria.stoiciu@fes.ro)

[www.fes.ro](http://www.fes.ro)



Pentru informații suplimentare vă rugăm să contactați echipa ObservSănătate la adresa [sanatate@ipp.ro](mailto:sanatate@ipp.ro).