

EXPUNERE DE MOTIVE

Lege pentru completarea art. 234 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Decontările fictive reprezintă o practică frecventă de fraudare a sistemului medical, iar mecanismele actuale de prevenire și control nu funcționează. Într-o țară ca România, aflată pe ultimul loc în Uniunea Europeană din punct de vedere al cheltuielilor cu sănătatea, fiecare decontare fictivă este un act criminal, deoarece afectează accesul la tratament și pune în pericol viața pacienților cu nevoi reale.

Bugetul asigurărilor sociale de sănătate s-a dovedit extrem de vulnerabil la fraudarea prin decontări fictive de medicamente, servicii sau dispozitive medicale. Un raport al Observatorului Român de Sănătate arată că din 41 de cazuri recente de corupție la nivel înalt în sistemul medical, 22 dintre cei acuzați sau deja condamnați sunt angajați ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În 2011 și 2012 au fost descoperite grupuri infracționale în Brăila și Constanța, care au realizat decontări fictive în valoare de peste 9 milioane de lei, multe dintre acestea pe numele unor persoane decedate. Un control realizat în 2013 de inspectorii CNAS arăta nereguli grave la 8 din 10 spitale publice verificate, printre care multiple decontări fictive. Tot în 2013, procurorii Parchetului de pe lângă Tribunalul București au anunțat că investighează o rețea de 42 de medici și laboranți care ar fi fraudat bugetul asigurărilor cu jumătate de milion de euro.

În 2014, șeful Direcției Antifraudă al CJAS Timiș a fost acuzat că protejează o rețea care se ocupa de rețete fictive, CNP-urile pacienților fiind folosite abuziv pentru deconturi care nu aveau legătură cu starea medicală a persoanelor. În 2015, 20 de persoane au fost audiate într-un dosar privind eliberarea a 14.000 de rețete medicale fictive, cu prejudicii estimate la peste 3 milioane de lei. În 2016, Curtea de Conturi a descoperit că CNAS a decontat nelegal servicii acordate unor persoane decedate și servicii fictive pe numele unor pacienți internați în spital, generând prejudicii de peste 97 de milioane de lei.

În 2017, fostul președinte al CNAS Marian Burcea și alte 15 persoane au fost acuzați că au păgubit bugetul CASMB cu 13 milioane de lei, decontând servicii fictive de îngrijiri medicale la domiciliu. Procurorii DNA spun că în schemă era implicat și directorul Serviciului de Control și Antifraudă din Casa Națională de Asigurări, normal responsabil pentru descoperirea fraudelor. În multe cazuri, dosarele medicale cu pacienți fictivi au avut prioritate la decontare și aprobare, în timp ce solicitările pacienților reali erau refuzate.

Fraudarea sistematică a bugetului de asigurări de sănătate înseamnă mii de vieți pierdute și zeci de mii de români care rămân fără acces la îngrijiri medicale. Din cauză că mecanismele de control ale CNAS și-au demonstrat limitele, este nevoie să fie dezvoltate și alte soluții de prevenție și depistare a fraudei.

Inițiatorii acestei propuneri consideră că fiecare asigurat trebuie să fie informat cu privire la serviciile, medicamentele, materialele sanitare și dispozitivele medicale pe care CNAS le decontează în numele lui. Orice român trebuie să aibă acces facil, atât electronic cât și prin poștă, la un raport anual cu privire la plățile făcute de CNAS în numele lui.

Forma actuală a Art. 234 din Legea 95/2006 prevede că "fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază", ignorând astfel produsele de care asiguratul beneficiază - medicamente, dispozitive medicale sau materiale sanitare. Prezenta propunere legislativă extinde și întregeste dreptul asiguratului de a fi informat, acesta beneficiind de un raport care include totalitatea deconturilor efectuate de CNAS în numele lui.

Transparența deconturilor este o modalitate de prevenție a fraudei, de creștere a eficienței sistemului sanitar, dar și de îmbunătățire a calității datelor. Sistemul electronic al CNAS are frecvent probleme în funcționare, existând un potențial de a genera date eronate, care astfel pot fi identificate de către asigurat în raportul anual.

Datele care vor fi agregate și comunicate de CNAS asiguratului în raportul anual includ, la nivel granular, cuantumul deconturilor efectuate, denumirea serviciului, medicamentului, materialului sanitar sau a dispozitivului medical, data furnizării precum și numele fiecărei entități către care CNAS a efectuat deconturile.

Propunerea legislativă stabilește mai multe modalități de comunicare a acestor informații: a) la cerere, în termen de 30 de zile, atât electronic cât și în scris b) online, accesând DES - dosarul electronic de sănătate al pacientului sau c) prin poștă, în cazul în care deconturile efectuate pentru respectivul asigurat depășesc de trei ori valoarea decontului mediu.

Conform Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1100/2005, spitalele ar trebui să elibereze fiecărui pacient, la externare, decontul de cheltuieli. Dar acest lucru nu se întâmplă decât rareori, iar informațiile comunicate pacientului sunt agregate, fără a prezenta în detaliu cheltuielile. Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1100/2005 acoperă doar deconturile din spitale, existând multe alte situații unde eliberarea decontului nu este în prezent obligatorie.

Prezenta propunere legislativă rezolvă problema transparenței deconturilor către asigurați, contribuie la prevenirea fraudelor și creșterea eficienței sistemului sanitar și are potențialul de a salva mii de vieți.

Tudor Răuș Pop

