



CONSILIUL NAȚIONAL PENTRU COMBATEREA DISCRIMINĂRII
Autoritate de stat autonomă

Operator de date cu caracter personal nr. 11375

HOTĂRÂREA NR. 115
din 08.02.2017

Dosar nr. 212/2016

Petiția nr. 1683/22.03.2016

Petent: Asociația Pacienților Alba, reprezentată prin Cabinet de avocatură “..

Reclamat: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Obiect: tratament diferit aplicat de către reclamată, contribuabililor asigurați la sistemul public de sănătate din Județul Alba, cu privire la alocarea unei sume de bani mult mai mici pentru investigațiile paraclinice, prin comparație cu suma de bani alocată contribuabililor la sistemul public de sănătate din Municipiul București.

I. Numele, domiciliul sau reședința părților

I.1. Numele, domiciliul sau reședința petenților

I.1.1 Asociația Pacienților Alba, .

I.2. Numele, domiciliul sau reședința reclamatului

I.2.1 Casa Națională de Asigurări de Sănătate,

II. Obiectul sesizării și descrierea presupusei fapte de discriminare

2.1 Petenta, reclamă un posibil tratament diferit aplicat de către reclamată, contribuabililor asigurați la sistemul public de sănătate din Județul Alba, privind alocarea unei sume de bani mult mai mici pentru investigațiile paraclinice, prin comparație cu suma de bani alocată contribuabililor la sistemul public de sănătate din Municipiul București.

III. Procedura de citare

3.1 Prin adresa înregistrată cu nr.5789/30.09.2016, a fost citată *Asociația Pacienților Alba, reprezentată prin Cabinet de avocatură “..* în calitate de petentă, pentru data de 25.10.2016. Procedură legal îndeplinită.

3.2 Prin adresa înregistrată cu nr.5789/30.09.2016, a fost citată *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* în calitate de reclamată, pentru data de 25.10.2016. Procedură legal îndeplinită.

IV. Susținerile părților

Susținerile petenților

4.1 Petenta, prin reprezentant legal susține că în anul 2014, partea reclamată a alocat Casei de Asigurări de Sănătate Alba, pe domeniul medical de “paraclinic”, un buget în valoare de 5.660.116 lei, numărul asiguraților la sfârșitul anului menționat a fost de 306.284. Suma de bani alocată pentru investigații paraclinice, respective analize de laborator, radiologie, probe funcționale, pentru fiecare contribuabil asigurat al Județului Alba, este de (18,48 lei). Însă, pentru orașul Universitar București, partea reclamată alocă pentru 1.600.301 asigurați, o sumă mult mai mare (130,14 lei). În situația în care, fiecare contribuabil asigurat la bugetul FNUAS, contribuie în mod egal prin plata contribuției unei sume lunare în echivalentul a 5,5%, din venitul brut stabilit. Astfel, petenta consideră că pacienții asigurați cu domiciliul în Județul Alba, se află într-o situație discriminatorie prin comparație cu asigurații din Municipiul București, cu privire la suma de bani alocată pentru domeniul de investigații medicale *paraclinic*. Petenta solicită Consiliului, constatarea unei stări de fapt discriminatorii și nu pretinse acordări de despăgubiri proporționale cu sumele de bani alocate. Dorește înlăturarea stării de discriminare, pe care tocmai legea fundamentală o condamnă și stabilește drepturi egale cetățenilor. Orașul București nu trebuie să fie tratat în opinia petentei, ca cel mai important oraș din punct de vedere a alocării bugetare pentru analizele medicale decontate prin sistemul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Susținerile părții reclamate

4.3 Partea reclamată declară că, în raportul dispozițiilor Legii fundamentale, legiuitorul a instituit o modalitate unitară în ceea ce privește accesul la pachetul de servicii medicale de bază, pentru toate categoriile de asigurați. Reclamata, menționează în punctul său de vedere că, alocarea sumelor de bani în mod diferențiat așa cum este exemplificat în petiție, pentru persoanele asigurate din cele două localități diferite, respectiv pentru persoanele asigurate prin CAS Alba și pentru CASMBucurești, nu se îngrădește dreptul asiguraților din Județ, de a beneficia în mod egal la serviciile medicale. În cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, condițiile acordării asistenței medicale au fost reglementate în anul 2014, prin următoarele acte normative; Legea nr.95/2006, H.G nr.4000/2014 și Ordinul ministrului și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.619/360/2014. Astfel, partea reclamată arată că, cadrul normativ specific asigurărilor sociale de sănătate, nu institue în sarcina sa, obligația repartizării unui anumit fond/sumă, pentru fiecare persoană asigurată în parte în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Iar, conform art.249 alin1 din Legea nr.95/2006, se prevede că; “*Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar*”. Iar numărul necesar de investigații *paraclinice*, pe total județ și repartizarea fondului alocat furnizorilor pentru servicii paraclinice pe tipuri de servicii, se stabilesc de către comisia constituită din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor etc. Ca urmare, o persoană asigurată arondată la orice casă de asigurări de sănătate din țară, se poate adresa oricărui medic specialist clinic aflat în relație contractuală cu o altă casă de sănătate. În baza dispozițiilor art. 27 alin.2, din Contractul cadru aprobat prin H.G nr.400/2014, casa de asigurări de sănătate care se află în relație contractuală cu medicul specialist, decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul. Astfel că, Municipiul București, deține cei mai mulți furnizori de servicii medicale paraclinice, aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București. Ori că fac parte din sistemul de stat ori privat. Așadar, Casele de asigurări de sănătate, sunt libere să încheie contracte cu furnizorii de servicii medicale paraclinice

autorizații și evaluați potrivit legii. În situația determinării cheltuielilor materiale și a serviciilor medicale, s-a avut în vedere următoarele; realizările pe primele 9 luni ale anului 2013, calculul pentru fiecare investigație paraclinică, costul mediu pe investigație realizat în primele 9 luni și estimarea numărului necesar de investigații paraclinice până la finele anului 2013, cu încadrarea în numărul anual de investigații paraclinice stabilit de comisia paritară. Aceste condiții sunt luate în calcul, pentru anul următor care vine celui din urmă.

4.4 „Prin Formularul 100-2 transmis de către petentă a anului supus analizei în cauză 2014, aceasta a estimat ca fiind necesară suma de 2,683 lei pentru asistența medicală în specialitatea paraclinică la nivelul anului menționat. Însă, petentei îi rămâne neutilizată suma de 38,6 mii de lei, din fondul alocat pentru analizele ori investigațiile paraclinice..”. “Astfel că, considerăm petiția comunicată de către petentă ca nefondată, raportat la domeniul de aplicare a prevederilor O.G nr. 137/2000, modificată”.

V. Motivele de fapt și de drept

5.1 Colegiul CNCD reține că, petiția așa cum a fost formulată relevă o situație în care, petenta se consideră discriminată pentru faptul că, partea reclamată distribuie o sumă mult mai mare de bani pentru o persoană asigurată ce domiciliază în Municipiul București, față de suma de bani alocată pentru o persoană asigurată din Județul Alba. Respectiv pentru CAS Alba, partea reclamată alocă suma de 18,48 lei pentru un asigurat și pentru CASMBucurești, este alocată suma de 130,14. În opinia petentei, sumele menționate sunt disproporționate, nejustificate și care creează disfuncționalități în ce privește numărul de asigurați care care pot să-și facă analizele medicale în sistemul paraclinic. Colegiului director, i s-a comunicat un punct de vedere din partea Ministerului Sănătății, cu mențiunea admiterii de către CNCD, a lipsei calității de reclamat. Ministerul sănătății, neavând nicio atribuție în ce privește colectarea sumelor de bani de la persoanele fizice asigurate prin sistemul de stat de asigurări și cu privire la gestionarea bugetului fondului național unic de asigurări sociale de sănătate. Mai mult, reclamata nu se află în subordinea Ministerului Sănătății, ci este o instituție publică autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, cu buget propriu și conducere proprie, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate.

Potrivit definiției discriminării, astfel cum este reglementată în O.G. nr.137/2000, republicată, Colegiul director precizează că în situația persoanelor tratate diferit, tratamentul în speță este datorat apartenenței lor la unul dintre criteriile prevăzute în textul de lege, art. 2 din O.G. nr.137/2000, republicată. Colegiul director trebuie să analizeze dacă tratamentul diferit a fost indus datorită unui criteriu prevăzut de art.2 alin.1), respectiv rasă, naționalitate, etnie, limbă, religie, categorie socială, convingeri, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică necontagioasă, infectare HIV, apartenența la o categorie defavorizată, care să fi constituit elementul determinant în aplicarea acestui tratament. Or, condiția criteriului ca motiv determinant trebuie interpretată în sensul existenței ca circumstanță concretizată, materializată și care constituie cauza actului sau faptului discriminatoriu, și care, în situația inexistenței, nu ar determina săvârșirea discriminării. Astfel, natura discriminării, sub aspectul ei constitutiv, decurge tocmai din faptul că diferența de tratament este determinată de existența unui criteriu, ceea ce presupune o legătură de cauzalitate între tratamentul diferit imputat și criteriul interzis de lege, invocat în situația persoanei care se consideră discriminată. Curtea Europeană de Justiție a arătat că în cazurile de discriminare, în situația în care persoana care se consideră discriminată ar stabili o situație de fapt care să permită prezumția existenței unei discriminări directe sau indirecte pe baza unui criteriu interzis, punerea efectivă în aplicare a principiului egalității de tratament ar impune atunci ca sarcina probei să revină persoanei acuzate de discriminare, care ar trebui să dovedească că nu a avut loc o încălcare a principiului menționat. În acest context, reclamatul (pârâțul) ar putea

contesta existența unei astfel de încălcări, stabilind prin orice mijloc legal, în special că tratamentul aplicat persoanei care se consideră discriminată este justificat de factori obiectivi și străini de orice discriminare pe baza unui criteriu interzis. (A se vedea în același sens și jurisprudența Curții Europene de Justiție, cauza Bilka Kaufhaus, parag.31; cauza C-33/89 Kowalska [1990] ECR I-2591, parag. 16; cauza C-184/89 Nimz [1991] ECR I-297 parag. 15; cauza C-109/88 Danfoss [1989] ECR 3199, parag. 16; cauza C-127/92, Enderby [1993] ECR 673 parag. 16.)

5.2 Ca atare, Colegiul director este chemat să se pronunțe potrivit unui posibil tratament diferit aplicat contribuabililor asigurați la sistemul public de sănătate din Județul Alba, privind alocarea unei sume de bani mult mai mici pentru investigațiile paraclinice, prin comparație cu suma de bani alocată contribuabililor la sistemul public de sănătate din Municipiul București. Pentru contribuabilii din Județul alba la Casa de Asigurări de Sănătate, partea reclamată alocă suma de bani pe lună în cuantum de 18,48 lei, pe când pentru contribuabilii din Municipiul București se alocă suma de 130,14 lei pe lună.

Colegiul director, din compararea punctelor de vedere transmise de părțile ce constituie obiectul dosarului supus analizei, concluzionează faptul că, "Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar", "numărul necesar de investigații paraclinice, pe total județ și repartizarea fondului alocat furnizorilor pentru servicii paraclinice pe tipuri, se stabilesc de către comisia constituită din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor". Mai mult, în situația determinării cheltuielilor materiale și a serviciilor, trebuie avut în vedere; realizările pe primele 9 luni ale anului 2013, calculul pentru fiecare investigație paraclinică, costul mediu pe investigație realizat în primele 9 luni și estimarea numărului necesar de investigații paraclinice până la finele anului 2013, cu încadrarea în numărul anual de investigații paraclinice stabilit de comisia paritară. Astfel, din înscrisurile depuse la dosarul cauzei, Colegiului director observă că, în specialitatea paraclinică la nivelul anului 2014, petentei îi rămâne ca neutilizată suma de 38,6 mii de lei. Ca urmare, sumele de bani pentru fiecare contribuabil se distribuie pe un principiu al consumului și al nevoilor cu privire la investigațiile paraclinice dintr-un an. Partea reclamată arată prin înscrisuri, neutilizarea de către CAS-Alba, a unei sume de bani raportată ca necheltuită. Astfel, Colegiul director nu poate trage concluzia că, contribuabililor la Casa Națională pentru Asigurări de Sănătate cu domiciliul în Județul Alba, li s-a încălcat un drept în ce privește accesul la serviciile medicale paraclinice. Ca urmare, se reduce analiza fondului petiției, cu privire la justificarea părții reclamate, a sumelor alocate în mod diferit celor două orașe date spre exemplificare. Sumele alocate Caselor de Asigurări de sănătate ale județelor, prin comparație cu CASM București pot să difere, în funcție de numărul de contracte încheiate la nivelul furnizorilor de servicii. Astfel că, nu se poate analiza un eventual drept încălcat al beneficiarului, respectiv al contribuabilului la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, atâta timp cât are acces potrivit sumei alocate, la serviciile medicale paraclinice.

5.3 Reiterând că natura discriminării, sub aspectul ei constitutiv, decurge tocmai din faptul că diferența de tratament este determinată de existența unui criteriu și o situație de comparabilitate, ceea ce prespune o legătură de cauzalitate între tratamentul diferit imputat și un criteriu interzis invocat de persoana care se consideră discriminată. Colegiul director, nu regăsește în speța de susă analizei un drept încălcat potrivit art.2 alin.1) din O.G.nr.137/2000, republicată, a contribuabililor CAS din Județul Alba, cu privire la accesul la pachetul de servicii medicale paraclinice.

Față de cele de mai sus, în temeiul art. 20 alin. (2) din **O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea tuturor formelor de discriminare**, republicată, cu unanimitatea de voturi ale membrilor prezenți la ședință

COLEGIUL DIRECTOR HOTĂRĂȘTE:

1. Aspectele sesizate, nu întrunesc un tratament diferit imputat reclamatei ori a unui drept încălcat de către aceasta, potrivit art.2 alin. 1), O.G. nr.137/2000, republicată, (suma alocată pentru investigațiile paraclinice pentru asigurații la sistemul public de sănătate prin CAS Alba, nu a fost cheltuită pentru anul 2014).

2. Se va răspunde părților în sensul celor hotărâte.

3. O copie a hotărârii se va transmite părților.

a) Asociația Pacienților Alba, reprezentată legal prin Cabinet de avocatură “..

b) Casa Națională de Asigurări de Sănătate,

VI. Modalitatea de plată a amenzii

Nu este cazul

VII. Calea de atac și termenul în care se poate exercita

Prezenta hotărâre poate fi atacată la instanța de contencios administrativ, în termen de 15 zile de la data primirii, potrivit **O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea faptelor de discriminare, republicată și Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ**

Membrii Colegiului director prezenți la ședință:

ASZTALOS CSABA FERENC– Membru

BERTZI THEODORA – Membru

DINCĂ ILIE – Membru

JURA CRISTIAN – Membru

LAZĂR MARIA – Membru

GHEORGHIU LUMINIȚA – Membru

ISTVAN HALLER – Membru

Notă: Prezenta hotărâre poate fi atacată la instanța de contencios administrativ, în termen de 15 zile de la data primirii, potrivit **O.G. 137/2000 privind prevenirea și sancționarea faptelor de discriminare, republicată și Legii nr. 554/2004 a contenciosului administrativ**.

Redactat C.J. și R. O