

Stimate coleg,

Echipa, care se ocupă de elaborarea noului proiect de lege a sănătății, vă informează că **a parcurs o primă etapă**, aceea de consultări cu toți actorii care și-au manifestat interesul. După cum știți, o parte dintre ei au comunicat în scris punctele lor de vedere, pe care le-am publicat pe site-ul Ministerului Sănătății spre cunoaștere și dezbateră publică. De asemenea, am reținut și propunerile care au rezultat din discuțiile purtate la manifestările inițiate de către diferite organizații pe această temă și am sintetizat, în cele ce urmează, punctele de vedere care au întrunit o **majoritate**.

Considerăm că **s-au propus schimbări majore** în funcționarea sistemului de sănătate, care necesită o estimare foarte riguroasă a riscurilor fiecărei schimbări propuse și identificarea soluțiilor de prevenire a acestora.

**În prezent** ne aflăm în **etapa de redactare** a textului de lege și vă rugăm să vă exprimați punctul de vedere, în calitate de specialiști în domeniul managementului sănătății și/sau în practica medicală, cu privire la următoarele aspecte:

1. **Sunteți de acord** cu propunerile rezultate în urma consultărilor? (Pentru aceasta vă rugăm să completați chestionarul anexat în format electronic)
2. Care sunt **riscurile** pe care le identificați ca urmare a implementării acestor schimbări?
3. Care sunt **modalitățile** de pe care le propuneți **pentru implementarea** acestor schimbări, cu cele mai mari șanse de reușită și cele mai mici riscuri?
4. Ce **alte schimbări** considerați că ar mai fi necesare?

#### **Principalele schimbări preconizate:**

1. **Monitorizarea, coordonarea și controlul** calității în sistemul de sănătate prin crearea instrumentelor necesare îndeplinirii acestui rol. ;
2. **Redefinirea sistemului** de asigurări de sănătate care să permită **accesul echitabil** în piața asigurărilor atât pentru asiguratorii **publici** și cât și pentru cei **privați** pentru asigurările **obligatorii** precum și pentru cele **voluntare** și deasemenea, să faciliteze realizarea **echilibrului financiar** prin măsuri de adecvarea ofertei de servicii medicale de bază la posibilitățile de plată:
  - a. **Reorganizarea caselor de asigurări** de sănătate județene, a Municipiului București, OPSNAJ și MTTc ca **instituții publice autonome** sub coordonarea CNAS, care să încheie asigurări de sănătate (boală) atât pentru Pachetul de Servicii Medicale de Baza (PSMB) cât și pentru Pachetul de Servicii Medicale Complementare și/sau Suplimentare (PSMC/S), în **aceleași condiții** cu asiguratorii privați;
  - b. **Stimularea intrării** în piața asigurărilor obligatorii a asiguratorilor privați de sănătate care să încheie contracte de asigurări pentru PSMB, în același condiții cu asiguratorii publici;
  - c. **Bugetul FNUAS** fie aprobat de Parlament **separat de bugetul consolidat**

- d. **FNUAS** să fie folosit doar pentru servicii de sănătate și **nu pentru protecție socială**; contribuția la sănătate pentru categoriile defavorizate să fie plătită din capitolul destinat protecției sociale a bugetului de stat;
  - e. Să se introducă **responsabilitatea individuală** pentru nerespectarea recomandărilor medicale și neparticiparea la programele de prevenție ale Ministerului Sănătății sau a programelor curative ale CNAS;
  - f. **Definirea PSMB** fundamentată pe nivelul riscului asigurat\*:
    - i. Includerea în PSMB doar a acelor servicii și produse care prezintă un **risc financiar nesustenabil** prin plată directă de către pacient;
    - ii. **Crearea unor fonduri speciale**, în urma unui stagiu de cotizare pentru tratamentul și controlul bolilor cu prevalență redusă, costuri crescute și risc vital, printr-o contribuție suplimentară obligatorie. Aceste fonduri nu vor putea fi utilizate decât cu destinația pentru care au fost create și după realizarea unui fond suficient care să acopere cheltuielile pentru care a fost creat. Serviciile necesare pentru tratamentul și controlul bolilor respective să fie scoase din pachetul de servicii;  
Pentru protecția categoriilor defavorizate aceste servicii vor fi incluse într-un pachet social de servicii medicale, susținut de la bugetul de stat.
    - iii. exercitarea dreptului la **libera alegere** a medicului de spital și a alegerii libere a unității medicale se va putea realiza **numai dintre medicii și unitățile care au încheiat contract cu asiguratorul** (portofoliul de furnizori de servicii medicale a asiguratorului).
    - iv. menținerea în pachetul de servicii doar a procedurilor diagnostice și terapeutice cu un **raport cost/eficacitate redus** comparativ cu o altă alternativă terapeutică cu eficacitate similară, pe baza recomandărilor mecanismului de **evaluare a tehnologiilor medicale (ETM)**. Aceste proceduri vor fi plătite din fondul de asigurări obligatorii la nivelul alternativei terapeutice cu costul mai mic și eficacitate similară;
3. **Reorganizarea spitalelor** ca fundații având un singur membru fondator și anume actualul administrator, formă de organizare care ar permite descentralizarea reală și introducerea conceptului de autonomie instituțională în administrarea spitalelor:

Avantaje:

- a. Management **flexibil** al resurselor umane,
- b. Stabilirea **numărului de posturi** în funcție de necesitățile proprii
- c. **Remunerarea** angajaților după **calitatea, cantitatea și complexitatea** (nivelul de competență) muncii
- d. Libertate în încheierea de parteneriate care să asigure:
  - i. **Continuitatea** asistenței medicale
  - ii. **Resurse** suplimentare

- iii. **Mijloace de motivare** a profesioniștilor din sănătate dar și a personalului neimplicat direct în asistența medicală
- iv. **Implicarea comunității** și în special a mediului de afaceri în susținerea activității spitalului
- v. Posibilitatea **dezvoltării de structuri** care să acorde asistență medicală în regim privat atât de către medicii angajați ai spitalului cât și de către alți medici, fără a fi necesară aprobarea Ministerului Sănătății;

Reglementări menite să **prevină riscul politizării** și să asigure accesul neîngrădit al populației la îngrijiri medicale indiferent de condiția materială sau socială:

- e. Creșterea rolului consiliului de administrație în care va trebui să fie **reprezenți** toți actorii implicați: MS, CMR, OAMMR, CJ, CL, asociațiile de pacienți reprezentative la nivel național, mediul de afaceri public și privat prin asociațiile patronale reprezentative la nivel național. **CA** va fi angajatorul Comitetului Director și **va aproba planul strategic al spitalului bugetul de venituri și cheltuieli precum și performanța managerială.**
  - f. **Creșterea responsabilității managementului** spitalului privind rezultatele obținute, de a căror îndeplinire va depinde nivelul de remunerare și chiar continuarea contractului de management sau chiar **imputarea neperformanței**, conform contractului de management;
  - g. **Creșterea responsabilității individuale** a fiecărui angajat, ca urmare a unor clauze contractuale negociate pe baza cărora se vor stabili **indicatori de performanță**, de a căror îndeplinire va depinde nivelul de remunerare și chiar continuarea contractului;
  - h. **Păstrarea caracterului de spital public**, pentru a nu putea fi înstrăinate, rămânând în proprietatea statului sau a autorităților publice locale;
  - i. Ministerul Sănătății va susține în continuare **investițiile de înaltă performanță** precum și investițiile pentru reabilitarea fizică și pentru dezvoltarea capacității de îngrijiri spitalicești în conformitate cu politica de sănătate a guvernului;
  - j. **Înființarea sau desființarea** unor structuri în spitalele publice, care să acorde servicii medicale din pachetul de bază, se va face **numai cu aprobarea** Ministerului Sănătății;
  - k. **Evaluarea calității** se va face de către **CoNAS** iar **controlul calității** se va face de către **Ministerul Sănătății**;
4. **Creșterea rolului medicinei primare** prin implementarea unor mecanisme de stimulare a calității și prin **integrarea asistenței medicale comunitare cu medicina de familie**, sub coordonarea medicului de familie și implicarea directă în derularea programelor de prevenție;
5. **Asigurarea calității** prin crearea unei autorități naționale cu următoarea **structură**:
- a. CoNAS

- b. Comisia de acreditare a furnizorilor de servicii medicale în medicina primară și ambulatorie de specialitate
- c. Comisia de certificare a asiguratorilor de sănătate publici și privați
- d. Comisia de evaluare a tehnologiilor medicale
- e. Comisia de evaluare practicii profesionale
- f. Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății

**\*Nivelului riscului asigurat** se referă la costul serviciilor medicale pentru care sistemul de asigurări obligatorii îl acoperă, la frecvența cu care acesta este solicitat de către pacient și la riscul bolii pentru care este necesar serviciul respectiv. **Exemplu** : costul unei **afecțiuni intercurrente** este de câteva zeci de lei, apare cu o frecvență redusă și poate fi suportat de către un pacient cu venituri medii fără să genereze un dezechilibru financiar major. Acesta poate fi considerat **un risc minor**. O afecțiune cronică necesită servicii al căror cost pe termen lung constituie un efort financiar constant și suficient de mare, care este greu sustenabil prin plată directă de către pacient. Acesta poate să fie considerat **un risc mediu**.

Sunt afecțiuni cu o **incidență relativ mare** al căror cost la un moment dat poate fi foarte mare iar acoperirea lui prin plată directă poate determina **falimentul familial**. Acesta este un **risc major**.

Afecțiunile cu **incidență și prevalență foarte mică**, cu **evoluție de lungă durată** și cu **costuri foarte mari, imposibil de susținut** pentru majoritatea persoanelor, constituie o grupă de **risc extrem** și pentru acestea ar trebui constituit un **fond special** printr-o **contribuție suplimentară obligatorie**.

În cadrul asigurărilor obligatorii există următoarele pachete de servicii (**vezi ANEXA**):

1. **Pachetul minimal** de servicii medicale
  - a. Se acordă **tuturor persoanelor**, asigurate sau neasigurate
2. **Pachetul** de servicii medicale **de bază**
  - a. Se acordă **tuturor asiguraților** și acoperă **riscul financiar nesustenabil**
3. **Pachetul social** de servicii medicale
  - a. Se acordă categoriilor populaționale **protejate social**
  - b. Cuprinde servicii medicale a căror **compensare a fost redusă**, dar care nu pot fi suportate de către aceste categorii
  - c. **Compensarea** pentru aceste servicii se va face **diferențiat** în funcție de veniturile realizate
4. **Pachetul special** de servicii medicale
  - a. Cuprinde serviciile acordate pentru **boli cu risc vital**, cu **prevalență scăzută și cu costuri mari**
  - b. **Compensarea** pentru aceste servicii se face în proporție de **100%** din fondul cu această destinație
  - c. Este acoperit din **bugeul de stat**

ANEXA

Beneficiar	Sursa Fondului
<b>PACHETUL COMPLEMENTAR ȘI/SAU SUPLIMENTAR</b>	
ASIGURAȚI	FOND ASIGURARI VOLUNTARE
<b>4. PACHETUL SPECIAL</b>	
PROTEJAȚI SOCIAL	BUGETUL DE STAT
ASIGURAȚI	FOND DE ASIGURARE CU DESTINAȚIE SPECIALĂ
<b>3. PACHETUL SOCIAL</b>	
PROTEJAȚI SOCIAL	BUGETUL DE STAT
<b>2. PACHETUL DE BAZA</b>	
PROTEJAȚI SOCIAL	BUGETUL DE STAT
ASIGURAȚI	Contribuții la FNUASS
<b>1. PACHETUL MINIMAL</b>	
PROTEJAȚI SOCIAL	BUGETUL DE STAT
ASIGURAȚI	
NEASIGURAȚI	

