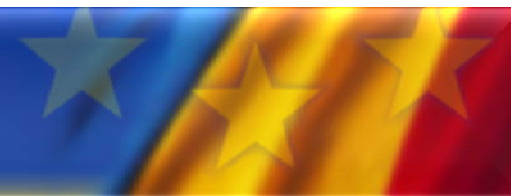




MINISTERUL SANATATII



**Proiect legislativ privind organizarea
și funcționarea sistemului de
sănătate din ROMÂNIA**

27 Iunie 2012 – Guvernul României



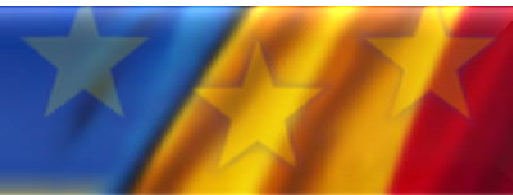
Plan de prezentare

- De ce legea ?
- Rezultatele consultarilor
- Principalele schimbari
- Avantajele si dezavantajele sistemului actual
- Sistemul de asigurari : prezent si viitor
- Furnizarea de servicii de sanatate : prezent si viitor
- Controlul calitatii in sistemul de sanatate
- Concluzii



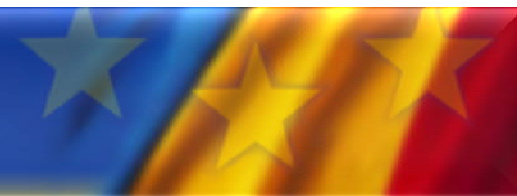
De ce legea ?

- Legea 95 a suferit nenumărate modificări prin 62 de acte normative
- Necesitatea de corelare cu legislația europeană
- Criteriu structural in intelegerile cu institutii finaciare intrenationale
- Sistemul de sanatate necesita o schimbare de fond, nu doar de forma, prin modificari punctuale ale legii existente
- Asteptarile populatiei si pacientilor au crescut, dar fondurile alocate sanatatii nu



Rezultatele consultarilor (sinteza)

1. Menținerea controlului statului asupra întregului sistem de sănătate și în special garantarea accesului tuturor categoriilor populaționale la servicii medicale de bază;
2. Garantarea menținerii unei rețele publice de stat pentru asistența medicală spitalicească;
3. Garantarea utilizării integrale a fondului de asigurări de sănătate colectat pentru acordarea de asistență medicală;
4. Respectarea principiului obligativității plății contribuției la fondul de asigurări de sănătate prin contribuția statului în numele și pentru categoriile populaționale scutite în prezent de plata contribuției;
5. Crearea cadrului unei competiții corecte, pe criterii de calitate, între furnizorii și asiguratorii de servicii de sănătate publici și privați;
6. Definirea pachetului de servicii medicale de bază;
7. Asigurarea continuității asistenței medicale la toate nivelurile – primar, secundar și terțiar;
8. Reducerea plăților informale;
9. Creșterea calității serviciilor medicale;
10. Libertatea de a alege tipul de asigurător de sănătate – public sau privat;



Principalele schimbări (1)

Reorganizarea sistemului de asigurări

Reorganizarea spitalelor

Controlul calitatii serviciilor de sanatate



Principalele schimbări (2)

Creșterea rolului MS în monitorizarea și controlul implementării politicilor de sănătate

Redefinirea activității de sănătate publică

Redefinirea medicinei primare

Clarificarea răspunderii civile în asistența medicală



Alte schimbări cerute de corelarea cu directivele europene

Statutul profesional al personalului medical

Farmacovigilența

Transplantul de organe și țesuturi



Avantajele si dezavantajele sistemului actual

Avantaje

Asigurari de sanatate

- Perceptia ca toate serviciile sunt gratuite si nelimitate
- Gestiunea unitara a informatiilor din sistem de catre CNAS
- Suplimentarea automata de la bugetul de stat in situatii "de criza" a FNUASS

Furnizarea de servicii

- Intelegeri informale intre pacienti si personal pentru asigurarea calitatii si continuitatii serviciilor
- Sistemul de asistenta de urgenta gratuit si de calitate

Control

- Existenta unor criterii "administrative" de control
- Clasificarea spitalelor

Dezavantaje

Asigurari de sanatate

- Monopol CNAS
- Pachet de baza larg si nerealist, dar si neclar definit
- Categoriile scutite → finantare insuficienta a sistemului
- Gestionare ineficienta a resurselor
- Dezvoltare insuficienta a asigurarilor private

Furnizarea de servicii

- Discontinuitate intre cele 3 nivele de asistenta
- Orientare majoritara catre serviciile curative si catre spital
- Calitate nesatisfacatoare
- Plata necorelata cu performanta
- Autonomie aparenta a managerului
- Plati informale

Control

- Lipsa unui control al calitatii serviciilor
- Responsabilitati neclare si impartite intre prea multe institutii
- Lipsa unor informatii fiabile si recente
- Insuficienta comunicare intre institutii



Solidaritate

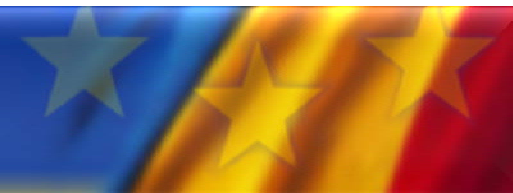
SISTEMUL DE ASIGURARI DE SANATATE : PREZENT SI VIITOR

Echitate de acces

**ASIGURATORII
ASIGURATII
FINANTAREA SISTEMULUI
PACHETELE DE SERVICII**

**Plata obligatorie a contributiei de asigurari
obligatorii de sanatate**

Acces gratuit si universal pentru urgente



ASIGURATORII DE SANATATE



PREZENT

- Situatii de monopol pe asigurarile obligatorii
- 42 case judetene de asigurari
- CNAS – rol de gestionare a Fondului



VIITOR

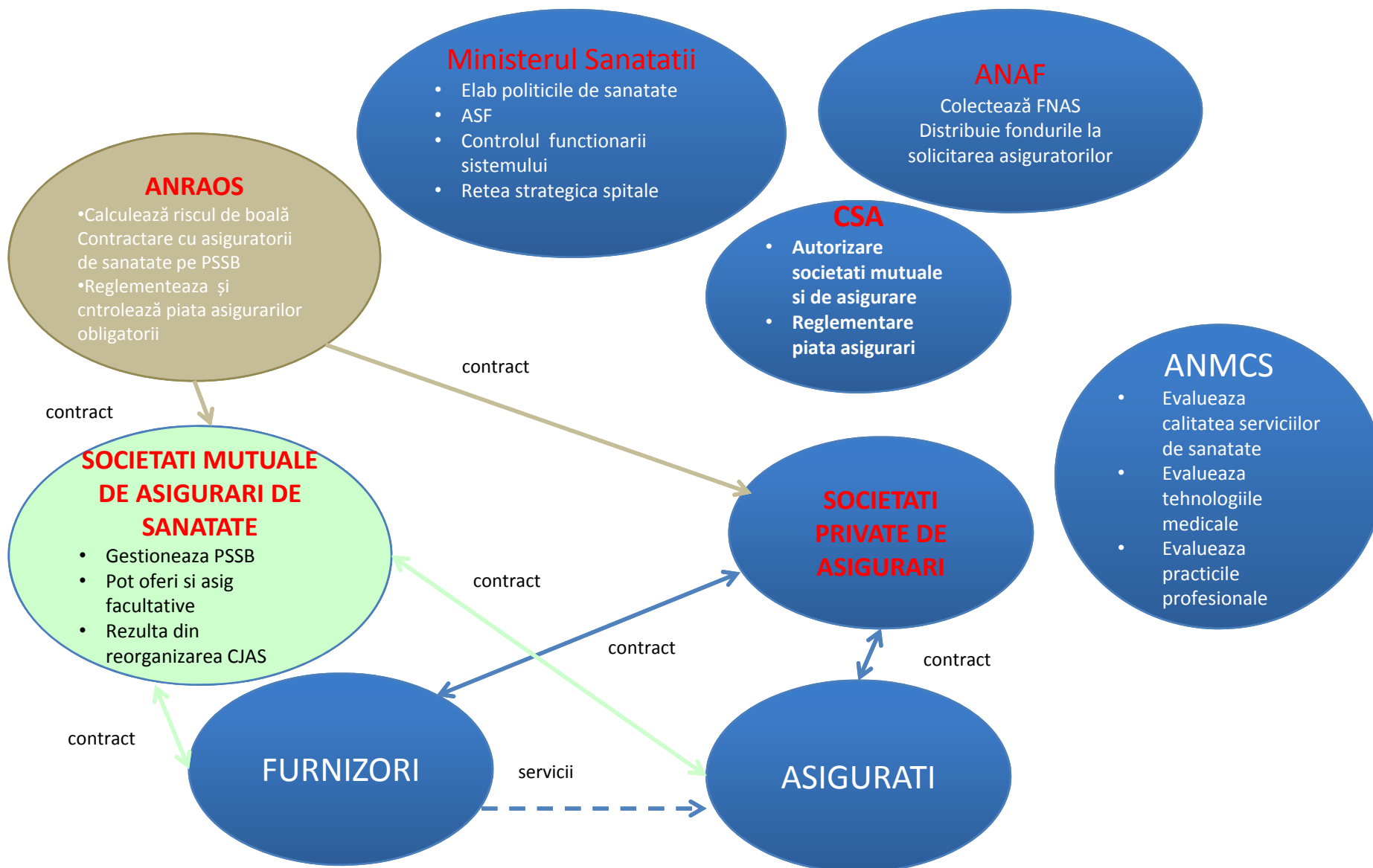
- Incurajarea concurentei si permiterea intrarii pe piata asigurarilor obligatorii a societatiilor de asigurare, cu respectarea unor criterii clare (numar minim de asigurati pe pachetele facultative, autorizare, criterii de eligibilitate la contractare)
- 10- 12 case teritoriale de asigurari care se pot reorganiza in societati mutuale de asigurari de sanatate
- ANRAOS – rol de redistribuire a Fondului si reglementare a pietii asigurarilor obligatorii
- CSA – rol de reglementare a pietii asigurarilor facultative
- Criterii de autorizare a societatiilor mutuale si a societatiilor private
- Criterii de eligibilitate la contractarea cu ANRAOS
- Criterii de egalizare a riscului tinand cont de numarul asiguratilor, factori socio-economici si profilul de morbiditate
- Mecanisme de autoreglarea între asiguratori și furnizori

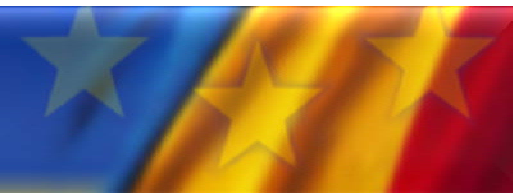


MINISTERUL SANATATII



ROLUL PRINCIPALELOR INSTITUTII IMPLICATE IN VIITORUL SISTEM DE SANATATE





ASIGURATII

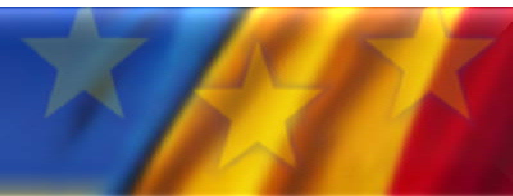
PREZENT

- Multe categorii scutite, pentru care nu plateste nimeni
- Lipsa definirii clare a drepturilor si obligatiilor a asiguratilor
- Lipsa de participare in luarea deciziilor
- Lipsa de informare



VIITOR

- Plata de la bugetul de stat sau de la cele locale pentru categoriile scutite
- Plata pentru coasigurati de catre asigurat sau bugetul de stat
- Definirea clara a drepturilor si obligatiilor si responsabilizarea asiguratilor
- Participare a asiguratilor in luarea deciziilor la nivelul societatile mutuale de asigurari de sanatate
- Societatile de asigurari vor fi obligate sa-si informeze corect si transparent asiguratii cu privire la calitatea si tipul serviciilor oferite, nivelul de compensare al acestora si furnizorii cu care sunt in contract



FINANTAREA SISTEMULUI

PREZENT

- Multe categorii scutite, pentru care nu plateste nimeni
- Monopolul Ministerului Finantelor Publice asupra colectării și alocării FNUASS
- Lipsa transparenței în colectare
- Lipsa de informare



VIITOR



- Plata de la bugetul de stat sau de la cele locale pentru categoriile scutite
- Plata pentru coasigurati de catre asigurat sau bugetul de stat
- Scoaterea FNUASS din bugetul consolidat
- Plata separata pentru asigurarile de sanatate, distinct fata de celelalte contributii ale platitorilor
- ANAF comunică în timp real siuatația plăților la FNAS



PACHETELE DE SERVICII

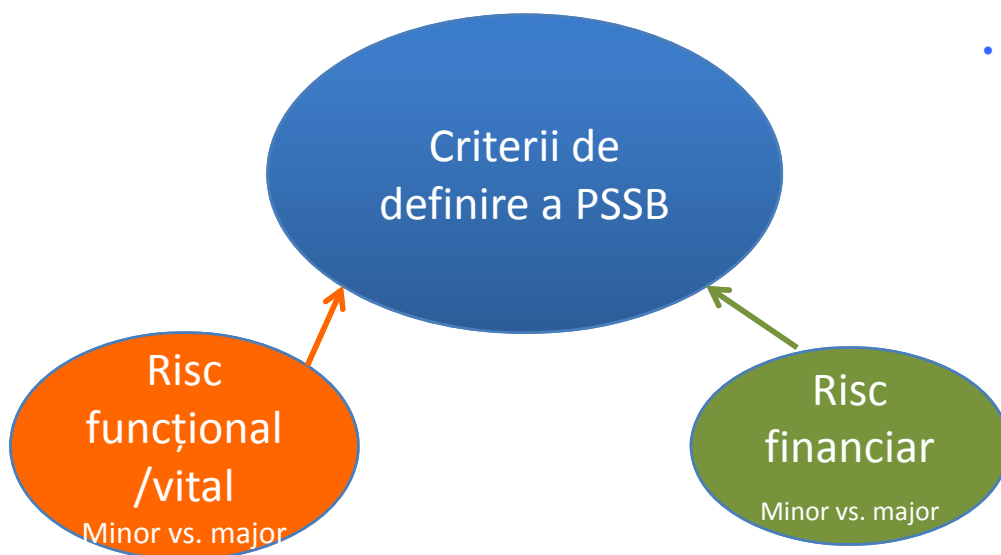
PREZENT

- Pachet minimal
- Pachet de baza larg, fara criterii clare de definire
- Pachete pentru asigurari facultative, exista doar in teorie



VIITOR

- Pachet minimal
- Pachet de baza definit in functie de riscul de boala care se doreste a fi asigurat ←
- **DECIZIE POLITICA**
- Pachetele pentru asigurarile facultative pot fi definite doar in functie de pachetul de baza
- Pachetul social de servicii de sanatate



PSSB = pachetul de servicii de sanatate de baza



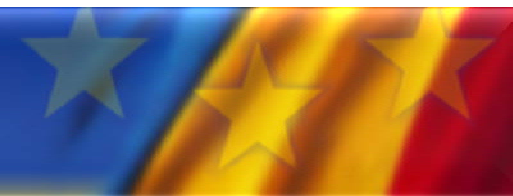
Prevederi privind garantarea respectării principiilor **solidarității și universalității** în asistența medicală

1. CNAS va **aloca** pe **criteriul riscului de boală** a colectivităților asigurate la fiecare asigurator sumele necesare pentru acoperirea cheltuielilor cu Pachetul de servicii medicale de bază (PSMB)
2. CNAS va reglementa conform legii funcționarea sistemului obligatoriu de asigurări
3. **Tarifele maxime** și **prețurile de referință** și de **decontare** utilizate pentru serviciile medicale din PSMB **se vor stabili de către MS** pe baza unei metodologii aprobate prin ordin de ministru. Acestea vor fi aprobate prin HG
4. Pentru acoperirea unor cheltuieli neprevăzute la nivelul CNAS va exista un **fond de reechilibrare** care va fi alocat cu aprobarea CA la solictarea fundamentată a asiguratorilor



Prevederi care vizează creșterea satisfacției și încrederii pacienților în sistemul de sănătate

- 1. Asiguratul va putea să își aleagă asiguratorul public sau privat în funcție de oferta de servicii a acestora**
- 2. Dacă asiguratul va fi nemulțumit de serviciile primite de asiguratorul cu care a încheiat contract va putea să se transfere la alt asigurator**
- 3. Asiguratorul va fi responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de furnizorii cu care a încheiat contract**
- 4. Asiguratorul va răspunde conform clauzelor contractuale de asigurarea serviciilor medicale din pachetele contractate**



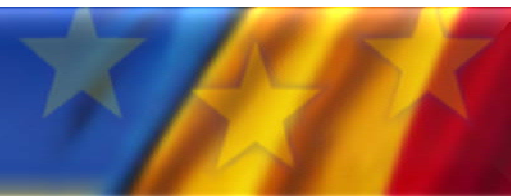
Schimbări ca necesită decizie politică

Sistemul de asigurări obligatorii

Tipul de sistem de asigurări pentru care se asumă
răspunderea implementării:

**Varianta 1 – DESCENTRALIZARE
PARTIALĂ**-cu păstrarea infrastructurii
actuale a sistemului public și
introducerea unei competiții parțiale
între sistemul public și cel privat
posibilitatea unui asiguratorilor privați
de a prelua și PSSB pentru asigurații
proprii

Varianta 2 – AUTONOMIE-cu descentralizarea
sistemului public de asigurări, prin
reorganizarea caselor de asigurări ca
asociații mutuale non-profit după
modelul belgian, posibilitatea unui
asiguratorilor privați de a prelua și PSSB
pentru asigurații proprii și
introducerea competiției între
asiguratorii



Schimbări care necesită decizie politică Sistemul de asigurări obligatorii

Realizarea unui sistem de asigurări de sănătate care să permită o competiție corectă între asiguratorii publici și privați atât pentru asigurările obligatorii cât și pentru cele voluntare

FNUAS să nu mai facă parte din bugetul consolidat

FNUAS să nu mai fie folosit pentru protecție socială
contribuția la sănătate pentru categoriile defavorizate să fie plătită din capitolul destinat protecției sociale a bugetului de stat



FURNIZAREA DE SERVICII DE SANATATE : PREZENT SI VIITOR

ACCESIBILITATE

ASISTENTA MEDICALA PRIMARA
SPITALELE

UTILIZARE RATIONALA A SERVICIILOR



ASISTENTA MEDICALA PRIMARA



PREZENT

- Lipsa de continuitate a serviciilor și neimplicarea în asistența de sănătate publică – medicina omului sănătos
- Plata necorelata cu performanta
- Zone de “desert” medical
- Limitarea competențelor profesionale și creșterea birocrăției



VIITOR

- Continuitate prin integrare cu asistenta medicala de specialitate si cu spitalele – implicare în asistența de sănătate publică
- Echipe multidisciplinare si echipe comunitare
- Plata corelata cu performanta
- Posibilitatea pentru comunitatile locale sa-si angajeze medici
- Posibilitatea contractarii cu mai multi asiguratorii, pentru diferite tipuri de pachete
- Lărgirea competențelor profesionale



Schimbări ca necesită decizie politică

Reformarea asistenței medicale primare

Rolul Ministerului Sănătății

Scăderea capacității de coordonare, monitorizare și control a implementării politicilor de sănătate cu **transferul atribuțiilor la APL cu preluarea DSP**

Cresterea capacității de coordonare, monitorizare și control = **Deconcentrare** prin delegarea atribuțiilor care privesc deciziile la nivel local **către DSP**



Schimbări ca necesită decizie politică

Reformarea asistenței medicale primare

Preluarea de către MS a asistenței medicale comunitare, coordonată de DSP-uri prin specialiști în sănătate publică sau medicină de familie:

Coordonarea:

- asistenței medicală comunitară alături de medicii de familie
- asistenței sociale

Pentru a desfășura acțiuni:

- cu caracter profilactic,
- de asistență medicală școlară



SPITALELE

PREZENT

- Lipsa de veritabila autonomie a managerului
- Plata necorelata cu performanta
- Institutii "bugetare"



VIITOR

- Autonomie manageriala pentru finantare, strategie si politica de resurse umane, sub rezerva aprobarii de catre Consiliul de Administratie
- Plata corelata cu performanta
- Institutii de sanatate autogovernate (autonome financiar si managerial)
- Surse de finantare diverse, inclusiv accesarea de fonduri europene nerambursabile
- Mentinerea unei retele de spitale strategice, sub managementul Ministerului Sanatatii





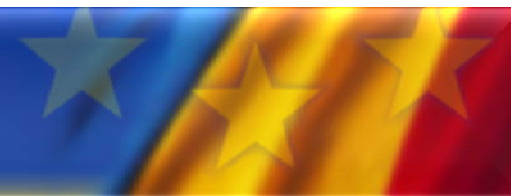
Schimbări care necesită decizie politică

Reforma spitalelor

**Autonomia financiară și managerială =
AUTOGUVERNARE**

Crearea unei rețele strategice spitalicești aparținând MS

Posibilitatea preluării unor spitale de universitățile de
medicină și farmacie.



Schimbări care necesită decizie politică

Introducerea conceptului european de AUTOGUVERNARE

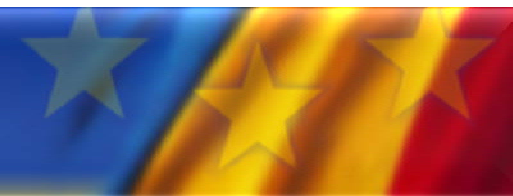
Reglementări care se mențin și după reorganizare și care asigură accesul neîngrădit al populației la îngrijiri medicale

Spitalele își păstrează caracterul de spital public, nu pot fi înstrăinate, rămân în proprietatea statului sau a autorităților publice locale angajatorul Comitetului Director și va aproba planul strategic al spitalului bugetul de venituri și cheltuieli precum și performanța managerială.

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;

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

Evaluarea calității se va face de către ANMCS iar controlul calității se va face de către Ministerul Sănătății



CALITATEA IN SISTEMUL DE SANATATE

CRITERII PRECISE SI TRANSPARENTE

**Autoritatea
Nationala de
Management al
Calitatii in
Sanatate**

INTEGRAREA INFORMATIILOR

**EVALUAREA CALITATII
SISTEM INFORMATIONAL INTEGRAT
EVALUAREA TEHNOLOGIILOR MEDICALE
EVALUAREA PRACTICILOR PROFESIONALE**



Schimbări care necesită decizie politică

Asigurarea calității prin crearea Autorității Naționale de Management al Calității în Sănătate (ANMCS) cu următoarea structură:

- CoNAS
- Comisia de certificare a furnizorilor de servicii medicale în regim de ambulator
- Comisia de evaluare a tehnologiilor medicale
- Comisia de evaluare practicii profesionale
- Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății



Evaluarea calitatii



- Acreditarea/certificarea conformității cu standardele de calitate
- Ghiduri clinice
- Protocoale terapeutice
- Standardizarea traseelor clinice



Sistem informational integrat



- Surse heterogene de informatii
- Lipsa de interconectare si interfatare
- Rol in standardizarea formatului de date care trebuie raportate
- Rol in definirea standardelor pentru sistemul informational

ANMCS



Evaluarea tehnologiilor medicale



- Principalul mecanism de introducere a medicamentelor pe lista de rambursare
- HTA interimar
- Elaborare de criterii si negocieri cu producatorii de medicamente
- Introducerea criteriului de impact bugetar asupra Fondului si bugetului de sanatate
- Rol in prioritizarea interventiilor care vor fi finantate **DAR** finantarea depinde si de **PRIORITATILE POLITICILOR DE SANATATE**



Evaluarea practicilor profesionale

- Deziderat pentru viitor
- Exemplul principal : Franta
- Necesita dezvoltarea de ghiduri de evaluare
- Initial voluntara
- Necesita colaborarea cu profesionistii din sistemul de sanatate





Prevederi privind realizarea echilibrului financiar

Creșterea veniturilor prin:

Eliminarea categoriilor de **asigurați scutiți prin legi speciale** de plata contribuției la asigurări de sănătate și **susținerea** lor de către **bugetul statului**

Respectarea legii privind **destinația accizelor**

Dezvoltarea **asigurărilor facultative** prin:

Prin **deductibilitate fiscală** asemenea deductibilității aprobate pentru medicina muncii

Creșterea volumului de servicii suplimentare și complementare care pot face obiectul acestora