

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,
Membră a CNS „SAN.ASIST”,
afiliată la EUROFEDOP

București, Splaiul Independenței
nr.202 A, etaj 3, cam.36
Telefon: 0336106365
Fax. 0336109281

www.solidaritatea-sanitara.ro

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

CĂTRE:

Ministerul Sănătății

În atenția domnului Ministru Secretar de stat Vasile Cepoi

Vă transmitem observațiile noastre la **Nota cu privire la modificările preconizate în sistemul de asigurări de sănătate.**

Nota

cu privire la modificările preconizate în sistemul de asigurări de sănătate.

În urma perioadei de consultări au rezultat o serie de **așteptări ale societății de la viitoare lege a sănătății** prezentate în sinteză mai jos:

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 unui 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. Definierea 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;

Principiile care au stat la baza elaborării proiectului de lege au fost:

1. Crearea unui cadru legislativ care să permită dezvoltarea sistemului de asigurări în funcție de opțiunile populației;

2. Descentralizarea sistemului și crearea posibilității dezvoltării unor mecanisme de autoreglare pe criteriile de piață, dar menținând reglementările minime necesare evitării „eșecului pieței” ;
3. Controlul statului asupra rețelei de spitale publice cu descentralizarea și liberalizarea managementului simultan cu creșterea responsabilității;
4. Posibilitatea de intervenție a statului în situații critice când mecanismele de autoreglare a pieței eșuează;
5. Transparență pe toată perioada de elaborare a proiectului de lege;

Reorganizarea sistemului de asigurări de sănătate

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

1. Asiguratul va putea să-și aleagă asigurătorul public sau privat în funcție de oferta de servicii a acestora;
2. Dacă asiguratul va fi nemulțumit de serviciile primite de asigurătorul cu care a încheiat contract va putea să se transfere la alt asigurător;
3. Asigurătorul va fi responsabil pentru calitatea serviciilor oferite de furnizorii cu care a încheiat contract ;
4. Asigurătorul va răspunde conform clauzelor contractuale de asigurarea serviciilor medicale din pachetele contractate;
5. Asigurații cu venituri mici vor beneficia, pe lângă pachetul de servicii medicale de bază, de un pachet social de servicii medicale, fiind protejați de riscul financiar indus de boală, în funcție de veniturile pe care le obțin;
6. Accesul la servicii medicale de urgență și la programele naționale de sănătate este garantat tuturor cetățenilor în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale;
7. Asigurătorilor le este interzis, sub sancțiunea ridicării autorizației de a funcționa, să refuze încheierea unui contract de asigurare;
8. Asigurătorii sunt obligați să informeze corect asigurații cu privire la costul și calitatea serviciilor medicale oferite. Dezinformarea se sancționează cu ridicarea dreptului de a mai funcționa.

Prevederi privind descentralizarea sistemului de asigurări

1. Se introduce un sistem competitiv de asigurări de sănătate care să permită atât asigurătorilor publici cât și celor privați să facă asigurări obligatorii și voluntare;
 2. Se menține contribuția de 5,5% pentru angajat și 5,2% pentru angajator colectată de ANAF;
 3. CNAS ca autoritate centrală își reduce atribuțiile devenind autoritatea de reglementare și control a asigurărilor de sănătate în colaborare cu Comisia de Supraveghere a Asiguraților;
- Casele de asigurări de sănătate județene, casa OPSNAJ și MTTc se pot asocia în vederea îndeplinirii condițiilor de acreditare devenind asigurători de sănătate sub denumirea de Casa publică de asigurări de sănătate, autonome;

Comment [v1]: Nu suntem de acord cu introducerea asigurărilor private în zona PSMB (pachetului de servicii medicale de bază)! Nu este loc pentru profit în această zonă într-o țară așa săracă, cu un sistem de sănătate mult mai sărac decât țara.

Comment [u2]: Raportat la actualul nivel de finanțare considerăm necesară creșterea contribuțiilor.

Comment [u3]: Dacă se menține și sistemul public de asigurări sociale (noi considerăm necesar să se mențină doar sistemul public pe zona pachetului de bază de servicii medicale) atunci CNAS nu poate să-și reducă atribuțiile. Suplimentar, dacă sistemul public poate încheia și asigurări voluntare atunci asistăm la o creștere a atribuțiilor.

4. Asiguratorii stabilesc numărul și categoriile de furnizori de servicii medicale iar furnizorii de servicii medicale pot încheia contract cu mai mulți asiguratorii;
5. Asiguratorii publici și privați pot oferi pachete de servicii suplimentare și complementare negociate direct cu asigurații sau angajatorii acestora;

Prevederi privind asigurarea calității serviciilor de sănătate:

- a. Se va înființa o autoritate națională care va evalua și acredita sau certifica conformitatea cu standardele de calitate pentru toate categoriile de furnizori de servicii medicale;
- b. MS va controla calitatea serviciilor prin intermediul serviciilor de specialitate din cadrul DSP-urilor;
- c. Asiguratorii vor controla respectarea clauzelor contractuale inclusiv cele privind calitatea;
- d. Atât MS cât și asiguratorii pot solicita la autoritățile naționale reevaluarea unui furnizor atunci când constată neconformități;
- e. Asiguratorii pot rezilia direct un contract cu un furnizor care nu respectă clauzele contractuale referitoare la calitate fără a mai solicita reevaluarea, dar atenționând autoritatea națională asupra neconformităților constatate.

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 maximale 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 solicitarea fundamentată a asiguratorilor
- Prevederi privind corelarea PSMB cu capacitatea de plată a fondului, prin stabilirea criteriilor de definire a acestuia
1. Criteriul riscului financiar – acoperirea acelor cheltuieli cu serviciile medicale care depășesc capacitatea financiară a asiguratului
 2. Criteriul riscului de boală – se referă la acele servicii pentru care nu există alternativă diagnostică sau terapeutică și de a căror acordare depinde validitatea sau viața pacientului
- a. Pentru asigurații care fac dovada unor venituri mici, aceste servicii se acordă în cadrul unui pachet social de servicii susținut din BS.

Rezultă următoarele categorii de servicii

Comment [u4]: CONAS-ul, care trebuie să fie singura instituție abilitată să acrediteze spitalele.

Comment [u5]: Controlul poate să vizeze doar respectarea condițiilor de autorizare.

Comment [v6]: Pot solicita reevaluarea, pe cheltuiala lor dacă spitalul respectă standardele

Comment [v7]: Libertatea de alegere a asiguratorului este puțin coerentă cu existența unor comunități, selecția fiind, în principiu, relativ aleatorie.

Comment [v8]: Nu putem fi de acord! Mergem în continuare pe varianta unei Case autonome, în subordinea Parlamentului. De altfel, varianta propusă încălcă regulile pieții libere.

Comment [v9]: Este necesară o triplă corelație, respectiv dintre costurile de piață ale serviciilor medicale, conținutul PSMB și capacitatea de plată a fondului.

Comment [v10]: Criteriul se raportează la un indicator problematic, fiind dependent de o evaluare care nu a fost încă făcută. De altfel, acest criteriu „de stânga” riscă să dezavantajeze pe cei care muncesc mai mult (și, în consecință, câștigă mai mult) care riscă să plătească mai mult decât cei care muncesc mai puțin (care uneori sunt aceeași cu cei care câștigă mai puțin). În felul acesta cei care câștigă mai mult pierd în acest sistem de două ori: odată pentru că plătesc o sumă mai mare la asigurare (procentual cu câștigul realizat) și a doua oară pentru că tocmai faptul că plătesc mai mult (care se traduce printr-o capacitate sporită de plată) constituie un motiv pentru a plăti și mai mult.

Comment [v11]: Sistemul poate funcționa, în principiu, doar dacă acest indicator este unul ipotetic, fără a se dori raportarea la situațiile individuale.

Comment [v12]: Venituri mici raportat la ce? Care este nivelul de venituri la care ne raportăm? Sau este vorba de venitul minim garantat și cei care trăiesc din asigurările sociale? În acest din urmă caz nu nivelul veniturilor este cel care clasifică situația, ci calitatea persoanei de stipendiat al sistemului de asigurări sociale, de această calitate trebuind a fi legat dreptul la Pachetul social de servicii. ATENȚIE la faptul că în sistemul asigurărilor sociale se ia în considerare venitul per familie, fiind relativ frecvente cazurile de venituri mici per persoană în familii cu venituri mari. De asemenea, se creează posibilitatea unor fraude în condițiile în care unele tipuri de venituri pot fi transferate de la un membru al familiei la altul pentru a beneficia de servicii medicale suplimentare.

Comment [v13]: Interesantă clasificare! Nu cred însă că epuizează universul de discurs și nici nu poate fi operantă în această formă dacă luăm în considerare puternica dependență a sistemului de nivelul veniturilor. Ea redă o situație existentă, căreia însă nu i s-a răspuns corespunzător, nivelul mic al veniturilor (dublă de cheltuiuri incorecte) conducând la numeroase *excluderi de fapt*. În astfel de situații ...

1. servicii care se acordă pentru boli cu risc vital sau invalidant
 - a. Servicii cu costuri mici care se acordă sporadic, în general pentru afecțiuni intercurrente, care pot fi suportate direct de către pacient ; (PSSM)
 - b. Servicii cu costuri relativ mici dar care se acordă constant perioade lungi de timp și care presupun un efort financiar susținut; (PSMB)
 - c. Servicii cu costuri mari care se acordă sporadic pentru afecțiuni acute ; (PSMB)
 - d. Servicii cu costuri mari care se acordă perioade lungi de timp ; (PSMB) (Special)
2. servicii care se acordă pentru boli fără risc vital sau invalidant
 - a. Servicii cu costuri mari pentru care există alternative cu costuri mai mici, acordate pentru boli fără risc vital sau invalidant;
 - b. Servicii care indiferent de costuri nu presupun un risc vital sau invalidant

Pe baza acestei clasificări se constituie pachetele de servicii astfel:

1. pachetul de servicii medicale de bază din serviciile de la punctele 1.b., 1.c. și 1.d.
2. pachetul social de servicii medicale din serviciile de la punctul 1.a.
3. pachetul special de servicii medicale din serviciile de la punctul 1.d.
4. pachetele de servicii medicale suplimentare din serviciile de la punctul 1.a. pentru persoanele neasistate social, 2.a. și 2.b.

Prevederi privind realizarea echilibrului financiar

1. Creșterea veniturilor prin:

- a. Eliminarea categoriilor de asigurați scutiți prin legi speciale de plata contribuției la asigurări de sănătate și susținerea lor de către bugetul de stat
- b. Utilizarea în totalitate, a sumelor colectate sub formă de accize la produsele de tutun și băuturile alcoolice, în sănătate, conform recomandărilor OMS;
- c. Dezvoltarea asigurărilor voluntare prin:
 - i. Prin deductibilitate fiscală nelimitată asemenea deductibilității aprobate pentru medicina muncii
 - ii. Creșterea volumului de servicii suplimentare și complementare care pot face obiectul asigurărilor voluntare

2. Eficientizarea și limitarea cheltuielilor cu pachetul de servicii medicale de bază

- a. Creșterea eficacității medicinei de familie și de ambulator prin introducerea unui mecanism de plată fundamentat pe rezultate

Comment [v14]: Unde este domeniul de aplicare al asigurărilor medicale complementare sau suplimentare dacă universul afecțiunilor este aproape epuizat de PSMB? Altfel spus, ce facem cu excluderile din PSMB în baza corelării acestuia cu capacitatea de plată a fondului? Unde se încadrează această variabilă (capacitatea de plată a fondului) în această clasificare ce tinde să fie exhaustivă? Ceea ce ne lasă să înțelegem că *in fapt* vor fi mai multe clase de servicii medicale decât cele enumerate.

Comment [v15]: Două ipoteze: a) asigurați și b) neasigurați
În ipoteza a) pare că se acordă PSMB + PSSM
În ipoteza b) este straniu să se acorde PSSM fără PSMB. Ceea ce înseamnă că PSSM este un serviciu adițional acordat beneficiarilor ajutoarelor sociale și nu persoanelor cu venituri mici.

Comment [v16]: Susținem în continuare că principala sursă de creștere a veniturilor o constituie creșterea contribuțiilor. Or, proiectul de lege ratează reforma tocmai în acest punct esențial care-l constituie îmbunătățirea finanțării sistemului. Evident, este posibilă o acțiune mascată în acest sens (și proiectul de lege o sugerează) prin creșterea numărului excluderilor de la PSMB și trecerea lor în zona asigurărilor complementare sau suplimentare. Această măsură are însă o slăbiciune fundamentală: elimină aplicarea principiului solidarității pentru serviciile medicale excluse din PSMB

Comment [v17]: Asta înseamnă de fapt excluderi de la PSMB

b. Limitarea accesului sau eliminarea serviciilor generatoare de abuz moral cum sunt:

- i. Alegerea furnizorului de servicii medicale să fie limitată la portofoliul de furnizori ai asiguratorului
- ii. Alegerea medicului de spital se face cu plată suplimentară sau asigurare suplimentară
- iii. Opțiunea pentru o alternativă terapeutică sau diagnostică mai scumpă se acorde cu contribuție personală la nivelul unui preț de referință
- iv. Limitarea numărului de investigații imagistice anodine

Comment [v18]: Cine și cum reglementează regulile de alcătuire a acestui portofoliu? Cum definim acest portofoliu? Există riscul apariției unor unități sanitare care să practice prețuri de dumping prin reducerea la minimul posibil a calității serviciilor medicale atrăgând astfel toți asiguratorii, în timp ce spitalele bazate pe calitate vor fi ocolite deoarece calitate costă prea mult pentru a putea realiza profit.

Comment [u19]: Nu putem fi de acord deoarece limitează libertatea pacientului de alegere a medicului. Poate fi introdusa, eventual, pentru a doua opțiune.

Comment [u20]: Mai scumpă față de ce? Care este standardul de raportare? Sperăm că nu tarifele maxime stabilite de Minister.

3. Prevederi privind reorganizarea spitalelor

Titlul referitor la organizarea și funcționarea spitalelor are drept scop introducerea conceptului de autogovernare a spitalului prin creșterea libertății manageriale care să permită eficientizarea activității.

Prin prevederile acestui capitol se urmărește:

Crearea posibilității reorganizării spitalelor, ca Fundații, unități nebugetare, non profit, de utilitate publică. Decizia reorganizării aparține actualului administrator al spitalului care devine membru fondator unic al Fundației.

Reducerea birocrăției prin coborârea nivelului de decizie la nivelul conducerii spitalului. Aceasta va avea libertatea de a decide, fără aprobări superioare, asumându-și responsabilitatea și respectând reglementările Ministerului Sănătății privind organizarea și funcționarea spitalelor, asupra:

- angajării de personal, în conformitate cu normativele în vigoare, fără aprobarea Ministerului Sănătății sau alte constrângeri actuale;
- utilizării la capacitate maximă a resurselor tehnice și umane din spital prin acordarea asistenței medicale în regim privat, la cererea pacienților
- atragerii de investiții private în spitalul public pentru creșterea calității serviciilor medicale, ceea ce va permite o competiție reală cu spitalele private
- remunerării medicilor și personalului medical în funcție de calitate, complexitatea și volumul activității, pe baza rezultatelor obținute
- realizării de parteneriate public-privat, în vederea dezvoltării capacității de asistență medicală și creșterii calității serviciilor medicale

Pacienții vor beneficia de:

creșterea calității serviciilor medicale ca urmare a:

- i. competiției cu sectorul privat și atragerii de investiții suplimentare din sectorul privat
- ii. cointeresării personalului medical prin suplimentarea veniturilor

reducerea plăților informale

facilitarea dezvoltării asigurărilor voluntare de sănătate ca urmare a

dezvoltării asistenței medicale în regim privat în cadrul spitalului public

Clarificarea clasificării spitalelor prin excluderea criteriului teritorial de clasificare și definirea categoriei de spital în care se desfășoară învățământul medical;

Posibilitatea universităților de învățământ medical de a avea în administrare spitale în care se desfășoară învățământ medical.

Președinte,

Rotilă Viorel