

EXPUNERE DE MOTIVE

SECȚIUNEA 1

TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV: *LEGE PRIVIND ORGANIZAREA SI FUNCTIONAREA SISTEMULUI DE SANATATE DIN ROMANIA*

SECȚIUNEA A 2-A

MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV

<p>1. Descrierea situației actuale</p>	<p>În prezent, sistemul sanitar din România este reglementat prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, act normativ structurat pe domenii, în XVII titluri. Necesitatea unei noi reglementări este evidențiată atât de numeroasele modificări care au fost necesare a fi realizate pentru acest act normativ, cât și de disfuncționalitățile apărute și amplificate în funcționarea sistemului de sănătate românesc. Încă din anul 2008, un Raport al Comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România a propus o serie de măsuri și soluții pentru depășirea acestor dificultăți. Pe baza concluziilor și recomandărilor din raport, după o serie de consultări cu organizații, instituții și alți factori implicați în sistemul de sănătate, Comisia prezidențială a redactat o propunere de proiect de lege cadru. Acest proiect a fost dezbătut cu reprezentanții Ministerului Sănătății și ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, rezultând actualul proiect de act normativ, care propune o nouă perspectivă asupra organizării și funcționării sistemului de sănătate românesc.</p> <p>Principalele aspecte cărora trebuie să le facă față sistemul sanitar din România sunt cele legate de costuri și calitatea serviciilor. Din punct de vedere al costurilor, cele mai frecvente teme de dezbateră se referă la insuficiența fondurilor și, concomitent, la cheltuirea lor ineficientă.</p> <p>I. Finanțare</p> <p>Cheltuielile din sectorul sanitar au fost în România în mod tradițional scăzute, în comparație cu media europeană și chiar a fostelor țări socialiste. Cu toate acestea, în ultimii ani bugetele sanitare au crescut atât în cifre absolute, de la circa 90 Euro/locuitor la peste 200 Euro/locuitor în ultimii ani, cât și ca pondere în PIB de la cca. 3% la 4% în aceeași perioadă de timp. În ciuda acestei creșteri, România continuă să fie pe unul dintre ultimele locuri din UE în ceea ce privește resursele alocate sănătății.</p> <p>În totalul surselor de finanțare, ponderea o deține Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUAS), cu peste 75% din total, fond gestionat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Evoluția finanțării și funcționării sistemului de sănătate din ultimii ani au arătat că există dificultăți semnificative ale CNAS în monitorizarea și</p>
--	--

coordonarea resurselor financiare către furnizorii de servicii de sănătate, evidențiate cel mai pregnant de dezvoltarea și menținerea unor importante arierate sau întârzieri de plată atât ale furnizorilor cât și ale caselor de asigurări de sănătate.

O altă sursă importantă de venituri din sectorul de sănătate este reprezentată de cheltuielile private ale populației. Acestea la rândul lor pot fi făcute fie prin intermediul asigurărilor private de sănătate, fie prin plata directă a serviciilor de sănătate. În România asigurările de sănătate private sunt nesemnificative ca procent în totalul cheltuielilor private, cauzele fiind legate, în primul rând, de lipsa unui cadru fiscal suficient de stimulat, concomitent cu numărul relativ mic al furnizorilor privați, în special la nivelul spitalelor, care reprezintă cea mai mare cheltuială a sectorului sanitar. În acest context proporția persoanelor care achită direct, din propriul buzunar, serviciile de sănătate este în creștere, iar aceste cheltuieli au crescut și ele, mărinđ vulnerabilitatea financiară a populației. Totalul cheltuielilor private în sănătate în România este între un sfert și o treime din totalul bugetului sanitar, ceea ce reprezintă una dintre cele mai mari contribuții directe din UE. Consecința acestei situații este reducerea accesului la serviciile de sănătate necesare, în special a populației cu venituri reduse.

II. Sectorul Spitalicesc

Sectorul spitalicesc din România consumă în mod constant peste 50% din bugetul CNAS, la care se adaugă fondurile de la Ministerul Sănătății pentru investiții și fondurile pentru programele derulate prin spitale. Toate aceste fonduri duc la un procent cu mult peste media de 40% alocată pentru spitale în UE. Poziția netă în favoarea asistenței spitalicești este reflectată și de numărul internărilor, care este mult mai mare decât al celor din grupul țărilor care au aderat la UE înainte de mai 2004, al celor care au aderat după această dată și chiar mai mare decât în țări precum Bulgaria sau Croația.

Limitările manageriale, atât legislative cât și profesionale, cuplate de multe ori cu finanțarea defectuoasă, duc la frecvente situații de penurie a consumabilelor sau a medicamentelor. În plus, plățile informale care sunt foarte des întâlnite în special în asistența spitalicească, limitează și îngreunează accesul la diferite servicii spitalicești, această practică acționând în multe cazuri ca o metodă de raționalizare de facto a serviciilor oferite.

III. Asistența cu medicamente

În prezent, Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (Titlul XVII - Medicamentul) cu modificările și completările ulterioare, reprezintă actul normativ de transpunere a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 6 noiembrie 2001 de instituire a unui cod comunitar cu privire la medicamentele de uz uman.

Titlul XVII – Medicamentul conține reglementări specifice referitoare la punerea pe piață a medicamentelor, fabricație și import, etichetare și prospect, clasificarea medicamentelor, distribuția medicamentelor, publicitate, informarea publicului, farmacovigilență, supraveghere și sancțiuni, etc.

Asistența farmaceutică a populației este reglementată printr-un act normativ cu caracter special - Legea farmaciei nr. 266/2008 cu modificările și completările ulterioare.

În bugetul total al sistemului sanitar din România medicamentele reprezintă aproape un sfert, mult peste media țărilor europene și chiar a celor din zona noastră.

În același timp creșterea accentuată a bugetelor pentru medicamente, mai ales în ultimii 4 ani, s-a făcut în principal pe seama unor medicamente din import extrem de scumpe. Analiza listei cu primele 20 de medicamente prescrise în România arată că multe din acestea sunt produse biologice foarte noi, extrem de scumpe, de care beneficiază un număr extrem de redus de persoane, iar altele sunt mărci scumpe, care ar putea fi înlocuite de produse generice, mult mai ieftine și cu aceleași rezultate terapeutice pentru pacienți.

IV. Asistența medicală primară

Sistemul de asistență primară a fost primul care a suferit o schimbare majoră după 1989, fiind la ora actuală unul dintre puținele componente ale sistemului public care este semnificativ schimbată din punct de vedere organizațional față de perioada anterioară anului 1989.

Cu toate că majoritatea administrațiilor au declarat asistența primară o prioritate, resursele alocate zonei de asistență primară au fost în permanență mult sub media UE, neatingând niciodată 10% din bugetul alocat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru furnizori, cel mai frecvent fiind în jurul a 6% din totalul cheltuielilor.

În afara posibilității reduse de a oferi servicii medicale diversificate datorate lipsei de aparatură, un alt aspect care a grevat eficacitatea și eficiența asistenței primare ține de organizarea sa și a întregului sistem sanitar. Astfel, modalitățile de finanțare nu au stimulat activitatea în echipă (care ar fi putut prin concentrarea resurselor să mai reducă din impactul lipsurilor financiare), peste 80% din cabinetele medicilor de familie funcționând ca practici individuale. La acest aspect se adaugă și decuplarea asistenței primare de celelalte servicii de sănătate, fapt care duce la discontinuități în urmărirea evoluției stării de sănătate a pacienților.

V. Resursele umane

Managementul resurselor umane din sectorul sanitar este unul dintre domeniile în care sunt necesare măsuri determinate, în condițiile în care, comparativ cu țările europene, nivelul asigurării populației din România cu medici și cadre medii sanitare este inferior mediilor europene. În afară de distribuția teritorială neuniformă a personalului medical se mai remarcă și insuficiența personalului de specialitate, accentuată de limitările impuse de criză, mai ales pentru specialități deja deficitare, cum sunt anestezia-terapia intensivă, imagistică medicală, medicina de urgență, dar și în sectoarele de medicină preventivă, medico-sociale, sănătate publică și managementul îngrijirilor de sănătate. Există de asemenea o pondere inadecvată și un deficit în creștere al personalului mediu și auxiliar, precum și o concentrare a personalului medical în zonele urbane și în spitale.

Alte probleme se referă la lipsa stimulentele pentru alegerea carierei medicale și a susținerii specialiștilor tineri, nivelul scăzut al salariilor și lipsa de legătură între performanță medicală și veniturile realizate oficial.

În ultimii ani, acest deficit a fost accentuat și ca urmare a apariției posibilității personalului medical din România de a lucra în țările UE, odată cu integrarea României, fapt ce a dus la o diminuare suplimentară și

	<p>accentuată pentru personalul din sănătate, atât a celor cu studii medii cât și superioare, mai ales în rândul tinerilor și a celor înalt specializați.</p> <p>VI. Calitatea și sistemul informațional</p> <p>Managementul deficitar al informațiilor din sănătate, în condițiile existenței mai multor sisteme paralele de informații coordonate și controlate de către proprietari diferiți (Ministerul Sănătății și unitățile subordonate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, spitale, cabinete particulare, institute de cercetare și învățământ, etc.), acompaniată de absența unor standarde (definiții, indicatori, codificări, nomenclatoare, etc.), a condus la duplicarea raportărilor, la apariția unor incoerențe a datelor, la pierderea sau chiar inaccesibilitatea unor informații, cu impact major asupra funcționalității sistemului sanitar. Lipsa unui sistem funcțional al informațiilor în sănătate face imposibilă și existența unui sistem viabil de asigurare a calității serviciilor de sănătate la toate nivelurile asistenței de sănătate.</p> <p>Sistemul de sănătate are nevoie de un program de îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și care să furnizeze informații legate de calitatea furnizării serviciilor și să urmărească îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate. Acest sistem de calitate va evalua și îmbunătăți calitatea serviciilor medicale, va menține și va crește satisfacția pacientului, va demonstra și va eficientiza cheltuirea fondurilor în sistemul de sănătate.</p>
<p>2. Schimbări preconizate</p>	<p>Sporirea fondurilor publice, fie prin noi taxe, fie prin creșterea celor actuale este improbabilă în contextul socio-economic actual, pe termen scurt și mediu, cel puțin. Opțiunea rămasă este creșterea bazei de contribuție și diversificarea finanțării care să atraga resurse suplimentare prin alte mecanisme.</p> <p>Concomitent trebuie dezvoltate mecanisme care să asigure că fondurile suplimentare sunt cheltuite mult mai eficient, în beneficiul cât mai multor pacienți, concomitent cu stimularea celor care contribuie la acte medicale de calitate și eficiență sporită. Ca atare, propunerea legislativă are în vedere să rezolve cu prioritate aceste aspecte de finanțare, cu impact nemijlocit asupra funcționării întregului sistem sanitar. Proiectul de lege propune un model care să crească utilizarea eficientă a resurselor financiare, păstrând, pe cât posibil, eforturile contribuabililor în actualele limite.</p> <p>Proiectul de lege este structurat pe XVII titluri care reglementează următoarele aspecte :</p> <p>1. Titlul I - Sănătate publică al prezentului act normativ stabilește atribuțiile principalelor autorități din sistemul de sănătate publică care constau în elaborarea , implementarea și realizarea obiectivelor Strategiei Naționale de Sănătate Publică. Obiectivele Strategiei Naționale de Sănătate Publică se realizează prin Programe Naționale de Sănătate coordonate de Ministerul Sănătății, precum și prin proiecte și parteneriate, cu implicarea activă a instituțiilor publice și private, organizații guvernamentale, naționale și internaționale, precum și organizații neguvernamentale care acționează în domeniul sănătății publice.</p> <p>2. TITLUL II Programele Naționale de Sănătate.</p>

Pentru programele nationale, care consuma peste 1/3 din bugetul de medicamente, se vor introduce ca regula contracte cost-volum si cost-volum-rezultat. In acest mod se va stabili (multi)anual prin negociere intre MS si companiile farmaceutice numarul total de pacienti ce va fi tratat cu suma disponibila; depasirea numarului de pacienti tratati va putea fi facuta cu suportarea costurilor de catre producatori, urmand ca acest numar suplimentar de pacienti tratati sa fie luat in calcul pentru negocierea urmatorului contract (adica va creste cota bugetara alocata companiilor care trateaza in plus fata de nr. de pacienti platit din fonduri publice). Acolo unde se preteaza, plata se va face doar in functie de atingerea anumitor parametri/rezultate agreeati in contract (precum negativarea anumitor parametri, reducerea concentratiei virale etc.).

3. **TITLUL III Asistență medicală primară.** Asistența primară la nivel comunitar va trebui de asemenea legiferată prin înființarea de echipe de asistență multidisciplinară la nivel local, din care să faca parte pe langă personalul cabinetului de medicina primara si asistentul medical comunitar, asistentul social si orice alt personal de specialitate necesar. Activitățile de prevenție precum si unele facilitati administrative si financiare pentru derularea in bune conditii a activitatii cabinetelor medicale de medicina primara urmează să devină o responsabilitate partajată de administrația de la nivelul local cu cel național (astăzi administrația locală nu se implică de loc). In același timp este încurajată legislativ posibilitatea de integrare între asistența spitalicească și cea extraspitalicească inclusiv prin posibilitatea de a avea bugete comune pentru asigurarea continuității îngrijirilor medicale.

4. **Titlul IV Asistența medicală ambulatorie de specialitate.** Pentru prima data, intr-o lege a sanatatii, se face referire precisa si la serviciile din ambulatoriile de specialitate, privind modul de organizare si functionare, rol si atributii, finantare si integrarea pe verticala intre serviciile de medicina primara si cele spitalicesti, precum si posibilitatea preluarii mai multor tipuri de servicii care sa duca la rezolvarea cazurilor in ambulator, degrevind serviciile spitalicesti si diminuind costurile aferente.

5. **Titlul V Sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat.** Se păstrează acuala organizare a sistemului de urgență, introducându-se suplimentar posibilitatea furnizării acestor servicii de către orice furnizor care este omologat, în scopul diversificării surselor de finanțare și a implementării principiilor de concurență reglementată.

6. **TITLUL VI Spitalele.** Un alt nivel la care sunt propuse modificări legislative semnificative este cel al segmentului care consumă/utilizează cca. 50% din buget, sectorul spitalicesc. Nici aici modificarea legislativă nu solicită fonduri suplimentare de la stat, ci dimpotrivă, poate atrage resurse fără creșterea deficitului.

In esență este vorba de modificarea formei de organizare a spitalului, astfel încât să permită stimularea practicilor eficiente și penalizarea celorlate, prin acordarea posibilității ca spitalele să devină unități cu statut de fundație sau chiar de societate comercială. Fondatorul sau acționarul

unic (în cazul societății comerciale) ar fi administratorul actual care, în majoritatea cazurilor, este administrația publică locală. Această modificare simplă, combinată și cu modificarea sistemului de asigurări, ar schimba masiv modul de operare al spitalelor, inclusiv prin posibilitatea de a accesa fonduri din piața financiară privată. Noua structură ar permite o mult mai mare libertate de acțiune echipei manageriale la toate nivelurile, de la personal (inclusiv salarizarea diferențiată) până la structură și dotare, menținând însă proprietatea la nivelul instituțiilor publice (existând însă și varianta acolo unde se dorește să fie atrași noi parteneri în diferite modalități care astăzi nu sunt posibile). În același timp responsabilitatea echipei manageriale va putea fi mai clar circumscrisă, inclusiv prin includerea unor clauze de răspundere patrimonială în contractul de management, clauze care în structura organizatorică actuală nu pot fi incluse.

În plus, așa cum arată și practica internațională, pot fi atrase mult mai ușor fonduri suplimentare de acele spitale care prezintă planuri de dezvoltare viabile economic, inclusiv prin accesarea de împrumuturi bancare sau prin comasarea resurselor mai multor instituții sanitare. Spitalele pot să se asocieze/unească între ele dar pot concomitent să încheie contracte de furnizare de servicii cu unul sau mai mulți asiguratori de sănătate, dar și contracte de colaborare în furnizarea de servicii de sănătate cu alți furnizori, inclusiv din asistența medicală primară și ambulatorie.

7. TITLUL VII Medicamentul și asistența farmaceutică a populației.

Domeniul medicamentului va fi reglementat într-un capitol denumit „Medicamentul și asistența farmaceutică a populației”, care va constitui reglementarea-cadru în acest sector, urmând ca prin normele de aplicare să fie realizată transpunerea în întregime a Directivei 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 6 noiembrie 2001 de instituire a unui cod comunitar cu privire la medicamentele de uz uman.

O altă propunere care duce rapid la eficientizarea utilizării resurselor se referă la zona medicamentului. Se vor introduce ca regulă contracte cost-volum și cost-volum-rezultat.

Ținând cont de faptul că asistența farmaceutică a populației este reglementată în prezent printr-o lege distinctă, prezentul proiect conține prevederi referitoare la principiile desfășurării acestei activități. Pentru evitarea reluării sau suprapunerii unor prevederi, ceea ce ar conduce la apariția unor confuzii și disfuncționalități în implementare, asistența farmaceutică va fi reglementată în continuare prin lege specială.

8. TITLUL VIII Donarea și organizarea țesuturilor și celulelor de origine umană în scop terapeutic

Se stabilește cadrul legal privind activitatea de donare și prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană, în scop terapeutic, precum și de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană.

Pentru o coordonare și organizare coerentă și unitară a celor două domenii sunt definite clar autoritățile competente precum și autoritățile cu responsabilități atât în domeniul transplantului cât și cel al transfuziei

sanguine.

În capitole distincte se stabilesc domeniile de aplicare, principiile generale cât și modalitatea de finanțare atât pentru activitatea de activitatea de donare și prelevarea de organe, țesuturi și celule de origine umană, în scop terapeutic, precum și de transfuzie sanguină, donarea de sânge și componente sanguine de origine umană.

Se creează cadrul organizatoric și legal pentru ca fiecare cetățean să își exprime acordul sau dezacordul informat privind donarea onorifică de organe, celule și țesuturi în vederea transplantului fiind reglementate condițiile în care se poate face prelevarea și donarea de organe, celule și/sau țesuturi.

De asemenea într-un capitol special sunt stabilite sacțiuni pentru diferite fapte ce constituie încălcări la reglementările din codul transplant și transfuziei sanguine cât și a celor deja prevăzute în actuala legislație.

Normele de aplicare ale codului donării și utilizării elementelor corpului uman în scop terapeutic vor fi aprobate prin hotărâre a Guvernului.

Prin ordine ale ministrului sănătății se vor stabili standardele de acreditare referitoare la operațiunile de donare și transplant, inclusiv standardele pentru registrele de donatori și registrele pentru pacienții trasplantați, cât și standardele și normele privind utilizarea plasmei pentru prepararea farmacologică a produselor plasmatiche labile.

9. **Titlul IX Personalul din sistemul de sănătate.** Legea aduce o clasificare mai riguroasă a personalului încadrat în unitățile medicale, personal care are obligația să asigure asistența medicală acordată populației.

În prezent ne confruntăm cu o mobilitate crescută a profesioniștilor din sistemul de sănătate, fapt care afectează măsurile de acordare a asistenței medicale.

În vederea unei gestionări eficiente a acestui fenomen este necesară înființarea unui Registru național care va centraliza datele personalului de specialitate medical și nemedical încadrat în unitățile medicale, date esențiale fundamentării obiective a politicilor de resurse umane în sistemul de sănătate.

Din experiența recentă a celorlalte state membre ale Uniunii Europene, pe lângă profesiile de medic, medic dentist, farmacist, asistent medical generalist și moașe, rezultă tendința reglementării și altor profesii cu domeniu specific de activitate în sistemul sanitar, cum ar fi profesia de fizioterapeut. În România beneficiază de legi de exercitare a profesiei profesiile medicale reglementate la nivel comunitar prin prevederi sectoriale precum și profesiile de biolog, biochimist și chimist. Tendința de reglementare se regăsește și în cazul profesiilor de kinetoterapeut și fiziokinetoterapeut și de practician de medicină complementară.

În acest sens Codul profesiilor reglementate din sistemul de sănătate va cuprinde într-un singur act normativ legile de exercitare a profesiilor din sistemul de sănătate românesc reglementate în prezent precum și a profesiilor cu domeniu specific de activitate în sistemul de sănătate care urmează a fi reglementate la nivel comunitar sau național.

10. **TITLUL X Răspunderea civilă a personalului medical și a**

furnizorului de produse și servicii medicale și farmaceutice. De asemenea, este reglementată și răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale și farmaceutice.

Prin prezentul proiect de act normativ se stabilește cadrul legal privind malpraxisul.

Malpraxisul este definit ca fiind eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, generatoare de prejudicii asupra pacientului, implicând răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice.

Prin proiectul de act normativ se stabilește responsabilitatea furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice, prin introducerea obligației acestora de a comunica orice informație solicitată de către persoana care se considera victima unui act de malpraxis. De asemenea, se introduce obligația de asigurare pentru garantarea răspunderii civile a furnizorilor de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice.

În vederea stabilirii cazurilor de răspundere civilă profesională pentru medici, farmacisti și alte persoane din domeniul asistenței medicale, se constituie, la nivelul structurilor teritoriale ale organizațiilor profesionale de profil cu rol de reglementare a profesiilor medicale se constituie comisii de monitorizare și competență profesională pentru cazurile de malpraxis.

Comisia are ca atribuții principale stabilirea existenței sau inexistenței unui caz de malpraxis și facilitarea soluționării amiabile a conflictelor dintre pacienți și personal medical, furnizorul de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice.

De asemenea, prin proiectul de act normativ s-a stabilit că, dacă

Comisia a reținut că s-a produs un prejudiciu pacienților, asigurătorul, care garantează răspunderea civilă a personalului medical sau furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice, transmite victimei prejudiciului sau succesorilor acesteia o ofertă pentru despăgubirea integrală a prejudiciului suferit, în limita plafonului asigurat prin contractele de asigurare.

Dacă victima prejudiciului sau succesorii acesteia acceptă oferta, aceștia încheie în condițiile legii un contract de tranzacție privind prejudiciile produse, cu personalul medical sau furnizorul de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice, în termen de o lună de la data plății despăgubirii.

O copie a contractului de tranzacție, va fi transmisă Comisiei de către personalul medical sau furnizorul de produse și servicii medicale, sanitare sau farmaceutice în termen de o lună de la data încheierii acestuia.

Actele de malpraxis în cadrul activității medicale de prevenție, diagnostic și tratament se prescriu în termen de un an de la producerea prejudiciului, cu excepția faptelor ce reprezintă infracțiuni.

Totodată, se stabilește că omisiunea încheierii asigurării de malpraxis medical sau asigurarea sub limita legală constituie abatere disciplinară și se sancționează cu suspendarea dreptului de practică sau, după caz, suspendarea autorizației de funcționare.

11. Titlul XI - Asigurările sociale de sanatate. Propunerea constă,

succint, în păstrarea actualului sistem de colectare a asigurărilor de sănătate nemodificat ca valoare, însă cu reducerea celor care sunt scutiți de la plata lor și schimbarea completă a modului de alocare și gestionare a acestor fonduri prin introducerea caselor de asigurări de sănătate private în locul actualelor case județene.

Practic, modificarea esențială în sistem este legată de interpunerea între CNAS și furnizorii de servicii medicale a unei verigi suplimentare, reprezentate de casele de asigurări private, care vor trebui să aducă elementele de competitivitate și eficiență în gestionarea fondurilor, și să stimuleze inclusiv creșterea calității serviciilor medicale pentru a atrage cât mai mulți asigurați, fără să se modifice esențial modul de colectare sau contribuțiile plătite de asigurați.

CNAS rămâne cu un rol de reglementare și ca un fond de distribuție și redistribuție a veniturilor între casele private în funcție de numărul de asigurați și de structura de vârstă, sex, morbiditate etc. a asiguraților, prevenind astfel situații în care unele case ar putea încerca să selecteze persoane tinere și cu venituri crescute, în dauna celor varstnici, cu multiple comorbidități sau/și cu venituri reduse.

Populația nu va resimți financiar această modificare, plătind, în mare, aceleași asigurări ca până acum, iar CNAS va menține doar rol de reglementare și control. Pacienții vor putea merge, fără costuri suplimentare, la orice furnizor de servicii care are contract cu compania la care este asigurat; dacă dorește să se trateze în afara rețelei acesteia, o va putea face, dar va trebui să suporte o contribuție suplimentară pentru aceasta, cu excepția cazurilor de urgență. Pentru a putea eficientiza costurile, companiile private de asigurări vor trebui să reducă consumul de servicii spitalicești costisitoare și să promoveze serviciile de la nivel primar și de ambulator cu caracter preventiv, ceea ce va duce, pe termen mediu, la o îmbunătățire a stării de sănătate pentru populație dar și la o reducere a costurilor.

Casele de asigurări private vor putea să ofere în plus servicii medicale fie în cadrul bugetului primit de la CNAS, fie solicitând o coasigurare suplimentară voluntară, care va fi suportată de către angajator sau de asigurat și va fi deductibilă fiscal, ceea ce va crește gradul de atractivitate al acesteia.

12. TITLUL XV Finanțarea unor cheltuieli de sănătate. Legea prevede majorarea cu 20% a contribuțiilor din acciză care se constituie ca venituri proprii ale Ministerului Sănătății pentru finanțarea cheltuielilor de sănătate, ceea ce are drept scop asigurarea fondurilor necesare acoperirii priorităților în sănătate publică pentru asistența medicală acordată populației.

13. TITLUL XVI Calitatea și informațiile în sistemul de sănătate. O altă noutate se referă la zona calitatii serviciilor medicale. În acest sens se are în vedere crearea unei Agenții Pentru Informații și Calitate în Sănătate (ANCIS), rezultată prin reorganizarea Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor (CoNAS), ca o structură în coordonarea MS, care va asigura concentrarea resurselor existente din acest domeniu. ANCIS va prelua responsabilitățile actuale ale CoNAS și va colabora, în plus, la crearea de standarde de calitate a serviciilor medicale. Pe această bază

	va participa si la procesele de evaluare externa a calitatii serviciilor medicale si a institutiilor care furnizeaza aceste servicii.
3. Alte informații	Nu este cazul.

SECȚIUNEA A 3-A IMPACTUL SOCIO-ECONOMIC AL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul.
1^1. Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Introducerea de mecanisme concurențiale la nivelul finanțării și furnizării de servicii, într-o piață care va rămâne reglementată de către autorități, va duce la creșterea performanței la nivel managerial și medical, cu alocarea resurselor în funcție de nevoile pacienților.
3. Impactul social	Populația va plăti, în mare, aceleași asigurări ca și până acum, iar măsurile propuse vor duce la o eficientizare a furnizării serviciilor medicale și la o creștere a calității acestora.
4. Impactul asupra mediului	Nu este cazul.
5. Alte informații	Nu este cazul.

SECȚIUNEA A 4-A IMPACTUL FINANCIAR ASUPRA BUGETULUI GENERAL CONSOLIDAT, ATÂT PE TERMEN SCURT, PENTRU ANUL CURENT, CÂT ȘI PE TERMEN LUNG (PE 5 ANI)

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani			Media pe 5 ani	
		3	4	5	6	7
1	2					
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) impozit pe profit (ii) impozit pe venit b) bugete locale: (i) impozit pe profit c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) contribuții de asigurări						
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) transferuri b) bugetul Fondului național unic de sănătate: (i) bunuri și servicii						
3. Impact financiar, plus/minus, din						

care: a) buget de stat b) bugete locale						
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare - disponibilități din venituri proprii ale anului precedent						
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare						
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor cheltuielilor bugetare – conform Anexei la prezenta.						
7. Alte informații						

**SECȚIUNEA A 5-A
EFECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE**

1. Proiecte de acte normative suplimentare	Norme metodologice aprobate prin hotărâri ale Guvernului sau ordine de ministru
2. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie	
3. Decizii ale Curții Europene de Justiție și alte documente	Nu este cazul
4. Evaluarea conformității:	Se conformează
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente	Nu este cazul
6. Alte informații	Nu este cazul

**SECȚIUNEA A 6-A
CONSULTARILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII PROIECTULUI DE ACT NORMATIV**

1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Nu este cazul
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	Nu este cazul
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a	Au fost consultate structurile asociative ale autorităților administrației publice locale.

structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative	
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul
5. Informații privind avizarea de către a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi	Este necesar avizul Consiliului Legislativ, al Consiliului Economic și Social și al Consiliului Concurenței.
6. Alte informații	Nu este cazul

SECȚIUNEA A 7-A ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ	Au fost respectate regulile procedurale aplicabile pentru asigurarea transparenței decizionale, prevăzute de Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică.
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice	Nu este cazul
3. Alte informații	Nu este cazul

SECȚIUNEA A 8-A MASURI DE IMPLEMENTARE

1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente	Se are în vedere crearea unei Agenții Pentru Informații și Calitate în Sănătate (ANCIS), rezultată prin reorganizarea Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor (CoNAS), ca o structură în coordonarea MS, care va asigura concentrarea resurselor existente din această domeniu.
2. Alte informații	Nu este cazul

Față de cele prezentate a fost elaborat prezentul proiect de **Lege privind organizarea și functionarea sistemului de sanatate din Romania**, pe care îl supunem spre aprobare.

MINISTRUL SĂNĂTĂȚII,

LADISLAU RITLI

AVIZAT FAVORABIL :

MINISTRUL ADMINISTRATIEI SI INTERNELOR,

Constantin Traian IGAȘ

MINISTRUL AFACERILOR EUROPENE,

Leonard ORBAN

MINISTRUL APARARII NATIONALE,

Gabriel OPREA

**MINISTRUL EDUCAȚIEI, CERCETĂRII,
TINERETULUI ȘI SPORTULUI,**

Daniel Petru FUNERIU

MINISTRUL ECONOMIEI, COMERTULUI SI MEDIULUI DE AFACERI,

Ion ARITON

MINISTRUL MUNCII, FAMILIEI SI PROTECTIEI SOCIALE,

Sulfina BARBU

MINISTRUL TRANSPORTURILOR SI INFRASTRUCTURII,

Anca Daniela BOAGIU

MINISTRUL FINANTELOR PUBLICE

Gheorghe Ialomițianu

PRESEDINTELE CASEI NATIONALE DE ASIGURARI DE SANATATE,

Nicolae Lucian DUTA

**PRESEDINTELE AUTORITATII NATIONALE PENTRU REGLEMENTAREA SI
MONITORIZAREA ACHIZITIILOR PUBLICE,**

Cristina TRAILA

PREȘEDINTELE COMISIEI NAȚIONALE DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR

Constantin Buzoianu

DIRECTORUL SERVICIULUI ROMAN DE INFORMATII,

George Cristian MAIOR

DIRECTORUL GENERAL AL SERVICIULUI DE TELECOMUNICATII SPECIALE,

Marcel OPRIȘ

DIRECTORUL SERVICIULUI DE INFORMATII EXTERNE,

Mihai-Răzvan UNGUREANU

PREȘEDINTELE CONSILIULUI CONCURENȚEI

Chiritoiu Ct. Bogdan - Marius

SECRETARUL GENERAL AL SECRETARIATULUI GENERAL AL GUVERNULUI

MINISTRUL JUSTITIEI,

