

□□□□ **Conferință de presă**

□□□□ **22 decembrie 2013**

Sunt câteva lucruri pe care le-am afirmat încă de la începutul anului și la care am făcut permanent referire în activitatea din anul 2013 a Ministerului Sănătății.



Principalele măsuri de reformă cu impact major asupra funcționării sistemului pe care le-am anunțat au fost introducerea pachetului de servicii medicale de bază, pachetul minimal și pachetul de programe naționale de sănătate, actualizarea listei de medicamente.

La acestea se adaugă proiectele pilot privind schimbarea statutului spitalelor și creșterea veniturilor medicilor și echipelor medicale, strategia națională de sănătate, modificarea modului de calcul a clawback-ului, o nouă metodologie de calcul al prețului la medicamente, care vor fi prezentate opiniei publice - în formele finale - săptămâna viitoare.

De asemenea, în luna ianuarie vor fi trimise spre avizare proiectele de modificare a legii sănătății referitoare la malpraxis, colegiile profesionale, dar și cele privind rezidențiatul, astfel încât la reluarea activității Parlamentului după vacanța parlamentară să poată demara activitatea de dezbatere și adoptare.

Ministerul Sănătății și-a îndeplinit obligațiile asumate pentru anul 2013.

Astăzi pachetul de servicii medicale de bază, pachetul minimal, pachetul de programe naționale, precum și lista de medicamente actualizată sunt gata.

Ele sunt în forma pe care o supunem aprobării de data aceasta politice, după luni de consultări și dezbateri.

Pachetele aduc ordine și predictibilitate în sistem, consfințesc drepturile pacienților, care vor ști clar la ce servicii au dreptul și unde, la ce nivel de asistență.

Pachetele își propun să conducă la cheltuirea mai corectă și mai eficientă a banilor publici, prin direcționarea pacienților, astfel încât o problemă de sănătate să poată fi tratată mai repede, mai aproape de ei și mai eficient.

HG pentru aprobarea pachetului minimal și pachetului de servicii de bază

Având în vedere importanța deosebită pe care pachetele de servicii medicale o au pentru populația României, acestea s-au aflat în dezbatere publică aproximativ 4 luni de zile, timp în care s-au depus numeroase propuneri și sugestii de îmbunătățire, considerând că eforturile comune ale autorităților, renumiților medici, dar și ale pacienților vor duce la realizarea unui proiect național, care să schimbe în mod substanțial sistemul sanitar.

Începând de astăzi, am postat pe site-ul MS proiectul final de Hotărâre a Guvernului referitor la aprobarea pachetului de servicii medicale de bază și a pachetului minimal.

Variantele finale cuprind observațiile și propunerile comisiilor de specialitate, asociațiilor de pacienți, altor organizații profesionale și, de asemenea, acordul scris al Comisiei Europene pentru ceea ce prezentăm astăzi public.

Varianta prezentată astăzi cuprinde tipurile de servicii care vor fi oferite populației pe componente ale sistemului sanitar, urmând ca modalitățile concrete de furnizare a serviciilor medicale să fie stabilite prin contractul cadru și normele de aplicare, după aprobarea HG-ului.

Aș vrea să încep mai întâi cu câteva precizări referitoare la pachetul minimal de servicii medicale.

Beneficiarii pachetului minimal de servicii medicale sunt cetățeni neasigurați care vor avea acces la :

- servicii medicale de urgență,
- servicii de prevenție acordate la nivelul medicului de familie – consultații și analizele de evaluare a riscului (Hipertensiune și diabet), monitorizarea periodică a persoanelor depistate și acordarea tratamentului necesar,
- consultații de planificare familială.

Totodată, o atenție deosebită se va acorda gravidei și leuzei prin acordarea de consultații de monitorizare atât la medicul de familie, cât și în ambulatorul de specialitate, asigurându-se totodată și nașterea.

Serviciile spitalicești pentru cetățenii neasigurați vor include servicii medicale pentru toate cazurile de urgență, dar și pentru bolile cu potențial endemo-epidemic.

Pachetul de bază este gândit după o altă abordare decât până acum, nu pe număr de consultații sau pe pacient, ci pe episoade de îngrijire, adică de câte ori un pacient are o problemă nouă de sănătate.

În ceea ce privește pachetul de servicii medicale de bază, acesta are în vedere comutarea accentului de pe curativ pe prevenție, educație pentru sănătate, evitarea îmbolnăvirilor și depistarea precoce a bolilor – cu precădere a celor cu impact major asupra stării de sănătate a românilor.

Pachetul de servicii medicale de bază urmărește dezvoltarea serviciilor de asistență primară și ambulatoriu de specialitate, dar și descărcarea sectorului spitalicesc de internările nejustificate.

Proiectul introduce pentru prima dată în sistemul de sănătate din România consultațiile multidisciplinare de specialitate în ambulatorul integrat, astfel încât pacienții cu afecțiuni complexe să beneficieze de evaluarea stării de sănătate în echipe de specialiști. De exemplu, managementul afecțiunii oncologice – pacientul beneficiază simultan de expertiza medicilor specialiști - oncolog, radioterapeut și chirurg.

În ambulatoriul de specialitate sunt disponibile examinări paraclinice variate și au fost introduse noi analize: teste speciale pentru bolile autoimune și teste pentru boli endocrine, toate aceste analize nefiind susținute în prezent din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate.

S-a introdus un set de proceduri medicale care pot fi efectuate în ambulatorul de specialitate, o gamă largă de explorări funcționale și de imagistică (scintigrafia paratiroidiană).

În ceea ce privește serviciile spitalicești, se vor trata toate afecțiunile care necesită internare. Stabilirea tipului de spitalizare se va face în funcție de afecțiune, de complexitatea procedurilor terapeutice și de durata supravegherii de care trebuie să beneficieze pacientul.

Pachetul de servicii medicale de bază este realizat în limitele bugetului aprobat pentru anul 2014, ajustarea acestuia putându-se efectua numai în concordanță cu modificările bugetare.

Pachetul va fi corelat cu un set complex de alte măsuri de politici publice, organizatorice și administrative, care să permită o mai bună funcționare a asistenței medicale primare, a celei de ambulator, restructurarea asistenței medicale spitalicești, pregătirea profesională a personalului medical pentru noua abordare, inclusiv întâlniri de lucru cu managerii de spitale din toată țara, precum și cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate, la care vor participa și reprezentanții autorităților locale cu responsabilități în domeniu.

Toate aceste acțiuni vor fi realizate în primul trimestru al anului 2014.

Considerăm că acest proiect cu toate criticile care i-au fost aduse în diverse perioade are ca scop reșezarea sistemului de sănătate în beneficiul pacientului, astfel încât acesta să știe exact la câte servicii medicale are acces, care sunt acestea și cum se acordă ele, dar și în interesul personalului medical care va ști ce responsabilități are pentru aplicarea pachetului.

Încercăm, prin promovarea pachetului, ca relația medic – pacient să se bazeze pe principii de adevăr, responsabilitate, respect și demnitate.

Pachetul va produce efecte pozitive, vizibile, palpabile, reale în aproximativ 3 ani de aplicare. Sperăm însă ca încă din anul 2014, populația să resimtă efectele benefice ale serviciilor medicale oferite în medicina prespitalicească, mai aproape de cetățean, mai repede și fără aglomerația pe care o regăsim în prezent în spitale.

Totodată, pachetul de bază va putea să creeze condițiile de îmbunătățire a asistenței medicale prin dirijarea fondurilor financiare acolo unde este nevoie, respectiv crearea de spații bugetare în spitale, care să fie utilizate în viitor pentru îmbunătățirea aprovizionării cu medicamente, materiale sanitare și creșterea salariilor personalului medical.

Pachetul de bază, aplicat în mod corect, va putea să micșoreze cheltuielile în spitale, ceea ce va permite creșterea etapizată a tarifelor de decontare, estimările noastre fiind ca în anul 2016 să putem actualiza toate tarifele din România la nivelul valorilor reale.

Efectele aplicării pachetului vor putea fi evidențiate mult mai bine după introducerea cardului electronic, aplicarea dosarului electronic, precum și printr-o exigență sporită a controlului efectuat de CNAS și casele județene de asigurări de sănătate la furnizorii de servicii medicale, dar până atunci putem implementa mecanismele de funcționare la nivel primar.

Pentru pregătirea rețelei sanitare este nevoie de o perioadă de aproximativ 60 de zile, astfel încât introducerea noilor reglementări să poată fi cunoscute, însușite și aplicate după aceea în mod corect. De asemenea, este nevoie de această perioadă pentru că legea bugetului a intrat destul de târziu în vigoare, la sfârșitul lunii decembrie.

HG privind aprobarea pachetului programelor naționale de sănătate

Proiectul de Hotărâre de Guvern pentru aprobarea programelor cuprinde cele 21 de programe naționale de sănătate propuse pentru a fi realizate și finanțate în anul 2014.

Programele naționale de sănătate reprezintă priorități stringente pentru MS și, în același timp, responsabilități de politică publică. Înfiiințăm la nivelul aparatului central al ministerului sub formă de direcție - Agenția Națională de Programe, aprobată prin Hotărâre de Guvern în urmă cu 2 săptămâni, care va avea ca atribuții principale managementul programelor naționale de sănătate.

Informăm opinia publică că începând cu anul 2014 vom introduce programe de sănătate noi, care să reușească să amelioreze indicatorii sanitari, cum ar fi:

- reducerea mortalității infantile, obiectiv realizabil prin vaccinarea antipneumococică, dar și prin programul de chirurgie cardiacă pediatrică pentru secțiunile specializate de la Marie Currie și Târgu Mureș;

- scăderea mortalității prin diminuarea cazurilor de ciroză hepatică și cancer hepatic, ca urmare a introducerii programului de depistare și tratament a hepatitelor virale cronice;

- creșterea calității vieții unor categorii de persoane cum ar fi cele suferind de hemofilie și talasemie prin realizarea unor programe distincte în acest domeniu.

De asemenea, cele 3 programe - cancer, diabet și transplant- până la sfârșitul anului 2014 ne dorim să devină programe etalon ca urmare a aplicării unui alt tip de management, să mărim componenta de prevenție, dar și calitatea terapilor.

Toate programele naționale de sănătate, mai ales cele noi sau cele pe care le vom îndrepta către statutul de etalon, s-au elaborat și au ținut cont de propunerile asociațiilor de pacienți, pe baza protocoalelor încheiate în cursul acestui an. Am utilizat parteneriatul ca o formă reală de colaborare între autorități și pacienți.

În anul 2014, programele naționale de sănătate vor fi contractate și finanțate prin intermediul CNAS, pe baza hotărârilor Agenției Naționale de Programe din MS. Sperăm ca printr-o coordonare unică să îmbunătățim programele naționale și să eliminăm din disfuncționalitățile din ultimii ani.

Cele două proiecte de Hotărâri ale Guvernului sunt postate de astăzi pe site-ul Ministerului Sănătății în scopul realizării obligației legale de transparență decizională înainte de a fi prezentate Guvernului pentru adoptare, acțiune posibilă numai după intrarea în vigoare a legii bugetului.

Noua listă de medicamente compensate

Astăzi, s-a postat pe site-ul MS, la capitolul Noutăți, Sinteza privind propunerea de lista de medicamente compensate realizată de reprezentanții Comisiei Naționale de coordonare a comisiilor de specialitate ale MS, conform metodologiei aprobate prin Ordinul Ministrului

Sănătății 724 din luna mai 2013.

La analiza, evaluarea și elaborarea listei finale au colaborat un număr de 16 comisii cu peste 120 de medici și profesori.

Trebuie să spunem că procedura este complexă, necesită mai multe filtre de evaluare și apreciere, precum și maximă responsabilitate. În afară de evaluările medicale a fost necesară și efectuarea unei evaluări economice realizându-se analize de impact bugetar.

Este prima dată în România când se propune o listă nouă de medicamente compensate elaborată după o metodologie de evaluare agreată la nivel internațional, ceea ce a impus activități suplimentare de organizare și funcționare.

Metodologia utilizată s-a bazat pe respectarea întru totul a acordului cu FMI, BM și CE în ceea ce privește utilizarea evaluării tehnologiilor medicale în reevaluarea listelor de medicamente compensate. Până la sfârșitul semestrului I 2014 se va face o evaluare a întregii liste de medicamente compensate, urmând ca din semestrul II să propunem o listă actualizată.

Toată metodologia de evaluare, utilizată de comisii și, mai ales, de Comisia Națională, inclusiv de Unitatea de Evaluare a Tehnologiilor Medicale, a luat în considerare recomandările din rapoartele HAS (autoritatea de evaluare din Franța) și NICE (autoritatea de evaluare din Marea Britanie).

Pe lângă aceste recomandări, evaluarea a avut în vedere, de asemenea, și recomandări de bună practică din alte state cum ar fi SUA, Australia, Canada, specialiștii români desfășurând o activitate laborioasă și deosebit de complicată.

Propunerea efectuată de către Comisia Națională este realizată în urma analizei și evaluării a 167 de dosare depuse la MS, din care:

- 130 au fost admise,
- 36 au fost respinse,
- 1 dosar a fost incomplet și, prin urmare, nu a putut fi evaluat.

Comisia Națională și-a asumat prin semnătură această propunere de listă.

De asemenea, comisia a decis să propună ca din cele 130 de molecule admise spre compensare, 120 să fie prescrise utilizându-se protocoale specifice, protocoale care vor fi întocmite de comisiile de specialitate și care vor fi obligatorii la aplicarea noii liste.

Pe site-ul MS este prezentat tabelul cu sinteza evaluării Comisiei Naționale în care se regăsesc:

- denumirea medicamentului,
- indicațiile terapeutice,
- firma producătoare,
- numărul de înregistrare al dosarului,
- punctajul obținut,

- recomandarea de admitere sau respingere,
- lista și sublista de compensare, necesitatea sau nu de protocoale de prescriere,
- recomandarea de restricție de prescriere, dacă rambursarea va fi sau nu condiționată,
- prezentarea de tipuri de evidență pentru continuarea sau nu a compensării,
- termenul de reevaluare și
- dacă sunt necesare sau nu plafoane de prescriere.

Pentru anul 2014 se estimează un impact bugetar cuprins între 500 - 700 de milioane de lei, care va fi acoperit integral de taxa clawback, urmând ca în cursul anului să se caute soluții pentru acoperirea impactului bugetar pentru anii următori.

Dacă guvernele anterioare din anul 2009 până în 2012 ar fi actualizat măcar anual lista, impactul de aproximativ 10% din totalul valorii medicamentelor care se compensează s-ar fi distribuit pe 5 ani, iar impactul anual ar fi fost de maximum 2%, un procent acceptabil într-o creștere de buget anuală. Astfel, s-ar fi putut preveni formarea de arierate într-un volum mare, dar lucrul cel mai important, s-ar fi asigurat accesul la terapia pacienților și salvarea multor vieți.

Începând cu data de 23 decembrie 2013 se va afișa pe site-ul MS pentru transparență decizională proiectul de HG de actualizare a listei de medicamente compensate prin care se vor include propunerile pentru 130 de medicamente noi.

Conform ordinului invocat, procedura în continuare este următoarea: până pe 9 ianuarie 2014 se pot depune contestații la lista de medicamente la MS, pe 11 ianuarie MS va constitui

Comisia de soluționare a contestațiilor, urmând ca în termen de 10 zile lucrătoare (24 ianuarie) să se soluționeze contestațiile.

La sfârșitul lunii ianuarie, proiectul va fi înaintat Guvernului, spre aprobare, în vederea intrării în vigoare a listei de medicamente.

Acum, când avem acest document cu care ne putem prezenta în fața pacienților și le putem da speranța că viața lor va putea să fie îmbunătățită, trebuie să adresăm toate mulțumirile noastre elitei medicale românești care a participat cu multă dăruire, entuziasm și în mod voluntar, iar MS este onorat că a avut o colaborare atât de rodnică și consistentă pentru binele pacienților din România.

M,S,