

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1

Titlul prezentului proiect de act normativ

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019

Secțiunea a 2 – a

Motivul emiterii actului normativ

În baza dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pe baza negocierii cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentişti din România, Colegiul Farmaciştilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generalişti, Moaşelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimiştilor, Biologilor și Chimiştilor, precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.

Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului pentru următorii 2 ani.

1. Descrierea situației actuale

În prezent, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condițiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații. Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemoepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție.

Pachetul minimal și pachetul de bază cuprind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale la care au dreptul cetățenii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România.

Pentru serviciile din pachetul minimal și pachetul de bază sunt stabilite condițiile de acordare, drepturile și obligațiile părților contractante: case de asigurări de sănătate și furnizori, modalitățile de plată, condițiile de eligibilitate necesar a fi îndeplinite de furnizori pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și sancțiunile aplicabile.

2. Schimbări preconizate

▪ **Pachete de servicii:**

1. Reorganizare pachete de servicii – minimal și de bază într-o modalitate schematică, sub forma unei structuri generale în proiectul de hotărâre de Guvern, urmând ca detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condițiile acordării să fie stabilite prin normele metodologice de aplicare;

2. Servicii noi introduse în pachetul de bază:

- ✓ În cadrul activităților de suport - la nivelul asistenței medicale primare se eliberează:
 - fișa sintetică pentru copilul încadrat în grad de handicap;
 - adeverință încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază;
- ✓ Dezvoltarea serviciilor adiționale, în asistența medicală primară, ce vor fi detaliate în norme;
- ✓ Pentru serviciul de "Administrare de medicamente intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil", în pachetul de bază din asistența medicală primară, s-a precizat că acesta se acordă pentru medicamentele recomandate de către medicii de familie ca urmare a actului medical propriu,
- ✓ Patru consultații/trimestru/asigurat pentru îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, acordate de către medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care lucrează exclusiv în această activitate
- ✓ Serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu sunt asigurate de furnizori care fac dovada funcționării cu personal de specialitate cu pregătire în domeniul îngrijirilor paliative, conform legislației în vigoare:
- ✓ Servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului: evaluarea holistică, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, comunicarea, elaborarea planului de îngrijiri, educarea și consilierea pacientului și familiei în aplicarea planului de îngrijire, susținerea pacientului și familiei în luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, efectuarea de manevre de diagnostic și terapeutice, prescrierea medicației aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic și nefarmacologic adecvat pentru managementul simptomelor, activități de suport;
- ✓ Servicii de îngrijire asigurate de asistentul medical: evaluarea nevoilor de îngrijire, monitorizarea pacientului (funcții vitale, vegetative, îngrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate), administrarea de medicamente; metode nefarmacologice de tratament al simptomelor; educarea pacientului, familiei și a aparținătorilor privind îngrijirea curentă;
- ✓ Servicii de kinetoterapie furnizate de balneofiziokinetoterapeuți, kinetoterapeuți și profesori de cultură fizică medicală;
- ✓ Servicii de asistență psihologică furnizate de psiholog.

▪ Debirocratizare:

1. revizuire / sintetizare/ comasare obligații furnizori,
2. instrumente simplificate în procesul de contractare:
 - ✓ transmitere documente numai în format electronic,
 - ✓ eliminare documente solicitate în prezent pentru îndeplinirea condițiilor de contractare, respectiv:
 - dovada plății la zi a contribuției la FNUASS,
 - lista în format electronic a bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz și pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie
 - asigurarea de răspundere civilă în domeniul medical pentru medicii și asistenți medicali având în vedere că pentru aceștia se prezintă certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România / certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), certificate care se avizează numai pe perioada de valabilitate a asigurării de răspundere civilă
 - declarație pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia;
3. Obligația existenței semnăturii electronice pentru toți medicii care doresc să intre în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
4. Eliminarea unor obligații pentru diminuarea excesului de reglementare; exemple:
 - ✓ să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în hotărâre și în norme;
 - ✓ să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
 - ✓ să completeze formularele privind evidențele obligatorii și pe cele tipizate,

- ✓ să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, în limita competenței profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;
- ✓ nu se mai întocmește prescripție distinctă la nivelul asistenței medicale primare pentru recomandările făcute de către medicii de medicina muncii și nici borderou distinct la farmacii.

▪ **Disciplina contractuală:**

I. Pentru îmbunătățirea gestionării eficiente a FNUASS:

1. În ceea ce privește obligația furnizorului de a întocmi evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale / cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane / cazurile în care au fost aduse daune sănătății proprii persoane; furnizorii au obligația de a comunica aceste evidențe, lunar, caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; pentru nerespectarea acestei obligații s-au introdus sancțiuni graduale;

2. Eliminarea prevederii potrivit căreia casele de asigurări de sănătate decontează nu mai mult de 25% din cazurile externate din secțiile de medicina muncii - boli profesionale ale spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională. (având în vedere că Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii și Justiției Sociale au elaborat un proiect de act normativ privind decontarea întregii activități a acestor secții din bugetul asigurărilor sociale de stat)

3. Medicii prescriptori trebuie să respecte protocoale terapeutice. S-a precizat că, pentru medicamente care nu au protocoale terapeutice, medicii trebuie să prescrie cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatului caracteristicilor produsului (RCP) în limita competenței medicului prescriptor.

Ca urmare, începând cu 1 iulie 2018 este prevăzută obligația medicilor prescriptori de a respecta averizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

4. Au fost stabilite tarife unitare pentru consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat. Au fost eliminate reglementările potrivit cărora se negociază tariful/km, tariful/milă, tariful/solicitare. Propunerea a avut în vedere o decontare unitară la nivelul tuturor caselor de asigurări de sănătate a consultațiilor de urgență la domiciliu și a activităților de transport neasistat.

5. Furnizorii vor comunica caselor de asigurări de sănătate modificările privind condițiile avute în vedere la contractare cel târziu în ziua în care acestea produc efecte;

6. Pentru serviciile de îngrijire la domiciliu și pentru serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu s-a prevăzut valoare de contract. Sumele contractate se stabilesc în funcție de fondul aprobat pentru îngrijiri la domiciliu și a unor criterii prevăzute în actele normative subsecvente;

7. Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta la contractare lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

II. Pentru îmbunătățirea controlului utilizării FNUASS:

1. Revizuire sancțiuni în sensul diminuării nivelului acestora, extindere gradualitate, corelat cu gravitatea neîndeplinirii obligației; exemple:

- ✓ completarea formularelor cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă, în sensul că acestea se vor aplica în mod gradual, plecând de la avertisment la prima constatare (în prezent se recuperează contravaloarea serviciilor/medicamentelor acordate pe baza acestor documente);

- ✓ să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii

decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens (în prezent reziliere directă, în proiectul de hotărâre sancțiuni graduale);

✓ raportarea incorectă/incompletă de către farmacii a datelor referitoare la consumul de medicamente în vederea decontării, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, în sensul că trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective;

✓ a fost revizuită în parte sancțiunea aplicabilă farmaciilor în situația în care, se sesizează neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate, astfel:

”în situația în care, ca urmare a controlului desfășurat de către instituțiile abilitate, se stabilește vinovăția furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la cunoștință a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispuse în cauza respectivă, cu recuperarea integrală a contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor în perioada verificată de instituțiile abilitate și decontată de casa de asigurări de sănătate și care depășesc valoarea achizițiilor pentru care există documente justificative;”

În coroborare, cu revizuirea sancțiunilor, au fost operate modificări în ceea ce privește reținerea sumelor aferente sancțiunilor aplicate furnizorilor. Astfel, în prezent, reținerea sumelor se face din prima plată, iar în situația în care suma depășește prima plată reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii; în proiectul de act normativ este prevăzut că recuperarea sumei, pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, astfel:

- Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

- Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

2. Sancțiuni noi:

✓ Sancționarea spitalului în situația în care nu se eliberează prescripție medicală, la externarea asiguratului – pentru situațiile în care era necesară, prin reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației;

✓ Sancționarea furnizorilor din asistența medicală ambulatorie pentru specialități clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare în situația în care nu se eliberează prescripție medicală pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligații conduce la reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației;

3. Nu se mai suspendă un contract în situația încetării valabilității dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru una sau mai multe persoane care își desfășoară activitatea la furnizor; se suspendă din contract doar persoanele care nu mai respectă această obligație, în situația în care furnizorul îndeplinește condițiile de desfășurare a activității.

- În ceea ce privește asigurării, unele modificări din proiectul de act normativ au avut ca obiectiv:

- Accesul:

1. Eliminarea limitelor privind accesul la furnizorii de servicii medicale paraclinice și de medicamente (în prezent, asiguratul are posibilitatea de a se prezenta doar la furnizorii care sunt în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor); fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală;

Pentru ca aceste reglementări să poată fi implementate în PIAS a fost prevăzută o etapă intermediară, respectiv:

✓ În cazul investigațiilor medicale paraclinice: până la data de 1 iulie 2018, furnizorul efectuează investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere eliberat de medicul care se află în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și furnizorul de servicii medicale paraclinice.

În coroborare, până la data de 1 iulie 2018, în situația în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București.

✓ În cazul medicamentelor cu și fără contribuție personală: până la data de 1 iulie 2018, farmacia eliberează medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților numai în baza prescripțiilor medicale eliberate de medicul care se află în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și farmacia.

2. Pentru spitalizare continuă, pacienți cu diagnostic oncologic confirmat aflați în Programul național de oncologie, se pot prezenta fără bilet de internare

3. Pentru zonele/localitățile deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate care acordă servicii spitalicești, un medic poate acorda servicii medicale spitalicești, în baza a două/trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte, cu respectarea legislației muncii.

4. Pentru zonele/localitățile deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor din specialitățile paraclinice, un medic poate acorda servicii medicale paraclinice în baza a două contracte de furnizare de servicii medicale paraclinice, cu respectarea legislației muncii.

Stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor din specialitățile paraclinice se face de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. La lucrările comisiei participă cu rol consultativ reprezentanți ai organizațiilor patronale și societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile paraclinice, reprezentative la nivel județean, în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.

5. Documentele necesare pentru aprobarea unui dispozitiv medicale se pot transmite de către asigurat casei de asigurări de sănătate și prin poștă (în prezent documentele se depun la sediul casei de asigurări de sănătate).

6. Dezvoltarea reglementărilor privind programul de activitate al furnizorilor din asistența medicală primară, asistența ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, precum și pentru medicină dentară:

✓ Pentru accesul asiguraților la servicii medicale în cadrul cabinetului medical din asistența medicală primară și la cabinetul din ambulatoriu pentru specialitățile clinice s-a precizat ca programul de activitate de 35 de ore pe săptămână se asigură în minim 5 zile pe săptămână; pentru medicii de familie din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești programul de lucru de

35 de ore/săptămână se stabilește pe zile conform condițiilor specifice acestui sistem și se reglementează în normele proprii;

✓ Programul de activitate pentru medicii de medicină dentară cu integrare clinică a fost stabilit la 3 ore și 30 de minute pe zi (reprezentând 1/2 normă).

7. Pentru medicul de familie nou-venit într-o localitate:

✓ a fost majorată perioada pentru care poate încheia convenție cu casa de asigurări de sănătate de la 3 la 6 luni, precum și perioada pentru care ulterior convenției se poate încheia contract (perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei) de la 3 la 6 luni

În coroborarea a fost modificată modalitatea de plată, pe perioada convenției; Medicul de familie nou venit beneficiază pe perioada convenției de un venit constituit din:

a) o sumă reprezentând plata "per capita" pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, prevăzut în norme, și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;

b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.

8. În categoria furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au fost incluși medicii de familie și spitalele, care se organizează ca furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu.

▪ Calitate:

1. Începând cu anul 2019, condiție nouă de eligibilitate a furnizorilor prin depunerea dovezii de acreditare (pentru unități sanitare cu paturi) sau a depunerii dovezii înscrierii în procesul de acreditare, prin care se certifică calitatea serviciilor medicale, pentru celelalte categorii de furnizori.

2. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu a fost prevăzută obligativitatea existenței a cel puțin 1 medic care să își desfășoare activitatea într-o formă legală la furnizor.

▪ Transparența în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate:

1. La stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii la nivel județean și la nivelul Municipiului București sunt luați în calcul și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu CAS AOPSNAJ.

2. Au fost operate modificări în ceea ce privește componenta comisiilor constituite la nivel local cu atribuții în:

- stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii și a numărului minim de asigurați pentru mediul rural/zone deficitare din mediul urban;

- stabilirea necesarului de norme și de medici pe specialități pentru specialitățile clinice, stabilirea specialităților deficitare și a zonelor deficitare;

- stabilirea numărului de norme și de medici pentru asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;

Aceste comisii vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, ai direcției de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor. Organizațiile patronale și sindicale, și societățile profesionale ale medicilor, reprezentative la nivel județean, precum și administrațiile publice locale, au un rol consultativ. Propunerea are în vedere faptul că nu toți medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriu sunt reprezentați de organizațiile menționate anterior.

S-a eliminat comisia cu atribuții în stabilirea numărului necesar de investigații paraclinice pe județ, repartizarea fondului alocat pe tipuri de investigații paraclinice, nemaivând obiect în contextul actualelor reglementări.

3. Casele de asigurări de sănătate au obligația:

- să facă publică suma reprezentând 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a

fost contractată inițial și să o contracteze cu spitalele conform reglementărilor legale în vigoare;

- să publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii și tipuri de dispozitive medicale;

- să pună la dispoziția furnizorilor cu care se afla în relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare;

- să actualizeze în format electronic – SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

- să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care înlocuiesc un alt medic;

4. S-a precizat că termenul de transmitere a motivării sumelor decontate, cu ocazia regularizărilor trimestriale, este de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor.

5. A fost prevăzut dreptul furnizorilor de a fi îndrumați de către casele de asigurări de sănătate în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;

6. Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu a fost prevăzută obligația de a transmite, caselor de asigurări de sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; (obligația a avut în vedere faptul că pentru anul 2018 este prevăzută valoare de contract pentru aceste tipuri de servicii);

▪ **Pentru asistența medicală primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate au fost reglementate următoarele aspecte:**

1. s-a precizat ca programul de activitate al asistentului medical/sorei medicale/moașei în cadrul cabinetului în asistența medicală primară și în cadrul cabinetului organizat în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, poate fi o normă întregă sau fracțiune de normă;

2. un medic angajat fără listă proprie în cadrul unui cabinet medical individual în asistența medicală primară, poate figura ca medic angajat și în alte cabinete medicale individuale cu condiția ca toate cabinetele medicale individuale să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate;

3. a fost reglementat în mod expres dreptul medicilor de familie la o perioadă de vacanță de până la 30 de zile calendaristice pe an; pentru aceasta perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru asigurații înscrși pe lista, precum și modalitatea de plată a medicilor de familie se vor stabili prin norme;

4. în ambulatoriul clinic pot fi efectuate unele servicii de spitalizare de zi, decontate prin tarif pe serviciu/caz, decontate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești; serviciile se contractează de casele de asigurări de sănătate numai cu unitățile sanitare care au organizat, autorizat și evaluat atât ambulatoriul de specialitate clinic cât și structura de spitalizare de zi.

▪ **Pentru asistență medicală spitalicească:**

Începând cu contractarea pentru anul 2019, casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi numai cu unitățile sanitare pentru care se încheie și contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă.

▪ **Pentru farmacii:**

A fost prevăzută obligația farmaciilor aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, de a nu utiliza, sub nici o formă, în campaniile publicitare, referințe la medicamentele compensate și gratuite sau la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepția informării asupra faptului că farmacia eliberează medicamente compensate și gratuite.

▪ **Revizuirea unor obligații și condiții pentru claritatea textului:**

1. Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice :

- ✓ să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală cât și în afara relației cu contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidenta reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care sa reiasă tipul-denumirea, cantitatea, nr. lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii în consum și ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;
- ✓ să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189; (în prezent sunt prevăzute "limite de normalitate" în locul "intervalor biologice de referință");
- ✓ să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;

2. Pentru farmacii:

- ✓ S-a completat obligația farmaciilor de a se aproviziona, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie - la solicitarea în scris de către asigurat, în sensul că farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017 privind obligația de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente.
- ✓ S-a precizat că un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 2 farmacii aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate (în prezent își poate desfășura activitatea la 2 furnizori). Un farmacist își poate desfășura activitatea la cel mult 3 farmacii (în prezent la 3 furnizori) aflate în relație contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situația în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică și de sărbători legale, precum și pe timpul nopții.

3. PIAS:

- ✓ Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activității lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcționarea oricărei componente PIAS în condițiile art. 207 - 209.

Reglementarea a fost revizuită față de materialul transmis anterior, în sensul că s-a precizat că întreruperile în funcționarea PIAS se referă la întreruperi în funcționarea oricărei componente PIAS.

3. Alte informații

Secțiunea a 3-a
Impactul socio-economic al proiectului de act normativ

| | |
|---|---|
| 1. Impact macro-economic | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat: | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 2. Impact asupra mediului de afaceri | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 2 ¹ . Impactul asupra sarcinilor administrative | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 2 ² . Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 3. Impact social | |
| 4. Impact asupra mediului | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 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)**

Proiectul de act normativ nu are impact asupra bugetului general consolidat.

| Indicatori | Anul curent | Următorii patru ani | | | | Media pe cinci ani |
|---|-------------|---------------------|---|---|---|--------------------|
| | | - mii lei - | | | | |
| | | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 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/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii b) bugete locale: i. cheltuieli de personal ii. bunuri și servicii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| i. cheltuieli de personal | | | | | | |
| ii. bunuri și servicii | | | | | | |
| 3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale | | | | | | |
| 4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare | | | | | | |
| 5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare | | | | | | |
| 6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare | | | | | | |
| 7. Alte informații | | | | | | |

Secțiunea a 5-a

Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare

| | |
|---|--|
| 1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ): | |
| <i>a) acte normative care se modifică sau se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;</i> | <p>- Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare</p> <p>- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările și completările ulterioare</p> |
| <i>b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții.</i> | <p>- Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care</p> |

| | |
|---|--|
| | reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019. |
| 1. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare: | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente, făcându-se referire la un anume acord, o anume rezoluție sau recomandare internațională ori la alt document al unei organizații internaționale: | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect |
| 6. Alte informații | Nu sunt. |
| Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ | |
| 1. Informații privind procesul de consultare cu organizațiile neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate | - Negocieri/consultări în procesul de elaborare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România, Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, precum și cu organizațiile patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, conform dispozițiilor art. 229 alin. 2 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare. |

| | |
|--|---|
| 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 | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 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 structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 5. Informații privind avizarea de către: | |
| a) Consiliul Legislativ | Se supune avizului Consiliului Legislativ. |
| b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării | |
| c) Consiliul Economic și Social | |
| d) Consiliul Concurenței | |
| e) Curtea de Conturi | |
| 6. Alte informații | Nu sunt. |
| 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 | S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică. Potrivit dispozițiilor din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de CNAS și se avizează de către Ministerul Sănătății. Proiectul a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, începând cu data de 29.11.2017. |
| 2. Informarea societății civile cu privire la eventualele impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra | |

| | |
|---|--|
| sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice | |
| 3. Alte informații | Nu sunt |
| Secțiunea a 8-a Măsuri 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 | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. |
| 2. Alte informații | Nu sunt. |

Față de cele prezentate, a fost elaborat prezentul proiect de Hotărâre pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019, pe care îl supunem Guvernului spre adoptare.

Ministrul Sănătății
Sorina PINTEA

p. Președintele
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
Răzvan Teohari VULCĂNESCU

Avizăm favorabil

Ministrul Finanțelor Publice
Eugen Orlando TEODOROVICI

Ministrul Justiției
Tudorel TOADER

Președintele Consiliului Concurenței
Bogdan CHIRIȚOIU