

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

SECȚIUNEA 1 TITLUL PROIECTULUI 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, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2020 – 2021

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 multianual se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR), Colegiul Farmaciștilor din România (CFR), Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moșelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România (OBBCSSR), precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical.

Proiectul se avizează de către Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

1. Descrierea situației actuale

În prezent, potrivit dispozițiilor 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:

- ✓ În Pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară:
 - s-a prevăzut că în cazul consultațiilor pentru urmărirea leuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere acestea se acordă la domiciliu, similar ca la pachetul de bază.
- ✓ În Pachetul de servicii de bază:
 1. În asistența medicală primară:
 - la activități de suport – au fost prevăzute: recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu și recomandarea pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară
 - s-a precizat că se acordă la domiciliu consultațiile pentru urmărirea leuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere acestea se acordă la domiciliu.
 2. În pachetul de bază pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate

recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, au fost introduse două categorii noi de dispozitive, respectiv:

- dispozitive medicale anti-escare;
- dispozitive medicale compresive.

▪ **Calitate:**

✓ În ceea ce privește **obligatia evaluării / acreditării** furnizorilor de servicii medicale/medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu / dispozitive medicale, în conformitate cu modificările art. 249 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – așa cum a fost modificat prin OUG nr. 249/2020:

„Casele de asigurări de sănătate încheie, potrivit legii, contracte cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale care respectă următoarele condiții:

a) sunt autorizați și evaluați potrivit art. 253, pentru furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării sau care nu intră sub incidența prevederilor referitoare la acreditare, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

b) sunt autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligați să se acrediteze sau care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;

c) dispun de un sistem informațional și informatic a cărui utilizare permite evidența, raportarea, decontarea și controlul serviciilor medicale efectuate, conform cerințelor CNAS;

d) utilizează pentru tratamentul afecțiunilor numai medicamente din Nomenclatorul de produse medicamentoase de uz uman;

e) utilizează materiale sanitare și dispozitive medicale autorizate, conform legii.”

Potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare:

”(5) Acreditarea este o condiție obligatorie pentru unitățile sanitare care prestează sau nu servicii în relație cu sistemul public de asigurări de sănătate, cu excepția cabinetelor de medicină de familie, a cabinetelor medicale dentare și a cabinetelor medicale din ambulatoriul de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și Legii societăților nr. 31/1990, republicată, cu modificările și completările ulterioare, precum și a laboratoarelor de analize medicale și de anatomie patologică. Prezenta lege nu se aplică unităților farmaceutice - farmacii și oficine de circuit deschis.”

În consecință, pentru fiecare domeniu de asistență medicală în proiectul de Contract-cadru, la condițiile de eligibilitate ce trebuie îndeplinite de furnizori pentru a putea intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate s-au introdus reglementări în concordanță cu reglementările Legii nr. 95/2006 și Legii nr. 185/2017, mai sus enunțate.

▪ **Debirocratizare:**

1. Instrumente simplificate în procesul de contractare:

1.1. Contractele de furnizare servicii medicale / medicamente / dispozitive medicale, precum și actele adiționale, pot fi semnate de reprezentantul legal prin semnătură electronică extinsă/calificată;

1.2. Eliminarea unor documente la contractare, respectiv:

✓ La asistența medicală primară:

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
- programul de lucru al medicilor cu liste proprii de asigurați, precum și numărul de ore pe zi pentru medicii angajați în cabinete medicale individuale și pentru personalul medico-sanitar.

✓ La asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
- copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar, inclusiv personalul autorizat de Ministerul Sănătății care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, își exercită profesia la furnizor;

- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;

- actele doveditoare care să conțină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de

- sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru și tipul serviciilor conform prevederilor din norme;
- certificat de competență - pentru medicii care încheie acte adiționale pentru servicii medicale paraclinice, după caz;
 - documentul prin care se atestă competența de îngrijiri paliative.
- ✓ La asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare:
- programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar;
 - lista personalului medico-sanitar care își exercită profesia la furnizor și programul de lucru al acestuia;
 - copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
- ✓ La medicină dentară
- documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentiști;
 - copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor.
- ✓ La asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:
- copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimiști, biochimiști;
 - copie a actului doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - programul personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor;
- ✓ La asistența medicală spitalicească:
- lista afecțiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi și care impun internarea în regim de spitalizare continuă, prezentată de fiecare furnizor în format electronic;
 - lista investigațiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor și care impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentată de fiecare furnizor în format electronic;
 - nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății, în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății, sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective;
 - copie de pe actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor;
 - declarație pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică criteriile de internare pentru lista de afecțiuni care nu pot fi tratate în ambulatoriu și necesită spitalizare - prevăzută mai sus, precum și că asigură managementul listei de așteptare pentru internările programabile, conform nivelului de competență al spitalului;
 - declarație pe propria răspundere a managerului spitalului privind estimarea procentelor serviciilor medicale corespunzătoare spitalizărilor continue evitabile care se transferă pentru tratament în ambulatoriu/spitalizare de zi.
- ✓ La îngrijiri medicale la domiciliu
- copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor;
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
 - programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.
- ✓ La îngrijiri paliative la domiciliu
- copie a actului doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor;
 - copie a actului de identitate pentru medici și asistenții medicali;
 - programul de activitate al medicilor, al personalului care furnizează servicii conexe actului medical și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.
- ✓ La asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii:
- nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de

management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari, numiți prin ordin al ministrului sănătății, în cazul spitalelor publice din rețeaua Ministerului Sănătății, sau, în cazul ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie, prin act administrativ al instituțiilor respective, după caz;

✓ La medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmacistii și asistenții de farmacie, care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

- durata timpului de lucru a acestuia (număr de ore/zi și număr de ore/săptămână) pentru personalul de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizor.

✓ La dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu:

- dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia;

- copie de pe buletin/carta de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului și datele de contact ale acestuia.

La nivelul tuturor segmentelor de asistență medicală, documentele ce se depuneau la contractare cu informații legate de personal, se înlocuiesc cu o listă al cărui model va fi prevăzut în norme, asumată prin semnătura electronică, cu personalul medico-sanitar / farmaceutic, după caz, care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care își desfășoară activitatea în mod legal la furnizor, precum și programul de lucru al acestuia, conform unui model prevăzut în norme; lista cuprinde informații necesare încheierii contractului.

2. Obligații case de asigurări de sănătate – abrogate/modificate față de reglementările în vigoare:

✓ La nivelul asistenței medicale primare a fost eliminată obligația CAS de a ține evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență; - informațiile se regăsesc în PIAS

✓ La nivelul asistenței medicale spitalicești a fost eliminată obligația CAS de a ține evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta. - informațiile se regăsesc în PIAS.

3. Obligație reformulată la furnizorii de dispozitive medicale:

✓ în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere ale dispozitivelor medicale de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, furnizorii de dispozitive medicale nu vor mai transmite *certIFICATELE DE ÎNREGISTRARE A DISPOZITIVELOR MEDICALE, TEHNOLOGIILOR ȘI DISPOZITIVELOR ASISTIVE EMISE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII/AGENȚIA NAȚIONALĂ A MEDICAMENTULUI ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE ORI DE DOCUMENTELE DE ÎNREGISTRARE DINTR-UN STAT MEMBRU DIN SPAȚIUL ECONOMIC EUROPEAN ȘI/SAU DE DECLARAȚIILE DE CONFORMITATE CE EMISE DE PRODUCĂTORI, DUPĂ CAZ, CI O DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE CONFORM CĂREIA TOATE DISPOZITIVELE MEDICALE/TEHNOLOGIILE ȘI DISPOZITIVELE ASISTIVE PENTRU CARE SE TRANSMIT PREȚURILE DE VÂNZARE CU AMĂNUNTUL/SUMELE DE ÎNCHIRIERE, SE REGĂSESC ÎN CERTIFICATELE DE ÎNREGISTRARE EMISE DE ORGANIZAȚIILE/ORGANISMELE ANTERIOR MENȚIONATE.*

▪ **Disciplină contractuală**

I. Pentru îmbunătățirea gestionării eficiente a FNUASS:

1. La domeniul de asistență ”consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat - s-a precizat că trimestrial se fac regularizări, în condițiile prevăzute în norme.

2. La îngrijiri medicale la domiciliu și la îngrijiri paliative la domiciliu - s-a precizat că suma contractată se regularizează în condițiile prevăzute în norme;

II. Pentru îmbunătățirea controlului utilizării FNUASS:

1. La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.

Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial

se utilizează astfel:

a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești;

b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă.

2. Sancțiuni reformulate / sancțiuni noi la furnizorii de servicii medicale:

✓ Prin reglementările din proiectul de act normativ, pentru nerespectarea obligației de urcare în sistem a prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line, se propun alte sancțiuni - care nu mai conduc la rezilierea contractului acolo unde era prevăzută rezilierea, respectiv:

- la prima constatare, avertisment scris, pentru luna/lunile în care s-au produs aceste situații;

- începând cu a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic.

Reglementarea are în vedere aplicarea punctuală și unitară a acestei sancțiuni la nivelul tuturor prescriptorilor.

Anterior, nerespectarea de către furnizori a obligației de a introduce în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii, conducea la aplicarea de sancțiuni graduale – care prin aplicare conduceau la sume diferite pe categorii de furnizori.

✓ S-a precizat că este interzisă utilizarea semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. În cazul nerespectării acestei obligații, se vor anunța organele abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare.

3. La furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat, raportat la condiția de eligibilitate de a avea implementat sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS, aceasta a fost completată în sensul că este necesară și stocarea informațiilor.

Totodată, a fost introdusă o nouă obligație a furnizorilor respectiv aceea de a pune la dispoziția casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, la solicitarea acesteia, informațiile stocate prin sistemul GPS, potrivit normelor.

4. A fost revizuită în parte sancțiunea aplicabilă farmaciilor în situația refuzului de a pune la dispoziția organelor de control documente privind tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate, astfel:

- refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate documentele justificative cu privire la tipul și cantitatea medicamentelor și materialelor sanitare achiziționate și evidențiate în gestiunea cantitativ-valorică a farmaciei și care au fost eliberate în perioada pentru care se efectuează - conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de medicamente și recuperarea integrala a sumei reprezentând contravaloarea medicamentelor ce fac obiectul refuzului, eliberate de furnizor în perioada pentru care se efectuează controlul și decontată de casa de asigurari de sanătate.

Reglementarea are în vedere pe lângă întărirea disciplinei contractuale și echilibrarea sumelor cu care se diminueaza valoarea consumului transmisă Deținătorilor de autorizații de punere pe piață a medicamentelor (DAPP) în vederea stabilirii, calculul, declarării și plății contribuției trimestriale (Clawback), urmare a contestațiilor depuse de acesta în temeiul art. 6 din OUG nr. 77/2011, cu modificările și completările ulterioare.

5. Suspendarea contractelor:

✓ A fost introdusă o situație nouă pentru suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, respectiv la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice pe an calendaristic, în situații de absență a medicului/medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului.

Pentru aceste situații, pentru perioada de suspendare, valoarea lunară de contract nu se reduce proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost consumată anterior perioadei de suspendare; în situația în care valoarea lunară de contract nu a fost consumată aceasta se diminuează cu suma rămasă neconsumată până la data suspendării.

✓ Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice, în situația în care certificatul de acreditare în

conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, pentru laboratoarele de analize medicale / certificatul în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2015 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală – și-au încetat valabilitatea / au fost revocate, contractul se poate suspenda pentru o perioadă de maximum 90 de zile-anterior termenul era de maximum 30 de zile - cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora.

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

- **Accesul la servicii medicale:**

1. În asistența medicală primară au fost prevăzute următoarele obligații ale medicilor de familie:

- să finalizeze actul medical efectuat pentru persoanele asigurate prin eliberarea biletelor de trimitere, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situația în care concluziile examenului medical impun acest lucru - pentru coroborare cu alte acte normative incidente.

- să nu refuze înscrierea pe listă a persoanelor din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază în asistența medicală primară, în condițiile stabilite de respectivele documente internaționale - pentru punerea de acord cu regulamentele europene.

2. În asistența medicală primară - nu mai este prevăzută la condițiile care pot conduce la încetarea contractului cea în care numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii ale medicului de familie se mențin timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul de persoane asigurate **înscrise** pe lista proprie.

3. Îngrijiri paliative în ambulatoriu:

În proiectul de hotărâre s-a prevăzut că îngrijirile paliative în ambulatoriu pot fi contractate și de medicii de specialitate din specialitățile clinice care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care încheie contract cu casele de asigurări de sănătate atât în baza specialității cât și a competenței.

Anterior, acest tip de îngrijiri în ambulatoriul clinic – se putea acorda de către medicii de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv cu specialitatea medicină de familie, care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății care lucrau exclusiv în această activitate și încheiau contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenței/atestatului de studii complementare.

Acești medici își pot desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente atât specialității cat și servicii de îngrijiri paliative, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu, cu respectarea programului de lucru al cabinetului, stabilit prin contractul încheiat.

4. Începând cu 1 ianuarie 2021, 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; în cazul farmaciilor, 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 31 decembrie 2020, 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 31 decembrie 2020, 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 31 decembrie 2020, 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.

În coroborare, până la data de 31 decembrie 2020 inclusiv, Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente.

Începând cu data de 1 ianuarie 2021, Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale care pot prescrie medicamente ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente.

5. Îngrijiri medicale la domiciliu:

Furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pot modifica sau întrerupe schema de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu doar cu avizul medicului care a făcut recomandarea.

6. Au fost introduse reglementări noi pentru următoarele situații:

- schimbarea formei de organizare/sediului social nelucrativ/denumirii furnizorului, pe parcursul derulării contractului

- reorganizarea furnizorilor de servicii medicale cu personalitate juridică aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică, astfel încât să se asigure continuitate în acordarea serviciilor medicale.

▪ **Pentru asistența medicală primară au fost reglementate următoarele aspecte:**

1. Au fost completate situațiile în care asiguratul își poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, cu situațiile generate de specificul activității personalului din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești care se deplasează în interes de serviciu;

2. Data până la care se calculează de către CNAS valoarea definitivă a punctului per capita și a punctului pe serviciu prin regularizare trimestrială este data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, *față de data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru – reglementarea are în vedere cerințele Ministerului Finanțelor Publice privind unele termene de raportare (Forexebug)*

Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului.

▪ **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au fost reglementate următoarele:**

1. Data până la care se calculează de către CNAS valoarea definitivă a punctului pe serviciu prin regularizare trimestrială este data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, *față de data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru – reglementarea are în vedere cerințele Ministerului Finanțelor Publice privind unele termene de raportare (Forexebug)*

Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului.

2. Program cabinet - pentru situațiile în care pentru anumite specialități există localități/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită la nivel local și pentru cabinetele din ambulatoriile integrate - pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână - s-a precizat că acest program poate fi mai mic de 5 zile pe săptămână, pentru claritatea reglementării.

▪ **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitate au fost reglementate următoarele aspecte:**

1. Furnizorii care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii,

eliberate de Ministerul Sănătății și CMR, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografiile din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, în condițiile stabilite prin norme.

2. Program cabinet - pentru situațiile în care pentru anumite specialități există localități/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită la nivel local și pentru cabinetele din ambulatoriile integrate - pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână - s-a precizat că acest program poate fi mai mic de 5 zile pe săptămână, pentru claritatea reglementării.

▪ **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice a fost reglementat următorul aspect:**

Pentru situațiile în care în raza administrativ - teritorială nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice și acestea încheie contracte cu furnizori din alte județe pentru furnizarea acestor servicii, nu mai este necesară obținerea avizului CNAS.

Fiecare casă de asigurări de sănătate va informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu privire la contractele încheiate cu furnizori din alte județe și la lista serviciilor medicale paraclinice contractate cu fiecare dintre acestea. (descentralizare)

▪ **Pentru asistența medicală spitalicească s-a reglementat:**

Spitalele de specialitate care tratează cazuri acute încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentului contract-cadru asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

▪ **Pentru domeniul ”medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu” s-a reglementat:**

Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, în condițiile prevăzute în norme, casele de asigurări de sănătate decontează toate prescripțiile medicale acordate pacienților pentru care s-a înregistrat rezultat medical eliberate și raportate în Platforma informatică din asigurările de sănătate, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (16) și (17) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, cu modificările și completările ulterioare, în cel mult 60 de zile de la validarea facturii.

- *pentru corelare cu prevederile art 12 alin (18) din OUG nr 77/2011 cu modificările și completările ulterioare*

▪ **Pentru domeniul ”dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu” s-a reglementat:**

Furnizorii au dreptul să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidențialității datelor personale; - reglementarea are în vedere optimizarea fluxului financiar privind plata facturilor la furnizori.

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

1. Obligații CAS modificate (pentru toți furnizorii de servicii medicale):

✓ să actualizeze în PIAS permanent lista furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și numele și codul de parafă ale medicilor aflați în relație contractuală cu CAS;

2. Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe asigurații prin afișare la cabinet și prin orice alt mod de comunicare despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate.

Verificarea respectării obligației de mai sus se face de către casa de asigurări de sănătate.

- *reglementarea are în vedere clarificarea modalității de anunțare a asiguraților, în concordanță cu*

obligațiile CAS

3. Obligație nouă CAS în raport cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice.

✓ să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz.

4. Obligații furnizori - pentru toți furnizorii de servicii:

✓ să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

5. Furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat au obligația să asigure acordarea consultațiilor de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, solicitate prin dispeceratul unic 112 (față de ”ori de câte ori se solicită”), în limita mijloacelor disponibile;

- reglementarea are în vedere claritatea obligației, precum și încadrarea în valoarea de contract;

6. Farmaciile au obligația să verifice calitatea de asigurat a beneficiarului prescripției la momentul eliberării medicamentelor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

▪ Alte reglementări:

- Stabilirea unui termen, respectiv 1 ianuarie 2021, ca posibilitate de implementare din punct de vedere informatic, a obligației furnizorilor de servicii medicale de a respecta avertizările din Sistemul informatic al prescripției electronice începând cu 1 ianuarie 2021, 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. 1.301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.

- Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, în desfășurarea activității de prevenție, diagnostic și tratament, pe perioada declarării unei epidemii, trebuie să aibă în vedere o corectă evaluare, monitorizare și tratare a categoriilor de persoane expuse la risc în vederea limitării extinderii epidemiei.

3. Alte informații (**)

SECȚIUNEA A 3-A

IMPACTUL SOCIOECONOMIC AL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Impactul macroeconomic	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. Impactul 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. Impactul social	Asigurarea accesului asiguraților la servicii medicale, la medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, precum și la dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu
4. Impactul asupra mediului (***)	Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect
5. Alte informații	Nu sunt

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)

- mil lei -						
Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2					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	Nu este cazul					
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care: a) buget de stat, din acesta: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii b) venituri proprii c) bugetul asigurărilor sociale de stat: (i) cheltuieli de personal (ii) bunuri și servicii	Nu este cazul					
3. Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
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):						
a) Acte normative care se modifica sau se abroga ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ	<p>- H.G. nr. 140/2018 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 modificările și completările ulterioare</p> <p>- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 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 modificările și completările ulterioare</p>					

b) Acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2020 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2020 – 2021	
1 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. Evaluarea conformității:	Nu este cazul	
Denumirea actului sau documentului comunitar, numărul, data adoptării și data publicării	Gradul de conformitate (se conformează / nu se conformează)	Comentarii
6. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente	Nu este cazul	
7. Alte informații		
SECȚIUNEA A 6-A CONSULTĂRILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII PROIECTULUI DE ACT NORMATIV		
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații 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, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2020-2021, cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor 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. A fost consultată Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate, prin adresa CNAS nr. P1929/06.03.2020, la care s-a răspuns prin adresa ANMCS nr. 1126/ANMCS/10.03.2020, propunerile formulate fiind preluate în proiectul de act normativ.	
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		

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	
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	Se supune avizului Consiliului legislativ Se supune avizului CES.
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	S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, republicată. Potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de CNAS și se avizează de Ministerul Sănătății. Proiectul de act normativ a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate începând cu data de 23 septembrie 2019.
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	Nu este cazul
3. Alte informații	
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 2020 – 2021, pe care vă rugăm să-l aprobați.

**Președintele Casei Naționale
de Asigurări de Sănătate
Adela COJAN**



**Ministrul sănătății,
Victor Sebastian COSTACHE**



Avizăm favorabil:

**Viceprim-ministru
Raluca TURCAN**

**Ministrul finanțelor publice
Vasile Florin CÎȚU**

**Ministrul Afacerilor Interne
Marcel Ion VELA**

**Ministrul apărării naționale
Ionel Nicolae CIUCĂ**

**Ministrul transporturilor,
infrastructurii și comunicațiilor,
Lucian Nicolae BODE**

**Ministrul muncii și protecției sociale
Victoria Violeta ALEXANDRU**

**Ministrul justiției
Marian Cătălin PREDOIU**