

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, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

Secțiunea a 2-a

Motivul emiterii actului normativ

2.1 Sursa proiectului de act normativ:

- Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), document asumat de Guvernul României respectiv implementarea măsurii privind „Dezvoltarea capacității pentru gestionarea fondurilor publice din sănătate”, care presupune atingerea unui jalon privind elaborarea unui nou contract-cadru cu termen de realizare trimestrul II al anului 2023.

- dispozițiile art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care stabilesc că, 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, până la data de 30 iunie a anului în care urmează să se aprobe un nou contract-cadru. Data intrării în vigoare a contractului-cadru se stabilește în cuprinsul hotărârii Guvernului prin care acesta se aprobă și corespunde cu începutul unui nou trimestru calendaristic.

2.2 Descrierea situației actuale

Potrivit prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 - 2022, cu modificările și completările ulterioare,

în ceea ce privește pachetele de servicii acordate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate:

- **în asistența medicală primară:** serviciile medicale preventive și profilactice incluse în pachetul minimal de servicii medicale în asistența medicală primară și în pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală primară cuprind pentru adultul cu vârsta de 40 de ani și peste doar consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic. Depistarea altor afecțiuni la adultul care are deja una sau mai multe afecțiuni cronice se realizează cu ocazia acordării consultației periodice pentru afecțiuni cronice, conform planului de management stabilit de către medic sau la momentul prezentării persoanei respective la medicul de familie ocazionate de o afecțiune acută, ceea ce conduce la o întârziere a depistării altor afecțiuni, cu impact major asupra stării de sănătate a pacienților ce au deja una sau mai multe afecțiuni, precum și cheltuieli mai mari pentru sistemul de sănătate.

În pachetele de servicii nu sunt evidențiate distinct serviciile de depistare precoce a bolii cronice de rinichi, și nici rolul bolii cronice de rinichi ca factor de risc cardiovascular înalt.

- **în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:** serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii care acordă servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice: neurologie și neurologie pediatrică, otorinolaringologie, psihiatrie și psihiatrie pediatrică, oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, hematologie, nefrologie și nefrologie pediatrică, oncologie și hematologie pediatrică, cardiologie, pneumologie și medicină fizică și de reabilitare.

- **în asistența medicală spitalicească** sunt prevăzute tarife maxime pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă acută decontate în sistem non-DRG, respectiv în regim de spitalizare continuă cronică - *pentru spitalele de boli cronice și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici/recuperare și neonatologie - prematuri din alte spitale inclusiv pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative* - decontate prin tarif pe zi de spitalizare. Tarifele pe caz/zi de spitalizare se stabilesc prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în normele metodologice de aplicare ale Contractului cadru;

- **în pachetul de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu** este prevăzut serviciul de ventilație noninvazivă. Potrivit Ordinului ministrului sănătății nr. 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu, furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu nu sunt autorizați pentru furnizarea serviciului de ventilație noninvazivă.

În pachetul de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu nu sunt cuprinse serviciile de logopedie individuală, masajul limfedemului, evaluare manuală a fecaloamelor și recoltarea produselor biologice.

- **în pachetul de bază pentru dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu** sunt incluse 12 tipuri distincte de dispozitive medicale, între care nu se regăsesc dispozitivele compresive.

În ceea ce privește condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate:

- **în asistența medicală primară:**

✓ Comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor stabilește necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zonă urbane;

✓ Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moașă, indiferent de numărul de asigurați înscrși pe listă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei poate fi o normă întreagă sau fracțiune de normă.

✓ Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format 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 garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, prevăzut în norme, se ajustează în raport cu gradul profesional și cu 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 stabilite potrivit lit. a) cu 1,5.

✓ Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, se utilizează pentru plata serviciilor medicale acordate asiguraților realizate de medicii de familie la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, care depășesc limitele stabilite prin norme, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

✓ Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moașă. Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei poate fi o normă întreagă sau fracțiune de normă.

✓ Sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului din fondul aprobat pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată pentru plata activității medicilor de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare desfășurată în luna decembrie, se utilizează pentru plata serviciilor medicale realizate de medicii de specialitate clinică, inclusiv specialitatea medicină fizică și de reabilitare, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, care depășesc limitele stabilite prin norme, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor, până la consumarea acestor sume.

✓ În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme.

- în asistența medicală ambulatorie de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament:

✓ Asistența medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare se asigură de medici de specialitatea medicină fizică și de reabilitare, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar și alte categorii de personal.

✓ Furnizorul își stabilește programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate; excepție fac furnizorii/punctele de lucru ale acestora aflate în localități/zone deficitare în ceea ce privește specialitatea medicină fizică și de reabilitare, pentru care programul de activitate zilnic poate fi sub 7 ore/zi, respectiv sub 35 de ore pe săptămână, și mai puțin de 5 zile pe săptămână.

- în asistența medicală dentară:

✓ Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătății, Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare și Colegiul Medicilor Stomatologi din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare și panoramice din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

✓ Autorizația sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare din structura laboratorului/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator face parte dintre documentele solicitate de casa de asigurări de sănătate la încheierea contractului cu un furnizor de servicii medicale paraclinice de specialitate;

✓ Furnizorii au obligația să transmită rezultatul investigațiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația

de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face prin intermediul asiguratului;

✓ Furnizorii au obligația să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau medic de specialitate microbiologie medicală, farmacist cu specialitatea laborator farmaceutic, biolog, chimist, biochimist medical cu titlul profesional specialist sau biolog, chimist, biochimist medical cu grad principal, declarat și prevăzut în contract, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligația ca pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici cu specialitatea medicină de laborator care își desfășoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv;

✓ Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator au obligația să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, în condițiile prevăzute în normele metodologice de aplicare ale contractului-cadru, pe toată perioada de derulare a contractului; analizele medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare se stabilesc prin normele metodologice de aplicare ale contractului-cadru;

✓ Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor asimptomatice cu vârsta > 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice.

✓ În situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.

- asistența medicală spitalicească:

✓ Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi cu unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, numai dacă acestea asigură prezența a cel puțin un medic de specialitate pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialități medicale și/sau de minimum 7 ore/zi în specialități chirurgicale, după caz.

✓ 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, în condițiile prevăzute în norme;
- 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, în condițiile stabilite prin norme.

✓ În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unitățile sanitare cu paturi au dreptul să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora.

✓ Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, se efectuează la nivelul realizat, fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.

-îngrijiri medicale la domiciliu:

✓ Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, cu obligativitatea existenței a cel puțin unui medic care își desfășoară activitatea într-o formă legală la

furnizor, și dotarea necesară conform legislației în vigoare.

✓ La nivelul furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu sunt decontate de către casa de asigurări de sănătate servicii acordate de asistenți medicali, fizioterapeuți, medici, dar nu și psihologi.

✓ Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților aflați în evidențele proprii, cu încadrarea în sumele contractate.

- îngrijiri paliative la domiciliu:

✓ Medicii care recomandă servicii de îngrijiri paliative la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situațiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi, contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază;

✓ Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraților aflați în evidențele proprii, cu încadrarea în sumele contractate.

- asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii:

✓ Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme.

- medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu

✓ decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

✓ Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, cu excepția celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculată la nivelul prețului de referință, este de până la 330 lei pe lună;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B; face excepție situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, situație în care se pot prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B, în condițiile de la lit. a);

c) o singură prescripție distinctă cu compensare 90% din prețul de referință, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a cărei contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 330 lei pe lună/prescripție, pentru pensionarii cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri; pentru diferența până la numărul maxim de 7 medicamente care pot fi prescrise din sublistele A, B și D sunt aplicabile reglementările de la lit. a) și b);

d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maximum două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

✓ Furnizorii de medicamente au obligația de a transmite zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, format pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, situația consumului de medicamente corespunzătoare substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii.

✓ În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție - ca punct/puncte de lucru ale societății farmaceutice, în mod nejustificat, a programului de lucru

comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de a asigura prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

În cazul în care se constată nerespectarea de către o farmacie/oficină locală de distribuție a obligațiilor prevăzute la art. 152 lit. a) - f), h), j) - o), q) - u), w) - y), aa) și ac) din Anexa 2 la H.G. nr. 696/2021, cu modificările și completările ulterioare, se aplică următoarele sancțiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații;

c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei convenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații.

-dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu:

✓ Prețurile de referință și sumele de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum și metodologia de stabilire a acestora se elaborează și se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în termen de 90 de zile de la intrarea în vigoare a hotărârii prin care se aprobă un nou contract cadru.

✓ Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respective.

- Prevederi general aplicabile tuturor furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate:

✓ Furnizorii au obligația să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractului;

✓ La solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

✓ Medicii de specialitate au obligația să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate;

- Obligațiile caselor de asigurări de sănătate în cadrul contractelor încheiate cu furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale

✓ Casele de asigurări de sănătate au obligația să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare, la termenele prevăzute de normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

2.3 Schimbări preconizate

În proiectul de act normativ sunt cuprinse propuneri referitoare la:

pachetele de servicii acordate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate:

- în asistența medicală primară:

✓ Atât în pachetul minimal de servicii medicale cât și în pachetul de bază sunt incluse consultațiile preventive de depistare precoce a unor afecțiuni cornice pentru persoane cu vârsta de peste 40 de ani care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulților înscriși pe lista medicului de familie, având în vedere faptul că prevalența afecțiunilor cu impact major asupra stării de sănătate a populației crește semnificativ începând cu această vârstă.

Se clarifică modul de acordare a serviciilor preventive persoanelor ce nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, aceste servicii fiind acordate odată cu furnizarea altor tipuri de servicii.

Medicii de familie vor putea acorda servicii preventive pentru persoanele care nu prezintă simptome sugestive pentru boală cronică de rinichi, dar care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru boală cronică de rinichi, servicii ce vor putea fi furnizate cu ocazia acordării altor tipuri de consultații.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

○ se propune ca terapiile de genetică medicală să poată fi acordate și la distanță, pentru creșterea accesului asiguraților la sfatul genetic, având în vedere faptul că pentru acordarea acestuia nu este necesară prezența în cabinet a pacientului;

○ serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie vor putea face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate inclusiv cu următoarele specialități clinice: genetică medicală, radioterapie, cardiologie pediatrică, chirurgie cardiovasculară, chirurgie orală și maxilo-facială, chirurgie pediatrică, endocrinologie, gastroenterologie pediatrică, pediatrie și pneumologie pediatrică;

○ serviciile de sănătate conexe actului medical furnizate de fizioterapeuți vor putea face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate inclusiv cu următoarele specialități clinice: oncologie medicală, chirurgie pediatrică și pneumologie pediatrică.

- în asistența medicală spitalicească:

○ s-a definit spitalizarea de zi care este o formă de internare prin care se asigură asistența medicală de specialitate, curativă și de recuperare, concentrând într-un număr maxim de 12 ore/vizită (zi), efectuarea de examinări, investigații, acte terapeutice realizate sub supraveghere medical;

- **în pachetul de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu** se propune eliminarea serviciului de ventilație noninvasivă, având în vedere lista serviciilor de îngrijiri la domiciliu, prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr. 2520/2022 pentru aprobarea Normelor de funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri la domiciliu. Pachetul de servicii de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu a fost completat cu servicii de logopedie, masajul limfedemului, evaluare manuală a fecaloamelor și recoltarea produselor biologice.

- **în pachetul de bază pentru dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu**, se propune introducerea dispozitivelor compresive, având în vedere necesitatea decontării unor astfel de dispozitive necesare pacienților diagnosticați cu afecțiuni oncologice.

În ceea ce privește condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate:

- în asistența medicală primară:

✓ Comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate

publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor va stabili necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul urban cu deficit din punct de vedere al acoperirii cu medici de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie.

✓ Programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei care își desfășoară activitatea în cabinetul medicului de familie va fi de minimum o jumătate de normă, pentru asigurarea calității actului medical acordat la nivelul cabinetului medicului de familie. În cazul în care medicul are o listă de peste 2.200 de persoane înscrise, programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei este cel corespunzător programului de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

✓ La nivelul cabinetului se organizează evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice, propunându-se raportarea în format electronic a acestei evidențe casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici – pentru evidența la nivelul casei de asigurări de sănătate a acestor pacienți, având în vedere faptul că medicul de familie este profesionistul care are obligația de a cunoaște starea de sănătate a persoanelor de pe lista proprie de înscriși. Aceste informații sunt necesare pentru elaborarea de politici publice în vederea îmbunătățirii stării de sănătate a populației.

✓ Pentru cabinetele medicale individuale cu puncte de lucru secundare, medicul de familie titular sau medicul/medicia angajați ai acestuia trebuie să asigure un program de lucru de minimum 10 ore pe săptămână în norma de bază sau peste norma de bază cabinetului, potrivit prevederilor art. 75, alin. (2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

✓ În cazul rezilierii, încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate, fără preluare de praxis, fișele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie, vor fi predate de către medicul respectiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate cu care s-a aflat în relație contractuală. În cazul încetării unui contract cu casa de asigurări de sănătate prin decesul medicului titular de cabinet, fișele medicale ale persoanelor înscrise pe lista medicului de familie respectiv vor fi predate de către moștenitorii legali ai medicul respectiv, cu proces verbal, către casa de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sanătate poate preda fișele medicale, la solicitare, cu proces verbal, catre persoanele care solicită propriile fișe. Pentru toate situațiile anterior menționate, este obligatorie respectarea reglementărilor privind transmiterea datelor cu caracter personal și protecția acestora. Aceste reglementări sunt necesare pentru asigurarea accesului persoanelor care au fost înscrise pe lista medicului la fișele proprii.

✓ În vederea punerii în aplicare a prevederilor Legii nr. 1/2021 pentru ratificarea Acordului de împrumut (Program pe bază de rezultate în sectorul sanitar din România) dintre România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare, semnat la New York la 23 septembrie 2019, amendat și actualizat prin Scrisoarea de amendament semnată între România și Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare la București la 31 iulie 2020 și la 26 august 2020, se propune o nouă modalitate de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, în sensul că, în afară de modalităților existente, tarif pe persoană asigurată - per capita și tarif pe serviciu medical, pentru atingerea unor ținte în acordarea unor servicii medicale acești furnizori vor putea fi plătiți și prin plata în funcție de performanță; Plata în funcție de performanță se propune să se realizeze anual, în trimestrul I al anului următor celui pentru care se măsoară gradul de realizare al indicatorilor de performanță, pentru activitatea realizată de medicii de familie aflați în contract cu casa de asigurări de sănătate începând cu data de 1 ianuarie 2024.

✓ Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la hotărâre;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o

unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

4. fond destinat plății în funcție de performanță, într-un procent de 1% din fondul rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la punctele 1-3.

5. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1-4, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu valabile pentru anul 2023, fondul aprobat pentru semestrul II al anului 2023 aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

3. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare pentru semestrul II al anului 2023 și sumele prevăzute la pct. 1 și 2, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

Pentru stabilirea valorilor garantate ale punctelor per capita și pe serviciu, pentru anul 2024, fondul aprobat pentru anul în curs aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:

1. suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 196 alin. (4) din anexa nr. 2 la prezenta hotărâre;

2. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie nou-veniți într-o unitate administrativ-teritorială, în baza convenției;

3. suma destinată plății activității desfășurate de medicii de familie în baza convenției, într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, până la încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate;

4. fondul destinat plății per capita și plății pe serviciu medical, rezultat ca diferență între fondul alocat asistenței medicale primare prin legea bugetului de stat pentru anul respectiv și sumele prevăzute la pct. 1-3, care se repartizează astfel:

- a) 35% pentru plata per capita;
- b) 65% pentru plata pe serviciu medical.

✓ Pentru creșterea acoperirii cu medici de familie în mediul rural, se propune ca medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural să beneficieze lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 6 luni, de un venit care este format din sumele de care beneficiază medicul nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială urbană la care se adaugă un spor de 50%.

Medicul de familie nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, se propune a beneficia lunar, în baza convenției de furnizare de servicii medicale, de un venit care este format din sumele de care beneficiază medicul nou-venit într-o unitate administrativ-teritorială urbană, la care se adaugă un spor de 100%. Casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul și-a constituit-o, în situația în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depășește venitul calculat conform convenției; în caz contrar se prelungește durata de

valabilitate a convenției, în condițiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60 % din populația aferentă unității administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenției. În caz contrar, se încheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de către medicul de familie. Lista unităților administrativ-teritoriale din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială se publică pe site-ul caselor de asigurări de sănătate și se actualizează permanent.

✓ Se introduc reglementări privind completarea modalităților de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, cu plata prin tarif pe serviciu medical pentru serviciul medical paraclinic - ecografia generală - abdomen și pelvis, efectuat de furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, în baza unui act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se decontează din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice.

✓ Consultațiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraților de medicii de familie în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

✓ Prin excepție, în anul 2023, consultațiile a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate asiguraților de medicii de familie în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de familie desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

Prin această măsură se are în vedere “îmbunătățirea managementului Fondului național de asigurări de sănătate”, țintă corespunzătoare măsurii 352 din PNRR.

Reglementările propuse pentru segmentul de asistență medicală primară, potrivit cărora orice persoană de pe lista medicului de familie poate beneficia de consultații și servicii preventive, acordarea sporurilor diferențiate pentru medicii de familie care aleg să profeseze în mediul rural, respectiv pentru medicii de familie care aleg să profeseze într-o unitate administrativ-teritorială din mediul rural, fără niciun medic de familie și fără existența unui punct de lucru al unui medic de familie care își desfășoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială vizează îndeplinirea țințelor corespunzătoare măsurii 352 din PNRR, respectiv:

- promovarea prestării serviciilor de prevenție și diagnostic precoce al bolilor, la nivelul asistenței medicale primare;

- reducerea disparităților între mediul rural și cel urban în ceea ce privește accesul la asistență medicală prin crearea de stimulente pentru ca medicii de familie să furnizeze servicii în zonele îndepărtate și slab deservite;

- extinderea acoperirii serviciilor de asistență medicală primară, pentru a include serviciile de prevenție și de diagnostic precoce.

Reglementarea posibilității acordării la distanță de către medicul de familie a consultațiilor pentru afecțiunile cronice și a consultațiilor pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare vizează îndeplinirea țintei “Facilitarea serviciilor la distanță asigurate de furnizorii de servicii medicale”, din măsura 352 din PNRR.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

✓ Se instituie o nouă obligație pentru casele de asigurări de sănătate care vine în sprijinul asiguraților, respectiv să publice pe site-ul propriu informațiile privind datele de contact ale furnizorilor din ambulatoriul de specialitate clinic care au încheiate contracte cu furnizorii de

servicii de sănătate conexe actului medical;

✓ Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate funcționează cu minimum un/o asistent medical/soră medicală/moașă. Pentru asigurarea calității actului medical acordat la nivelul cabinetului medicului de specialitate, programul de lucru al asistentului medical/sorei medicale/moașei acoperă minimum jumătate din programul de lucru al cabinetului medical declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

✓ Pentru consultațiile acordate de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare în urma cărora aceștia întocmesc Planuri de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare în care sunt cuprinse mai mult de 4 proceduri, se recuperează contravaloarea consultațiilor decontate de casa de asigurări de sănătate, în urma cărora au fost recomandate mai mult de 4 proceduri. Medicul de specialitate medicină fizică și de reabilitare, în urma consultației acordate pacientului, îi poate recomanda mai mult de 4 proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, dacă apreciază necesar, potrivit art. 381 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, însă numărul celor decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și înscrise în Planul de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare, folosit în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, va fi de maximum 4.

✓ Serviciile conexe actului medical raportate se validează inclusiv prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, fiind aplicabile dispozițiile art. 223 și art. 337 alin. (2¹), (3) și (4) din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările și completările ulterioare.

✓ Pentru fizioterapeuții care furnizează activități conexe actului medical la recomandarea medicului de specialitate clinică, se va solicita autorizație de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare și documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, în cazul în care prestează serviciul de masaj al limfedemului.

✓ Se reglementează posibilitatea acordării la distanță a sfatului genetic, având în vedere faptul că sunt doar 26 de medici cu specialitatea genetică medicală în contract cu casele de asigurări de sănătate, concentrați în centrele universitare. Acest lucru, alături de posibilitatea acordării la distanță a consultațiilor pentru afecțiunile cronice, a consultațiilor pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, a terapiilor psihiatrice și a serviciilor conexe actului medical furnizate de psiholog, contribuie la îndeplinirea țintelor corespunzătoare măsurii 352 din PNRR, respectiv:

- facilitarea serviciilor la distanță asigurate de furnizorii de servicii medicale;
- extinderea acoperirii serviciilor de specialitate.

În afara țăintelor anterior menționate, prin extinderea listei de servicii diagnostice și terapeutice ce pot fi efectuate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, listă ce este reglementată în normele de aplicare ale contractului-cadru, se are în vedere și îndeplinirea țintei “creșterea ponderii serviciilor de asistență medicală ambulatorie pentru a reduce presiunea asupra sistemului spitalicesc”.

✓ Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate iar consultația respectivă nu este raportată în vederea decontării de casa de asigurări de sănătate în luna decembrie a serviciilor realizate peste limitele stabilite conform programului de lucru.

✓ Consultațiile acordate asiguraților de medicii de specialitate cu specialități clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în primele 11 luni ale anului și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din

care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de specialitate cu specialități clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

✓ Prin excepție, în anul 2023, consultațiile acordate asiguraților de medicii de specialitate cu specialități clinice, inclusiv de medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative în perioada 1 iulie 2023-30 noiembrie 2023 și care depășesc limitele stabilite prin norme, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporțional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor și în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistența medicală de specialitate pentru specialitățile clinice, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activității medicilor de specialitate cu specialități clinice, inclusiv a medicilor cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, desfășurate în luna decembrie, în condițiile prevăzute în norme.

Prin această măsură se are în vedere îndeplinirea țintei corespunzătoare măsurii 352 din PNRR, respectiv “îmbunătățirea managementului Fondului național de asigurări de sănătate”.

- în asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu:

✓ Titlul “Asistenței medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament” se modifică pentru claritatea aplicării astfel: “Asistența medicală de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu”.

✓ Pentru acordarea de servicii de medicină fizică și de reabilitare nu este nevoie de prezența efectivă a unui medic de specialitate medicină fizică și de reabilitare. Pentru supravegherea acordării acestor servicii conform Planurilor de proceduri specifice de medicină fizică și de reabilitare este suficientă prezența unui fizioterapeut care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

✓ Este eliminată obligația dotării necesare, deoarece acest lucru este certificat de existența autorizării.

✓ Se instituie obligația furnizorilor de servicii de medicină fizică și de reabilitare de a nu acorda servicii de medicină fizică și de reabilitare asiguraților în baza unui Plan, în care sunt recomandate mai mult de 4 proceduri. Măsura vizează eliminarea situațiilor în care furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare solicită plata procedurilor recomandate de medicii de specialitate medicină fizică și de reabilitare în baza unui Plan care cuprinde mai mult de 4 proceduri.

✓ Pentru creșterea accesului asiguraților la servicii de medicină fizică și de reabilitare, fiecare furnizor având obligația de a asigura un program de activitate zilnic de 7 ore/zi, respectiv 35 de ore pe săptămână.

- în asistența medicală dentară

✓ Pentru asigurarea accesului asiguraților la servicii de medicină dentară se reglementează programul zilnic de activitate al cabinetelor de medicină dentară, minim 5 zile pe săptămână, în funcție de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet;

✓ Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătății, Comisia Națională pentru Controlul Activităților Nucleare și Colegiul Medicilor Stomatologi din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate nu numai servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare și panoramice, ci și tomografiile dentare CBCT, din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară.

✓ Se reglementează dreptul furnizorilor de servicii de medicină dentară de a afișa într-un loc vizibil valoarea de contract stipulată în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

- în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

✓ Se propune completarea listei documentele necesare încheierii contractului de furnizare de

servicii medicale paraclinice între casa de asigurări de sănătate și furnizori, prin introducerea alături de autorizația sanitară de funcționare separată pentru fiecare punct extern de recoltare/punctului de lucru pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator și a autorizației pentru punctul/punctele de recoltare mobil/mobile din structura laboratorului, precum și Lista asumată prin semnătură electronică cu punctele externe de recoltare/punctele mobile de recoltare care intră sub incidența contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Acest lucru va spori accesul asiguraților la servicii medicale paraclinice prin încurajarea autorizării de puncte de recoltare mobile de către furnizorul de servicii medicale paraclinice;

✓ Furnizorii vor putea transmite rezultatul investigațiilor paraclinice inclusiv prin poșta electronică medicului de familie care a făcut recomandarea și la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigațiilor medicale paraclinice, acesta având obligația de a transmite rezultatele investigațiilor medicale paraclinice medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul, nu numai prin intermediul asiguratului – pentru eficiența transmiterii informațiilor între profesioniști, în beneficiul asiguratului;

✓ Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator au obligația să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecție, pe toată perioada de derulare a contractului, pentru minimum 43 de analize din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice din norme; în termen de maximum 12 luni de la intrarea în vigoare a prezentei hotărâri, furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator au obligația îndeplinirii criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței - pentru minimum 50% din numărul de analize cuprinse în lista investigațiilor paraclinice prevăzute în norme, cu condiția ca îndeplinirea criteriului de calitate respectiv - îndeplinirea cerințelor pentru calitate și competență cât și participarea la schemele de testare a competenței să aibă în vedere investigații paraclinice din cadrul fiecărui domeniu din listă;

✓ Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator au obligația să asigure prezența, pentru cel puțin o normă pe zi - 7 ore, a unui medic/ a unor medici cu specialitatea de microbiologie medicală sau medici cu specialitatea de medicină de laborator care au obținut specialitatea în baza curriculei valabile până în 2016, sau a unui medic/ a unor medici care au obținut specialitatea de medicină de laborator în baza curriculei valabile după 2016, numai dacă aceștia au cel puțin 10 luni de pregătire în microbiologie în cadrul modulelor curriculare obligatorii, exceptând lunile de perfecționare aplicativă; Reglementarea este necesară pentru corelarea prevederilor Contractului cadru cu cele ale Ordinului ministrului sănătății nr. 1301/2007 pentru aprobarea Normelor privind funcționarea laboratoarelor de analize medicale, astfel cum a fost modificat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1608/2022.

✓ Pentru analizele medicale de laborator, recomandate de medicii de familie persoanelor cu vârsta de peste 40 ani, în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază precum și pentru analizele și investigațiile medicale legate de sarcină recomandate de medicii de familie și medicii de specialitate obstetrică-ginecologie, în cadrul consultațiilor de monitorizare a evoluției sarcinii, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale, după încheierea lunii în care acestea au fost acordate, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice. Această reglementare este necesară pentru depistarea precoce a afecțiunilor cu impact major asupra înmoldăvirilor inclusiv la persoanele care sunt înregistrate deja la medicul de familie cu o afecțiune cronică, depistarea precoce și a altor afecțiuni cronice conducând la economii la Fond, deoarece costul tratării unei afecțiuni într-o fază incipientă este mult mai mic decât costul determinat de tratarea afecțiunilor în stadiu avansat.

✓ În situația în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic, cu excepția medicilor cu specialitatea anatomie patologică, radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară care pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 15 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile medicale paraclinice.

- asistența medicală spitalicească:

✓ Casele de asigurări de sănătate încheie contracte pentru servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi cu unitățile sanitare care nu încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă, autorizate de Ministerul Sănătății, inclusiv în centrele de sănătate multifuncționale cu personalitate juridică, numai dacă acestea asigură un program de minimum 5 zile pe săptămână și asigură prezența a cel puțin un medic de specialitate pentru un program de activitate de minimum 7 ore/zi în specialități medicale și/sau de minimum 7 ore/zi în specialități chirurgicale, după caz. Reglementarea privind asigurarea unui program de minimum 5 zile pe săptămână este necesară pentru asigurarea calității și siguranței acordării serviciilor medicale.

✓ Medicii care își desfășoară activitatea în baza a două/trei contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în unități sanitare distincte zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, vor da o declarație pe proprie răspundere cu privire la unitățile sanitare în care își desfășoară activitatea și programul de lucru aferent pentru fiecare unitate sanitară, cu obligația respectării prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.

✓ Spitalele au obligația să îndeplinească condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare, pentru secțiile/compartimentele pentru care încheie contract de furnizare de servicii medicale spitalicești cu casele de asigurări de sanătate, pe toata durata contractului.

✓ La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% 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 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme; A fost eliminat astfel procentul de 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. Eliminarea contractării sumelor alocate pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă pentru evitarea finanțarea activității în secțiile ATI atât de către Ministerul Sănătății, cât și de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, având în vedere faptul că alocarea se face doar pe baza declarației pe propria răspundere, cu posibilități reduse de a controla veridicitatea acestora în mod obiectiv.

✓ În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unitățile sanitare cu paturi au dreptul să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării. Această reglementare este necesară pentru protejarea asiguraților de la plata pentru servicii de cazare peste o anumită limită, având în vedere situația dificilă în care se află aceștia.

✓ Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi a serviciilor medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate persoanelor care se află în executarea măsurilor prevăzute la art. 109 și 110 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, se efectuează la nivel realizat, trimestrial realizându-se regularizări – având în vedere faptul că există cazuri de spitalizare ale acestor persoane inițial invalidate de Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate pe criterii medicale, care ulterior pot fi reconfirmate.

✓ Se propune eliminarea tarifelor maxime pentru serviciile acordate în regim de spitalizare continuă acuzi decontate în sistem non-DRG, respectiv în regim de spitalizare continuă cronici - pentru spitalele de boli cronice și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici/recuperare și neonatologie - prematuri din alte spitale inclusiv pentru secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative - decontate prin tarif pe zi de spitalizare, cu stabilirea de tarife fixe, pentru unitatea la nivel teritorial a aplicării reglementărilor privind tarifele la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

✓ Prin extinderea listei de servicii medicale ce pot fi efectuate în regim de spitalizare de zi, listă ce este reglementată în normele de aplicare ale contractului-cadru, se are în vedere și îndeplinirea țintei corespunzătoare măsurii 352 din PNRR, respectiv “creșterea ponderii serviciilor de asistență medicală ambulatorie pentru a reduce presiunea asupra sistemului spitalicesc”.

-consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat:

✓ Se instituie o nouă obligație pentru casele de asigurări de sănătate de a verifica sistemul de urmărire a mijloacelor de transport prin sistemul GPS și de stocare a informațiilor – pentru întărirea disciplinei contractuale.

-îngrijiri medicale la domiciliu:

✓ Pentru coroborarea prevederilor contractului-cadru cu prevederile Ordinului ministrului sănătății nr. 2520/2022, a fost introdusă posibilitatea desfășurării activității psihologului la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, prin urmare, între documentele solicitate la contractare se solicită și atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România pentru psiholog/psihologi în specialitatea psihopedagogie specială - logoped, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului. Se are în vedere posibilitatea acordării serviciilor de logopedie asiguraților cu AVC, la domiciliu, pentru recuperarea vorbirii, serviciu ce va fi reglementat în normele metodologice de aplicare ale contractului-cadru, în vederea accesului sporit al asiguraților la astfel de servicii.

✓ Pentru fizioterapeuții care furnizează activități conexe actului medical la recomandarea medicului de specialitate clinică, se va solicita autorizație de liberă practică, respectiv aviz anual eliberat potrivit prevederilor Legii nr. 229/2016, cu modificările ulterioare și documentul care atestă pregătirea profesională pentru drenajul limfatic manual, în cazul în care prestează serviciul de masaj al limfedemului.

✓ Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcționării cu personal de specialitate, fiind eliminată obligația dotării necesare, deoarece acest lucru este certificat de existența autorizării. Se elimină obligația existenței medicului la nivelul furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, având în vedere faptul că, în pachetul de servicii există un singur serviciu care ar putea fi realizat în mod curent de medic, respectiv sondajul vezical la bărbați. Ventilația noninvazivă este eliminată din pachet având în vedere faptul că furnizorii nu sunt autorizați pentru efectuarea acestui serviciu.

✓ Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află pacienții îngrijiți, cu încadrarea în sumele contractate. Această măsură asigură accesul asiguratului la servicii de îngrijiri medicale la domiciliu indiferent de casa la care este luat în evidență și la locația declarată de asigurat, având în vedere faptul că pacienții imobilizați la pat (ECOG 3 și ECOG4) sunt nevoiți să locuiască în această perioadă împreună cu rudele, într-un alt județ față de cel de domiciliu.

-îngrijiri paliative la domiciliu:

✓ Au fost eliminate prevederile privind rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu în cazul medicilor care recomandă servicii de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în situații de incompatibilitate, deoarece aceste situații de incompatibilitate sunt inexistente datorită faptului că beneficiarii îngrijirilor paliative sunt reglementați în Anexa 3 la Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare. Acest lucru contribuie la creșterea accesului asiguraților la îngrijiri paliative la domiciliu, în contextul în care România înregistrează o acoperire a nevoii de astfel de servicii extrem de scăzută.

✓ Fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu indiferent de casa de asigurări de sănătate în a cărei evidență se află pacienții îngrijiți, cu încadrarea în sumele contractate. Această măsură asigură accesul asiguratului la servicii de îngrijiri paliative la domiciliu indiferent de casa la care este luat în evidență și la locația declarată de asigurat, având în vedere faptul că pacienții cu boli incurabile sau cu prognostic rezervat, sunt

nevoii să locuiască în această perioadă împreună cu rudele, într-un alt județ față de cel de domiciliu.

- asistența medicală de recuperare medicală, medicină fizică și de reabilitare în sanatorii și preventorii:

✓ Se propune reglementarea cuantumului maxim a contravalorii serviciilor hoteliere de cazare cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora. Contravaloarea serviciilor de cazare nu poate depăși 300 de lei/zi; tariful pentru servicii de cazare nu se percepe pentru ziua externării. Această reglementare este necesară pentru protejarea asiguraților de la plata pentru servicii de cazare peste o anumită limită, având în vedere situația dificilă în care se află aceștia.

✓ Se reglementează faptul că tariful pe zi de spitalizare prevăzut în norme, fără a mai fi nevoie de negociere – pentru unitatea la nivel teritorial a aplicării reglementărilor privind tarifele la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

-medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

✓ . Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, care pot fi eliberate și decontate din bugetul FNUASS cu respectarea următoarelor condiții:

a) pentru sublistele A, B și D - o prescripție/mai multe prescripții lunar, care să nu depășească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripțiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, cu excepția celor din sublista B care fac obiectul contractelor cost-volum, calculată la nivelul prețului de referință, care poate fi eliberată și decontată din bugetul FNUASS este de până la 330 lei pe lună;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai pot elibera și decontata din bugetul FNUASS prescriu nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B; face excepție situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu # care face obiectul contractelor cost-volum, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul prețului de referință, mai mare de 330 lei, situație în care se pot elibera și deconta din bugetul FNUASS se pot prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B, în condițiile de la lit. a);

c) o singură prescripție distinctă cu compensare 90% din prețul de referință, pentru maximum 3 medicamente din sublista B a cărei contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 330 lei pe lună/prescripție, pentru pensionarii cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 1.608 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri; pentru diferența până la numărul maxim de 7 medicamente care pot fi prescrise, eliberate și decontate din sublistele A, B și D sunt aplicabile reglementările de la lit. a) și b);

d) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție/maximum două prescripții lunar, cu maximum 3 medicamente;

e) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

✓ Se propune introducerea de reglementări pentru prescrierea biosimilarelor atât la inițierea tratamentului cât și la continuarea acestuia și a obligației casei de asigurări de sănătate de a monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice:

-La inițierea tratamentului specific unei afecțiuni cu produse biologice care se eliberează prin farmaciile comunitare, aferente denumirilor comune internaționale pentru care, la momentul prescrierii, în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate există atât produsul biologic de referință cât și produsul/produsele biosimilar/biosimilare al/ale acestuia, se prescrie un produs biosimilar.

-La pacienții la care tratamentul a fost inițiat cu produsul biologic de referință, în termen de 12 luni de la data includerii în lista prețurilor de referință aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a primului produs biosimilar, sau mai devreme, dacă este posibil, se va realiza schimbarea produsului biologic de referință cu un biosimilar al acestuia, pentru cel puțin 50% dintre pacienți, medicul având obligația de a prezenta pacientului informații legate de

eficacitatea și siguranța administrării produselor biosimilare, de prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menținerea aceluiași beneficiu terapeutic precum și informații legate de creșterea accesului, în condițiile utilizării produselor biosimilare, a unui număr mai mare de pacienți la medicamente suportate din bugetul FNUASS.

-Prin excepție de la cele de mai sus, la inițierea și/sau continuarea tratamentului, medicii pot prescrie produsul biologic de referință din motive medicale specifice pacientului, informații consemnate în documentele medicale și prescripția medicală electronică.

-Casa de asigurări de sănătate va monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice și va transmite medicilor prescriptori a caror comportament de prescriere nu se circumscrie celor de mai sus, un document de orientare cu privire la prescrierea interschimbabilă a produselor biosimilare cu menținerea aceluiași beneficiu terapeutic, dar și a profilului de siguranță.

Aceste reglementări sunt necesare pentru eficientizarea cheltuielilor cu medicamentele, în scopul creșterii accesului asiguraților la medicamente cu și fără contribuție personală, având în vedere următoarele:

Prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, și a normelor metodologice privind implementarea acestora, au fost aprobate o serie de măsuri de implementare inițială a unei scheme de adopție a biosimilarelor în România formulată la nivel de „recomandare”, care a urmărit utilizarea cu eficiență a resurselor limitate alocate cheltuielilor cu medicamente din bugetul FNUASS printr-un mecanism de optimizare bugetară ce vizează accesul unui număr mai mare de pacienți la medicamente în cadrul aceluiași buget.

Pentru primul an de implementare a acestei propuneri de schemă de adopție a biosimilarelor formulată la nivel de „recomandare”, autoritățile au urmărit atingerea unui prag de cel puțin 30% penetrare a biosimilarelor în piață față de medicamentele de referință ale acestora.

Analiza la un an de la implementarea acestei scheme de adopție a biosimilarelor la nivel de recomandare, pentru o parte din DCI-urile care se eliberează prin farmaciile comunitare, pe bază de prescripție medicală electronică, a evidențiat faptul că, în special pentru unele medicamentele imunosupresoare schema de adopție a biosimilarelor la nivel de recomandare nu a atins pragul propus, în condițiile în care, un procent cuprins între 30% și 40% din medicii care au emis prescripții medicale cu aceste medicamente au prescris pacienților aflați în evidență doar produsul de referință, fără a lua în considerare recomandarea prevăzută în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021 de prescriere a biosimilarelor, atât la inițiere cât și la continuarea tratamentului.

În data de 19.09.2022, Agenția Europeană a Medicamentului (EMA) a publicat pe site-ul propriu o poziție comună care vizează armonizarea abordării biosimilarelor în Uniunea Europeană (UE), poziție ce oferă mai multă claritate pentru profesioniștii din domeniul sănătății și, astfel, ajută mai mulți pacienți să aibă acces la medicamente biologice în întreaga UE. Poziția EMA privind “interschimbabilitatea” biosimilarelor cu produsul lor de referință se bazează pe experiența dobândită în practica clinică, unde a devenit obișnuit ca medicii să schimbe pacienții între diferite medicamente biologice. Biosimilarele aprobate au demonstrat eficacitate, siguranță și imunogenitate similare în comparație cu medicamentele lor de referință, iar analiza datelor privind siguranța tratamentului pacienților nu a ridicat probleme de siguranță. Astfel, experții UE au considerat că atunci când unui biosimilar i se acordă aprobare în UE, acesta poate fi utilizat în locul produsului său de referință (sau invers) sau înlocuit cu un alt biosimilar din același produs de referință. Deciziile privind substituția la nivel de farmacie (practica de a elibera un medicament în loc de altul fără consultarea prescriptorului) sunt gestionate individual de fiecare stat membru.

În situația în care, doar pentru 2 dintre medicamentele imunosupresoare analizate în primul an de implementare a schemei de adopție, pentru care numărul total de pacienți beneficiari variază foarte puțin de la un trimestru la altul, s-ar ținti o rată de absorbție a biosimilarelor pentru 50% din

pacienții aflați în tratament cu biologicul de referință, pe media diferenței dintre nivelurile actuale ale prețurilor de referință dintre biologicul de referință și biosimilarele acestora, pe o analiză de tip BIA (analiza impactului asupra afacerilor), cu înrolare a pacienților aproximativ egală lunară, în 12 luni s-ar putea obține un ”beneficiu” prin mecanismul de optimizare bugetară de aproximativ 8.486 mii lei, iar în cadrul aceluiași buget FNUASS alocat medicamentelor ar putea fi incluși în tratament un număr mai mare de pacienți, de exemplu, ar putea fi tratați în plus un număr de 5 pacienți cu terapia celulară CAR-T.

Reglementările propuse privind prescrierea biosimilarelor au în vedere și raportul IQVIA Institute for Human Data Science Reports privind impactul competiției biosimilarelor pe piața din Europa, realizat la cererea COM și prezentat în cadrul Reuniunii rețelei de autorități competente pe politici de preț și rambursare din luna decembrie 2022 care a evidențiat o utilizare scăzută a biosimilarelor în statele din estul Europei (inclusiv România), state care ar putea face economii considerabile din totalul cheltuielilor cu medicamente printr-o politică națională referitoare la înteschimbabilitatea biologicului de referință cu biosimilarele acestuia, în acord cu obiectivul principal al biosimilarelor de îmbunătățire a accesului pacienților la tratament și eliminarea inechităților, precum și bunele practici din alte state membre UE cu o absorbție ridicată a biosimilarelor.

✓ Medicii din unitățile de dializă în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru Programul Național de Supleere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris pacientul diagnosticul și tratamentul prescris.

✓ În cazul unei farmacii aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, își schimbă deținătorul autorizației de funcționare, iar noul deținător al autorizației de funcționare se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și în cazul în care farmacia își mută sediul, dacă farmacia are activitatea suspendată potrivit art. 21 alin. (1) din Legea nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deținător al autorizației de funcționare îl are cu casa de asigurări de sănătate, de la data înscrierii mențiunii de reluare a activității de către Ministerul Sănătății.

✓ În cazul unei farmacii aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu își schimbă farmacistul șef, aceasta are obligația notificării casei de asigurări de sănătate cu privire la modificarea intervenită. Farmacia are obligația de a transmite casei de asigurări de sănătate autorizația de funcționare cuprinzând mențiunea referitoare la schimbarea farmacistului șef în termen de 30 zile calendaristice de la data aplicării mențiunii.

✓ Decontarea pentru activitatea curentă se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data depunerii facturii, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

✓ Se elimină obligația de a transmite zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, format pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, situația consumului de medicamente corespunzătoare substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope eliberate de farmacii, având în vedere faptul că evidența eliberării acestor medicamente nu intră în atribuțiile CNAS.

✓ Au fost revizuite procentele de diminuare a sumelor convenite pentru luna în care s-au înregistrat situații de nerespectare de către o farmacie/oficină comunitară locală sau sezonieră, în mod nejustificat, a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate și prevăzut în contract, precum și în cazul nerespectării obligației de a asigura prezența unui farmacist în farmacie și la oficiile locale de distribuție pe toată durata programului de lucru declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

De asemenea, au fost revizuite sancțiunile aplicabile la a doua și a treia constatare a nerespectării de către o farmacie/oficină locală de distribuție a uneia sau mai multor obligații prevăzute la art. 153 din anexa 2 la proiectul de hotărâre. Modificările au în vedere coroborarea nivelului sancțiunii cu gravitatea nerespectării obligațiilor, precum și respectarea principiului proporționalității sancțiunii în

raport cu abaterea.

-dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu:

- ✓ S-a instituit obligația ca furnizorii să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale la solicitarea acesteia, în formatul solicitat; Furnizorii pot modifica o singură dată prețurile/sumele de închiriere transmise CNAS, în perioada de contractare anuală.
- ✓ Prețurile de referință și sumele de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sanătate sunt prevăzute în norme.
- ✓ Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 30 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării nerespectării obligației de a transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale la solicitarea acesteia, în formatul solicitat, precum și pentru nerespectarea obligației de a nu modifica prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale transmise/depuse la contractare, cu excepția perioadei de contractare anuală organizată de casele de asigurări de sănătate;
- ✓ Casele de asigurări de sănătate decontează parțial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporțional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respective, cu excepția pacienților internați care folosesc dispozitivele medicale respective pe perioada spitalizării.

- Prevederi aplicabile la nivelul mai multor segmente de asistență medicală:

- ✓ S-a reglementat faptul că pentru medicii cu specialități clinice, inclusiv medicină de familie și pentru medicii care își desfășoară activitatea în spital, recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se face în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, iar recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu se face beneficiarilor de îngrijiri paliative prevăzuți în Ordinul ministrului sănătății nr. 253/2018 pentru aprobarea Regulamentului de organizare, funcționare și autorizare a serviciilor de îngrijiri paliative, cu modificările și completările ulterioare.

- Prevederi pentru întărirea disciplinei contractuale general aplicabile tuturor furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate:

✓ Se instituie obligația ca furnizorii să notifice casa de asigurări de sănătate, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute pe care are obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondența între părți prevăzute în contract;

✓ La solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului se suspendă contractul, pe o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice, după caz, pe bază de documente justificative. Reglementarea unei perioade maxime pentru suspendare este necesară pentru asigurarea accesului asiguraților la serviciile medicale. Pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești, precum și pentru sanatorii și preventorii nu se prevede o limită maximă a acestei perioade, având în vedere specificul activității. Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice, este prevăzut un maxim de 90 de zile, pentru coroborarea cu alte articole prin care este prevăzută această perioadă pentru obținerea anumitor documente care și-au încetat valabilitatea/au fost revocate/retrase/anulate. Pentru furnizorii de medicamente, este prevăzută o excepție în ceea ce privește maximumul de 30 de zile, pentru coroborare cu prevederile Legea

farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare, suspendarea putând opera pentru o perioadă de până la 180 de zile pentru motive întemeiate sau pentru motive obiective invocate de deținătorul autorizației pentru care Ministerul Sănătății a aprobat întreruperea activității farmaciei potrivit art. 21 alin. (1) din Legea farmaciei nr. 266/2008, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

✓ Medicii de specialitate au obligația să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct, prin poșta electronică sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul și tratamentele efectuate și recomandate. Introducerea posibilității de a folosi poșta electronică conduce la o modalitate mult mai rapidă și eficientă de transmitere a informațiilor între profesioniști;

✓ Se abrogă obligația furnizorilor să utilizeze sistemul de raportare în timp real, urmând a se introduce începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;

✓ Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale au obligația să acorde servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale persoanelor care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, dar nu mai mult de un an de zile de la data înregistrării acestora în sistemul de asigurări sociale de sănătate, pentru care întocmesc evidențe distincte pe care le comunică lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

✓ Având în vedere faptul că, începând cu data de 1 iulie 2023 contractele se încheie de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale pentru o perioadă multianuală, sancțiunile se vor aplica gradual în termen de 3 ani. Termenul de 3 ani se calculează de la data aplicării primei sancțiuni.

- Obligațiile caselor de asigurări de sănătate în cadrul contractelor încheiate cu furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale

✓ Casele de asigurări de sănătate au obligația să efectueze controlul activității furnizorilor de servicii medicale potrivit normelor metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, având în vedere faptul că în normele respective sunt reglementate toate aspectele referitoare la activitatea de control, în prezent fiind aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1012/2013.

- Se reglementează măsura prin care se stabilește că, în cazul în care, în perioada derulării contractului se constată neîndeplinirea unuia sau mai multor criterii de eligibilitate, casele de asigurări de sănătate recuperează contravaloarea serviciilor medicale care au fost decontate și care au fost acordate de către furnizor în perioada în care nu a îndeplinit aceste criterii.

✓ Se instituie obligația caselor de asigurări de sănătate să publice pe pagina de web a acestora numărul total de puncte per capita și pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de familie cu listă proprie de persoane înscrise, numărul de puncte pe serviciu realizate lunar/trimestrial de fiecare medic de specialitate, respectiv medic cu supraspecializare/atestat/competență de studii complementare în îngrijiri paliative precum și sumele decontate lunar/trimestrial fiecărui furnizor cu care se află în relații contractuale.

- La dispoziții finale:

✓ Se reglementează condiția potrivit căreia programul de lucru al personalului de specialitate medical, farmaceutic și medico-sanitar care își desfășoară activitatea sub incidența unuia sau mai multor contracte de furnizare de servicii medicale sau medicamente în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, nu poate fi mai mare de o normă și jumătate, indiferent de forma legală în care își desfășoară activitatea la furnizor/furnizori de servicii medicale sau medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Această reglementare este necesară pentru asigurarea calității serviciilor acordate și a siguranței pacientului care primește servicii medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

✓ Se reglementează obligația Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate să afișeze pe pagina web proprie pachetele de servicii cu tarifele corespunzătoare exprimate în lei decontate din FNUASS; în ceea ce privește serviciile acordate în asistența medicală

primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, tarifele se calculează la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical; pentru dispozitive medicale se va afișa prețul de referință ori, după caz, suma de închiriere prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru.

✓ Se reglementează obligația caselor de asigurări de sănătate să țină evidența distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale acordate și decontate din bugetul Fondului pentru persoanele care nu dețin cod numeric personal, prevăzute la art. 225 alin. (1) lit. a), e) și f) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare.

✓ Se reglementează că, anual, după comunicarea de către CNAS a filei de buget anuale pentru anul în curs, casele de asigurări de sănătate organizează o perioadă de contractare pentru toate domeniile de asistență medicală, medicamente și dispozitive medicale.

- La dispoziții pentru punerea în aplicare a prevederilor art. IV, VII - IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022 privind stabilirea unor măsuri în cadrul sistemului de sănătate, precum și pentru interpretarea, modificarea și completarea unor acte normative, cu modificările și completările ulterioare:

Au fost introduse reglementări aplicabile pe toată perioada de aplicabilitate a art. IV, VII - IX din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările și completările ulterioare, respectiv:

✓ Investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, se acordă pe baza biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice, întocmite distinct și eliberate de medicii de familie, precum și de medicii din ambulatoriul clinic de specialitate, care vor avea evidențiat faptul că investigațiile sunt recomandate pentru afecțiunile respective, potrivit Anexei 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare. Efectuarea investigațiilor paraclinice menționate se realizează de către furnizorii de servicii medicale paraclinice, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data solicitării acestora. Pentru aceste investigații paraclinice furnizorii de servicii medicale paraclinice țin evidențe distincte.

Sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se suplimentează după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, prin acte adiționale, cu contravaloarea respectivelor investigații paraclinice.

✓ Serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi, efectuate de unitățile sanitare cu paturi, se decontează la nivelul realizat, conform actelor adiționale de suplimentare a sumelor contractate, încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale spitalicești, după încheierea lunii în care serviciile au fost acordate, dacă a fost depășit nivelul contractat.

✓ Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează serviciile medicale acordate în centrele de evaluare organizate la nivelul unităților sanitare cu paturi în vederea evaluării și tratării pacienților confirmați cu COVID-19, precum și pentru persoanele asigurate din sistemul de asigurări sociale de sănătate, pentru unele afecțiuni, în condițiile stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1513/2020 pentru aprobarea planurilor privind modalitatea de aplicare de către direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, de către Institutul Național de Sănătate Publică, de către unitățile sanitare, precum și de către serviciile de ambulanță județene și Serviciul de

Ambulanță București-Ilfov și de medicii de familie a măsurilor în domeniul sănătății publice în situații de risc epidemiologic de infectare cu virusul SARS-CoV-2, cu modificările și completările ulterioare, cu respectarea prevederilor art. VII și VIII din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 44/2022, cu modificările și completările ulterioare.

2.4 Alte informații – nu este cazul

Secțiunea a 3-a
Impactul socioeconomic

3.1 Descrierea generală a beneficiilor și costurilor estimate ca urmare a intrării în vigoare a actului normativ - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.2 Impactul social - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.3 Impactul asupra drepturilor și libertăților fundamentale ale omului - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.4 Impactul macroeconomic

3.4.1 Impactul asupra economiei și asupra principalilor indicatori macroeconomici

3.4.2 Impactul asupra mediului concurențial și domeniul ajutoarelor de stat

Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.5. Impactul asupra mediului de afaceri - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.6 Impactul asupra mediului înconjurător - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.7 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva inovării și digitalizării - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.8 Evaluarea costurilor și beneficiilor din perspectiva dezvoltării durabile - Prezentul act normativ nu se referă la acest subiect.

3.9 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), inclusiv informații cu
privire la cheltuieli și venituri**

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani				Media pe 5 ani
		3	4	5	6	
1	2	3	4	5	6	7
4.1 Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care:	Nu este cazul					
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						
d) alte tipuri de venituri (se va menționa natura acestora)						
4.2 Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:	Nu este cazul					
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 d) alte tipuri de cheltuieli (se va menționa natura acestora)						
4.3 Impact financiar, plus/minus, din care: a) buget de stat b) bugete locale	Nu este cazul					
4.4 Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
4.5 Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare	Nu este cazul					
4.6 Calcule detaliate privind fundamentarea modificării veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare	Nu este cazul					
4.7 Prezentarea, în cazul proiectelor de acte normative a căror adoptare atrage majorarea cheltuielilor bugetare, a următoarelor documente: Nu este cazul.						
4.8 Alte informații – Nu sunt.						
Secțiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare						
<p>5.1 Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ –</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hotărârea Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare – se abrogă; - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022, cu modificările și completările ulterioare – se abrogă; - Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 887/2021 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a prețurilor de referință și a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor și tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate – se abrogă; - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1069/629/2021 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022 – se abrogă; - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1070/628/2021 privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 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 2021 – 2022 – se abrogă; 						

- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 705/2021 pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special – se abrogă;
- Ordinul președintelui CNAS nr. 641/2021 privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea - se abrogă;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare 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 – se elaborează;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor 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 – se elaborează;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor 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 – se elaborează;
- Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea documentelor justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale și medicamente - formulare unice pe țară, fără regim special – se elaborează;
- Ordinul președintelui CNAS privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea – se elaborează;
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 868/542/2011 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și a Instrucțiunilor privind utilizarea și modul de completare a biletului de trimitere pentru investigații paraclinice utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate – se modifică;

5.2 Impactul asupra legislației în domeniul achizițiilor publice - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5.3 Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația UE (în cazul proiectelor ce transpun sau asigură aplicarea unor prevederi de drept UE).

5.3.1 Măsuri normative necesare transpunerii directivelor UE

5.3.2 Măsuri normative necesare aplicării actelor legislative UE

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5.4 Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene

Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5.5 Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente asumate
Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.

5.6. Alte informații

Nu sunt

Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ
6.1 Informații privind neaplicarea procedurii de participare la elaborarea actelor normative – Negocieri/consultări cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Stomatologi din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor în Sistemul Sanitar 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.
6.2 Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate. – Nu este cazul
6.3 Informații despre consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale
6.4 Informații privind puncte de vedere/opinii emise de organisme consultative constituite prin acte normative – Nu este cazul
6.5 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
6.6 Alte informații - Nu sunt.
Secțiunea a 7-a Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ
7.1 Informarea societății civile cu privire la elaborarea 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 Casa Națională de Asigurări de Sănătate 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 16.02.2023.
7.2 Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice. Nu este cazul
Secțiunea a 8-a Măsuri privind implementarea, monitorizarea și evaluarea proiectului de act normativ
8.1 Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ - Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect.
8.2 Alte informații - Nu sunt.

Față de cele prezentate, a fost promovată prezenta Hotărâre a 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.



**p. Președintele Casei Naționale de Asigurări
de Sănătate**

Adela Cojan

**Avizăm:
Viceprim-ministru
Ministrul transporturilor și infrastructurii,
Sorin Mihai GRINDEANU**

**Ministrul justiției,
Marian Cătălin PREDOIU**

**Ministrul finanțelor,
Adrian CĂCIU**

**Ministrul Afacerilor Interne,
Lucian-Nicolae BODE**

**Ministrul Apărării Naționale,
Angel TÎLVĂR**

**Ministrul muncii și solidarității sociale
Marius-Constantin BUDĂI**

**Directorul Serviciului Român de Informații
Eduard Raul HELLVIG**

**Directorul Serviciului de Informații Externe,
Gabriel VLASE**

**Directorul Serviciului de Protecție și Pază
Lucian-Silvan PAHONȚU**

**Președintele Academiei Române
Academician Ioan Aurel POP**

**Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal
Ancuța Gianina OPRE**