

## NOTA DE FUNDAMENTARE

<b>SECȚIUNEA 1</b> <b>TITLUL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV :</b> Hotărâre pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010	
<b>SECȚIUNEA A 2-A</b> <b>MOTIVUL EMITERII ACTULUI NORMATIV (*):</b> <p>- În baza dispozițiilor art.217 alin.(2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății cu modificările și completările ulterioare, Contractul cadru se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, până la data de 30 septembrie a anului în curs pentru anul următor, se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.</p> <p>- Având în vedere prelungirea până la data de 31 martie 2010 a aplicării prevederilor Hotărârii de Guvern nr. 1714/2008 pentru aprobarea Contractului – cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, cu modificările și completările ulterioare.</p>	
1. Descrierea situației actuale	Modificările și completările propuse prin prezentul act normativ au ca determinante principale: <ul style="list-style-type: none"><li>- îmbunătățirea accesului asiguraților la medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu;</li><li>- utilizarea cu eficiență a fondurilor aprobate cu destinația servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție în tratamentul ambulatoriu și dispozitive medicale;</li><li>- întărirea disciplinei contractuale;</li></ul>
2. Schimbări preconizate	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pentru fiecare segment de asistență medicală, stabilirea unei liste unitare de documente solicitate la contractare, la nivelul tuturor caselor de asigurări de sănătate, nominalizate în contractul-cadru, respectiv în norme.</li></ul> <p><i>- pentru o abordare unitară și pentru a elimina riscul de a fi solicitate de către casele de asigurări de sănătate unele documente care</i></p>

***nu se justifică și care creează nemulțumiri ale furnizorilor.***

▪ Pentru toate domeniile de asistență medicală, reglementările referitoare la termenele de depunere de către furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a documentelor necesare decontării serviciilor furnizate în luna anterioară, au fost modificate în sensul că aceste termene sunt cele prevăzute în contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu încheiate cu casele de asigurări de sănătate;

***- pentru eficientizarea, la nivelul caselor de asigurări de sănătate, a activității de primire, înregistrare și verificare a raportărilor transmise de furnizori***

▪ Casele de asigurări de sănătate au obligația de a publica pe site-ul propriu modificărilor intervenite pe parcursul derulării contractelor încheiate cu furnizorii de servicii în ceea ce privește lista acestora, valoarea de contract, punctaje, etc..

***- asigurarea transparenței în ceea ce privește stabilirea valorilor de contract pe furnizori, pe întreg parcursul derulării contractelor.***

▪ A fost modificat termenul de 6 luni de la data încetării contractului din motive imputabile furnizorilor, cazuri în care casele de asigurări de sănătate nu mai intra în relații contractuale cu aceștia până la următorul termen de contractare, care devine astfel 12 luni.

În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifica prin excluderea din contract a medicului/medicilor și/sau farmacistului/farmacivilor care desfasoara activitate sub incidenta contractului cu casele de asigurări de sănătate la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor mai incheia contracte cu nici un furnizor pentru medicul/ medicii/ si/sau farmacistul/ farmaciștii care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 12 luni de la data modificării contractului.

***- pentru întărirea disciplinei contractuale.***

▪ Utilizarea termenului de „participare” pentru reprezentanții Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România la efectuarea controlului furnizării serviciilor, în situația în care Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv casele de asigurări de sănătate solicită participarea acestora. (reglementarea actuală utilizează termenul de „pot participa”, ceea ce dădea posibilitatea organizațiilor anterior menționate să refuze participarea la activitatea de control a furnizorilor).

***- pentru acuratețea controlului și eliminarea riscului ca organizațiile mai sus menționate să refuze participarea la efectuarea controlului.***

▪ A fost introdusă o reglementare privind drepturile furnizorilor de a încasa suma corespunzătoare participării asiguraților la plata serviciilor medicale, conform prevederilor legale în vigoare.

***- crearea bazei legale pentru dezvoltarea acestei prevederi în norme, ulterior modificării Legii nr. 95/2006 și a altor acte normative în ceea ce privește tichetul de sănătate.***

▪ S-a renunțat la prevederea conform căreia rezilierea pentru nerespectarea unor obligații contractuale se aplică la a patra constatare a nerespectării termenului de remediere de 5 zile de la data constatării, și a fost înlocuită cu o reglementare conform căreia rezilierea se aplică direct la a patra constatare a nerespectării obligațiilor respective.

***- creșterea responsabilității furnizorilor în ceea ce privește respectarea obligațiilor contractuale și întărirea disciplinei contractuale;***

▪ Au fost introduse prevederi conform cărora contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu se suspendă în cazul nerespectării de către furnizori a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidentele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data

ajungerii la termen a contractelor respective;

**- *atragerea fondurilor în sistem***

▪ S-a introdus măsura de suspendare de către casele de asigurări de sănătate a plății serviciilor raportate de către furnizori conform contractelor încheiate, de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante, până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului. (prevederea este valabilă atât pentru furnizorii de servicii medicale, cât și pentru furnizorii de medicamente și cei de dispozitive medicale.

**- *pentru întărirea disciplinei contractuale.***

▪ Prescrierea medicamentelor se face atât pe denumirea comună internațională (DCI) cât și pe denumirea comercială.

**- *pentru flexibilitate în prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și eliminarea unor restricții de natura birocratică care puteau crea disfuncționalități.***

▪ În localitățile urbane numărul minim de asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, cu excepția zonelor neacoperite din punct de vedere al numărului necesar de medici de familie (*în prezent nu există excepții*)

**- *pentru îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale în asistența medicală primară***

▪ În asistența medicală primară - au fost prevăzute penalități graduale în cazul nerespectării unor obligații contractuale și la medicii de familie nou veniți (care încheie convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate și care beneficiază de un venit format din o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut și de o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical).

**- *pentru o abordare unitară în ceea ce privește penalitățile aplicate în cazul***

***nerespectării obligațiilor contractuale, în cazul tuturor categoriilor de furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară***

▪ În asistența medicală primară, necesarul de medici de familie și numărul minim de persoane beneficiare ale pachetului de servicii de bază și persoane beneficiare ale pachetului minimal pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, se stabilesc de către comisiile organizate la nivel județean, respectiv la nivelul municipiului București, formate din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie, ai asociației profesionale județene a medicilor de familie și după caz un reprezentat al primăriei. (în prezent comisia este constituită din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică, împreună cu reprezentanți ai colegiului teritorial al medicilor)

Pentru comisia anterior menționată au fost stabilite noi atribuții, respectiv:

- analiza situațiilor de scădere a numărului de persoane înscrise pe listele medicilor de familie cu mai mult de 20% , timp de 6 luni consecutiv,
- stabilirea în cadrul localităților urbane a zonelor neacoperite din punct de vedere al numărului necesar de medici de familie,
- analiza cazurile de preluare a unui praxis și respectarea obligației medicului de familie care a preluat praxisul cu privire la respectarea dreptului asiguraților de a opta pentru a rămâne sau nu pe lista sa.
- avizarea cazurilor de suspendare a contractelor la solicitarea furnizorilor.

***- pentru asigurarea reprezentativității și obiectivității în aprecierea situațiilor de mai sus.***

▪ A fost stabilit un număr maxim de persoane beneficiare ale pachetului de servicii de bază și persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie de 2200. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale pentru o listă mai mare de 2200 se vor stabili prin norme.

***- pentru asigurarea calității asistenței***

*medicale, a distribuției echitabile a înscrișilor la medicii de familie și pentru a evita atitudini neconcurențiale în rândul medicilor .*

▪ Modificarea raportului dintre procentul alocat din fondul asistenței medicale primare pentru plata per capita și cel alocat pentru plata pe serviciu:

- 70% pentru plata „per capita”

- 30% pentru plata per serviciu,

concomitent cu revizuirea pachetului de servicii. (în prezent raportul este de 90% pentru plata „per capita” și 10% pentru plata pe serviciu).

*- creșterea responsabilității în îngrijirea efectivă a înscrișilor și cointeresarea medicilor de familie în acordarea serviciilor medicale în paralel cu dinamizarea activității de cabinet.*

▪ Înlocuirea valorii minime garantate a punctului pentru plata pe serviciu cu o valoare estimată.

*- asigurarea încadrării în fondurile alocate cu această destinație, având în vedere dezvoltarea pachetului de servicii pentru care plata se face prin tarif pe serviciu care poate conduce într-o primă etapă la apariția inflației de servicii medicale.*

▪ Modificarea reglementărilor referitoare la programul de activitate al cabinetului medical individual și al fiecărui medic de familie cu listă proprie, respectiv 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă.

(în prezent: în medie pe zi minimum 5 ore la cabinetul medical și două ore la domiciliul asiguraților, conform graficului de vizite la domiciliu.)

*- pentru asigurarea prezenței medicului de familie în cabinetul medical pe o perioadă mai lungă, în condițiile în care vizitele la domiciliu se efectuează în afara programului de lucru de la cabinet și îmbunătățirea accesului la servicii.*

▪ Au fost introduse noi obligații ale furnizorului de servicii medicale în asistența medicală primară:

○ organizarea la nivelul cabinetului a **evidenței bolnavilor cronici** și raportarea acestei evidențe la casa de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista inițială cât și pentru modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici,

activitate care se decontează prin plata pe serviciu medical; pentru acești bolnavi furnizorul transmite casei de asigurări de sănătate, schema terapeutică recomandată acestora, respectiv modificarea acesteia, în forma scrisă; pentru modificarea schemei terapeutice furnizorul transmite casei de asigurări de sănătate justificarea scrisă a acestei modificări, pe baza unui „referat de justificare”, al cărui model va fi stabilit în norme.

***- pentru mai buna monitorizare a bolnavilor cu afecțiuni cronice la nivelul cabinetului, a evidenței acestora la nivelul casei și controlul prescrierii și a consumului de medicamente.***

o predarea către casele de asigurări de sănătate pe bază de proces verbal, a documentelor medicale specifice, la data încetării/rezilierii contractului, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate,

***- pentru gestionarea documentelor medicale în situațiile mai sus menționate în vederea asigurării unei continuități în evidența acestora.***

▪ Asigurarea bunei funcționări a cabinetelor medicale, în condițiile existenței mai multor puncte de lucru care nu vor face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, dacă modificările ce pot interveni în activitatea cabinetului medical, indiferent de forma de organizare a furnizorului, apar ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis.

***- pentru îmbunătățirea accesului asiguraților la serviciile acordate de medicul de familie care a preluat un praxis, în sensul asigurării prezenței medicului de familie în cabinetul preluat pentru un program de lucru de minim 35 ore pe săptămână și în același timp stimularea intrării în sistem a medicilor tineri.***

▪ Crearea bazei legale în vederea dezvoltării segmentului de îngrijiri paliative în ambulatoriu, ce vor fi suportate din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice. (în prezent serviciile paliative se contractează

numai cu unitățile sanitare cu paturi.)

**- dezvoltarea segmentului de îngrijiri paliative în ambulatoriu cu costuri mai mici decât cele acordate în unitățile sanitare cu paturi și crearea posibilității ca beneficiarii acestor servicii să rămână în mediul familial.**

▪ A fost stabilită o nouă structură a comisiei constituită la nivel județean pentru stabilirea numărului necesar de medici de specialitate și numărului de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru medicină dentară, cât și a localităților/zonelor în care există deficit de medici pentru anumite specialități clinice, precum și a comisiei constituită la nivel județean pentru stabilirea numărului necesar de investigații medicale paraclinice, pe total județ, comisii care vor fi formate din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcțiilor de sănătate publică, ai colegiului teritorial al medicilor, ai patronatelor reprezentative la nivel județean și ai societăților profesionale la nivel județean.

**- pentru asigurarea reprezentativității și obiectivității în aprecierea situațiilor ce fac obiectul de activitate al comisiilor mai sus menționate**

▪ Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, de medicina dentară, paraclinice și de recuperare - reabilitare a sănătății care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriu de specialitate, indiferent de forma de organizare a acesteia, să își desfășoare activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor.

**- eliminarea riscului ca serviciile medicale efectuate de un medic de specialitate care și-ar desfășura activitatea în mai mult de un contract cu casa de asigurări de sănătate, să fie raportate spre decontare de două sau mai multe ori.**

▪ S-a introdus o nouă prevedere referitor la cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, de medicina dentară și recuperare reabilitare organizate **in**



**ambulatoriile integrate ale spitalelor** care intra in relatie contractuală cu casa de asigurări de sanatate astfel:

a) pentru cabinetele de specialitate care asigura un program de minimum 35 de ore pe saptamana in specialitatea respectiva, reprezentantul legal incheie contract distinct pentru servicii medicale din specialitatea respectiva acordate in ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate, respectiv asistenta medicala dentara si asistenta medicala de recuperare reabilitare in ambulatoriu;

b) pentru cabinetele de specialitate care asigura un program sub 35 de ore pe saptamana in specialitatea respectiva, reprezentantul legal incheie act aditional la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești, care sunt decontate din fondul alocat asistentei medicale spitalicesti.

***- pentru o abordare unitară a cabinetelor medicale din ambulatoriu în ceea ce privește programul de activitate – 35 de ore pe săptămână.***

▪ În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice sunt obligați sa prezinte la contractare lista cuprinzând codurile numerice personale ale asiguraților cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, aflați in evidența proprie si trimestrial mișcarea acestora; în cazul în care se constată nerespectarea acestei obligații, consultațiile, respectiv serviciile raportate pentru asigurații cu afecțiuni confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate, nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

***- pentru îmbunătățirea activității de monitorizare a bolnavilor cronici;***

▪ A fost introdusă obligativitatea medicului de specialitate din specialitățile clinice pentru stabilirea unui plan de monitorizare si tratament pentru minimum 6 luni, pentru pacienții cu afecțiuni confirmate (care permit prezentarea direct la medicul de specialitate fără bilet de trimitere), plan care se va raporta la casa de asigurari de sanatate, conform fișei

de monitorizare.

În cazul modificării planului de monitorizare și tratament, furnizorul transmite la casa de asigurări de sănătate justificarea scrisă a acestei modificări, pe baza unui „referat de justificare”.

**- pentru îmbunătățirea activității de monitorizare a bolnavilor cronici; pentru monitorizarea și controlul prescrierii și a consumului de medicamente.**

▪ Pentru serviciile de acupunctură, fitoterapie, homeopatie, asigurații se pot prezenta direct la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate, fără a fi necesar biletul de trimitere.

▪ Furnizorii de servicii medicale clinice / paraclinice / spitalicești au obligația să verifice biletele de trimitere / internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare; în situația în care sunt bilete de trimitere incomplete, furnizorii îndruma asiguratul către medicul care a eliberat biletul de trimitere și anunța casa de asigurări de sănătate cu care are încheiat contract cu privire la disfuncționalitățile înregistrate;

**- pentru asigurarea controlului în acordarea serviciilor medicale**

▪ casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice / paraclinice, respectiv în unitățile sanitare cu paturi dacă biletele de trimitere / internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de

**- pentru a nu se utiliza alte formulare de bilete de trimitere decât cele stabilite prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**

▪ Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele / punctele de lucru ale acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare, contracte de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești. (în prezent din fondurile aferente asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice)

**- pentru o abordare unitară – la fel cu**

*laboratoarele de spital care incheie cu casele de asigurări de sănătate contracte de furnizare de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, și pentru un control mai bun în ceea ce privește serviciile medicale raportate ca și activitate*

▪ Au fost reglementate noi obligații pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv:

- să asigure prezența unui medic de laborator, respectiv a unui medic de radiologie și imagistică medicală, după caz, în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, respectiv în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală / punct de lucru din structura acestora, pe toată durata programului declarat și prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator / punct de lucru; – ***această măsură are în vedere îmbunătățirea calității serviciilor medicale paraclinice furnizate;***

În cazul nerespectării acestei obligații se reziliază contractul de furnizare de servicii medicale paraclinice; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înțelege punct extern de recoltare) în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situație și se modifică corespunzător contractul;

- să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și a oricăror alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de

	<p>furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare.</li> <li>- să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice – analize medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora; - <b><i>pentru asigurarea calității serviciilor medicale și pentru stabilirea unui diagnostic corect de către medicul care le interpretează, fără a fi necesară repetarea investigațiilor respective.</i></b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ În prezent furnizorii de servicii medicale paraclinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.</li> </ul> <p>În vederea îmbunătățirii accesului asiguraților la servicii medicale paraclinice, a fost reglementată situația în care Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de servicii medicale paraclinice cu cel puțin un furnizor de servicii medicale paraclinice într-un județ, respectiv în Municipiul București, în sensul că furnizorii de servicii medicale paraclinice</p>
--	---

furnizează asiguraților investigațiile solicitate conform biletului de trimitere, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de servicii medicale paraclinice să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate anterior.

- A fost stabilită o nouă modalitate de plată pentru:

a) - serviciile conexe actului medical contractate și raportate de furnizorii de servicii medicale clinice, prin tarif pe serviciu exprimat în lei (*în prezent tarif pe serviciu exprimat în puncte*).

b) - serviciile medicale din ambulatoriu pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sanatații și pentru acupunctură, și anume tarif / serviciu - caz, care înlocuiește tariful pe serviciu medical. Prin serviciu medical – caz se înțelege totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de recuperare-reabilitare a sănătății / acupunctură.

***- la lit. a) măsura vizează îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii conexe actului medical, iar la lit. b) urmărește eliminarea riscului privind fie eventuala alterare a serviciului medical fie inflația de servicii.***

▪ Spitalele vor prezenta la contractare documentele necesare pentru fundamentarea tarifelor negociate (conform unei metodologii unitare stabilită în norme), respectiv: tarif mediu pe caz rezolvat (pentru spitalele non DRG), tariful pe zi de spitalizare pentru spitalele de cronici și de recuperare și tariful pe caz rezolvat pentru serviciile acordate în spitalizare de zi.

***- pentru utilizarea unei metodologii unitare de fundamentare a tarifelor și controlul costurilor la nivel național .***

▪ În unitățile sanitare autorizate de Ministerul Sănătății se pot acorda în regim ambulatoriu servicii medicale de tip spitalicesc

- spitalizare de zi pentru asigurații care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenței medicale spitalicești, prin tarif pe serviciu medical și/sau tarif pe caz rezolvat - **aceste reglementări au în vedere reducerea numărului de internări prin spitalizare continuă și dezvoltarea segmentului de spitalizare de zi, implicit reducerea cheltuielilor spitalicești.**

▪ Reglementarea unor noi obligații contractuale pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești, precum și pentru sanatoriile și preventoriile aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, respectiv:

- să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea la externare a prescripției medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, a recomandării de dispozitive medicale respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, atunci când concluziile examenului medical impun acest lucru;

- să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgențe, cu evidențierea numărului cazurilor internate. - **măsură ce permite crearea unei baze de date care să permită efectuarea unor analize (ex: cazuri ce au necesitat internare raportată la numărul prezentărilor la structurile de primiri urgențe; analiza adresabilității în ambulatoriu de specialitate în raport cu prezentările la structurile de primiri urgențe) și departajarea cheltuielilor.**

▪ Introducerea unei prevederi conform căreia spitalele primesc contravaloarea serviciilor medicale realizate și validate, în limita valorii de contract, valoare stabilită și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la indicatorii specifici spitalelor.

- **măsură ce vizează contractarea serviciilor medicale spitalicești în limita indicatorilor prevăzuți în actele normative elaborate de Ministerul Sănătății cu posibilitatea monitorizării corelate a indicatorilor.**

▪ Reglementarea unei noi obligații a casei de asigurări de sănătate de a **monitoriza activitatea desfășurată de spital** în baza contractului încheiat cu aceasta, astfel încât decontarea cazurilor externate și raportate să se realizeze cu încadrarea în indicatorii avuți în vedere la contractare .

- *utilizarea eficientă a sumelor contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.*

▪ A fost modificată ponderea privind cazurile externate din unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, de la 50% la 35% din cazurile externate.

- *pentru un procent mai mare de 35% nu se mai justifică nici specificul unității sanitare / secții de boli profesionale și nici plata din partea casei.*

▪ Introducerea unei prevederi conform căreia furnizorii de servicii medicale de urgență prespitalicească și transport sanitar vor prezenta la contractare și documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare (conform unei metodologii stabilită în norme)

- *pentru utilizarea unei metodologii unitare de fundamentare a tarifelor.*

▪ Dezvoltarea segmentului de îngrijiri medicale la domiciliu prin introducerea serviciilor paliative la domiciliu. (*în prezent serviciile paliative se contractează numai cu unitățile sanitare cu paturi.*)

- *dezvoltarea segmentului de îngrijiri paliative la domiciliu la costuri mai mici decât cele acordate în unitățile sanitare cu paturi și crearea posibilității ca beneficiarii acestor servicii să rămână în mediul familial.*

▪ A fost stabilită o nouă modalitate de plată a îngrijirilor la domiciliu prin tarif pe caz care înlocuiește tariful pe serviciu.

- *eliminarea riscului privind fie eventuala alterare a serviciului medical fie inflația de servicii.*

▪ Stabilirea unui model unic de decizie pentru acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative emisă de casele de asigurări de sănătate, care va fi prevăzut în norme.

***- pentru standardizarea formularelor la nivelul caselor de asigurări de sănătate.***

▪ Introducerea de reglementari care sa permită întocmirea unei liste de prioritate pentru îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative și stabilirea unor criterii de prioritate, precum și criterii de soluționare a listelor de prioritate la nivelul caselor de asigurări de sănătate, criterii ce vor fi făcute publice pe pagina de web a casei de asigurări de sănătate.

***- pentru îmbunătățirea accesului la servicii și creșterea transparenței privind acordarea serviciilor.***

▪ Recomandarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative poate fi făcută **și de medicii de familie**

***- creșterea accesibilității asiguraților la acest tip de îngrijiri.***

▪ În prezent farmaciile eliberează medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente are contract cu casa de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripția medicală a încheiat contract sau convenție în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale eliberate.

În vederea îmbunătățirii accesului asiguraților la medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, a fost reglementată situația în care Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor nu au încheiat contract de furnizare de medicamente cu cel puțin un furnizor de medicamente într-un județ, respectiv în Municipiul București, în sensul că farmaciile eliberează asiguraților medicamentele din prescripțiile medicale, cu condiția ca medicul care a eliberat prescripția să se afle în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își desfășoară activitatea sau cu Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, respectiv cu Casa Asiguraților de Sănătate a Ministerului Transporturilor, iar furnizorul de medicamente să se afle în relație contractuală cu oricare dintre casele de asigurări de sănătate enumerate



anterior.

▪ Au fost introduse reglementări care creează posibilitatea asiguraților de a opta pentru o farmacie în vederea eliberării de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu - pentru bolnavii incluși în programele naționale de sănătate cu scop curativ, pentru asigurații care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor cronice aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum și pentru asigurații care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor cronice: G11 – epilepsie, G12 – Parkinson și G 16 – Demențe.

În concordanță cu aceste prevederi au fost introduse reglementări conform cărora:

- farmaciile întocmesc și depun la contractare liste cu asigurații care au optat pentru acestea
- farmaciile sunt obligate:
  - să prezinte lunar la casele de asigurări de sănătate mișcarea asiguraților din listă
  - să respecte dreptul asiguraților de a opta pentru altă farmacie după 6 luni de la data înscrierii, cu excepția situațiilor în care asigurații se mută într-o altă localitate;
- casele de asigurări de sănătate sunt obligate să țină evidența asiguraților înscriși la farmacii
- casele de asigurări de sănătate stabilesc un fond alocat decontării medicamentelor pentru bolnavii incluși în programele naționale de sănătate cu scop curativ, pentru asigurații care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor cronice aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate precum și pentru asigurații care beneficiază de medicamente corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor cronice: G11 – epilepsie, G12 – Parkinson și G 16 – demențe, din totalul fondului aprobat pentru consum de medicamente la nivelul casei.

**Aceste prevederi sunt propuse a intra în vigoare la 90 de zile după data de 1 aprilie 2010, pentru a da timp atât bolnavilor cât și farmaciilor să se poată conforma în ceea ce privește listele respective.**

**- Prin aceste măsuri se urmărește ca**

*pacienții să aibe asigurat accesul la medicamentele menționate anterior atunci când au nevoie, iar farmaciile vor avea pe de o parte garantată recunoașterea eliberărilor și pe de altă parte facilitarea în aprovizionarea cu medicamente, prin eliminarea obligativității de a se aproviziona cu medicamente specifice în condițiile în care nu există pacieți înscriși.*

▪ A fost introdusă prevederea conform căreia se întocmesc prescripții distincte pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor cronice: G11 – epilepsie, G12 – Parkinson și G 16 – demențe (pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente bolilor cronice aprobate prin comisiile de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și cele pentru bolnavii incluși în programele naționale de sănătate cu scop curativ această prevedere există și în Contractul-cadru în vigoare). - **pentru coroborare cu prevederile de mai sus**

▪ Decontarea contravalorii medicamentelor care se eliberează prin farmaciile cu circuit deschis în cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ, se face în termen de până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor în sensul acordării vizei „bun de plată”.

- **propunerea are în vedere contextul economico-financiar al anului 2010 și o mai bună gestionare la nivelul caselor de asigurări de sănătate**

▪ **A fost redefinit prețului de referință pentru medicamente, respectiv** prețul de referință este dat de genericul cu cel mai mic preț aferent aceleiași forme farmaceutice și concentrații dintr-o clasă de medicamente (grupă terapeutică). În situația în care într-o clasă de medicamente (grupă terapeutică) nu există generice, prețul de referință este dat de medicamentul original cu prețul cel mai mic aferent aceleiași forme farmaceutice și concentrații din clasa de medicamente (grupa terapeutică) respectivă.

*(în prezent prețul de referință reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație)*

- **această măsură are în vedere contextul economico-financiar al anului 2010 și**

	<p><b>îmbunătățirea controlului privind cheltuielile cu medicamentele.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilirea unui <b>model unic de decizie</b> emisă de casele de asigurări de sănătate pentru acordare dispozitive medicale . <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>pentru standardizarea formularelor la nivelul caselor de asigurări de sănătate.</b></li> </ul> </li> <li>▪ În prezent se decontează reparațiile dispozitivelor medicale acordate copiilor. Această prevedere nu se mai regăsește în actul normativ înaintat, având în vedere următoarele: <ul style="list-style-type: none"> <li>- unele dispozitive medicale acordate copiilor se pot acorda înainte de termenul de înlocuire conform recomandării medicale - ca urmare a modificării datelor avute în vedere inițial;</li> <li>- în anul 2009 la nivelul caselor de asigurări de sănătate nu au fost înregistrate solicitări în ceea ce privește reparația dispozitivelor medicale acordate asiguraților.</li> </ul> </li> </ul>

### SECȚIUNEA A 3-A

#### IMPACTUL SOCIOECONOMIC AL PROIECTULUI DE ACT NORMATIV

1. Impactul macroeconomic	Nu exista
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu exista
3. Impactul social	Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale și la medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu
4. Impactul asupra mediului (***)	Nu este cazul
5. Alte informații	

### 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)

- mii lei -

Indicatori	Anul curent	Următorii 4 ani	Media pe 5 ani
------------	-------------	-----------------	----------------

1	2	3	4	5	6	7
<p>1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care:</p> <p>a) buget de stat, din acesta:</p> <p>(i) impozit pe profit</p> <p>(ii) impozit pe venit</p> <p>b) bugete locale:</p> <p>(i) impozit pe profit</p> <p>c) bugetul asigurărilor sociale de stat:</p> <p>(i) contribuții de asigurări</p>						
<p>2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus, din care:</p> <p>a) buget de stat, din acesta:</p> <p>(i) cheltuieli de personal</p> <p>(ii) bunuri și servicii</p> <p>b) bugete locale:</p> <p>(i) cheltuieli de personal</p> <p>(ii) bunuri și servicii</p> <p>c) bugetul asigurărilor sociale de stat:</p> <p>(i) cheltuieli de personal</p> <p>(ii) bunuri și servicii</p>						
<p>3. Impact financiar, plus/minus, din care:</p> <p>a) buget de stat</p> <p>b) bugete locale</p>						
<p>4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare</p>						
<p>5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare</p>						
<p>6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare</p>						

7. Alte informații						
<b>SECȚIUNEA A 5-A</b>						
<b>EPECTELE PROIECTULUI DE ACT NORMATIV ASUPRA LEGISLAȚIEI ÎN VIGOARE</b>						
1. Proiecte de acte normative suplimentare	Proiect de Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010					
2. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie						
3. Decizii ale Curții Europene de Justiție și alte documente						
4. Evaluarea conformității:						
Denumirea actului sau documentului comunitar, numărul, data adoptării și data publicării	Gradul de conformitate (se conformează/nu se conformează)		Comentarii			
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente						
6. Alte informații						
<b>SECȚIUNEA A 6-A</b>						
<b>CONSULTĂRILE EFECTUATE ÎN VEDEREA ELABORĂRII PROIECTULUI DE ACT NORMATIV</b>						
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Consultări cu privire la elaborarea proiectului de Contract-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România, Ordinului Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din					

	România, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	Prevazute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative	Nu este cazul
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul
5. Informații privind avizarea de către: a) Consiliul Legislativ b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării c) Consiliul Economic și Social d) Consiliul Concurenței e) Curtea de Conturi	
6. Alte informații	
<b>SECȚIUNEA A 7-A</b>	
<b>ACTIVITĂȚI DE INFORMARE PUBLICĂ PRIVIND ELABORAREA ȘI IMPLEMENTAREA PROIECTULUI DE ACT NORMATIV</b>	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ	A fost efectuată procedura transparenței decizionale potrivit Legii nr. 52/2003
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	
3. Alte informații	
<b>SECȚIUNEA A 8-A</b> <b>MĂSURI DE IMPLEMENTARE</b>	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autoritățile administrației publice centrale și/sau locale - înființarea unor noi organisme sau extinderea competențelor instituțiilor existente	
2. Alte informații	

In acest sens, a fost intocmit proiectul de Hotarare pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, pe care il supunem spre aprobare.

**Ministrul sănătății**

**CSEKE ATTILA**

**Avizăm favorabil:**

**Ministrul finanțelor publice**

**Sebastian Teodor Gheorghe VLĂDESCU**

**Ministrul justiției**

**Cătălin Marian PREDOIU**

**Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**

**Nicolae Lucian DUȚĂ**