**NOTĂ DE FUNDAMENTARE**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Secţiunea 1**  **Titlul prezentului proiect de act normativ**  **HOTĂRÂRE**  pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019 | | | | | | |
| **Secţiunea a 2 – a**  **Motivul emiterii actului normativ**  În baza dispoziţiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul cadru se elaborează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, pe baza negocierii cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentişti din România, Colegiul Farmaciştilor din România, Ordinul Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, Ordinul Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor, precum şi în urma consultării cu organizaţiile patronale, sindicale şi profesionale reprezentative din domeniul medical.  Proiectul se avizează de Ministerul Sănătăţii şi se aprobă prin hotărâre a Guvernului pentru următorii 2 ani. | | | | | | |
| 1. **Descrierea situaţiei actuale**   În prezent, în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condiţiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului şi până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătăţii, medicamentele, dispozitivele medicale şi alte servicii la care au dreptul asiguraţii. Persoanele care nu fac dovada calităţii de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgenţelor medico-chirurgicale şi al bolilor cu potenţial endemoepidemic, monitorizarea evoluţiei sarcinii şi a lehuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenţie.  Pachetul minimal şi pachetul de bază cuprind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale la care au dreptul cetățenii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România.  Pentru serviciile din pachetul minimal și pachetul de bază sunt stabilite condițiile de acordare, drepturile și obligațiile părților contractante: case de asigurări de sănătate și furnizori , modalitățile de plată, condițiile de eligibilitate necesar a fi îndeplinite de furnizori pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și sancțiunile aplicabile. | | | | | | |
| **2. Schimbări preconizate**   * **Pachete de servicii:**   **1. Reorganizare pachete de servicii** – *minimal şi de bază* într-o modalitate schematică, sub forma unei structuri generale în proiectul de hotărâre de Guvern , urmând ca detalierea serviciilor medicale acordate, a documentelor eliberate și condiţiile acordării să fie stabilite prin normele metodologice de aplicare;  **2**. **Servicii noi introduse în pachetul de bază:**   * În cadrul activităților de suport - la nivelul asistenței medicale primare se eliberează:   - fișa sintetică pentru copilul încadrat în grad de handicap;  - adeverință încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază;   * Dezvoltarea serviciilor adiționale, în asistența medicală primară, ce vor fi detaliate în norme; * Pentru serviciul de ”Administrare de medicamente intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil”, în pachetul de bază din asistența medicală primară, s-a precizat că acesta se acordă pentru medicamentele recomandate de catre medicii de familie ca urmare a actului medical propriu; * Patru consultaţii/trimestru/asigurat pentru îngrijiri paliative în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatile clinice, acordate de către medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății și care lucrează exclusiv în această activitate; * În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitătțile clinice au fost introduse Servicii medicale în scop diagnostic – caz; aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi care se pot acorda în ambulatoriu de specialitate clinic; * Serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu sunt asigurate de furnizori care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate cu pregătire in domeniul îngrijirilor paliative, conform legislației in vigoare: * Servicii medicale efectuate de medic sau sub supravegherea medicului: evaluarea holistică, stabilirea diagnosticului paliativ de etapă, comunicarea, elaborarea planului de îngrijiri, educarea și consilierea pacientului și familiei în aplicarea planului de îngrijire, susținerea pacientului și familiei în luarea deciziilor terapeutice și de îngrijire, efectuarea de manevre de diagnostic și terapeutice, prescrierea medicației aplicarea și monitorizarea tratamentului farmacologic și nefarmacologic adecvat pentru managementul simptomelor, activități de suport; * Servicii de îngrijire asigurate de asistentul medical: evaluarea nevoilor de îngrijire, monitorizarea pacientului (funcții vitale, vegetative, îngrijirea escarelor, limfedemului, stomelor, tumorilor exulcerate), administrarea de medicamente; metode nefarmacologice de tratament al simptomelor; educarea pacientului, familiei și a aparținătorilor privind îngrijirea curentă; * Servicii de kinetoterapie furnizate de balnefiziokinetoterpeuți, kinetoterapeuți și profesori de cultură fizică medicală; * Servicii de asistenţă psihologică furnizate de psiholog. * **Debirocratizare:**   1. revizuire / sintetizare/ comasare obligații furnizori,  2. instrumente simplificate în procesul de contractare:   * transmitere documente numai în format electronic, * eliminare documente solicitate în prezent pentru îndeplinirea condițiilor de contractare, respectiv:   - dovada plății la zi a contribuției la FNUASS,  - lista în format electronic a bolnavilor cu afecţiuni cronice pentru care se face management de caz şi pentru care se organizează evidenţă distinctă la nivelul medicului de familie  - asigurarea de raspundere civila in domeniul medical pentru medicii si asistenti medicali avand in vedere ca pentru acestia se prezinta certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România / certificatul de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR), certificate care se avizează numai pe perioada de valabilitate a asigurării de răspundere civilă  - declaraţie pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformităţii şi valabilităţii acesteia;  3. Obligația existenței semnăturii electronice pentru toți medicii care doresc să intre în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;  4. Eliminarea unor obligații pentru diminuarea excesului de reglementare; exemple:   * să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în hotărâre şi în norme; * să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale; * să completeze formularele privind evidenţele obligatorii şi pe cele tipizate, * să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, în limita competenţei profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale; * nu se mai întocmește prescripție distinctă la nivelul asistenței medicale primare pentru recomandările făcute de către medicii de medicina muncii și nici borderou distinct la farmacii. * **Disciplina contractuală:**   ***I.*** ***Pentru îmbunătățirea gestionării eficiente a FNUASS:***  1. În ceea ce privește obligația furnizorului de a întocmi evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale / cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane / cazurile în care au fost aduse daune sănătății propriei persoane; furnizorii au obligația de a comunica aceste evidențe, lunar, caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; pentru nerespectarea acestei obligații s-au introdus sancțiuni graduale;  2. Eliminarea prevederii potrivit căreia casele de asigurări de sănătate decontează nu mai mult de 25% din cazurile externate din secțiile de medicina muncii - boli profesionale ale spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională. (având în vedere că Ministerul Sănătății și Ministerul Muncii și Justiției Sociale au elaborat un proiect de act normativ privind decontarea întregii activități a acestor secții din bugetul asigurărilor sociale de stat)  3. Medicii prescriptori trebuie să respecte protocoale terapeutice. S-a precizat că, pentru medicamentele care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor.  Ca urmare, începând cu 1 iulie 2018 este prevăzută obligația medicilor prescriptori de a respecta averizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;  4. Au fost stabilite tarife unitare pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat. Au fost eliminate reglementările potrivit cărora se negociază tariful/km, tariful/milă, tariful/solicitare. Propunerea a avut in vedere o decontare unitara la nivelul tuturor caselor de asigurari de sanatate a consultatiilor de urgenta la domiciliu și a activitatilor de transport neasistat.  5. Furnizorii vor comunica caselor de asigurări de sănătate modificarile privind condiţiile avute în vedere la contractare cel târziu în ziua în care acestea produc efecte;  6. Pentru serviciile de îngrijire la domiciliu și pentru serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu s-a prevăzut valoare de contract. Sumele contractate se stabilesc în funcție de fondul aprobat pentru îngrijiri la domiciliu și a unor criterii prevazute in actele normative subsecvente;  7. Furnizorii de servicii medicale paraclinice vor prezenta la contractare lista aparatelor utilizate de furnizor pentru efectuarea serviciilor medicale paraclinice ce vor face obiectul contractului de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.  **II. *Pentru îmbunătățirea controlului utilizării FNUASS:***  **1. Revizuire sancțiuni** în sensul diminuării nivelului acestora, extindere gradualitate, **corelat cu gravitatea neîndeplinirii obligației**; exemple:   * completarea formularelor cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă, în sensul că acestea se vor aplica în mod gradual, plecând de la avertisment la prima constatare (în prezent se recuperează contravaloarea serviciilor/medicamentelor acordate pe baza acestor documente); * să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond şi pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens (in prezent reziliere directa, in proiectul de hotarare sanctiuni graduale); * raportarea incorectă/incompletă de către farmacii a datelor referitoare la consumul de medicamente în vederea decontării, precum și în cazul în care se constată eliberarea și raportarea de medicamente expirate, în sensul că trimestrial se reține o sumă echivalentă cu contravaloarea medicamentului/ medicamentelor respective; * a fost revizuită în parte sancțiunea aplicabilă farmaciilor în situația în care, se sesizează neconcordanţe între medicamentele/materialele sanitare eliberate în perioada verificată şi cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziţionate, astfel:   ”în situaţia în care, ca urmare a controlului desfăşurat de către instituţiile abilitate, se stabileşte  vinovăţia furnizorului, potrivit legii, contractul în derulare se reziliază de plin drept de la data luării la  cunoştinţă a notificării privind rezilierea contractului, emisă în baza deciziei executorii dispuse în cauza  respectivă, cu recuperarea integrală a contravalorii tuturor medicamentelor eliberate de furnizor în  perioada verificată de instituţiile abilitate şi decontată de casa de asigurări de sănătate și care depășesc  valoarea achizițiilor pentru care există documente justificative;”  **În coroborare, cu revizuirea sancțiunilor**, au fost operate modificări în ceea ce privește reținerea sumelor aferente sancțiunilor aplicate furnizorilor. Astfel, în prezent, reținerea sumelor se face din prima plată, iar în situația în care suma depășește prima plată reținerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condițiile legii; în proiectul de act normativ este prevăzut că recuperarea sumei, pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plata directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, astfel:   * Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa   de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.   * Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se   recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.  **2. Sancțiuni noi:**   * Sancționarea spitalului în situația în care nu se eliberează prescripţie medicală, la externarea asiguratului – pentru situatiile in care era necesara, prin reţinerea sumei de 200 de leipentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației; * Sancționarea furnizorilor din asistența medicală ambulatorie pentru specialități clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare în situația în care nu se eliberează prescripţe medicală pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; nerespectarea acestei obligaţii conduce la reţinerea sumei de 200 de leipentru fiecare caz la care s-a constatat nerespectarea obligației;   **3. Suspendarea contractelor:**  **a.** Nu se mai suspendă un contract în situația încetării valabilității dovezii asigurării de răspundere civilă în  domeniul medical pentru una sau mai multe persoane care îşi desfăşoară activitatea la furnizor; se  suspendă din contract doar persoanele care nu mai respectă această obligație, în situația în care  furnizorul îndeplinește condițiile de desfășurare a activității.  **b.** S-a precizat că pentru perioada în care operează suspendare contractului sumele contractate se diminuează proporțional cu numărul de zile de suspendare și nu se decontează servicii pentru perioada de suspendare.   * **În ceea ce priveşte asigurații, unele modificări din proiectul de act normativ au avut ca obiectiv:**   **- Accesul:**  **1.** Eliminarea limitelor privind accesul la furnizorii de servicii medicale paraclinice și de medicamente (în prezent, asiguratul are posibilitatea de a se prezenta doar la furnizorii care sunt în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor); fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripţia medicală;  Pentru ca aceste reglementări să poată fi implementate în PIAS a fost prevăzută o etapă intermediară, respectiv:   * *În cazul investigațiilor medicale paraclinice:* până la data de 1 iulie 2018, furnizorul efectuează investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere eliberat de medicul care se află în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală și furnizorul de servicii medicale paraclinice.   În coroborare, până la data de 1 iulie 2018, în situaţia în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte judeţe, respectiv din municipiul Bucureşti.   * *În cazul medicamentelor cu și fără contribuție personală:* până la data de 1 iulie 2018, farmacia eliberează medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților numai în baza prescripțiilor medicale eliberate de medicul care se află în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală și farmacia.   **2.** Pentru spitalizare continuă, pacienți cu diagnostic oncologic confirmat aflați în Programul național de oncologie, se pot prezenta fără bilet de internare  **3.** Pentru zonele/localităţile deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate care acordă servicii spitalicești, un medic poate acorda servicii medicale spitaliceşti, în baza a două/trei contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti în unităţi sanitare distincte, cu respectarea legislaţiei muncii.  **4.** Documentele necesare pentru aprobarea unui dispozitiv medicale se pot transmiste de către asigurat casei de asigurări de sănătate și prin poștă (*în prezent documentele se depun la sediul casei de asigurări de sănătate)*.  **5.** Dezvoltarea reglementărilor privind programul de activitate al furnizorilor din asistența medicală primară, asistența ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, precum și pentru medicină dentară:   * Pentru accesul asiguratilor la servicii medicale in cadrul cabinetului medical din asistența medicală primară și la cabinetul din ambulatoriu pentru specialitățile clinice s-a precizatca programul de activitate de 35 de ore pe saptamana se asigură in minim 5 zile pe săptămână; pentru medicii de familie din sistemul apărării, ordinii publice, siguranței naționale și autorității judecătorești programul de lucru de 35 de ore/săptămână se stabilește pe zile conform condițiilor specifice acestui sistem și se reglementează în normele proprii; * Programul de activitate pentru medicii de medicină dentară cu integrare clinică a fost stabilit la 3 ore și 30 de minute pe zi (reprezentând 1/2 normă).   **6.** Pentru medicul de familie nou-venit într-o localitate:   * a fost majorată perioada pentru care poate încheia convenție cu casa de asigurări de sănătate de la 3 la 6 luni, precum și perioada pentru care ulterior convenției se poate încheia contract (perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei) de la 3 la 6 luni   În coroborarea a fost modificată modalitatea de plată, pe perioada convenției; Medicul de familie nou venit beneficiază pe perioada convenției de un venit constituit din:  a) o sumă reprezentând plata ”per capita” pentru o listă echilibrată de 800 de asigurați, calculată prin înmulțirea numărului de puncte per capita cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, prevăzut în norme, ~~și~~ se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea;  b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, calculată prin înmulțirea sumei stabilită potrivit lit. a) cu 1,5.  **7.** În categoria furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au fost incluși medicii de familie și spitalele, care se organizează ca furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu.   * **Calitate:**   **1.** Începând cu anul 2019, condiţie nouă de eligibilitate a furnizorilor prin depunerea dovezii de acreditare (pentru unități sanitare cu paturi) sau a depunerii dovezii înscrierii în procesul de acreditare, prin care se certifică calitatea serviciilor medicale, pentru celeleate categorii de furnizori.  **2.** Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu a fost prevăzută obligativitatea existenței a cel puțin 1 medic care să îțși desfășoare activitatea într-o formă legală la furnizor.   * **Transparența în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate:**   **1.** La stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii la nivel județean și la nivelul Municipiului București sunt luați în calcul și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu CAS AOPSNAJ.  **2.** Au fost operate modificari in ceea ce priveste componenta comisiilor constituite la nivel local cu atribuții în:  **-** stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii si a numărului minim de asigurați pentru mediul rural/zone deficitare din mediul urban;  - stabilirea necesarului de norme și de medici pe specialități pentru specialitatile clinice, stabilirea specialităților deficitare si a zonelor deficitare;  - stabilirea numărului de norme și de medici pentru asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;  Aceste comisii vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, ai direcției de sănătate publică și ai colegiilor teritoriale ale medicilor. Organizaţiile patronale şi sindicale, şi societăţile profesionale ale medicilor, reprezentative la nivel judeţean, precum și administrațiile publice locale,au un rol consultativ. Propunerea are în vedere faptul că nu toți medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriu sunt reprezentați de organizațiile menționate anterior.  S-a eliminat comisia cu atribuții în stabilirea numărului necesar de investigații paraclinice pe județ, repartizarea fondului alocat pe tipuri de investigații paraclinice, nemaiavând obiect în contextul actualelor reglementări.  **3.** Casele de asigurări de sănătate au obligația:  - să facă publică suma reprezentând 6% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial și să o contracteze cu spitalele conform reglementărilor legale în vigoare;  - să publice pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii și tipuri de dispozitive medicale;  - să pună la dispozitia furnizorilor cu care se afla in relații contractuale formatul în care aceștia afișează pachetele de servicii medicale şi tarifele corespunzătoare;  - să actualizeze în format electronic – SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile legii;  - să aducă la cunoștința furnizorilor de medicamente numele și codul de parafă ale medicilor care înlocuiesc un alt medic;  **4.** S-a precizat că termenul de transmitere a motivării sumelor decontate, cu ocazia regularizărilor trimestriale, este de maximum 10 zile lucrătoare de la data comunicării sumelor.  **5.** A fost prevăzut dreptul furnizorilor de a fi îndrumați de către casele de asigurări de sănătate în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;  **6.** Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri paliative la domiciliu a fost prevăzută obligația de a transmite, caselor de asigurări de sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora; (obligația a avut în vedere faptul că pentru anul 2018 este prevăzută valoare de contract pentru aceste tipuri de servicii);   * **Pentru asistența medicală primară și asistența medicală ambulatorie de specialitate au fost reglementate următoarele aspecte:**   **1.** s-a precizat ca programul de activitate al asistentului medical/sorei medicale/moașei în cadrul cabinetului în asistența medicală primară și în cadrul cabinetului organizat în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, poate fi o normă întreagă sau fracțiune de normă;  **2.** un medic angajat fără listă proprie în cadrul unui cabinet medical individual în asistența medicală primară, poate figura ca medic angajat și în alte cabinete medicale individuale cu condiția ca toate cabinetele medicale individuale să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate;  **3.** a fost reglementat în mod expres dreptul medicilor de familie la o perioada de vacanță de până la 30 de zile calendaristice pe an; pentru aceasta perioadă modalitatea de acordare a serviciilor medicale pentru asigurații înscriși pe lista, precum și modalitatea de plată a medicilor de familie se vor stabili prin norme;  **4.** în ambulatoriul clinic pot fi efectuate unele servicii de spitalizare de zi, decontate prin tarif pe serviciu/caz, decontate din fondul alocat asistenței medicale spitalicești; serviciile se contractează de casele de asigurări de sănătate numai cu unitățile sanitare care au organizat, autorizat și evaluat atât ambulatoriul de specialitate clinic cât și structură de spitalizare de zi.   * **Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice**   Serviciile medicale în scop diagnostic – caz, nou introduse în pachetul de bază:  1. Se contractează de casele de asigurări de sănătate numai cu furnizorii care încheie contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și care îndeplinesc suplimentar următoarele condiții de eligibilitate:  **a.** au organizat, autorizat și evaluat atât ambulatoriul de specialitate clinic cât și structură de spitalizare de zi, în aceeași specialitate pentru care se încheie contract pentru acest tip de servicii în ambulatoriu; această condiție este obligatorie pentru toți furnizorii care contractează acest tip de servicii;  **b.** au încheiat contract cu laboratoarele de referință stabilite prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017 cu modificările și completările ulterioare, sau după caz, au în structura proprie laborator de investigații medicale paraclinice, în condițiile prevăzute în norme;  **c.** furnizorul are în structură maternitate de gradul II sau III aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1881/2006 privind ierarhizarea unităţilor spitaliceşti, a secţiilor şi compartimentelor de obstetrică-ginecologie şi neonatologie, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme.  2. Serviciile medicale se contractează de către furnizori numai în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.  3. Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, contractează serviciile medicale în cadrul programului cabinetului, în condițiile stabilite în norme.   * **Pentru asistență medicală spitalicească:**   **1.** Începând cu contractarea pentru anul 2019, casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi numai cu unitățile sanitare pentru care se încheie și contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în spitalizare continuă.  **2.** Au fost completate reglementările privind sumele ce pot fi contractate de spitale cu sumele corespunzătoare serviciilor medicale în scop diagnostic – caz, acordate în ambulatoriu.   * **Pentru farmacii:**   **1.** A fost prevăzută obligația farmaciilor aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, de a nu utiliza, sub nici o formă, în campaniile publicitare, referințe la medicamentele compensate și gratuite sau la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu excepția informarii asupra faptului că farmacia eliberează medicamente compensate si gratuite.  **2.** Pentru nerespectarea obligaţiei de a funcţiona cu personal farmaceutic autorizat conform legii, casele de asigurări de sănătate vor informa, pe lângă Colegiul Farmaciștilor din Romania și Ministerul Sănătății sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, după caz.   * **Revizuirea unor obligații și condiții pentru claritatea textului:**   **1. *Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice* :**   * să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative din care să reiasă corelarea între tipul și cantitatea de reactivi achiziționați și toate analizele efectuate pe perioada controlată, atât în relație contractuală cât și în afara relației cu contractuale cu casa de asigurări de sănătate. Documentele justificative puse la dispoziția organelor de control pot fi: facturi, certificate de conformitate CE, fișe de evidenta reactivi, consumabile, calibratori, controale, din care sa reiasă tipul-denumirea, cantitatea, nr. lot cu termen de valabilitate, data intrării, data punerii in consum si ritmicitatea consumului; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între numărul și tipul investigațiilor medicale paraclinice efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi/consumabile achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor medicale paraclinice, aceasta sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective; * să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi intervalele biologice de referință ale acestora, conform standardului SR EN ISO 15189; (în prezent sunt prevăzute ”limite de normalitate” în locul ”intervalelor biologice de referință”); * să prezinte la cererea organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate înregistrări ale controlului intern de calitate, nivel normal și patologic, care să dovedească efectuarea și validarea acestuia în conformitate cu cerințele standardului SR EN ISO 15189, pentru fiecare zi în care s-au efectuat analizele medicale de laborator care fac obiectul contractului; în cazul în care furnizorul nu poate prezenta această dovadă, contractul se reziliază de plin drept;   **2. Pentru farmacii:**   * S-a completat obligația farmaciilor de a se aproviziona, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie - la solicitarea în scris de către asigurat, în sensul că farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în condițiile Ordinului ministrului sănătății nr. 269/2017 privind obligatia de a asigura stocuri adecvate și continue de medicamente. * S-a precizat că un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult 2 farmacii aflate în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate (în prezent își poate desfășura activitatea la 2 furnizori). Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult 3 farmacii (*în prezent la 3 furnizori*) aflate în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situaţia în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii.   **3. PIAS:**   * Preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite ordin, până la termenul de raportare a activităţii lunare prevăzut în contract, pentru ziua/zilele în care sunt constatate întreruperi în funcţionarea oricărei componente PIAS în condiţiile art. 207 - 209.   Reglementarea a fost revizuită față de materialul transmis anterior, în sensul că s-a precizat că întreruperile în funcționarea PIAS se referă la întreruperi în funcționarea oricărei componente PIAS. | | | | | | |
| **3. Alte informaţii** | | | | | | |
| **Secţiunea a 3-a**  **Impactul socio-economic al proiectului de act normativ** | | | | | | |
| **1. Impact macro-economic** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **11. Impactul asupra mediului concurenţial şi domeniului ajutoarelor de stat:** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **2. Impact asupra mediului de afaceri** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **21. Impactul asupra sarcinilor administrative** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **22. Impactul asupra întreprinderilor mici și mijlocii** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **3. Impact social** |  | | | | | |
| **4. Impact asupra mediului** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **5. Alte informaţii** | Nu este cazul. | | | | | |
| **Secţiunea a 4-a**  **Impactul financiar asupra bugetului general consolidat,**  **atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât şi pe termen lung (pe 5 ani)**  Proiectul de act normativ nu are impact asupra bugetului general consolidat. | | | | | | |
| - mii lei - | | | | | | |
| Indicatori | Anul curent | Următorii patru ani | | | | Media  pe cinci ani |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus, din care:  a) buget de stat, din acesta:   1. impozit pe profit 2. impozit pe venit   b) bugete locale   1. impozit pe profit   c) bugetul asigurărilor sociale de stat:   1. contribuţii de asigurări |  |  |  |  |  |  |
| 2. Modificări ale cheltuielilor bugetare,  plus/minus, din care:  a) buget de stat, din acesta:   1. cheltuieli de personal 2. bunuri şi servicii   b) bugete locale:   1. cheltuieli de personal 2. bunuri şi servicii   c) bugetul asigurărilor sociale de stat:   1. cheltuieli de personal 2. bunuri şi servicii |  |  |  |  |  |  |
| 3. Impact financiar, plus/minus, din care:  a)buget de stat  b) bugete locale |  |  |  |  |  |  |
| 4. Propuneri pentru acoperirea creşterii cheltuielilor bugetare |  |  |  |  |  |  |
| 5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare |  |  |  |  |  |  |
| 6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor şi/sau cheltuielilor bugetare |  |  |  |  |  |  |
| 7. Alte informaţii | Proiectul de act normativ nu are impact asupra bugetului general consolidat. | | | | | |
| **Secţiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislaţiei în vigoare** | | | | | | |
| **1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ (acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ):** |  | | | | | |
| *a) acte normative care se modifică sau se abrogă ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;* | - Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările şi completările ulterioare  - Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2017 a Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017, cu modificările şi completările ulterioare | | | | | |
| *b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziţii.* | * Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019. | | | | | |
| **11. Compatibilitatea proiectului de act normativ cu legislația în domeniul achizițiilor publice** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislaţia comunitară în cazul proiectelor ce transpun prevederi comunitare:** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **4. Hotărâri ale Curţii de Justiţie a Uniunii Europene** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **5. Alte acte normative şi/sau documente internaţionale din care decurg angajamente, făcându-se referire la un anume acord, o anume rezoluţie sau recomandare internaţională ori la alt document al unei organizaţii internaţionale:** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect | | | | | |
| **6. Alte informaţii** | Nu sunt. | | | | | |
| **Secţiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ** | | | | | | |
| **1. Informaţii privind procesul de consultare cu organizaţiile neguvernamentale, institute de cercetare şi alte organisme implicate** | - Negocieri/consultări în procesul de elaborare a hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018—2019, cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentişti din România, Colegiului Farmaciştilor din România, Ordinului Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, precum şi cu organizaţiile patronale şi sindicale reprezentative din domeniul medical, conform dispozițiilor art. 229 alin. 2 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare. | | | | | |
| **2. Fundamentarea alegerii organizaţiilor cu care a avut loc consultarea precum şi a modului în care activitatea acestor organizaţii este legată de obiectul proiectului de act normativ.** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. | | | | | |
| **3. Consultările organizate cu autorităţile administraţiei publice locale, în situaţia în care proiectul de act normativ are ca obiect activităţi ale acestor autorităţi, în condiţiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităţilor administraţiei publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. | | | | | |
| **4. Consultările desfăşurate în cadrul consiliilor interministeriale în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. | | | | | |
| **5. Informaţii privind avizarea de către:** |  | | | | | |
| a) Consiliul Legislativ | Se supune avizul Consiliului Legislativ. | | | | | |
| b) Consiliul Suprem de Apărare a Ţării |  | | | | | |
| c) Consiliul Economic şi Social | Se supune avizul CES | | | | | |
| d) Consiliul Concurenţei |  | | | | | |
| e) Curtea de Conturi |  | | | | | |
| **6. Alte informaţii** | Nu sunt. | | | | | |
| **Secţiunea a 7-a**  **Activităţi de informare publică privind elaborarea şi implementarea proiectului de act normativ** | | | | | | |
| **1. Informarea societăţii civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ** | S-au respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparenţa decizională în administraţia publică.  Potrivit dispozițiilor din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru se elaborează de CNAS și se avizează de către Ministerul Sănătăţii. Proiectul a fost afișat pe site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, începând cu data de 29.11.2017. | | | | | |
| 1. **Informarea societăţii civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum şi efectele asupra**   **sănătăţii şi securităţii cetăţenilor sau diversităţii biologice** |  | | | | | |
| **3. Alte informații** | Nu sunt | | | | | |
| **Secţiunea a 8-a Măsuri de implementare** | | | | | | |
| **1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către autorităţile administraţiei publice centrale şi/sau locale - înfiinţarea unor noi organisme sau extinderea competenţelor instituţiilor existente** | Proiectul de act normativ nu se referă la acest subiect. | | | | | |
| **2. Alte informaţii** | Nu sunt. | | | | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ministrul Sănătăţii**  **Sorina PINTEA** | | **p. Preşedintele**  **Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate**  **Răzvan Teohari VULCĂNESCU** |
| ***Avizăm favorabil*** | | |
| **Ministrul Finanțelor Publice**  **Eugen Orlando TEODOROVICI**    **Președintele Consiliului Concurenței**  **Bogdan CHIRIȚOIU** | **Ministrul Justiției**  **Tudorel TOADER** | |