**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII CASA NAŢIONALĂ**

**DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE**

Nr. ......................../..................... Nr. ................ /........................

**APROBAT APROBAT**

**MINISTRUL SĂNĂTĂŢII p. PREŞEDINTE**

**Sorina PINTEA Răzvan Teohari VULCĂNESCU**

**REFERAT DE APROBARE**

**a Ordinului** **ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. …/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 - 2019**

**Având în vedere:**

- prevederile Hotărârii de Guvern nr. ..…/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019;

- dispoziţiile art. 229 alin. (4) şi art. 291 alin. (2) din Titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 republicată, cu modificările şi completările ulterioare, potrivit cărora Casa Naţională de Asigurări de Sănătate elaborează normele metodologice de aplicare a contractului-cadru,

**propunem aprobarea Ordinului anexat,** cu menţiunea că prevederile proiectului de act normativ au avut în vedere: îmbunătăţirea accesului asiguraţilor la servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu şi dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu; îmbunătăţirea managementului fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate; reducerea birocraţiei în sistem.

**Proiectul de act normativ conţine următoarele elemente de noutate:**

**I. În asistenţa medicală primară:**

**1. În Pachetul de servicii de bază:**

* în cadrul activității de suport (în cadrul cărora sunt eliberate, ca urmare a unui act medical propriu, unele documente medicale), au fost introduse:
* adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază;
* fișă medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilități pentru încadrarea și reevaluare în grad de handicap;
* în cadrul serviciilor de administrare de medicamente, a fost introdus serviciul de administrare schema tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat.

Pentru perioada de vacanţă, precum şi pentru celelalte perioade de absenţă, medicul de familie îndrumă bolnavii TBC către dispensarul TBC teritorial, și anunță în prealabil dispensarul cu privirela aceste cazuri; în luna respectivă, serviciul de administrare a tratamentului direct observat (DOT) pentru bolnavii TBC nu se suportă din FNUASS .

2. A fost lărgită paleta serviciilor medicale paraclinice ce pot fi recomandate de medicii de familie; ex.: toate serviciile de microbiologie din pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice; (*în prezent poate recomanda numai unele dintre acestea);*  Ag HBs și Anticorpi Anti HCV pot fi recomandate de medicii de familie pentru toate categoriile de asiguraţi (*în prezent pot fi recomandate de medicii de familie numai pentru gravide şi contacţii cazurilor diagnosticate);* factor reumatoid*.*

3. Pentru fiecare caz oncologic suspicionat de medicul de familie și confirmat de medicul specialist se acordă un punctaj de 15 puncte/caz în luna în care medical de familie a primit confirmarea, și intră în plata pe serviciu medical.

4. Pentru administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat (*conform schemei stabilite de către medicul pneumolog*) se acordă 40 puncte/ lună/asigurat cu condiţia realizării schemei complete de tratament.

5. Valoarea minimă garantată a punctului *per capita* - 5,8 lei (față de 4,8 lei în prezent). Valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu - 2,8 lei (față de 2,2 lei în prezent).

6. Venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, pentru o perioadă de maximum 6 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei şi pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, 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 minimă garantată pentru un punct per capita; numărul de puncte per capita aferent listei echilibrate de asigurați, este de 6937 puncte/an și se ajustează în raport de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea; *(în prezent suma echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, cu ajustările*

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.** Pentru perioada de vacanță, activitatea medicului de familie se va prealua de un medic înlocuitor (convenție de înlocuire/convenție de reciprocitate). A fost reglementată situația lipsei unui medic înlocuitor, situație în care medicul de familie are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate care este/sunt medicul/medicii desemnați la care asigurații înscriși pe lista sa proprie se pot prezenta pentru acordarea următoarelor servicii:

a) consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;

b) consultații în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

c) consultații pentru afecțiuni cronice.

Decontarea acestor servicii se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, în aceleași condiții ca și pentru asigurații de pe lista proprie a medicului desemnat.

Pentru aceste situații, medicul are obligația să afișeze la cabinet, cu cel puțin o zi lucrătoare anterior perioadei de absență, care este/sunt medicul/medicii la care asigurații înscriși pe lista proprie se pot prezenta și datele de contact ale acestora.

**8.** S-a precizat că perioadele de absență motivată a medicului înlocuitor se referă și la concediul pentru îngrijirea copilului bolnav până la 7 ani, sau copil cu handicap pentru afecțiuni intercurente până la împlinirea vârstei de 18 ani - ***pentru coroborare cu legislaţia privind concediile medicale.***

**II. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru acupunctură:**

**1. În Pachetul de servicii de bază – au fost introsude servicii noi, precum și specialități noi, respectiv:**

* **Îngrijiri paliative în ambulatoriu** acordate de către medicii cu competență/atestat în paliație în baza biletului de trimitere (*valabilitatea biletului de trimitere este de 60 de zile calendaristice):*
* se acordă și se decontează 4 consultaţii/trimestru/asigurat, dar nu mai mult de 2 consultaţii pe lună;
* punctajul acordat fiecărei consultații este de 18 puncte
* în cadrul consultațiilor, medicii pot recomanda:
* servicii medicale paraclinice (*similar cu medicul de familie*)
* medicamente, tratament igieno-dietetic și instruire în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice
* îngrijiri paliative la domiciliu;
* servicii de sănătate conexe actului medical furnizate de: psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie; kinetoterapeuţi/profesori de cultură fizică medicală/fiziokinetoterapeuţi; psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped.
* **Specialități noi** în Lista specialităţilor clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate: cardiologie pediatrică, gastroenterologie pediatrică, nefrologie pediatrică, oncologie şi hematologie pediatrică, pneumologie pediatrică.
* **Specialități noi** care pot efectua unele proceduri diagnostice și terapeutice
* În cadrul secțiunii ”Procedurile terapeutice / tratamente chirurgicale simple” - la serviciul *”****recoltare material bioptic”*** - au fost prevăzute noi specialităţi care pot efectua acest serviciu: chirurgie generală, chirurgia și ortopedia pediatrică
* În cadrul secțiunii ”Procedurile terapeutice / tratamente chirurgicale simple”:
* *”tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate”* - specialităţi noi care pot efectua acest serviciu: ortopedie și traumatodologie
* ”*tratament postoperator al plăgilor abdominale, al intervenţiilor chirurgicale după cezariană, sarcină extrauterină operată, histerectomie, endometrioză”*  - specialităţi noi care pot efectua acest serviciu: *chirurgie generală*
* ”*electrochirurgia / electrocauterizarea tumorilor cutanate / leziune”* - specialităţi noi care pot efectua acest serviciu: chirurgie plastică estetică şi microchirurgie reconstructivă.
* Au fost introduse în pachetul de bază **Servicii medicale**  **în scop diagnostic – caz;** aceste servicii sunt servicii de spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic; serviciile medicale în scop diagnostic - caz suntdecontate de casele de asigurări de sănătate din fondul aferent asistenţei medicale spitalicești numai dacă au fost efectuate toate serviciile din structura cazului. Serviciile medicale în scop diagnostic-caz sunt:
* supravegherea unei sarcini normale (la gravida care ***nu deține*** documente medicale care să ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)
* supravegherea unei sarcini normale (la gravida care***deține*** documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)
* screening prenatal (S11 - S19+6 zile)
* supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)
* supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)
* supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)
* depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sânului
* depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului cu suspiciune identificată mamografic
* depistarea si diagonsticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin
* depistarea si diagonsticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic
* diagonsticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin.

Aceste servicii se contractează numai de unităţi medicale care îndeplinesc anumite condiţii de calitate şi siguranţă a actului medical.

În corelație au fost dezvoltate reglementări privind serviciile / procedurile ce sunt efectuate în cadrul acestor servicii în scop diagnostic-caz, condițiile acordării acestora, modalitatea de contractare și decontare.

**2.** În Anexa 13 unde este prevăzută lista afecțiunilor care permit prezentarea direct la medicul specialist din ambulatoriu (*fără bilet de trimitere de la medicul de familie*):

* s-au eliminat:
* ulcer peptic gastro-duodenal
* rahitismul carenţial comun
* supraponderea pediatrică
* pentru ”Afecţiuni ale aparatului lacrimal” a fost modificată grupa de vârstă de la 1-3 ani la **0-3 ani**
* pentru ”bolile rare” s-a precizat că în această categorie se regăsesc bolile rare prevăzute in Programele naționale cu scop curativ
* a fost redefinită grupa bolilor psihice astfel: ”*Boli psihice (grup diagnostic schizofrenie, tulburări schizotipale şi delirante, grup diagnostic tulburări ale dispoziției, autism, ADHD, boli psihice la copii)*”

**3.** Valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu – 2,8 lei (în prezent 2,2 lei).

**III. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitate:**

1. În cadrul criteriilor privind selecţia furnizorilor şi repartizarea sumelor pentru furnizarea de servicii medicale, a fost modificată ponderea criteriilor ce se au în vedere la stabilirea valorii contractelor de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare, astfel:

- evaluarea capacităţii resurselor tehnice - 50% (în prezent 40%),

- evaluarea resurselor umane - 50% (în prezent 60%).

2. Modalitatea de ajustare a punctajului acordat pentru aparatele din dotarea furnizorului, funcţie de **vechimea aparatelor** s-a modificat în coroborare cu reglementarile H.G. nr. 2139/2004, cu modificările ulterioare, similar ca și pentru aparatele din dotarea furnizorilor de investigații paraclinice – analize de laborator.

3. Tariful/consultație este de 30 lei, similar cu nivelul tarifului pentru o consultație acordată de medicii clinicieni cu specialități medicale din ambulatoriul clinic.

**IV. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru medicină dentară:**

**1.** Au fost introduse servicii noi în pachetele de servicii, respectiv:

* În pachetul minimal:
* tratamentul de urgență al traumatismelor dento-alveolare ,
* În pachetul de servicii medicale de bază:
* tratamentul de urgență al traumatismelor dento –alveolare
* tratamentul afecțiunilor mucoasei bucale
* fluorizare - pentru copii cu vârsta cuprinsă între 6 și 14 ani

**2.** Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel naţional este de 2.000 lei (în prezent 1.600 lei).

**V. În asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:**

**1.** Investigațiile Ag HBs și Anticorpi Anti HCV - pot fi recomandate de medicii de familie pentru toate categoriile de asiguraţi (în prezent pot fi recomandate de medicii de familie numai pentru gravide şi contacţii cazurilor diagnosticate de medicii de specialitate).

**2.** Toate serviciile paraclinice de microbiologie din pachetul de bază pot fi recomandate şi de către medicul de familie. (*în prezent medicul de familie poate recomanda numai unele dintre acestea*)

**3.** Din pachetul de bază au fost excluse explorările funcţionale.

*(aceste servicii se regăsesc în pachetul de servicii medicale de bază din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice ca proceduri diagnostice*)

**4.** Lastabilirea punctajului pentru criteriul **”***Evaluarea resurselor umane***”** pentru furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie şi imagistică medicală**:**

**-** au fost diminuate punctajele pentru medicul specialist anestezist/medicul primar anestezist, precum și pentru medicul specialist de medicină de urgență/medicul primar de medicină de urgenţă, având în vedere că specificul activităţii medicilor cu specialităţile menţionate presupune prezenţa pentru un timp limitat la furnizor şi numai la nevoie, respectându-se proporţionalitatea cu activitatea medicului radiolog.

**5.** Lastabilirea punctajului pentru criteriul **”***Evaluarea capacității resurselor tehnice***”** pentru furnizorii de investigaţii paraclinice de radiologie şi imagistică medicală**:**

- pentru cabinetele medicale din asistența medicală primară și cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice care încheie acte adiționale pentru furnizarea de servicii medicale paraclinice, punctajul acordat pentru aparatele cu care se efectuează investigațiile paraclinice se ajustează proporțional cu programul de lucru contractat pentru aceste servicii.

**6.** Furnizorii vor prezenta contract de service care să includă verificările periodice conform normelor producătorului aparatului, încheiat cu un furnizor avizat de Ministerul Sănătăţii sau ANMDM, pentru aparatele ieşite din perioada de garanţie şi valabil pe perioada de derulare a contractului de furnizare de servicii medicale (în prezent și de producător sau un furnizor agreat de producător).

7. Regularizarea sumelor contractate se face trimestrial (în prezent lunar).

**VI. În asistenţa medicală spitalicească:**

* ***În Pachetul de bază – au fost introduse servicii noi de spitalizare de zi*:**

1. În **Lista B.3.1.** *– lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical/vizită (zi) şi pentru care în vederea decontării nu este necesară închiderea fişei de spitalizare de zi (FSZ) după fiecare vizită,* a fost introdus serviciul:

a. supleere a funcţiei intestinale la bolnavii cu insuficienţă intestinală cronică care necesită nutriție parenterală pentru o perioadă mai mare de 3 luni de zile

1. În **Lista B.3.2. -** *Lista serviciilor medicale în regim de spitalizare de zi decontate asiguraţilor prin tarif pe serviciu medical şi pentru care în vederea decontării se închide fişa de spitalizare de zi (FSZ) după terminarea vizitei/vizitelor necesare finalizării serviciului medical,* au fost introduse:
2. terapia spasticitatii membrului superior aparuta ca urmare a unui accident vascular cerebral pentru pacientul adult - cu toxină botulinică
3. cordonocenteza

**3**. A fost introdusă o nouă listă de servicii, Lista B.4.1. - *lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii,* cuprinzând servicii medicale pentru:

a. Ciroze hepatice:

* ciroza hepatica – monitorizare cu proceduri de înaltă performanta la pacienții cu suspiciune de hepatocarcinom
* ciroză hepatică – monitorizare pacienți cu ascită/hidrotorax
* ciroză hepatică virală - monitorizare și prescriere tratament antiviral

În coroborare a fost eliminat serviciul ”*Ciroza hepatică ”* din Lista B.3.2.

b. Hepatite cronice

* hepatita cronica virala B – diagnostic
* hepatită cronica virală B fără agent delta – monitorizare tratament antiviral
* hepatită cronică virală B cu agent delta – diagnostic
* hepatită cronică virală B cu agent delta - Monitorizarea eficienței și stabilirea continuării

terapiei antivirale

* hepatita cronica virala C – diagnostic

În coroborare a fost eliminat serviciul ”*Hepatite cronice de etiologie virală B, C şi D”* din Lista B.3.2. și serviciile : *”Hepatita virală cronică B fără agent Delta”* și ” *Hepatita virală cronică C”* din Lista B.1.

c. Boli inflamatorii intestinale

* boli inflamatorii intestinale – administrare si prescriere tratament biologic
* boli inflamatorii intestinale – monitorizare

În coroborare a fost eliminat serviciul *„Colită ulcerativă nespecificată”* din Lista B.1 şi serviciul ”*Boala cronică inflamatorie intestinală pentru tratamentul cu imunosupresoare ”* din Lista B.3.2.

d. Monitorizare lunară și prescriere tratament antiviral B, C, D

e. Stadializare fibroza hepatica – Fibroscan la pacienții cu afecțiuni hepatice preexistente

f. Evaluare postransplant hepatic

g. Depistarea și controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare

* depistarea si controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip I
* depistarea si controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip I
* depistarea si controlul factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare - tip III

În coroborare a fost eliminat serviciul ”*Hipertensiune esențială (primară)”* din Lista B.1.

h. Monitorizarea sarcinii cu risc crescut la gravidă cu tulburari de coagulare / trombofilii ereditare și dobandite.

**4.** A fost introdusă o nouă listă de servicii, **Lista** **B.4.2 - *lista serviciilor medicale standardizate acordate în regim de spitalizare de zi care se contactează și în ambulatoriul de specialitate clinic și se decontează numai dacă s-au efectuat toate serviciile obligatorii***, respectiv:

* 1. Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care nu deține documente medicale care să

ateste existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)

1. Supravegherea unei sarcini normale (la gravida care deține documente medicale ce atestă existența în antecedentele personale patologice a rubeolei, toxoplasmozei, infecţiei CMV)
2. Screening prenatal
3. Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (edem gestațional)
4. Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (hiperemeză gravidică ușoară)
5. Supravegherea altor sarcini cu risc crescut (evaluarea gravidelor cu uter cicatriceal în trimestrul III)
6. Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului
7. Depistarea precoce a leziunilor precanceroase ale sanului cu suspiciune identificată mamografic
8. Depistarea si diagonsticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin
9. Depistarea si diagonsticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin cu examen citologic
10. Diagonsticarea precoce a leziunilor displazice ale colului uterin

Aceste servicii se contractează numai de unităţi medicale care îndeplinesc anumite condiţii de calitate şi siguranţă a actului medical.

Pentru fiecare dintre aceste servicii au fost dezvoltate condiţii specifice de furnizare pentru asigurarea calităţii şi siguranţei actului medical în beneficiul pacientului.

1. Au fost eliminate din pachetul de bază din Lista B.2, cazurile rezolvate cu procedură chirurgicală pentru *„Chirurgia laparoscopică antireflux”,* deoarece acestea pot fi rezolvate numai în spitalizare continuă.

* ***Pentru spitalele DRG:***

**1. ICM 2018** = ICM realizat 2017, pentru fiecare spital;

**2**. **Durata medie de spitalizare** a fiecărui spital pentru anul 2018 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2017 (*pentru afecțiuni acute DRG*);

**3.** **TCP 2018** = TCP 2017 cu excepția spitalelor care si-au schimbat categoria de clasificare și a spitalelor de copii: Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii „Grigore Alexandrescu” Bucureşti, Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii „Marie Curie” Bucureşti şi Spitalul Clinic de Copii „Dr. V. Gomoiu” pentru care TCP 2018 poate fi majorat cu până la 15% față de anul 2017, având în vedere strategia de finanţare a Ministerului Sănătăţii.

**4.** A fost eliminată limita privind suma contractată în anul 2018 care nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% faţă de suma contractată în anul 2017 (pentru servicii de spitalizare continuă pentru pacienţii acuţi).

**5.** În lista spitalelor finanțate în sistem DRG:

- au fost introduse două unități sanitare:

* Victoria Medical Center
* Clinica New Medics
* nu se mai regăsesc următoarele unități sanitare, care nu au mai optat pentru contractare spitalizare continuă cu casa de asigurări de sănătate:
* SC Medicover Hospitals SRL
* Dynamic Medical
* Clinica Sf. Lucia S.R.L.
* S.C. Eldimed Materna S.R.L.
* SC Andimex SRL
* ***Pentru spitalele acuți non DRG***:

1. Durata medie de spitalizare la nivel naţional (DMS\_nat) pentru 2018 este 6,05 (6,22 în anul 2017).

2. A fost eliminată limita privind suma contractată în anul 2018 care nu poate fi mai mare decât cu maximum 25% faţă de suma contractată în anul 2017.

* **În valoarea totală contractată de spitale** cu casele de asigurări de sănătate pot fi contractate sume pentru serviciile medicale în scop diagnostic – caz efectuate în ambulatoriu clinic. (*servicii contractate din fondul de asistenţă spitalicească*).
* Pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, din suma necontractată inițial (*5% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti de la nivelul CAS*), precum şi din fondurile suplimentare, se pot contracta sume fără utilizarea procentului de referință P, **numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.**
* Contravaloarea serviciilor hoteliere cu grad ridicat de confort se stabileşte de fiecare unitate sanitară furnizoare de servicii spitaliceşti, **cu obligația asigurării accesului asiguraților la servicii medicale spitalicești acordate în condiții hoteliere standard.** (în prezent contribuţia personală a asiguraţilor pentru condiții hoteliere cu grad ridicat de confort este de maxim 300 de lei/zi).

**VII. Pentru consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat:**

* În **Pachetul de bază - a**u fost incluse **servicii noi** de transport sanitar neasistat**:**

1. transportul sanitar neasistat pentru pacienții cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întârziere mintală severă sau profundă) care necesită transport la externare;

2. transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialităţile clinice şi de la cabinet la domiciliu pentru pacienții cu tulburări cognitive severe (demențe de diferite etiologii, tulburări de spectru autist, întarziere mintală severă sau profundă), pentru pacienții cu hemipareză sau parapareză, moderat severe.

* **Au fost stabilite tarife unitare** pentru consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat. (în prezent 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 consultațiilor de urgenta la domiciliu si a activitatilor de transport neasistat. Astfel tariful /consultație de urgență la domiciliu este de 170 lei, celelalte tarife rămânând nemodificate față de anul 2017*.*

**VIII. Pentru îngrijiri medicale la domiciliu:**

1. Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. *(reglementarea are în vedere asigurarea accesului unui număr mai mare de asigurați la acst tip de îngrijire)*

În cazul recomandării unui număr mai mare de 15 zile de îngrijiri medicale la domiciliu, medicul va completa câmpul din cadrul formularului de recomandare care este justificarea.

2. Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de **8** ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu condiția ca, începând cu data de 1 mai 2018, pentru cel puţin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

3. Recomandarea pentru îngrijiri la domiciliu se prezintă casei de asigurări de sănătate care va certifica – la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

În ziua în care a făcut recomandarea, medicul are obligația să o transmită electronic, cu semnătură electronică extinsă/calificată, casei de asigurări de sănătate. În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.

În cadrul recomandării se va înscrie de medicul prescriptor justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu.

În recomandare se specifică telefonul asiguratului și adresa unde se vor acorda îngrijirile.

4. Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

5. Recomandarea în original se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

6. Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice al recomandării.

7. Casa de asigurări de sănătate va păstra în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare.Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

8. S-a prevăzut valoare de contract, iar sumele contractate se stabilesc pe baza unui punctaj acordat pentru resursa umană, luând în calcul și programul de activitate al persoanelor care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, precum şi în funcţie de profesia şi calificarea personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor.

Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.

9. Tariful maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 60 lei (*pentru mediul urban*), respectiv 75 de lei (*pentru mediul rural* – peste 15 km în afara localității unde este sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță **ECOG 4.**

Tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță **ECOG 3** este de 55 lei (*pentru mediul urban*) , respectiv 70 de lei (*pentru mediul rural* – peste 15 km în afara localității unde este sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate).

*În prezent tariful nu este diferențiat pe mediul urban/rural si se are în vedere accesul asiguraților din mediul rural la acest tip de îngrijiri.*

10.S-a precizat că la solicitarea casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii de îngrijiri la domiciliu va pune la dispoziție fișele de îngrijiri medicale la domiciliu.

11. Deciziile de aprobare pentru îngrijiri medicale la domiciliu emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 aprilie 2018, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu să facă obiectul pachetului de bază. Serviciile de îngrijiri aferente deciziilor emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 aprilie 2018 se decontează la tariful înscris pe decizie, cu încadrare în valoarea de contract.

**IX. Pentru îngrijiri paliative la domiciliu**

1. A fost revizuit în totalitate pachetul de servicii și au fost introduse servicii noi, asigurate de echipe multidisciplinare, formate din medic, asistent, psiholog, kinetoterapeut.

2. Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

3. Îngrijirile paliative la domiciliu se pot recomanda de către medicii de specialitate din specialităţile clinice (în prezent numai medicii cu specialitatea oncologie medicală şi boli infecţioase) și medicii cu competență de îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

4**.** Recomandarea pentru îngrijiri paliative se prezintă casei de asigurări de sănătate care va certifica – la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri paliative de care poate beneficia asiguratul. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

În ziua în care a făcut recomandarea, medicul are obligația să o transmită electronic, cu semnătură electronică extinsă/calificată, casei de asigurări de sănătate.

În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.

În cadrul recomandării se va înscrie de medicul prescriptor justificarea recomandării privind necesitatea și oportunitatea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu.

În recomandare se specifică telefonul asiguratului și adresa unde se vor acorda îngrijirile.

**5.** Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

6. Casa de asigurări de sănătate va păstra în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri paliative și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare.

Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

7. Un episod de îngrijire este de maxim 30 zile de îngrijiri paliaitve la domiciliu.

**8.** Timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.

Tariful maximal pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 105 lei.

**9.** S-a prevăzut valoare de contract, iar sumele contractate se stabilesc pe baza unui punctaj acordat pentru resursa umană, respectiv echipe multidisciplinare formate din medic, asistent, psiholog, kinetoterapeut.

Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipa minima multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

10. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.

11. Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabilește pe baza protocolului de monitorizare în funcție de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă a furnizorului.

Planul de îngrijire paliativă se întocmește la prima vizită și în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la prima vizită se comunică la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

12. Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 60 de zile calendaristice al recomandării.

13. Deciziile de aprobare pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 aprilie 2018, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile de îngrijiri paliative să facă obiectul pachetului de bază. Serviciile de îngrijire aferente deciziilor emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 aprilie 2018 se decontează la tariful înscris pe decizie, cu încadrare în valoarea de contract.

**X. Asistenţa de medicină fizică și de reabilitare în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare**

În **sanatoriile** **balneare,** asigurații pot beneficia în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate de14 – 21 zile/an/asigurat acordate într-un singur episod care cuprinde minim 4 proceduri/zi cu precizarea că acestea se acordă pentru minim 5 zile/săptămână.

**XI. Pentru dispozitive medicale în ambulatoriu:**

**1.** Categoria de *Dispozitive pentru protezare stomii* a fost dezvoltată pe tipuri, pentru adaptarea la nevoile asiguratului.

**2.** Similar ca pentru BPOC, și pentru alte afecţiuni cu insuficienţă respiratorie cronică obstructivă sau restrictivă, pentru persoanele care sunt încadrate în grad de handicap accentuat sau grav, durata prescripţiei poate fi de maximum 12 luni (în prezent, durata prescripției este pentru 3 luni).

**3.** Pentru ”i*nhalatorul salin particule uscate de sare cu flux automat de aer sau oxigen”***- s**-a modificat termenul de înlocuire de la două luni la 12 luni.

**4.** Pentru fotoliul rulant ( acordat pentru o perioadă nedeterminată) s-a modificat termenul de înlocuire de la cinci la trei ani.

5. S-a extins categoria persoanelor care pot depune documentele pentru solicitare dispozitiv medical / ridica decizia de aprobare, în sensul introducerii membrilor de familie cu grad de rudenie I și II (faţă de precedentele reglementări care prevedeau ca membrii de familie sunt doar părinții, fiul/fiica).

6. Documentele necesare pentru obținerea unui dispozitiv medical se pot transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă.

7. În cazul dispozitivelor medicale expediate de către furnizor prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat, factura în vederea decontării dispozitivului medical se întocmește în luna în care furnizorul a intrat în posesia documentului privind confirmarea de primire a dispozitivului medical.

*Modificarea are în vedere evitarea situaţiilor în care documentele privind confirmarea primirii dispozitivului medical intră în posesia furnizorului la o dată ulterioară, prevăzută în contract, pentru depunerea facturii la casa de asigurări de sănătate.*

8. S-a precizat că la facturare furnizorii depun certificatul de garanţie cu excepţia dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinate (prin închiriere) și a dispozitivelor pentru care nu se emite certificat de garanție dar au termen de valabilitate.

9. Confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poştă, curierat, etc., - dacă a fost primită de furnizor în format electronic, acesta o poate trimite casei de asigurări de sănătate printată şi certificată cu sintagma “conform cu originalul”.

10. În cazul dispozitivelor medicale care se acordă pe o perioadă determinata, prin închiriere, factura se întocmeşte după expirarea perioadei de valabilitate a talonului facturat.

11. S-a precizat că biometria - care se atașează la recomndarea pentru lentila intraoculară - trebuie să conţină numele şi prenumele asiguratului, CNP-ul/codul unic de asigurare al acestuia, data şi locul efectuării.

XII. Alte reglementări:

1. Prevederile actului normativ au avut în vedere corelarea reglementărilor cu cele ale Hotărârii de Guvern nr. 140/2018.

2. Casele de asigurări de sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, de medicamente şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistenţă, cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat şi proiectul de Ordin anexat.**

**SECRETAR GENERAL DIRECTOR GENERAL**

**Ana Maria CIOBANU Liliana Maria MIHAI**