

COMUNICAT

privind principalele noutăți incluse în noul Contract-cadru

Începând cu data de **1 iulie 2023** va intra în vigoare noul Contract-cadru, care va reglementa multianual condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, acest act normativ fiind aprobat de guvern în cadrul ședinței din data de 26.05.2023.

Reglementările nou introduse au ca obiective principale consolidarea prevenției în sistemul de asigurări sociale de sănătate și îmbunătățirea accesului la servicii medicale prin extinderea pachetului de bază, având drept scop depistarea precoce și tratarea în faze incipiente a bolilor.

Principalele elementele de noutate, pe domenii de asistență medicală, care vor fi detaliate în normele de aplicare ale Contractului-cadru, sunt următoarele:

În *asistența medicală primară* se creează cadrul legal care permite depistarea precoce a bolilor cu impact major asupra sănătății populației și se introduc noi instrumente în vederea realizării consultațiilor preventive pentru persoanele cu vârsta între 40 și 60 ani (riscograme pentru depistarea precoce a posibilității dezvoltării de boli cardio-vasculare, cerebro-vasculare, oncologice, a diabetului, a bolii cronice de rinichi, precum și pentru evaluarea sănătății mintale și reproductive) și pentru persoanele cu vârsta de peste 60 de ani (evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății, a riscului fatal cardiovascular, oncologic, al osteoporozei, de incontinență urinară, evaluarea sănătății mintale, a riscului de demență și depresie).

Adulții cu vârsta între 18 și 39 de ani vor beneficia anual de consultațiile de prevenție. Tot în scopul consolidării prevenției, medicii de familie vor recomanda o paletă mai largă de investigații paraclinice de care pot beneficia gratuit asigurații.

Mecanismul de finanțare în asistența medicală primară a fost modificat, astfel încât prin schimbarea ponderii plății per capita și pe servicii, de la 50%-50% la 35%-65%, s-a creat posibilitatea introducerii de noi servicii de prevenție de care vor beneficia mai mulți asigurați, din grupe de vârstă mai numeroase decât în prezent.

De asemenea, prin noul Contract-cadru se reglementează pentru prima dată plata în funcție de performanță, medicina de familie fiind primul segment de asistență medicală pentru care se alocă o sumă din bugetul FNUASS în acest scop.

Se introduc noi măsuri în scopul reducerii disparităților dintre mediul rural și cel urban în privința accesului la servicii medicale, prin crearea de stimulente în scopul atragerii medicilor de familie în zonele rurale slab acoperite/neacoperite cu asistență medicală primară.

Astfel, medicul care va alege să își desfășoare activitatea într-o localitate din mediul rural va avea o bonificație de 50% față de veniturile pe care ar putea să le obțină în mod similar în mediul urban, sau de 100% dacă în localitate nu există nici un alt medic de familie/punct de lucru.

În **asistența medicală ambulatorie clinică de specialitate** pachetele de servicii diagnostice și terapeutice se extind, prin introducerea de noi servicii.

A fost creat cadrul legal pentru creșterea accesului asiguraților la servicii de medicină fizică și de reabilitare în ambulatoriu, fiecare furnizor având obligația de a asigura un program de activitate de 7 ore/zi, respectiv 35 ore/săptămână.

În **asistența medicală paraclinică din ambulatoriu** se extinde semnificativ pachetul de analize și investigații și se introduce posibilitatea furnizorilor de a încheia contract cu casa de asigurări de sănătate pentru punctele de recoltare mobile.

Se reglementează posibilitatea decontării peste valoarea contractată de laboratoare cu casele de asigurări de sănătate atât a analizelor recomandate de medicii de familie, ca urmare a consultațiilor preventive acordate persoanelor asigurate cu vârsta de peste 40 de ani, cât și a celor pentru monitorizarea evoluției sarcinii.

Laboratoarele vor putea transmite medicului curant prin poșta electronică rezultatul analizelor și investigațiilor paraclinice.

În **asistența medicală spitalicească** se extind listele serviciilor medicale care pot fi acordate în regim de spitalizare de zi cu peste 100 de servicii noi și se introduce condiția ca unitățile să asigure un program în spitalizare de zi de minimum 5 zile/săptămână și de 7 ore/zi acoperit de prezența a cel puțin unui medic de specialitate.

Contravaloarea serviciilor de cazare solicitate persoanelor asigurate de unitățile sanitare cu paturi nu va putea depăși 300 de lei/zi.

Pentru **îngrijirile medicale și paliative la domiciliu** se reglementează posibilitatea acordării acestora la locația declarată de persoana asigurată, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luată aceasta în evidență.

De asemenea, se introduc servicii noi și crește de la 90 la 180 de zile perioada pentru care asigurații cu vârsta sub 18 ani pot beneficia de îngrijiri medicale și paliative la domiciliu.

Pentru **medicamentele compensate** se introduc noi reglementări privind prescrierea biosimilarelor, atât la inițierea tratamentului, cât și la continuarea acestuia, precum și obligația caselor de asigurări de sănătate de a monitoriza semestrial prescrierea produselor biologice.

În pachetul de bază se introduc noi **dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu**, printre care menționăm: manșoanele compresive pentru asiguratele care au suferit intervenții chirurgicale oncologice, fotoliul rulant activ, dispozitivul de asistare a tusei, orteza craniană.

Cu stimă,

DIRECTOR GENERAL
Ec. Duda Tihamer Attila