**Elemente de noutate aduse de Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023*,* cu modificarile si completarile ulterioare:**

**I. În asistenţa medicală primară:**

1. În Pachetul de servicii de bază:

 Servicii noi introduse în pachetul de bază: - **pentru dezvoltarea pachetului de bază în asistența medicală primară:**

* Prin introducerea de servicii diagnostice și terapeutice, respectiv recoltare pentru test Babeș-Papanicolau pentru femeile simptomatice și Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienții cu osteoporoză, tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase, imobilizarea unei fracturi, entorse, luxații, spălătură gastrică; în cadrul tratamentelor chirurgicale a fost introdusă posibilitatea efectuării infiltrațiilor, precum și a procedurilor de evacuare a colecților purulente;
* În cadrul consultaţiilor pentru acordarea serviciilor de planificare familială se realizează inclusiv evaluarea femeii preconcepție;
* Au fost introduse consultații preventive de depistare precoce a unor afecțiuni pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani (cuprinzând evaluarea riscului cardio-vascular, oncologic, depistarea precoce a melanomului malign, evaluarea sănătății mintale, a sănătății reproductive), respectiv pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani (evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii, evaluarea riscului fatal cardiovascular, evaluarea riscului oncologic, evaluarea sănătății mintale, inclusiv a depresiei, evaluarea riscului de osteoporoză, evaluarea riscului de incontinență urinară, evaluarea riscului de melanom malign, evaluarea riscului de demență);
* Pentru adulții cu vârstă între 18 și 39 de ani inclusiv, consultațiile de prevenție se acordă anual (față de acordarea la 3 ani, reglementată în prezent); Se propune consemnarea în biletele de trimitere a adresei de e-mail a cabinetului de medicina⎫ de familie la care îi poate fi transmisă scrisoarea medicala de către medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice sau medicul curant din spital – pentru comunicarea rapidă a informațiilor necesare aplicării tratamentului. S-au menționat care sunt persoanele eligibile pentru acordarea consultațiilor de management de⎫ caz – pentru claritatea aplicării reglementărilor.

2. Pentru a crește accesul persoanelor de pe lista medicilor de familie la servicii medicale acordate de medicul de familie, inclusiv la consultații de prevenție, **consultațiile acordate la distanță pentru afecțiuni cronice au intrat în plata “per capita”** – această reglementare crește accesul asiguraților și neasiguraților la servicii medicale.

3. Valoarea garantată a punctului "per capita", unică pe ţară, este de 12 lei, valabilă pentru anul 2023.

4. Valoarea garantată a unui punct pentru plata pe serviciu medical, inclusiv pentru plata pe serviciu medical diagnostic şi terapeutic, este unică pe ţară şi este de 8 lei, valabilă pentru anul 2023.

5. Luarea în evidenţă în primul trimestru include și depistarea sarcinii, după caz – pentru accesul gravidei la servicii medicale;

6. S-au creat premizele depistării precoce a bolii cronice de rinichi prin posibilitatea medicului de familie de a recomanda persoanelor cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) și determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), investigații recomandate cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni.

7. S-au creat premizele depistării precoce a diabetului zaharat prin posibilitatea medicului de familie de a recomanda persoanelor care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat, efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau efectuarea testului de toleranţă la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c, investigații recomandate cu ocazia acordării altor tipuri de consultații, dacă persoana nu a mai efectuat investigațiile recomandate în ultimele 6 luni.

 8. Pentru anumite tipuri de consultații – consultațiile preventive acordate copiilor cu vârsta de până la 3 ani (inclusiv), consultația de prevenție acordată adulților asimptomatici cu vârsta de peste 40 de ani, precum și adulților aflați în evidența medicului de familie cu o boală cronică, consultație în cadrul căreia se intervine asupra riscurilor modificabile, precum și consultațiile de management de caz, acordate în primul trimestru de la inițierea managementului de caz – a fost reglementată o estimare a timpului aferent consultației de 30 de minute, concomitent cu o majorarea semnificativă a punctajului; - pentru încurajarea acordării acestor servicii;

9. Au fost revizuite pachetele de investigații paraclinice de prevenție de care pot beneficia asigurații în urma acordării de către medicul de familie a consultațiilor de prevenție, adaptate vârstei pentru sexul feminin, respectiv masculin, astfel încât să se poată realiza depistarea precoce a afecțiunilor cu impact major a stării de sănătate a populației;

10. În vederea implementării plății pentru performanță la nivelul asistenței medicale primare, va fi monitorizată efectuarea riscogramelor urmare a acordării serviciilor de prevenție persoanelor cu vârsta de peste 40 de ani, respectiv completarea chestionarelor care vizează arii de dezvoltare psiho-motorii care ar putea fi afectate în tulburarea de spectru autist, în urma acordării serviciilor de prevenție copiilor cu vârsta de peste un an – pentru punerea în aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 37/2022;

11. Consultațiile acordate asiguraţilor pentru afecțiuni acute, subacute, acutizări ale bolilor cronice, consultațiile acordate pentru afecțiuni cronice și consultațiile acordate asiguraților la domiciliu, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, acordate de medicii de familie în primele 11 luni ale anului şi care depăşesc limitele stabilite potrivit programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, se decontează prin tarif pe serviciu medical, la valoarea garantată a punctului pe serviciu medical, în mod proporţional cu numărul de puncte realizat de fiecare furnizor şi în limita fondului aprobat prin legea bugetului de stat pentru anul în curs pentru asistenţa medicală primară, din care se scade suma estimată, la nivelul unei luni medii a anului în curs, pentru plata activităţii medicilor de familie desfăşurate în luna decembrie. Consultațiile realizate și raportate peste numărul maxim de 40 de consultații/zi, nu se iau în calcul pentru plata activității medicilor de familie din sumele rămase neconsumate în primele 11 luni ale anului.

12. Lista bolnavilor cu afecțiuni cronice aflați în evidența medicului de familie cuprinde evidențierea pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, cerebrovasculare, diabet zaharat, dislipidemie, BPOC, astm bronșic, boală cronică de rinichi, osteoporoză, tulburări mentale și de comportament (cu excepția celor asociate TSA sau dezvoltării sexuale), tulburări ale dispoziției, probleme psihologice si comportamentale asociate dezvoltarii sexuale, demențe, tulburări metabolice (cu excepția diabetului și dislipidemiei), tulburări din spectrul autist, obezitate, afecțiuni hepatice cronice.

13. S-a reglementat posibilitatea acordării serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medicochirurgicală inclusiv în afara programului de lucru și la locul solicitării.

14. Pentru incurajarea medicilor de familie nou-veniţi într-o unitate administrativ-teritorială - din mediul rural, fără niciun medic de familie şi fără existenţa unui punct de lucru al unui medic de familie care îşi desfăşoară activitatea în altă unitate administrativ-teritorială, s-au stabilit urmatoarele: casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care medicul şi-a constituit-o, în situaţia în care veniturile rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate depăşeşte venitul calculat conform convenţiei. In caz contrar se prelungeşte durata de valabilitate a convenţiei, în condiţiile în care medicul de familie înscrie pe listă minim 60% din populaţia aferentă unităţii administrativ-teritoriale, în termen de 2 ani de la data încheierii convenţiei. În caz contrar, se încheie contract, indiferent de nivelul veniturilor rezultate ca urmare a constituirii listei cu persoane asigurate de către medicul de familie.

15. S-au stabilit majorari în raport cu condiţiile în care se desfăşoară activitatea, majorarea putand fi cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin Ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale/punctelor de lucru ale cabinetelor medicale din asistenţa medicală primară şi din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice din mediul rural şi din mediul urban - pentru oraşele cu un număr de până la 10.000 de locuitori.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistenţa medicală primară la care se aplică majorările şi procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate mai sus menţionat.