

Instrucțiuni de aplicare a prevederilor din Contractul cadru si Norme

I. Asistență medicală primară

- Pentru cazurile privind situațiile de urgențe medicale chirurgicale, respectiv pentru cele privind bolile cu potențial endemo-epidemic, medicii de familie pot elibera certificat pentru incapacitate temporară de muncă pentru o perioadă de maxim 3 zile.
- Pentru efectuarea serviciilor medicale curative din pachetul de servicii medicale de bază, decontate de către casă, medicul de familie are obligația să utilizeze formularele cu regim special (prescripții medicale, bilete de trimitere) sau formularele tipizate conform modelelor prevăzute în norme.
- Prin episod de boală acut/asigurat/an se înțelege perioada de la prima prezentare până la vindecarea afecțiunii respective sau până la ameliorarea simptomelor, în cazul unui puseu acut care poate apare în evoluția unei afecțiuni cronice, pentru aceeași persoană.
- Pentru un episod de boală acută/subacută numărul maxim de consultații decontate de către CAS este de 3 consultații; perioada în care se efectuează cele 3 consultații se recomandă să fie comparabilă cu perioada pentru care se prescrie tratament pentru respectivul episod de boală (3 – 5 zile afecțiuni acute sau 8 – 11 zile afecțiuni subacute).
- Pacientul care s-a prezentat la cabinetul medicului de familie cu o afecțiune acută/subacută pentru care se eliberează bilet de trimitere către medicul de specialitate din ambulatoriu sau către spital, va primi pentru tratamentul recomandat dacă este cazul, prescripția medicală (Rp compensat), de la medicul specialist din ambulatoriu sau din spital, după caz. Pentru aceste situații, episodul de boală se decontează astfel: prima consultație la medicul de familie, a doua și a treia consultație la medicul de specialitate către care a fost îndrumat pacientul. În situația în care pentru același episod de boală, pacientul este trimis la mai mulți specialiști, CAS decontează în total numai trei consultații (câte una la primii trei medici); în situația în care medicul specialist

refuză prescrierea în regim compensat a medicamentelor recomandate pacientului în tratamentul ambulatoriu, în absența prescripției medicale sau în condițiile în care aceasta este eliberată de către medicul de familie, ca urmare a scrisorii medicale, în condițiile prevăzute în norme, casa nu decontează consultația respectivă medicului specialist. Pentru evitarea situațiilor tensionate și pentru beneficiul asiguratului, recomandarea tratamentului de către medicul specialist din ambulatoriu sau spital, după caz, efectuată prin scrisoare medicală transmisă medicului de familie, determină decontarea consultației la medicul de familie.

- Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în PNS și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul CAS în cabinetul medicului de familie, lista cuprinzând evidența acestora și care se depune la CAS, în vederea contractării, va cuprinde toți bolnavii aflați în evidența cabinetului medicului de familie, indiferent dacă pacientul este monitorizat și se prescrie tratamentul necesar la nivelul medicului de familie sau pacientul este monitorizat și se prescrie tratamentul necesar la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu.
- Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în PNS și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul CAS, pentru situațiile în care pacientul este monitorizat și se prescrie tratamentul necesar la nivelul medicului de specialitate din ambulatoriu, casa nu decontează consultații pentru evaluarea periodică/de etapă a afecțiunii respective medicului de familie, acestea fiind decontate medicului de specialitate din ambulatoriu, potrivit legii.
- Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în PNS și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul CAS în cabinetul medicului de familie, consultația privind evaluarea periodică/de etapă a afecțiunii respective, se efectuează la un interval de minim 3 luni și se recomandă a fi finalizată la nivelul medicului de familie printr-o prescripție medicală care să asigure pacientului tratamentul necesar până la următorul control/evaluare periodică, respectiv 90 zile; pentru situațiile în care pacientul a fost îndrumat către medicul de specialitate din ambulatoriu sau spital după caz, pentru control și evaluare a terapiei, se recomandă medicului de familie să reprogrameze pacientul la următoarea consultație la un interval de 90 zile de la data consultației efectuate la medicul de specialitate din ambulatoriu sau spital.

- CAS decontează serviciile efectuate persoanelor care se prezintă la medic pentru consultație în caz de boală, urmând ca la finalul perioadei de raportare, ca urmare a validării la nivel național, casa să evalueze și să ia măsuri privind urmărirea și executarea silită în vederea recuperării sumelor restante de la persoanele care au obligația de a se asigura și nu pot dovedi plata contribuției la FNUASS și care au beneficiat de servicii din pachetul de bază.
- Medicii de familie care au o capitație cuprinsă între 2500 – 3500 pot să-și prelungească programul de lucru la cabinet cu 1(una) oră, respectiv programul la cabinet devine de 6 (șase) ore, iar pentru medicii a căror capitație este mai mare de 3500 programul la cabinet se poate prelungi cu 2 (două) ore, respectiv programul cabinetului devine de 7 (șapte) ore, (cu păstrarea celor 2(două) ore pentru domiciliu) .
- „Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru rezultat prin preluarea unui praxis, **nu pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurari de sănătate**” se va aplica în sensul „**nu pot face obiectul contractului deja încheiat cu casa de asigurari de sănătate**”. Aceasta întrucât, un praxis ca să poată fi preluat presupune în fapt existența unui cabinet deja autorizat, înregistrat, iar conform legii, un cabinet nu poate fi punct de lucru al unui alt cabinet. Dacă se optează pentru varianta „punct de lucru”, unul dintre cabinete trebuie radiat din Registrul Unic al Cabinetelor Medicale. Dacă se optează pentru preluarea cabinetului ca atare, se modifică ambele certificate de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, în sensul că din doua cabinete (furnizori) rămâne unul singur. Schimbarea certificatului de înregistrare în Registrul Unic al Cabinetelor Medicale, înseamnă un furnizor nou, ceea ce presupune încetarea contractului deja încheiat și încheierea unui nou contract. Varianta trei nu există, legea nepermițând unui medic de familie să fie titularul a două cabinete în același timp.

II. Asistența medicală în ambulatoriu – specialități clinice

- Medicii de specialitate pot încheia un singur contract pe ambulatoriu de specialitate specialității clinice cu o CAS în afara contractului de bază care este pe spital.
- Ambulatoriul integrat se poate contracta cu act aditional la contractul de spital pentru cabinetele/specialitatile cu program mai mic sau egal 35 ore/saptamana si contract distinct daca este peste 35 ore/saptamana.

III. Asistența medicală în ambulatoriu – specialități paraclinice

- pentru investigațiile de biochimie, conform prevederilor privind Criteriul de evaluare a resurselor, lit. A, punctul 3 din CAPITOLUL II, ANEXA 10, punctarea capacității de lucru a aparatului, prin acordarea a 0,06 puncte se aplică numai pentru analizoarele automate;
- pentru investigațiile de imunologie, conform prevederilor privind Criteriul de evaluare a resurselor, lit. A, punctul 4 din CAPITOLUL II, ANEXA 10, punctarea capacității de lucru a aparatului, prin acordarea a 0,6 puncte se aplică numai pentru sistemele speciale, nominalizate la punctul c);
- examenele de citologie se realizează prin studierea la microscop a diferitelor celule din produsele recoltate de la un pacient; pozițiile 3, 84, 86, 89, 92 din tabelul de la CAPITOLUL II, ANEXA 7 reprezintă examene citologice; (testul Babeș Papanicolau este un examen citologic);
- examenele de histopatologie se realizează prin studierea la microscop a diferitelor fragmente de țesuturi sau organe;
- explorările funcționale sunt cele prezentate la pozițiile: 157 – 164, 191 – 195 din tabelul de la CAPITOLUL II, ANEXA 7;
- dovada criteriului de calitate se realizează prin acreditare conform standardului SR EN ISO 15189 - pentru Laboratoarele de analize medicale, respectiv prin certificare conform SR EN ISO 9001 - pentru furnizorii de servicii de radiologie și imagistica medicala;

- Pentru medicii de specialitate laborator sau radiologie-imagistică, care desfășoară activitate la furnizori de servicii investigații paraclinice în ambulatoriu, restricția privind posibilitatea de a funcționa într-un singur contract cu casa, se referă la punctajul și activitatea medicului într-un singur contract al **unui singur furnizor cu casa de asigurări, situație care nu se aplică în cazul contractelor încheiate de același furnizor cu mai multe case** (în speță la nivelul județelor care nu au anumite categorii de furnizori/servicii – ex.:paraclinic CT, RMN, altele). In cazul furnizorilor de investigatii paraclinice radiologie, documentele justificative pentru serviciile efectuate vor fi semnate de medicii care au efectuat investigatiile, iar medicul desemnat ca responsabil pentru derularea contractului cu casa respectiva va semna raportarea.
- Furnizorii de servicii medicale paraclinice – radiologie și imagistica medicală care contractează în altă casă județeană ca urmare a deciziei comisiei.....pot contracta o norma întreaga sau fracțiuni din norma cu respectarea numărului maxim de doua norme.
- Lista investigațiilor **obligatorii** în vederea intrării în contract cu casa de asigurări de sănătate nu include și investigațiile de citologie și histopatologie. Pentru investigațiile de citologie și histopatologie, furnizorii pot solicita încheierea contractului dacă doresc aceasta, situație în care sunt obligați să facă dovada capacității tehnice.
- Pentru PET in vederea contractarii se vor depune aceleasi acte conform OPIS PARACLINIC – RADIOLOGIE, iar modelul de contract va fi cel de la PNS adaptat dupa modelul celui de la paraclinic-radiologie

IV. Îngrijiri la domiciliu / Îngrijiri paliative

- Diferența dintre cele două categorii de furnizori (fluxuri contractare/decontare) rezultă din:
 - **număr și tipuri diferite de servicii** (1-24/1-34) – filtru de raportare/validare;
 - condiționalitatea **existenței unui medic** cu atestat de îngrijiri paliative pentru furnizorii de acest tip de servicii – filtru de excludere contract și sau servicii specifice medic, după caz;

- condiționalitatea **efectuării serviciilor 27-34 numai de către medicul** cu atestat de îngrijiri paliative – filtru de raportare/validare servicii specifice medic ;
- medicul cu atestat de îngrijiri paliative este în relație contractuală (angajat cu contract de muncă sau cu contract de prestări servicii) cu furnizorul de servicii de îngrijiri paliative, **pentru un timp de lucru** (normă întreagă sau fracțiuni de normă) care să acopere timpul necesar acordării serviciilor raportate de către furnizor, conform parametrilor precizați în norme (care servicii și în cât timp se pot realiza) – filtru de raportare/validare servicii supra normate corelat cu programul de lucru declarat de furnizor pentru medic;

V. SERVICII SPITALICEȘTI – SPITALIZARE DE ZI

- Referitor Anexa 16 A Unitățile private care vor să contracteze servicii medicale acordate în regim de spitalizare de zi vor folosi aceleași grupe de cheltuieli după natura și destinația lor similare celor din clasificarea bugetară,
- Serviciile medicale acordate în regim de spitalizare de zi pot face obiectul unui act adițional la:
 - contractul de servicii medicale spitalicești,
 - Contractul de servicii medicale de specialitate din ambulatoriu sau unui contract pentru furnizare de servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare de zi,

VI. ASISTENȚA MEDICALĂ DE RECUPERARE REABILITARE

La contractare, pentru estimarea numărului de cazuri/an (ce se decontează la un tarif pe caz de 140 lei pentru o cură de servicii de recuperare – reabilitare a sănătății) se vor avea în vedere următoarele:

- 1. Istoricul privind numărul de cazuri realizate, raportate, validate și decontate din anul 2009.**
- 2. Capacitatea reală de realizare a numărului de cazuri, ce se poate determina după cum urmează:**

- a. **număr mediu de consultații/medic/zi** (luând în considerare că acesta nu poate depăși numărul de consultații rezultat potrivit programului de lucru și ținând cont că pentru o consultație medicală este necesară o durată medie de 15 minute, deci aproximativ 4 consultații/oră);
- b. **număr personal de specialitate** (asistenți, maseuri, kinetoterapeuți, băieși etc.) – exclusiv medici, care își desfășoară activitatea într-o formă legală (contract de muncă sau contract de prestări servicii) la furnizorul de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, corelat cu programul de activitate al fiecăruia așa cum este consemnat în contractul încheiat cu furnizorul și respectiv cum trebuie prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
- c. **tipurile de proceduri propuse pentru contractare**, corelate cu tipul și numărul de aparate din dotare (pentru care se verifică documentul privind deținerea legală a acestora) – ex: număr și capacitate aparate de fizioterapie, paturi, căzi, sală de kinetoterapie;
- d. **număr aparate fizioterapie și număr asistenți cu competență în utilizarea acestora**, corelat și numărul mediu proceduri/oră/personal de specialitate stabilit anterior.
- e. **număr paturi** (pentru care se verifică autorizarea sanitară a spațiului - mp) necesare efectuării următoarelor servicii: electroterapie, masaj, împachetări etc);
- f. **număr căzi de hidroterapie** corelat cu numărul de personal - băieși;
- g. **existența unui spațiu autorizat sanitar pentru sală de kinetoterapie**, corelată cu numărul de kinetoterapeuți și cu capacitatea de utilizare pentru grupuri de persoane (câte persoane pot efectua kinetoterapie de grup în același timp)

Din nivelul parametrilor de mai sus, se estimează capacitatea de realizare a unui număr maxim de cazuri (1 consultație + 1 cură) pe total furnizori și pe total an, pe județ, având în vedere că, se corelează numărul de medici din specialitate și numărul maxim de consultații care se pot realiza de către aceștia cu numărul maxim de cure (în medie 4 proceduri/zi, în medie 10 zile/an) care poate fi realizat de către furnizori. Contractarea se realizează avându-se în vedere încadrarea în bugetul aprobat pentru anul 2010 și capacitatea de realizare a cazurilor (1 consultație + 1 cură) pentru fiecare furnizor.