



Propuneri privind pachetele de servicii și Contractul-cadru pentru anii 2021-2022

Reglementarea condițiilor acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România

martie 2021

Context

Casa Națională de Asigurări de Sănătate din România a demarat recent activități de analiză, execuție tehnică și consultare pentru implementarea unor modificări la nivelul reglementării condițiilor acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România. Inițiativa face parte dintr-un proces mai amplu de consolidare, dezvoltare și actualizare a politicilor publice care guvernează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România.

Principiile ghid care stau la baza acestor demersuri și care sunt promovate activ la nivelul CNAS sunt **transparența, predictibilitatea și performanța**, urmărind îndeosebi orientarea spre beneficiarii sistemului de sănătate. Acest document reprezintă un punct de pornire în ceea ce privește deschiderea spre dialog cu toți actorii sistemului de sănătate, referindu-se punctual la unul dintre elementele centrale în ceea ce privește furnizarea serviciilor medicale din România – **Contractul-cadru**. În urma unor analize interne și urmărind anumite propuneri care au rezultat în cadrul consultărilor anterioare, la data de 2 martie 2021 a fost publicată în transparență decizională **propunerea** CNAS pentru noul Contract-cadru, cu intrare în vigoare de la 01 iulie 2021.

În baza dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Contractul-cadru multianual se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România (CMR), Colegiul Medicilor Stomatologi din România (CMSR), Colegiul Farmaciștilor din România (CFR), Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR), Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimiștilor în Sistemul Sanitar din România (OBBCSSR), precum și în urma consultării cu organizațiile patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical. **Programul acestor consultări**, care din rațiuni epidemiologice se vor desfășura preponderent virtual, va fi anunțat până la data de **5 martie 2021**.

Propunerile CNAS

Măsurile propuse de CNAS pot fi consultate la nivelul proiectului de act normativ și a notei de fundamentare, publicate pe pagina de internet a instituției. Prezentul document sintetizează aceste modificări, referindu-se strict la Contractul-cadru. Principalele arii de intervenție au în vedere următoarele obiective:

- Creșterea accesului asiguraților la servicii medicale furnizate prin pachetele de servicii
- Claritatea reglementărilor, obligațiilor și condițiilor contractuale
- Simplificarea procesului de contractare și reducerea birocrăției
- Eficientizarea și controlul alocării FNUASS.

Propunerile la nivelul proiectului de act normativ au în vedere alinierea cu multiple intervenții la nivelul **normelor metodologice de aplicare** ale acestuia, al cărui proiect va fi publicat de CNAS în jurul datei de **1 aprilie 2021**. Direcțiile de dezvoltare urmărite de ansamblul măsurilor previzionate în perioada următoare sunt:

- Promovarea activităților de prevenție și diagnostic precoce al bolilor, cu precădere la nivelul asistenței medicale primare
- Extinderea accesului unor asigurați la anumite servicii
- Adaptarea normelor de aplicare ale Contractului-cadru la contextul epidemic și, în viitor, endemic al COVID-19
- Continuarea reducerii birocrăției pentru furnizorii de servicii medicale
- Revizitarea mecanismelor de finanțare a sistemului de sănătate.

Reprezentanții organizațiilor implicate în procesul de consultare și negociere conform legislației în vigoare pot solicita mai multe informații la adresa norme_dm@casan.ro. Toate persoanele sau instituțiile interesate de măsuri mai generale privind dezvoltarea sistemului de sănătate, pot transmite propuneri la adresa cabinet.presedinte@casan.ro.

Schemă informativă - măsuri propuse la nivelul CoCa – 2021-2022

Domeniu	Accesul pacienților	Reducerea birocrăției	Actualizarea reglementărilor contractuale	Eficiență și control FNUASS
Asistență medicală				
<i>Asistență medicală primară</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizarea consultațiilor pentru urmărirea lăuzei la externarea din maternitate și la 4 săptămâni de la naștere la domiciliu, atât în pachetul minimal cât și în cel de bază; - Posibilitatea acordării la distanță a consultațiilor pentru afecțiuni cronice - Specificarea în mod distinct a unor activități de suport: recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu și recomandarea pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară; - Obligația înscrierii pe lista pacienților a persoanelor din alte state, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale din pachetul de bază în asistența medicală primară - Posibilitatea acordării unor servicii adiționale, conform curriculei de pregătire a medicului de familie; - Menținerea relațiilor contractuale cu CAS chiar dacă numărul de persoane asigurate înscrise pe listele proprii ale medicului de familie se mențin timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit; - Menținerea relațiilor contractuale între medicul de familie nou-venit într-o localitate din mediul rural, cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor, chiar dacă la expirarea celor 6 luni acesta nu înscrie numărul minim de persoane asigurate înscrise, stabilit potrivit reglementărilor; - Posibilitatea schimbării de către asigurat a medicului de familie înaintea expirării termenului de 6 luni în situația în care medicului de familie îi încetează raporturile de serviciu / muncă / colaborare cu MAI; - Modificarea raportului între procentul din fond alocat pentru plata „per capita” și cel pentru plata pe serviciu, respectiv 40% și 60%, în vederea reducerii presiunii asupra nivelului superior al piramidei serviciilor de sănătate, precum și accesul asiguraților la unele servicii ce pot fi acordate de medicul de familie conform curriculei de pregătire; - Informarea asiguraților, prin orice mod de comunicare, în cazul preluării unui praxis de medicină de familie, în legătură cu dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista acestuia, în primele 6 luni de la data încheierii contractului în casa de asigurări de sănătate și noul medic. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intrarea în relații contractuale a furnizorilor de servicii care optează să parcurgă voluntar procesul de acreditare pe baza documentului de acreditare, fără a mai avea obligația evaluării din partea CAS; - Eliminarea depunerii unor documente necesare pentru contractare (exemple: documente care atestă gradul profesional pentru medici, programul de lucru, etc.); - Necesitatea depunerii dovezii de evaluare la contractare doar dacă aceasta este făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală; - Eliminarea obligației CAS de a ține evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență, deoarece aceste informații se regăsesc în PIAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducerea unei sancțiuni graduale (fără rezilierea contractului acolo unde era prevăzut acest lucru) pentru nerespectarea obligației de urcare în sistem a prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line: la prima constatare, avertisment scris; la a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic; - Anunțarea organelor abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare în cazul utilizării semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcularea de către CNAS a valorii definitive a punctului per capita și a punctului pe serviciu prin regularizare trimestrială la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru (față de data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, cum este în prezent); - Realizarea regularizării trimestriale la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului; - Reglementarea nedecontării de către CAS atât a serviciilor medicale, precum și a sumei corespunzătoare plății per capita pentru perioada suspendării contractului cu furnizorul.
<i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilitatea acordării la distanță a consultațiilor pentru afecțiuni cronice, a terapiilor psihiatrice, precum și a serviciilor conexe actului medical furnizate de psiholog și logoped; - Posibilitatea funcționării cabinetelor de specialitate clinică obstetrică-ginecologie cu minimum o moașă, ca alternativă la asistent medical / soră medicală; - Posibilitatea ca medicii de specialitate din specialitățile clinice care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative certificați de Ministerul Sănătății să încheie contracte cu CAS pentru ambele tipuri de servicii, în cadrul aceleiași contract, cu condiția autorizării cabinetului pentru ambele tipuri de servicii; - Eliberarea prescripției medicale de către medicul de specialitate pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele disponibile în spital, în situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici (această reglementare era valabilă doar în cazul medicului de familie); - Posibilitatea contractării serviciilor medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice de către furnizorii care au autorizațiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, prin încheierea unui act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate, respectiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intrarea în relații contractuale a furnizorilor de servicii care optează să parcurgă voluntar procesul de acreditare, fără a mai avea obligația evaluării din partea CAS; - Eliminarea depunerii unor documente necesare pentru contractare (exemple: documente care atestă gradul profesional pentru medici, programul de lucru, certificate de competență, etc.); - Necesitatea depunerii dovezii de evaluare la contractare, doar dacă aceasta este făcută de altă casă de asigurări de sănătate decât cea cu care furnizorul dorește să intre în relație contractuală. 	<ul style="list-style-type: none"> - Precizarea existenței unui program mai mic de 5 zile pe săptămână, pentru situațiile în care pentru anumite specialități există localități/zone cu deficit de medici stabilite de comisia constituită la nivel local și pentru cabinetele din ambulatoriile integrate, pentru care programul de lucru al cabinetului medical poate fi sub 35 de ore pe săptămână; - Reglementarea obligației pentru CAS de a contracta, respectiv a deconta, din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de specialitate fac dovada capacității tehnice corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz; - Introducerea unei sancțiuni graduale (fără rezilierea contractului acolo unde era prevăzut acest lucru) pentru nerespectarea obligației de urcare în sistem a prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line: la prima constatare, avertisment scris; la a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic; - Anunțarea organelor abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare în cazul utilizării semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcularea de către CNAS a valorii definitive a punctului per capita și a punctului pe serviciu prin regularizare trimestrială la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru (față de data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, cum este în prezent); - Realizarea regularizării trimestriale la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până cel târziu la data de 18 a celei de a doua luni după încheierea trimestrului.

Domeniu	Accesul pacienților	Reducerea birocrației	Actualizarea reglementărilor contractuale	Eficiență și control FNUASS
<i>Asistența medicală spitalicească</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Condiționarea contractării furnizării de servicii medicale spitalicești pentru spitalele de specialitate care tratează cazuri acute de asigurarea continuității activității medicale cu cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminarea depunerii unor documente necesare pentru contractare (exemple: actul doveditor prin care personalul medico-sanitar își exercită profesia la furnizor, nivelul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, lista afecțiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate și tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi și care impun internarea în regim de spitalizare continuă, lista investigațiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor și care impun internarea pentru spitalizarea de zi, etc.); - Eliminarea obligației CAS de a ține evidența externărilor pe asigurat, în funcție de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență acesta, deoarece aceste informații se regăsesc în PIAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducerea unei sancțiuni graduale (fără rezilierea contractului, acolo unde era prevăzut acest lucru) pentru nerespectarea obligației de urcare în sistem a prescripțiilor medicale electronice prescrise off-line: la prima constatare, avertisment scris; la a doua constatare, reținerea sumei de 100 de lei pentru fiecare prescripție off-line care nu a fost introdusă în sistemul informatic; - Anunțarea organelor abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare în cazul utilizării semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menținerea, la nivelul CAS, a 6% din fondurile aprobate pentru contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, pentru a fi utilizat astfel: <ul style="list-style-type: none"> a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești; b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă.
<i>Îngrijiri medicale și paliative la domiciliu</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Modificarea sau întreruperea schemei de îngrijire doar cu avizul medicului care a făcut recomandarea; - Asigurarea continuității actului medical prin păstrarea valabilității recomandărilor pentru îngrijiri medicale, respectiv paliative la domiciliu emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 iulie 2021. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminarea depunerii unor documente necesare pentru contractare (exemple: actul doveditor prin care personalul își exercită profesia la furnizor, programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar care își desfășoară activitatea la furnizor etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Anunțarea organelor abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare în cazul utilizării semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducerea regularizării trimestriale a sumei contractate pentru îngrijirile medicale, respectiv paliative la domiciliu.
Furnizori				
<i>Furnizori (servicii medicale paraclinice, consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat, medicamente, dispozitive medicale)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminarea limitelor cu privire la accesul pacienților la furnizori de medicamente: pacienții se pot adresa oricărei farmacie, indiferent dacă aceasta se află sau nu în relația contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care este și medicul prescriptor (excepție fac medicamentele din contractele cost-volum-rezultat); - Reglementarea prescrierii de către medicii din spital, pentru pacienții cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, la externarea acestora, a medicamentelor pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile (asemănător reglementării existente pentru medicii de familie/medicii de specialitate din specialitățile clinice). 	<ul style="list-style-type: none"> - Intrarea în relații contractuale a furnizorilor de servicii care optează să parcurgă voluntar procesul de acreditare pe baza documentului de acreditare, fără a mai avea obligația evaluării din partea CAS, după caz; - Eliminarea depunerii unor documente necesare pentru contractare (exemple: documente care atestă gradul profesional pentru medici, dovida asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic, programul de lucru, etc.); - Depunerea de către furnizorii de dispozitive medicale a unei declarații pe proprie răspundere conform căreia, pentru dispozitivele medicale/tehnologiile și dispozitivele asistive pentru care se transmit prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere în vederea calculării prețurilor de referință și a sumelor de închiriere ale dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive de către CNAS, aceștia dețin certificate de înregistrare și/sau declarații de conformitate CE, fără a le mai depune pe acestea din urmă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anunțarea organelor abilitate pentru luarea măsurilor ce se impun conform prevederilor legale în vigoare în cazul utilizării semnăturii electronice de către o altă persoană decât cea pentru care a fost emisă; - Introducerea prevederii de decontare a tuturor prescripțiilor medicale acordate pacienților pentru care s-a înregistrat rezultat medical eliberat și raportate în PIAS, pentru contractele cost-volum-rezultat; - Clarificarea procesului de introducere a medicamentelor incluse necondiționat în Listă (conform HG nr. 720/2008), pentru care în raportul de evaluare a tehnologiilor medicale nu este efectuată o analiză de impact financiar pentru care să fie alocat un punctaj referitor la costurile terapiei sau o analiză de minimizare a costurilor, după caz; - Reglementarea raportării incorecte față de documentele de intrare și ieșire ale farmaciilor pentru medicamentele eliberate și raportate, referindu-se în mod specific la: raportarea unui medicament cu un alt deținător de autorizație de punere pe piață, precum și situațiile în care furnizorul nu deține documente justificative pentru raportarea efectuată; - Reducerea perioadei în care furnizorii de dispozitive medicale au dreptul să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor dispozitive medicale, cu respectarea confidențialității datelor personale (termenul este de maximum 3 zile lucrătoare de la data validării serviciilor). 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilitatea de suspendare a contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice, la solicitarea furnizorului, pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice pe an calendaristic, în situații de absență a medicului / medicilor care determină imposibilitatea desfășurării activității furnizorului; - Reglementarea suspendării contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru o perioadă de maximum 90 de zile (anterior termenul era de maximum 30 de zile) în cazul încetării valabilității sau revocării certificatelor de acreditare ISO, cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; - Introducerea prevederii pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice de a nu fi redusă valoarea lunară de contract proporțional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea, dacă valoarea lunară de contract a fost epuizată anterior perioadei de suspendare; - Reglementarea transmiterii către CAS a informațiilor stocate prin sistemul GPS (stocarea informațiilor devine condiție de eligibilitate) de către furnizorii de consultații de urgență la domiciliu și activități de transport sanitar neasistat; - Introducerea regularizării trimestriale a sumei contractate pentru consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat; - Reglementarea recuperării integrale a prejudiciului pentru perioada supusă controlului, pe lângă rezilierea de plin drept a contractului, pentru farmaci în situația refuzului de a pune la dispoziția organelor de control documentele justificative pentru medicamentele eliberate.

Propuneri pentru îmbunătățirea nivelului de claritate a reglementărilor

Toți furnizorii

- Reglementarea asigurării de către toți furnizorii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate a integrității, confidențialității și a disponibilității datelor gestionate în vederea raportării serviciilor medicale efectuate;
- Introducerea unor prevederi privind contractarea pentru următoarele situații: schimbarea formei de organizare / sediului social nelucrativ / denumirii furnizorului, pe parcursul derulării contractului; reorganizarea furnizorilor de servicii medicale cu personalitate juridică aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția celor din asistența medicală primară, prin transferul total sau parțial al activității medicale către o altă entitate cu personalitate juridică, astfel încât să se asigure continuitate în acordarea serviciilor medicale;
- Clarificarea situației în care furnizorii au obligația să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să comunice lunar CAS, doar dacă la nivelul furnizorilor există documente în acest sens;
- Actualizarea permanentă în PIAS de către CAS a listei furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, precum și a numelui și codului de parafă ale medicilor aflați în relație contractuală cu CAS;
- Informarea de către CAS a furnizorilor cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, atât prin publicare în termen de maximum 5 zile lucrătoare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate, cât și prin poșta electronică;
- Introducerea posibilității semnării de către reprezentantul legal al furnizorului prin semnătură electronică extinsă / calificată a contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, precum și a actelor adiționale;
- Respectarea avertizărilor din SIPE, precum și a informațiilor cu privire la protocoalele terapeutice sau că medicamentul este produs biologic, de către furnizorii de servicii medicale, începând cu data de 1 ianuarie 2022;