



Propuneri privind normele metodologice de aplicare ale Contractului-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

aprilie 2021

Normele metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

Casa Națională de Asigurări de Sănătate a publicat în transparență decizională în data de 16 aprilie 2021 *Proiectul de Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022*, în acord cu propunerea de Contract-Cadru.

Conform Art. 229 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, **CNAS elaborează normele metodologice de aplicare a Contractului-Cadru**, în urma negocierii cu CMR, CFR, CMSR, OAMGMAMR, OBBC, precum și cu consultarea organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, care se aprobă anual prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, în termen de 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul pentru care se aprobă noile norme metodologice.

Calendarul consultărilor și negocierilor, care se vor desfășura în format online, va fi anunțat până la data de **20 aprilie 2021**.

Propunerile proiectului de norme sunt în acord cu principiile enunțate la publicarea Contractului-Cadru și vizează următoarele intervenții principale:

- Întărirea **activității de prevenție** în asistența medicală primară, în special pentru adulții asimptomatici începând cu vârsta de 40 de ani.
- Introducerea unor **servicii adiționale noi**, care pot fi furnizate de medicul de familie, conform curriculei de pregătire: spirometrie, măsurare ambulatorie a tensiunii arteriale timp de 24 de ore, măsurarea indicelui de presiune gleznă-braț.
- Creșterea **diagnosticării precoce** a afecțiunilor gastroenterologice și conexe, având în vedere rata mortalității și morbidității cancerelor colorectale și gastrice în România.
- Ajustarea criteriilor în baza cărora se realizează plata per capita pentru asistența medicală primară, care vor ține cont de **nevoile specifice ale populației**.
- Facilitarea **accesului la servicii medicale**, prin introducerea consultațiilor la distanță pentru afecțiuni cronice, care pot fi acordate fără a fi necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

Reprezentanții organizațiilor implicate în procesul de consultare și negociere conform legislației în vigoare pot transmite observații și propuneri, în acord cu prevederile legale, precum și pot solicita mai multe informații la adresa contract_metod@casan.ro. Persoanele sau reprezentanții instituțiilor 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 normelor metodologice de aplicare ale Contractului-cadru – 2021-2022

Domeniu	Accesul pacienților la servicii
<p><i>Asistență medicală primară</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceluiași condiții de acordare ca și consultațiile în cabinet pentru afecțiunile cronice (5,5 puncte/ consultație). - Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie – pentru boli cronice, se va deconta o consultație pe lună pentru toate afecțiunile cronice / asigurat (în prezent se decontează maximum patru consultații / an pentru bolile cronice). - În categoria serviciilor adiționale au fost introduse servicii noi (ce pot fi acordate conform curriculei de pregătire a medicului): <ul style="list-style-type: none"> · efectuarea spirometriei (maxim trei servicii / oră) · măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale timp de 24 de ore (maxim trei servicii / oră) · măsurarea indicelui de presiune gleză – braț (maxim trei servicii / oră) Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenței medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical. - A fost introdusă realizarea consultațiilor pentru urmărirea lăuzei la 4 săptămâni de la naștere la domiciliu, atât în pachetul minimal de servicii, cât și în pachetul de bază. Punctajul propus a fi acordat pentru acest serviciu este de 15 puncte (față de 5,5 puncte în prezent), similar cu celelalte consultații acordate la domiciliu. - În cadrul monitorizării pentru una sau mai multe dintre bolile cronice incluse în managementul de caz - monitorizare ce cuprinde 2 consultații - s-a modificat intervalul maxim între cele 2 consultații de la 60 de zile în prezent la 90 de zile. - Se acordă un pachet de prevenție anual pentru adultul asimptomatic cu vârsta mai mare de 40 de ani, promovându-se astfel furnizarea unui act de prevenție comprehensiv (21 puncte), care cuprinde până la trei consultații pentru evaluarea riscului (5,5 puncte), intervenția asupra componentelor modificabile ale acestuia (5,5 puncte) respectiv monitorizarea pacienților (10 puncte), acordate într-un interval de 6 luni consecutive de la prima consultație. - Se propune ajustarea criteriilor în baza cărora se realizează plata per capita pentru asistența medicală primară, care vor ține cont de nevoile specifice ale populației și de sexul pacienților.
<p><i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și pentru acupunctură</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultațiile pentru afecțiunile cronice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Consultațiile la distanță se acordă și se decontează similar consultațiilor la cabinet pentru afecțiunile cronice și sunt exceptate de la obligația prezentării biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate. - Terapiile psihiatrice pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Terapiile psihiatrice la distanță se acordă și se decontează similar serviciilor diagnostice și terapeutice acordate la cabinet. - Serviciile conexe actului medical furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, psiholog în specialitatea psihopedagogie specială – logoped pot fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare. Serviciile conexe acordate la distanță se acordă și se decontează similar serviciilor conexe acordate la cabinet. - Având în vedere efectele pe termen lung constatate la pacienți după infecția cu virusul SARS CoV-2, medicii de specialitate din specialitățile clinice cardiologie și pneumologie pot recomanda servicii conexe actului medical furnizate de kinezoterapeuți / profesori de cultură fizică medicală / fiziokinetoterapeuți, pentru pacienții cu afecțiuni post infecție Covid-19 sau agravări post infecție Covid-19, conform unui plan recomandat de medicul de medicină fizică și de reabilitare prin scrisoare medicală. - Cuantumul de decontare pentru endoscopiile digestive în ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice este crescut de la 40 de puncte în prezent la 100 de puncte, în vederea diagnosticării precoce a afecțiunilor gastroenterologice și conexe, contribuind astfel la ameliorarea morbidității și mortalității asociate și deschizând calea spre organizarea programelor de screening populațional, conform strategiilor naționale de sănătate.

<i>Asistența de medicină fizică și de reabilitare în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare</i>	S-a reglementat faptul că durata maximă 14 - 21 zile / an pentru care o persoană asigurată poate beneficia de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate în sanatorii balneare, poate fi repartizată în maximum 2 fracțiuni la recomandarea medicului prescriptor (în prezent cele 14-21 de zile pot fi acordate într-un singur episod).
<i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare</i>	Pentru ecografiile pentru care medicii cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare încheie acte adiționale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, programul de lucru se prelungește în mod corespunzător.
<i>Îngrijiri medicale la domiciliu</i>	<p>- Au fost completate situațiile în care furnizorul de îngrijiri medicale domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat, cu situația în care starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor la de îngrijiri medicale la domiciliu; întreruperea furnizării de îngrijiri medicale la domiciliu se face cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă / calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.</p> <p>- Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, aviz transmis electronic, certificat cu semnătura electronică extinsă / calificată a acestuia.</p>
<i>Medicamente cu și fără contribuție personală</i>	În cazul prescripțiilor medicale electronice online, respectiv off-line emise ca urmare a unei consultații la distanță de medicul de familie sau de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului poate printa documentul transmis de medic prin mijloace de comunicare electronică sau îl poate prezenta / transmite farmaciei în vederea printării acestuia.
<i>Aplicabilitate generală</i>	<p>- Medicul care are o specialitate / mai multe specialități clinice cât și competență / atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialității / specialităților respective și servicii de îngrijiri paliative.</p> <p>- S-a precizat că pentru consultațiile la distanță, acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din specialitățile clinice din ambulatoriu, nu este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.</p> <p>- A fost introdusă posibilitatea eliberării biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice de către medicii din cabinetele medicale școlare / studențești pentru elevi, respectiv studenți, indiferent de localitatea de domiciliu a acestora.</p> <p>- A fost introdusă posibilitatea prescrierii de către medicii din cabinetele medicale școlare și studențești a medicamentelor în caz de urgență medicală, numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile, pentru elevi și studenți, indiferent de localitatea de domiciliu a acestora.</p>
Domeniu	Eficiență și control FNUASS
<i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare</i>	<p>- Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.</p> <p>- În situația în care la unii furnizori de servicii de medicină fizică și de reabilitare se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract / act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract / act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de servicii de medicină fizică și de reabilitare care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.</p> <p>Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de medicină fizică și de reabilitare acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârșitul trimestrului pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.</p> <p>Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultații cu proceduri, se</p>

	<p>consideră că a fost epuizată valoarea de contract.</p> <p>Pentru trimestrul IV regularizarea se face lunar.</p>
<i>Asistența medicală spitalicească</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tarifele aferente serviciilor medicale și cazurilor rezolvate în regim de spitalizare de zi nu se mai negociază de către furnizorii de servicii medicale spitalicești, pentru inversarea piramidei serviciilor medicale și pentru reducerea birocrăției; aceste tarife s-au menținut la același nivel în ultimii 6 ani. - Tarifele pe caz ponderat valabile pentru anul 2021 sunt egale cu tarifele pe caz ponderat pentru anul 2020. - Indicele de complexitate a cazurilor (ICM) pentru anul 2021 este egal cu ICM-ul realizat în anul 2019 propriu spitalului, conform activității realizate, raportate și confirmate de către Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, pentru activitatea anului 2019. - Durata medie de spitalizare a fiecărui spital pentru anul 2021 este durata medie de spitalizare realizată de spital în anul 2019. Pentru spitalele cu o durată medie de spitalizare realizată în anul 2019 mai mică decât media celor mai mici 5 durate de spitalizare pe secții realizate în anul 2019, durata medie de spitalizare în anul 2021 este de 2,97. - În Lista spitalelor pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat, se introduc 6 spitale care au avut activitate medicală raportată pentru cazuri acute, luându-se în calcul activitatea desfășurată în anul 2019. În Lista spitalelor pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat nu se mai regăsesc spitalele care nu au desfășurat activitate pentru cazuri acute în anul 2019 (5 spitale) și nici spitalele care se regăseau în Listă în anul 2018, însă nu au desfășurat activitate pentru cazuri acute în anul 2019 și anul 2020 (13 spitale). - Nivelul tarifului pe caz ponderat (TCP) pentru spitalele noi introduse în Lista spitalelor pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat, se stabilește conform nivelului de clasificare a fiecărui spital. - Duratele de spitalizare pe secții/compartimente valabile pentru toate categoriile de spitale sunt calculate pe baza datelor raportate la nivel național pentru activitatea desfășurată în anul 2019. A fost introdusă durata de spitalizare pentru secția/compartimentul de genetică medicală de 10 zile, conform propunerii Comisiei de specialitate genetică medicală de la nivelul Ministerului Sănătății, până la momentul în care istoricul cazurilor raportate pentru aceste secții/compartimente va permite calcularea la nivel național a duratei de spitalizare pe secția/compartimentul de genetică medicală.
<i>Îngrijiri medicale la domiciliu</i> <i>Îngrijiri paliative la domiciliu</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv. - În situația în care la unii furnizori de îngrijiri medicale/ paliative la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/ act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/ act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract. <p>Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.</p> <p>Dacă valoarea trimestrială de contract rămasă neconsumată este mai mică de 55 de lei, reprezentând tariful în lei pentru o zi de îngrijire acordată asiguraților cu status de performanță ECOG 3 pentru mediul urban, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.</p> <p>Pentru trimestrul IV regularizarea se face lunar.</p> <p>În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinația îngrijiri paliative la domiciliu.</p>

Domeniu	Reducerea birocrației și îmbunătățirea clarității reglementărilor
<i>Dispozitive medicale în ambulatoriu</i>	<p>- Modelul de recomandare conține acum câmpuri aferente unor informații ce trebuie completate de medicul care face recomandarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> · pentru protezele de membru inferior se va menționa pe prescripția medicală modul de protezare: provizorie sau definitivă; · pentru fotolii rulante – se specifică dacă se recomandă pe perioadă nedeterminată sau determinată; · pentru echipamentele pentru oxigenoterapie și ventilație noninvazivă se va menționa perioada pentru care acestea sunt recomandate <p>- A fost introdus un model de declarație - pe care furnizorul de dispozitive medicale o va transmite Casei Naționale de Asigurări de Sănătate - cu privire la faptul că toate dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive pentru care se transmit prețurile de vânzare cu amănuntul/sumele de închiriere, se regăsesc în certificatele de înregistrare emise de către Ministerul Sănătății / Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România ori în documentele de înregistrare dintr-un stat membru din Spațiul Economic European și/ sau în declarațiile de conformitate CE emise de producători, după caz.</p>
<i>Aplicabilitate generală</i>	<p>Au fost introduse reglementări privind modalitatea de decontare a serviciilor medicale în cazul încetării de drept a contractului prin decesul titularului cabinetului medical individual.</p>