

08.05.2018

## COMUNICAT

### 1043 de furnizori vor acorda în 2018 servicii medicale în contract cu C.A.S. Constanța

La data de 30.04.2018, Casa de Asigurări de Sănătate Constanta a finalizat procesul de contractare pentru furnizarea de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, conform noilor norme de aplicare a Contractului – Cadru aprobat prin H.G 140/2018, norme ce au intrat în vigoare la 01.04.2018.

În urma sesiunii de contractare, au fost încheiate **1043** de contracte de furnizare a serviciilor medicale, medicamente și dispozitive medicale, cu 9 contracte mai multe decât cele aflate în derulare la 30.04 2018.

Din cei **9** furnizori nou intrați în contract, **6** au încheiat contractate pentru furnizarea serviciilor medicale dentare, **6** furnizori pentru acordarea dispozitivelor medicale, **2** furnizori au încheiat contracte pentru furnizarea de asistență medicală spitalicească, **1** pentru specialități paraclinice și **1** furnizor a încheiat contract pentru furnizarea asistenței medicale ambulatorie de recuperare, reabilitare a sănătății.

Menționăm că una dintre cele două unități sanitare cu paturi nou intrate în contract furnizează servicii de îngrijiri medicale paliative în sistem de spitalizare continua, ceea ce înseamnă că din nou în județul Constanța se asigură îngrijiri pentru persoanele grav bolnave, aflate în fazele finale ale afecțiunilor.

Așadar, pentru asigurarea accesului asiguraților la serviciile medicale, la medicamente și la dispozitive, în anul 2018, se vor derula 1043 de contracte, din care pe domenii de asistență medicală exemplificăm:

- **386 de contracte** pentru asistența medicală primară,
- **199 contracte** pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice,
- **132 de contracte** pentru medicina dentară,
- **123 de contracte** cu furnizori de medicamente
- **46 de contracte** pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice (laborator/radiologie imagistică/medicină nucleară/anatomie patologică,
- **8 contracte** pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități paraclinice (acte adiționale încheiate de medicii de familie pentru ecografii)
- **34 de contracte** pentru asistența medicală spitalicească,
- **29 de contracte** pentru asistența ambulatorie de recuperare, medicină fizică, balneologie,
- **1 contract** pentru furnizare de servicii de acupunctură
- **71 de contracte** cu furnizori de dispozitive medicale,
- **7 contracte** cu furnizori de transport neasistat și consultații de urgență la domiciliu.
- **3 contracte** cu furnizori de îngrijiri la domiciliu,
- **4 contracte** cu furnizori de servicii de recuperare-reabilitare, sanatorii

Obiectivul principal al activității de contractare a constat în asigurarea unei finanțări corecte și eficiente a tuturor domeniilor de asistență medicală, în limita bugetului aprobat, precum și satisfacerea nevoilor asiguraților din județ din punct de vedere al serviciilor medicale.

Precizăm că listele cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale acceptați la contractare pot fi consultate pe site-ul instituției [www.cnas.ro/casct](http://www.cnas.ro/casct), la secțiunea *Informații pentru furnizori*.

### **Informații de background**

Față de Contractul-cadru pe anul 2017, Contractul – cadru aprobat prin H.G nr. 140/2018 cuprinde o serie de prevederi care vizează creșterea accesului persoanelor asigurate la medicamente și servicii medicale, debirocratizarea și transparentizarea activității furnizorilor de servicii medicale, dar și disciplina contractuală a acestora.

Astfel, actul normativ prevede că începând cu data de 1 iulie 2018 asigurații vor putea obține medicamentele cu și fără contribuție personală de la oricare farmacie din țară aflată în contract cu sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Reglementarea, conform căreia farmacia trebuie să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate ca și medicul prescriptor, va mai fi aplicată doar pentru medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat.

Similar, și investigațiile paraclinice recomandate de medicii aflați în contract cu sistemul asigurărilor sociale de sănătate vor putea fi efectuate de la 1 iulie a.c. la oricare furnizor de profil din țară, indiferent cu ce casă de asigurări de sănătate se află acesta în relații contractuale.

Pachetele de servicii medicale – minimal și de bază – s-au reorganizat într-o modalitate schematică, sub forma unei structuri generale în Hotărârea de Guvern, iar detalierea serviciilor medicale acordate, a condițiilor acordării și a documentelor eliberate este stabilită prin normele metodologice de aplicare a contractului – cadru aprobate prin Ordinul MS/CNAS/397/836/2018.

În pachetul de servicii medicale de bază pentru asigurați s-au introdus noi servicii ce vor fi oferite de medicul de familie, cum ar fi eliberarea adeverinței pentru încadrarea în muncă a persoanelor aflate în șomaj și eliberarea fișei sintetice pentru copilul încadrat sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap. De asemenea, s-a clarificat modul de acordare a altor servicii, cum ar fi administrarea de medicamente intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil.

În ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice s-au introdus serviciile medicale în scop diagnostic – caz. Acestea sunt servicii de spitalizare de zi care se pot acorda în ambulatoriu, dar numai de furnizorii care îndeplinesc condiții suplimentare de eligibilitate.

Tot în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative, certificați de Ministerul Sănătății, și care lucrează exclusiv în această activitate, au putut încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de astfel de îngrijiri în ambulatoriu. Se pot acorda până la patru consultații/trimestru/asigurat pentru îngrijiri paliative.

Pentru accesul asiguraților la servicii medicale în cadrul cabinetului medical din asistența medicală primară și la cabinetul din ambulatoriu pentru specialitățile clinice s-a precizat că programul de activitate de 35 de ore pe săptămână se asigură în minim 5 zile pe săptămână, iar programul de activitate pentru medicii dentiști cu integrare clinică a fost stabilit la 3 și 1/2 ore pe zi (1/2 normă).

Pacienții cu diagnostic oncologic confirmat, aflați în Programul național de oncologie, se pot prezenta fără bilet de internare pentru spitalizarea continuă.

Asigurații vor putea transmite casei de asigurări de sănătate și prin poștă documentele necesare pentru aprobarea unui dispozitiv medical.

Medicii prescriptori au obligația generală să respecte protocoalele terapeutice de prescriere a medicamentelor. Pentru medicamentele care necesită prescriere pe bază de protocol terapeutic, dar acesta nu a fost aprobat prin Ordin al Ministrului Sănătății și al Președintelui CNAS, până la elaborarea și aprobarea protocolului în condițiile legii, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului (RCP), în limita competenței medicului prescriptor.

Începând cu 1 iulie 2018, medicii prescriptori vor trebui să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției Electronice (SIPE), precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a CNAS referitoare la faptul că medicamentul respectiv se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice sau, după caz, că este un produs biologic.

Au fost revizuite sancțiunile aplicabile furnizorilor, în sensul diminuării/extinderii gradualității, pentru o mai bună corelare cu gravitatea neîndeplinirii obligațiilor contractuale. Totuși, s-au introdus și sancțiuni noi.

Astfel, spitalul care nu eliberează prescripția medicală necesară la externarea asiguratului va fi sancționat cu reținerea sumei de 200 de lei pentru fiecare caz externat la care s-a constatat nerespectarea obligației. O sancțiune similară se aplică și în cazul furnizorilor din asistența medicală ambulatorie pentru specialități clinice, inclusiv celor de medicină fizică și de reabilitare.

Totodată s-a modificat și modul de recuperare a sumelor imputate furnizorilor de servicii medicale, în sensul că aceasta se va face prin plată directă sau prin executare silită.

Prin noul Contract-cadru s-au introdus tarife unitare pentru consultațiile de urgență la domiciliu și activitățile de transport sanitar neasistat, iar pentru furnizorii de servicii de îngrijiri medicale și/sau paliative la domiciliu s-a introdus valoarea de contract.

Modul de derulare a activității furnizorilor de îngrijiri medicale și/sau paliative la domiciliu în relație contractuală cu CAS a fost revizuit, introducându-se o serie de condiții suplimentare de calitate și de transparență, dar și dispoziții tranzitorii vizând adaptarea la noile condiții. Spre exemplu, acești furnizori au obligația de a transmite zilnic caselor de asigurări de sănătate contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate în ziua anterioară, în relație contractuală cu acestea.

Totodată, pentru furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au obligația obligația de a publica pe pagina web proprie sumele decontate lunar, pe categorii și tipuri de dispozitive.

Pentru medicii de familie, s-a reglementat dreptul la vacanță anuală, iar pentru medicii nou-veniți într-o localitate, a fost dublată perioada de susținere din partea casei de asigurări de sănătate, până la constituirea listei minime de pacienți, respectiv de la 6 la 12 luni.

**Președinte – Director general,  
Dr. George - Mirel Cristescu**

**Relații publice și Purtător de cuvânt,  
Aurelia Drăgoi**