

17.06.2016

## COMUNICAT

### **NOUȚĂȚI ȘI MODIFICĂRI DE ULTIMĂ ORĂ ALE CONTRACTULUI-CADRU PENTRU ANII 2016 - 2017**

Contractul-Cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 – 2017 (HG nr. 161/2016, publicată în M.Of. nr. 215/23 martie 2016), ce va intra în vigoare la 1 iulie 2016, cuprinde o serie de noutăți față de actualul act normativ similar aflat în vigoare.

Astfel, se întărește obligația generală a furnizorilor de servicii medicale de a informa asigurații despre consecințele nerespectării indicațiilor terapeutice. Totodată, se clarifică obligația furnizorilor de respectare a protocoalelor terapeutice în vigoare.

Pentru asistența medicală primară, se reglementează acordarea gratuită a avizelor epidemiologice pentru re(intrarea) în colectivitate și a adeverințelor medicale pentru preșcolari și elevi. Situațiile în care asigurarea se pot transfera de pe o listă de pacienți pe lista altui medic de familie mai devreme de o dată la șase luni se completează cu cazurile în care domiciliul asiguratului se schimbă dintr-o localitate în alta, asiguratul este în arest preventiv, execută o pedeapsă privativă de libertate, precum și la încetarea stării respective.

Pentru asistența medicală ambulatorie clinică de specialitate se introduc noi proceduri diagnostice (electromiograma și evaluarea cantitativă a răspunsului galvanic al pielii) precum și tratamentul fracturii amielice fără deplasare a coloanei vertebrale.

Pentru medicina dentară, se prevede că minorilor li se vor putea acorda consultații o dată la șase luni, față de o dată la 12 luni în prezent. Totodată, se introduce un nou serviciu decontat de CNAS, obturația dintelui după tratamentul afecțiunilor pulpare sau al gangrenei, alte servicii fiind redefinite.

Efectuarea de RMN de sânii cu sau fără substanță de contrast se introduce printre serviciile decontate pentru asistența medicală ambulatorie paraclinică, renunțându-se însă la decontarea examenului fungic de urină, considerat de specialiști ca irelevant pentru patologia pacientului.

Au fost revizuite reglementările referitoare la situațiile în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate și cantitatea de reactivi achiziționați de laboratoarele de analize medicale, o revizuire similară fiind prevăzută și în cazul sesizării de neconcordanțe între medicamentele/materialele sanitare eliberate și cantitatea de medicamente/materiale sanitare achiziționate de farmacii.

Pentru asistența medicală spitalicească se introduce condiția ca, în cazul furnizorilor de servicii de spitalizare de zi care nu au și spitalizare continuă, să se asigure obligatoriu prezența unui medic de

specialitate pentru un program de activitate de minim 7 ore/zi. Pentru pacienții cărora la externarea din spital li se indică prin scrisoare medicală să revină pentru internare, precum și pentru pacienții cu hemofilie din programul național respectiv nu va mai fi necesară prezentarea biletului de trimitere de la medicul din ambulatoriu.

Pentru furnizorii de servicii de consultații de urgență la domiciliu și de transport sanitar neasistat se introduce obligativitatea prezentării, la contractare, a avizelor de utilizare sau a buletinelor de verificare periodică pentru dispozitivele medicale aflate în dotarea unităților mobile de intervenție, după caz.

Asiguraților li se vor putea acorda două noi proteze decontate din bugetul CNAS: proteza modulară de gambă cu manșon de silicon, precum și proteza de deget funcțională simplă (pentru copiii cu malformații congenitale având vârsta peste 3 ani). În situația în care furnizorii de dispozitive medicale nu transmit CNAS toate prețurile de vânzare cu amănuntul și sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale contractate, casa de asigurări de sănătate va putea denunța unilateral contractul respectiv.

Guvernul României a aprobat în ședința din data de 16 iunie 2016 o hotărâre (HG 425/2016) de completare a noului Contract-cadru, care are ca principal scop crearea fundamentului legal pentru renunțarea la raportarea bilunară/lunară/trimestrială a serviciilor efectuate de furnizori, după caz, în favoarea raportării on-line în timp real. Perioada de raportare în platforma informatică a serviciilor medicale acordate off-line urmează să fie extinsă de la 72 de ore din momentul acordării la 3 zile lucrătoare după data acordării serviciului respectiv, pentru evitarea problemelor create de zilele nelucrătoare/sărbătorile legale.

Totodată, actul normativ menționat vizează optimizarea informării asiguraților prin introducerea obligativității afișării la furnizori a informațiilor privind pachetele de servicii medicale și a tarifelor corespunzătoare, în formatul stabilit de CNAS. Hotărârea mai urmărește revizuirea sancțiunilor aplicabile furnizorilor de servicii medicale, implementarea unui sistem de management a listelor de prioritate la nivelul asistenței medicale paraclinice din ambulatoriu și a asistenței spitalicești, în vederea optimizării transparenței în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și punerea în aplicare a OUG nr. 20/2016 privind creșterile salariale la nivelul unităților sanitare publice.

În prezent, pe circuitul instituțional de avizare se află proiectul normelor de aplicare a Contractului-Cadru, în care au fost incluse mai multe propuneri ale organizațiilor reprezentative ale furnizorilor de servicii medicale, cum ar fi, de exemplu, cea a medicilor de familie referitoare la redefinirea grupelor de vârstă pentru examinarea și înregistrarea parametrilor de dezvoltare pentru pacienții minori, sau cea referitoare la modificarea unor servicii medicale preventive și profilactice.

Același proiect mai prevede simplificarea demersurilor de obținere a unor dispozitive medicale (saci de stomie, aparate de oxigenoterapie etc.), introducerea posibilității acordării de servicii conexe actului medical de fiziokinetoterapeuți și profesorii de cultură fizică medicală, includerea insuficienței respiratorii severe printre afecțiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, redefinirea specialităților clinice care pot încheia acte adiționale pentru efectuarea

ecografiei de vase sanguine și redefinirea condițiilor de vechime a aparatelor din laboratoarele de analize medicale, de radiologie – imagistică medicală și de medicină nucleară.

Proiectul normelor de aplicare a Contractului-Cadru cuprinde și majorări ale tarifelor pentru unele servicii medicale. Astfel, pentru asistența medicală primară, valoarea minimă garantată a punctului per capita crește de la 4 la 4,3lei, iar valoarea minim garantată a punctului pe serviciu crește de la 1,9 la 2 lei. Valoarea minimă garantată a punctului pe serviciu din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice se majorează de la 1,8 la 2,0 lei.

“Noul Contract-Cadru este un pas înainte în optimizarea cardului legislativ din domeniul asigurărilor sociale de sănătate, în beneficiul asiguraților. Această optimizare se află permanent în centrul preocupărilor noastre și va avea ca efect îmbunătățirea sistemului de sănătate din România” – declară Radu Țibichi, președintele CNAS.

**Biroul de presă**