

PROCES VERBAL

Încheiat astăzi **15.04.2014** în urma întâlnirii având ca temă Proiectul de ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a hotărârii de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015

- Asistență medicală primară -

PARTICIPANȚI:

CONSILIER DE STAT - VASILE CEPOI

Colegiul Medicilor din România:

- Dl. CONSTANTIN CÂRSTEA
- Dl. VIOREL RĂDULESCU
- D-na. MARCELA VIDICAN

FNMF

- D-na Doina Mihăilă
- Dl. Mărășescu Dumitru
- D-na Mazdrag Angela
- D-na Profir Mirela

SNMF

- D-na Rodica Tănăsescu
- D-na Pârcălabu Marina
- D-na Alexiu Sandra
- Dl Petrencic Cătălin

MINISTERUL SANATATII

- D-na Cristinela VELICU

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE:

- d-na LILIANA MIHAI- Director General
- d-na LUKACS LILIANA- Director General Adjunct - Direcția Generală Relații Contractuale
- d-na LEANA STOEI - Director General Adjunct -Direcția Generală Economică
- d-na dr. ANCI IONESCU Medic Șef
- d-na DIACONU VALENTINA –Director - Direcția Reglementări și Norme de Contractare
- d-na STOIENESCU MIHAELA – Director Adjunct - Direcția Reglementări și Norme de Contractare
- d-na ELISABETH BRUMĂ – expert superior - Direcția Reglementări și Norme de Contractare

• La Anexa 1

Pachet minimal

- CMR propune ca toate serviciile din pachetul minimal să intre în plata per serviciu. Propunerea se acceptă.
- la punctul 1.1.1., se completează sintagma “se raportează” în sensul “se raportează și se decontează”.
- La punctul 1.2.1 se înlocuiește sintagma “se acordă” cu sintagma “se raportează și se decontează”.

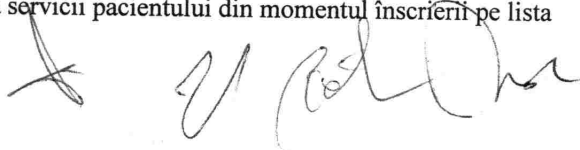
- La punctul 1.2.1 se înlocuiește sintagma “și confirmată” cu sintagma “pentru care se face anchetă epidemiologică”

Pachet de bază

- La punctul 1.1.1.1 Se convine introducerea în plata per capita a urgențelor acordate asiguraților la cabinet.
- La punctul 1.1.2.1. CMR propune introducerea în plata pe serviciu a consultațiilor pentru afecțiuni acute/subacute. CNAS propune introducerea acestora în plata per capita. Propunerea se accepta.
- La punctul 1.2.3.1 (consultația pentru prevenție acordată asiguraților cu vârsta 18-39 ani) și la 1.2.3.2 (consultația pentru prevenție acordată asiguraților cu vârsta peste 40 ani) CMR propune plata per serviciu pentru completarea riscogramei.
- La punctul 1.1.3.1. CMR propune decontarea unei consultații lunare pentru afecțiunile cronice/asigurat., Propunerea se accepta. Propunerea privind o consultație **pentru același cod de boală ramane în analiza.**
- La punctul 1.2.5 (consultații pentru servicii de planificare familială) CMR propune plata per capita. Propunerea este acceptată.
- La punctul 1.3 – consultațiile la domiciliu – CMR propune plata per serviciu.
- Eliberarea certificatului medical constatator al decesului - pentru care se efectuează consultație la domiciliu – CMR propune acordarea de 15 puncte. Propunerea se acceptă.
- Se convine ca la punctul 1.1.4 Monitorizarea activă prin planul de management integrat al factorilor de risc cardiovascular – HTA, dislipidemie, DZ tip 2, astm bronșic, BPOC și BCR să intre în plata per capita atât pentru evaluarea inițială a cazului nou depistat cât și pentru monitorizarea activă a cazului nou luat în evidență. Se raportează la CAS pe fiecare cod de boală.
- La 1.1.3 se va elimina sintagma “altele decât cele specificate la punctual 1.1.4”.
- Se convine ca pentru consultațiile care se regăsesc în plata pe serviciu al căror număr depășește 20 pe zi (pentru un program de 5 ore pe zi la cabinet), acestea să intre în plata per capita.
- Reprezentanții SNMF și FNPMF propun ca acele consultații pentru pacienții cronici programabili, care doresc să se prezinte în afara programării la cabinetul medicului de familie sunt considerate servicii la cerere, pentru care se pot emite prescripții și bilete de trimitere în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Propunerea rămâne în analiză, având în vedere că s-a convenit ca acele consultații peste 20/24/28 pe zi (în funcție de programul la cabinet) să intre în plata per capita.

La Anexa 2

- La art.3 alin.(1) furnizorii solicită ca medicul angajat/înlocuitor în perioadele de absență a titularului de CMI, să poată folosi semnătura electronică a titularului de cabinet. Propunerea rămâne în analiză.
- Reprezentanții SNMF ridică următoarele probleme – ce urmează a fi discutate cu reprezentanții IT:
 - o problema prescripțiilor electronice pentru psihotrope și stupefiante. Face obiectul altui act normativ.
 - o Posibilitatea eliberării fracționate ale prescripției electronice. Propunerea a fost deja rezolvată.
 - o Posibilitatea vizualizării prescripțiilor – pentru bolile cronice - emise într-o lună aceluiași asigurat la diferitele nivele de asistență. Reprezentanții CNAS precizează că medicul din spital la externare are obligația să completeze scrisoarea medicală. Rămâne în discuție posibilitatea accesului la informație (SIUI).
 - o Posibilitatea vizualizării statutului de pacient internat.
 - o Prescrierea să se facă pe DCI cu specificarea și a denumirii comerciale. Este prevădută în Contractul-cadru conform căreia în situații justificate se prescrie pe denumire comercială.
 - o Medicul de familie să poată acorda servicii pacientului din momentul înscrierii pe lista medicului de familie.



- Serviciile furnizate pacientului care ulterior a decedat să fie decontate până la momentul decesului.
- Pacientul înscris în Programul Național beneficiază de asigurare doar pentru boala cuprinsă în Program sau este asigurat în sistem?
- Problema coasiguraților pentru asigurații în PNS și Legile speciale.
- Problema prescripțiilor pentru acut – maxim 7 zile. Rezolvată deja.
- Raportarea ecografiilor în funcție de programul medicului de familie cu competență. CNAS precizează necesitatea unui program distinct.
- La programul de înlocuire să se poată prelungi programul medicului care înlocuiește în funcție de necesități (nu cel puțin jumătate din programul medicului înlocuit).
- Armonizarea prevederilor din contractul dintre furnizori și CAS cu prevederile celorlalte Anexe și ale Contractului-cadru.

Reprezentanții furnizorilor, ai sindicatelor, ai CNAS și ai MS sunt de acord cu ce de mai sus.

