

**A. Propuneri de principii generale privind elaborarea unui nou tip de CoCa și Norme aferente**

1. Susținem promovarea și implementarea programelor de prevenție și diagnostic în sănătate, cu focus pe bolile cronice netransmisibile cu impact major asupra sănătății publice așa cum sunt definite în strategia națională de sănătate 2021-2027 și sănătății mintale
2. Susținem necesitatea implementării serviciilor de prevenție, diagnostic precoce, tratament adecvat și la timp prin asigurarea decontării serviciilor medicale necesare aferente, a investigațiilor diagnostice și a tratamentului adecvat.
3. Susținem promovarea și implementarea programelor de prevenție și diagnostic pentru sindromul long-Covid (monitorizarea funcției cardiace, renale, metabolice), precum și a unei campanii post-Covid )
4. Susținem creșterea ponderii serviciilor de asistență medicală primară și a rolului medicului de familie și medicinei specializate de ambulator, pentru a reduce presiunea asupra sistemului spitalicesc așa cum este dealtfel prevăzut și în condiționalitățile din PNRR
5. Susținem creșterea rolului medicului de familie, inclusiv prin creșterea posibilitatii de a face servicii medicale de preventie si diagnosticare precoce pentru bolile cronice netransmisibile cu impact major asupra sanatații publice, fara a mai fi nevoie de trimitere catre medicul specialist. Recomandăm folosirea hsTnI în evaluarea riscului cardiovascular, alături de factorii de risc cardiovascular existenți, la persoane asimptomatice, cu decontare la medicul de familie.
6. Susținem introducerea pachetelor de servicii medicale de baza in cadrul PNS pentru persoanele neasigurate
7. Susținem introducerea unui buget din FNUASS dedicat investigațiilor paraclinice de prevenție care să stimuleze realizarea acestora, atât la nivel de medic și pacient, cât și în cadrul laboratoarelor.
8. Susținem introducerea în pachetul de prevenție a consultațiilor de evaluare a riscului individual la adultul cu factori de risc pentru boli cu impact negativ major asupra sănătății în vederea diagnosticului precoce a unor patologii grave.
9. Susținem introducerea unei remunerații stimulative a consultațiilor de prevenție în asistența medicală primară și în ambulatoriul de specialitate.
10. Susținem identificarea unor modalități de decontare pentru spitale care să fie adaptate la condițiile actuale și să aibe în vedere evoluțiile tehnologice din ultimii ani.
11. Susținem creșterea ponderii pentru decontarea serviciilor medicale vs plata per capita pentru medicina de familie.
12. Susținem eliminarea numerus clausus pentru medicina de familie având în vedere că există disfuncționalități în asigurarea asistenței medicale primare în multe zone ale țării din cauza lipsei medicilor de familie. Avand in vedere ca in anul 2021 CNAS a definit 27 de specialitati medicale ca fiind deficitare, motiv pentru care credem ca resursa umana trebuie in continuare protejata si orice limitare a dreptului de munca sau orice limitare a includerii medicilor in contractele incheiate de furnizori cu casa de asigurari, considerand ca in acest fel se va ajunge la o limitare a accesului pacientilor la servicii medicale.
13. Susținem principiul transparenței procedurilor și criteriilor de alocare a resurselor la nivel de ordonator de credite, având în vedere următoarele aspecte:
  - Cheltuielile din sectorul sanitar au fost in mod traditonal scazute
  - Cheltuielile de personal reprezinta principala cheltuiala in sistemul de sanatate
  - Consumul si cheltuielile medicale sunt influentate/determinate de recomandarile personalului medical

În prezent criteriile care stau la baza alocării resurselor sunt neclare de la nivel național către cel local. Nu există publicate elemente și criterii de alocare a resurselor transparente și bazate pe evidente către CJAS. Alocarea lipsită de mecanisme de măsurare a performanței investitoriale duce la situația în care resursele disponibile limitate sunt utilizate ineficient, cu impact direct asupra stării de sănătate a populației.

Concluzie: alocarea resurselor în sănătate în baza unor criterii transparente și pe evidente medicale; introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical.

Nota: la nivel de CJAS, Normele metodologice ale CoCA conțin criterii necesare și suficiente pentru a asigura transparența alocării fondurilor

14. Susținem că asistența medicală primară este un element central al sistemului de sănătate, precum și importanța serviciilor integrate de asistență medicală primară.
- Asistența primară este o practică privată (furnizori independenți de servicii de sănătate).
  - Populația își poate alege și schimba liber medicul de familie.
  - Infrastructura slab dezvoltată a asistenței medicale primare

Dezvoltarea echipelor de asistență primară multidisciplinară (MF, asistenți medicale, moașe, asistenți sociali, dentist, psihologi, îngrijiri la domiciliu, medic specialist).  
Diversificarea metodelor de plată (ex: bugete de practică globale)  
Diversificarea serviciilor  
Dezvoltarea protocoalelor medicale, administrative și de servicii specifice.

Nota: propunerea se referă la oferirea de servicii integrate și complexe și diversificarea serviciilor și creșterea gradului de complexitate.

15. Susținem actualizarea în timpul cel mai scurt a CoCa și Normelor aferente odată cu intrarea în vigoare a Planului Național de Combatere a Cancerului.
16. Susținem facilitarea accesului pacienților la tratament și asigurarea prescrierii și administrării medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.
17. Susținem asigurarea accesului și a continuității la tratament a bolnavilor cronici prin livrarea la domiciliu a medicamentelor pentru asigurații cu boli cronice nedepasabile.
18. Susținem dezvoltarea medicinei personalizate în oncologie, în cadrul căreia, tratamentul potrivit este acordat pacientului potrivit la momentul potrivit, determinare realizată cu ajutorul biomarkerilor, este anticipată ca fiind factorul care conduce la eficacitate curativă îmbunătățită, reducerea riscului de efecte adverse, reducerea costurilor și îmbunătățirea eficacității în cadrul sistemelor de sănătate.

Propunem includerea unei serii de testări genetice (detaliată în tabelul subsecvent cu propuneri specifice) în sprijinul dezvoltării medicinei personalizate în oncologie (ex. cancer de sân, cancer bronhopulmonar, cancerul ovarian, cancer de prostată, cancer colorectal, cancer gastric, Leucemia mieloidă cronică, Mielofibroza & Policitemia Vera (MPN), Leucemie mieloidă Acută, Mastocitoză, Melanom) în normele la Contractul Cadru.

19. Susținem completarea listei de investigații paraclinice, servicii și criterii de calificare și punctaj conform Propunerilor tehnice specifice.

#### **A bis. Propuneri de principii specifice privind elaborarea unui nou tip de CoCa și Norme aferente**

1. Îmbunătățirea accesului pacienților care pentru tratarea problemelor de sănătate sunt nevoiți să utilizeze dispozitive medicale decontate prin CNAS prin implementarea prescripției medicale electronice și a deciziei electronice de acordare a dispozitivului medical în mod similar prescripției medicale pentru medicamente de uz uman decontate prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

2. Eliminarea confirmării primirii dispozitivului medical de către pacient cu Cardul Național de Asigurări de Sănătate, la expedierea echipamentului de către furnizor prin transport propriu sau închiriat.
3. Mărirea duratei prescripției medicale și a deciziei pentru Aparatul pentru administrarea continuă cu oxigen în cazul pacienților cu BPOC la 12 luni.
4. Mărirea duratei prescripției medicale și a deciziei pentru Aparatele de ventilație noninvasivă la 12 luni.
5. Reevaluarea definiției complianței în cazul aparatelor CPAP/BPAP la “minim 4 ore/noapte în 70% din zile”.
6. Recomandarea medicală să fie eliberată electronic la externarea pacientului din spital în sistemul informatic SIUI cu datele pacientului, diagnosticul și dispozitivul medical necesar tratamentului recomandat, conform cu normele de decontare în vigoare, selectate direct în SIUI, de către medicul curant cu competențele necesare.
7. Eliberarea deciziei de aprobare a dispozitivului medical să fie făcută tot în SIUI, cu respectarea normelor de acordare în vigoare selectate în funcție de diagnostic și tratamentul recomandat de medicul curant în Recomandarea Medicală.
8. Primirea de către pacient, la externare, a unui un cod de bare sau un număr al recomandării medicale electronice și o anexă cu datele de contact a furnizorilor în contract cu Casa de Asigurări pe tipul respectiv de dispozitiv medical, urmând să îl transmită furnizorului agreeat.
9. Necesitatea permiterii livrării la domiciliu, de către un furnizor de medicamente autorizat, a medicamentelor prescrise pentru asigurații cu boli cronice nedepasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară.
10. Pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii imbolnavirilor este extrem de important ca alaturi de monitorizare, diagnosticarea pentru persoanele cu risc sa fie facuta precoce, aceasta ducand la incetinirea progresiei bolii, reducerea spitalizarilor si scaderea morbidității și mortalității. Rolul medicului de familie in managementul integrat al bolilor cronice trebuie intarit, acesta fiind prima veriga din sistem care cunoaste pacientul cu toate patologiiile si factorii de risc si, in colaborare cu medicii specialisti, poate implementa managementul integrat, având o abordare multidisciplinară, pentru pacienti. In majoritatea tarilor din UE aceasta este practica medicala curentă, iar extinderea responsabilizarii medicilor de familie in managementul integrat al bolilor cronice are ca rezultat diminuarea poverii si cresterea rezilientei și sustenabilității sistemelor de sanatate.
11. Pentru incurajarea prezentarii asiguratilor la controalele medicale periodice, este necesar ca pacientii cu boli cronice, co-morbiditati sau factori de risc majori sa fie informati despre periodicitatea acestor controale si pachetul de servicii de de diagnosticare si monitorizare.

### **Paraclinic- laborator si imagistica**

1. Majorarea tarifelor aferente serviciilor paraclinice, atât laborator cat si imagistica
2. Eliminarea punctării unui număr maxim de echipamente pentru fiecare compartiment în parte. Propunem sa se punteze 2 echipamente, unul de rutina si unul de back-up; pentru a respecta ideea de mentenenta din standardul de calitate (actiuni preventive)
3. Eliminarea cerintelor CNAS de a prezenta o multitudine de documente referitoare la echipamente si service echipamente. E suficienta notificarea de la Ministerul Sanatatii a furnizorului de echipamente sau service.
4. Contractarea sa se realizeze la nivelul CNAS, prin intermediul CASJ in calitate de mandatar. Bugetul national este alocat furnizorilor pe baza punctajului in baza criteriilor, fiind definita o valoarea nationala unica a punctului. Repartizarea pe judete si limitele bugetare contractate la nivel de judet nu se vor mai aplica. Furnizorii cu prezenta in mai multe judetete vor avea posibilitatea sa aloce bugetul diferit la nivel judetean in functie de adresabilitatea locala, in limita unui procent minim din total ul bugetului la nivelul fiecarui judet.

In prezent contractarea se face individual de catre fiecare furnizor cu Casele de Asigurari de Sanatate Judetene, in limita bugetului alocat de Casa Nationala de Sanatate fiecarei CASJ pentru fiecare tip de contract

\*principiul este aplicat domeniului paraclinic si farma

Impact:

- Alocare echitabila a resurselor la nivel national
- Eficientizarea alocarii resurselor
- Control mai bun a modului de alocare si consumare a bugetelor alocate

5. Posibilitatea furnizorilor care au contractat servicii pe mai multe tipuri de asistenta paraclinica de a transfera sume intre tipurile de asistenta (ex. transfer bugetar intre laborator clinic si imastica) in vederea limitarii bugetelor neconsumate si suplimentarea acelor arii cu adresabilitate sau nevoie suplimentara. Orice transfer bugetar se va aproba de catre CJAS pe baza unor motive intemeiate.

Bugetele sunt impartite intre diversele tipuri de asistenta (laborator – impartit intre anatomie patologica si laborator clinic, radiologie imagistica medicala) fara posibilitatea de a transfera sumele intre acestea. Se obtine o executie bugetara mai buna, evitandu-se situatiile cand bugetele sunt neconsumate desi exista nevoi clare ale asiguratilor. Extinderea accesului la servicii medicale pentru asigurati prin alocarea resurselor bugetare catre acele servicii solicitate de catre asigurati.

In cursul unui an contractual adresabilitatea unui furnizor se poate modifica foarte mult, motivele fiind independente de criteriile de contractare folosite de CAS (ex. Termene de raspuns, instrumente digitale, personalitati medicale, marketing etc)

6. Punctajul sa fie calculat la nivel de furnizor

Punctajul se calculeaza in prezent pentru fiecare laborator.

Se evita astfel cazurile in care un furnizor are inregistrate in documente laboratoare distincte, dar in fapt acestea functioneaza impreuna, in acelasi imobil.

7. Biologii, biochimistii, chimistii, asistentii de laborator si farmacisti sa fie declarati si punctati pe un singur contract sau pentru un singur furnizor.

Similar si asistentii de radiologie ar trebuie sa fie declarati si punctati pe un singur contract sau pentru un singur furnizor.

Punctajul se calculeaza in prezent pentru fiecare laborator, medicii fiind punctati intr-un singur contract, dar biologii, biochimistii, chimistii, asistentii de laborator si farmacisti pot fi declarati si punctate pe mai multe contracte/furnizor.

8. Pentru furnizorii de laborator care beneficiaza de existenta unui laborator central, dreptul acestora de a procesa probe apartinand aceluiasi pacient atat in laboratorul local cat si in laboratorul central, raportarea urmand a fi efectuata de catre laboratorul local. Aceasta posibilitate ar trebuie sa existe pentru un numar si un volum limitat de teste, cu respectarea termenelor de eliberare a rezultatelor.

Furnizorii care detin un laborator central care poate asigura eliberarea rezultatelor cel putin in acelasi timp, dar in conditii mai avantajoase de cost trebuie sa poata beneficia de investitia realizata, in felul acesta fiind impulsionati toti furnizorii sa faca investitii care se vor intoarce in beneficiul CAS si al asiguratilor prin cresterea calitatii si reducerea timpului de eliberare a rezultatelor.

9. In cazul furnizorilor de imagistica, posibilitatea de transfera partial bugetul dintr-o luna in alta in cazul in care echipamentele sufera defectiuni care fac imposibila prestarea serviciilor pentru perioada cuprinse intre 5 si 10 zile.

Eficienta consumarii bugetelor prin acordarea serviciilor catre asigurati trebuie sa primeasca o modalitate concreta de punere in aplicare.



**10. Acceptare teleradiologia in practica medicala**

Radiologia este specialitate deficitara la nivel national si prin acceptarea telemedicinii prin acceptarea telemedicinii s-ar putea compensa deficitul de medici simultan cu asigurarea accesului mai larg la investigatii imagistice

**11. Acceptarea pana la doua norme pentru medici cu contracte individuale de munca sau prestari servicii. Radiologia este specialitate deficitara la nivel national**

**12. Acceptarea ca medicii de familie sa poata face recomandari pentru investigatii de inalta performanta in cazul unor afectiuni determinate (ex. CT torace) – nu exista in prezent**

In felul acesta se reduce atat timpul de asteptare al pacientului pana la stabilirea unui diagnostic de catre medicul specialist cat si o descongestionare a medicilor specialisti din ambulatoriu

**13. Punctarea sistemelor de programare automata pentru pacienti**

Facilitarea accesului la servicii folosind dezvoltari in sensul digitalizarii accesului pacientilor la servicii.

**14. Decontarea serviciilor de imagistica sa se faca in functie de serviciul prestat pentru pacient, nu de dotarea tehnica a echipamentului**

**15. Eliminarea obligativitatii de a elibera filme radiologie, CD-uri, atunci cand exista mijloace digitale modern**

**16. Alinierea normei de lucru in cadrul medicilor si asistentilor din specialitatea de Radiologie si Imagistica Medicala de 6 la 7 ore/zi**

In felul acesta se reduce timpul de asteptare al pacientului. Evolutia tehnologica a nu mai impune existenta unei norme de lucru reduce pentru specialitatea radiologie

**17. Vechimea echipamentelor CT, RX, DEXA, Mamograf sa tina cont de data primei autorizari CNCAN a echipamentului.**

Exista un decalaj semnificativ intre momentul producerii echipamentului si data obtinerii efective a autorizatiei

**18. Modificarea modului in care se stabileste punctajul furnizorilor de analize de laborator si servicii de radiologie si imagistica medicala care sa puncteze suplimentar / majoritar:**

a. Laborator: faza preanalitica – punctele de recoltare; personal specializat pentru recoltare; sisteme automate de sortare si stocare; sisteme automate de identificare si monitorizare a probelor; sisteme de verificare a calitatii

b. Laborator faza analitica: sisteme automatizate; linii de echipamente; sisteme care permit servicii la distanta; punctarea timpilor de raspuns

c. Laborator faza postanalitica: capacitatea de stocare automata; transmiterea rezultatelor prin mijloace electronice si acces la istoricul investigatiilor; solutii IT care monitorizeaza timpii de eliberare a rezultatelor; algoritmi automati de interpretare a rezultatelor.

d. Laborator – eliminarea punctajului pentru scheme de intercomparare si transformarea in conditie de eligibilitate

**19. Crearea de pachete de ambulatoriu compuse din servicii clinice si paraclinice**

**20. Echipamentele reuzinate sau recondiționare prin upgrade cu obținerea unui nou certificat CE.**

Anul original de fabricație trebuie certificat de către producător.

În cazul recondiționării prin upgrade, firma care instalează upgrade-ul trebuie să fie autorizată de producător. Reuzinarea echipamentelor se poate realiza doar în unitățile de producție ale producătorului sau în sediul furnizorului.

**21. Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice -radiologie imagistică medicală și medicină nucleară, stabilit pe total județ (Capitolul II / Norme).**



- 22.** Mentinerea programului monitor dupa clarificarea afectiunilor pentru care se aplica si persoanelor carora li se aplica

**Clinic/spitalizare/diagnosticare**

- 23.** Acordarea posibilitatii medicilor de medicina muncii de a acorda servicii de asistenta medicala primara in sensul in care sa poata acorda asiguratilor bilete de trimitere similare medicilor de familie
- 24.** Includerea medicilor de medicina muncii in programele de screening
- 25.** Permisuniunea medicilor din specialitatile deficitare de a avea un program extins in limita unei norme de 60 ore pe saptamana in contract cu 2 furnizori de servicii medicale
- 26.** Urgentarea accesului la diagnostic si tratament a pacientilor suspectati de o afectiune din sfera oncologica

Standardizarea urgentarii accesului pacientului cu suspiciune de cancer in toate etapele parcursului acestuia in sistemul medical, pe model "fast-track refferal":

Pacientul sa fie vazut de un medic specialist in termen de cel mult 2 saptamani de la data emiterii unei recomandari de catre medicul de familie pentru continuarea investigatiilor in legatura cu o suspiciune de cancer.

- 27.** Mentinerea actualului mecanism de contributie personala pentru spitalizarea continua si clarificarea informatiilor care trebuie transmise catre pacient si catre CNAS

