

OBSERVATII SI PROPUNERI CMR LA CO-CA 2011

1

ART. 2 (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

PROPUNERE CMR – “prin negociere”

ANEXA 1

CONTRACT-CADRU

privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011

Capitolul I: Definiții

Art. 1 (1) În înțelesul prezentei hotărâri, termenii și noțiunile folosite au următoarele semnificații:

- a) case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate județene, respectiv a municipiului București, Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului;
- b) norme - normele metodologice de aplicare a contractului-cadru;
- c) fond - Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate;
- d) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de recuperare-reabilitare a sănătății în ambulatoriu, respectiv totalitatea serviciilor pentru o cura de servicii de acupunctură.
- e) dispozitivele medicale – dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu.

(2) Definițiile care pot exista în alte acte normative și care sunt diferite de cele prevăzute la alin. (1) nu se aplică în cazul prezentei hotărâri.

PROPUNERE CMR: renunțare la acest articol sau redefinire clara a termenilor cu eliminarea aliniatului(2)

ART. 6 (1) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate a încetat din motive imputabile furnizorilor, confirmate după parcurgerea etapelor de la art. 5 alin. (3), casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate nu vor/va mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 12 luni de la data încetării contractului.

(2) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrate/inregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate și care desfășoară activitate sub incidența acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în

niciun alt contract a persoanei/persoanelor respective, până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 12 luni de la data modificării contractului.

PROPUNERE CMR – Renunțarea la sintagma ... “dar nu mai puțin de 12 luni” ..., considerand suficient pana la urmatorul termen de contractare

(3) După reluarea relației contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorilor sau persoanelor prevazute la alin.

(2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevazute la alin.

(2) în contractele încheiate cu acești furnizori sau cu alți furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

(4) În cazul în care furnizorii intră în relații contractuale cu aceeași casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1), (2) și (3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele de lucru.

OBSERVAȚIE CMR – ar trebui sa ramana o problema interna a unitatilor medicale daca lucreaza sau nu cu medici care au fost exclusi din contract de alti furnizori; motivele de excludere ar putea fi unele subiective.

ART. 7 (1) Organizarea și efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și a dispozitivelor medicale acordate asiguraților în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

PROPUNERE CMR: Controlul si analiza calitatii actului medical si a serviciilor se face obligatoriu cu participarea reprezentantului Colegiului Medicilor.

(2) Reprezentanții Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România participă la efectuarea controlului, în situația în care Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv casele de asigurări de sănătate solicită participarea acestora.

(3) Controlul calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

(4) Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor se organizează și se efectuează de către casele de asigurări de sănătate cu care aceștia se află în relații contractuale.

(5) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

(6) Organizarea și efectuarea controlului programelor naționale de sănătate se realizează conform prevederilor legale în vigoare în acest domeniu.

PROPUNERE CMR – Sa se stipuleze clar participarea si in acest caz a reprezentantilor furnizorilor ca parteneri egali in contract.

ART. 14(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale și casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:

- a) dovada de evaluare a furnizorului; furnizorul are obligația de a o reînnoi pe toată perioada de derulare a contractului.
- b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă;
- c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal (copie buletin/carte de identitate), după caz;
- d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
- e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrată în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
- f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare.

OBSERVATIE CMR – Prevederea este abuziva si nu are nici o legatura cu calificarea profesionala a furnizorului de a incheia contract pentru furnizare de servicii medicale (prevederea legala din Codul fiscal conform careia este obligatorie plata acestor contributii)

g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Casele de asigurări de sănătate solicită și alte documente necesare încheierii contractelor, a căror listă este prevăzută în contractul-cadru și norme.

PROPUNERE CMR –solicitarea imperativa de “alte documente” poate fi si abuzuva

Solicitam eliminarea paragrafului (2)

SECȚIUNEA a 3-a Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate

ART. 15 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:

- a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- b) să informeze asigurații cu privire la drepturile și obligațiile prevăzute de Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 și normele de aplicare a acesteia, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 386/2004;

Observatie CMR: Prevederea nu are legatura cu calitatea de asigurat si accesul la servicii de sanatate. Poate fi eventual trecuta la obligatiile casei de asigurari.

- s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condițiile prevăzute în prezentul contract-cadru și în norme;

OBSERVATII CMR – documentele justificative privind calitatea de asigurat se solicita la inscrierea pe liste , iar lunar casele de sigurari de sanatate transmit medicului de familie listele cu persoanele care nu mai indeplinesc calitatea de asigurat precum si lista cu persoanele asigurate nou intrate pe lista, altfel accesul asiguratilor la servicii medicale va fi foarte dificil iar responsabilitatea medicului aproape de neacoperit.

- y) să recomande asiguraților tratamentul adecvat, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform unui buget orientativ, în condițiile stabilite prin norme.

PROPUNERE CMR- Renuntarea la sintagma “ conform unui buget orientativ”

MANDATUL REPREZENTANTILOR CMR ESTE DE A REFUZA CATEGORIC PREVEDERILE ACESTUI ARTICOL care incalca prevederile Legii 95 privind responsabilitatea gestionarii fondurilor, incalcarea drepturilor asiguratilor privind accesul la tratament medicamentos odata ce epuizarea bugetului cu aceasta destinatie impartit arbitrar pe medici fara a tine cont de marimea listei, structura pe grupe de virsta si morbiditate, etc

ART. 16 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

- a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

PROPUNERE CMR – Sa se prevada explicit dreptul furnizorului de a incasa penalitati si daune morale datorate de casa de asigurari pentru

nerespectarea termenelor de decontare, in conformitate cu prevederile legale in vigoare

e) să încaseze sumele reprezentând fie contribuția personală pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare;

OBSERVATIE CMR – Contributia personala a pacientilor este altceva decat co-plata deoarece prima este stabilita de administratorii sistemului prin acte normative, iar co-plata era definita ca diferenta între suma asigurata de sistemul ASS si valoarea de piata a serviciului.

f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate; în aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate ART. 17 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea și valoarea de contract a fiecăruia, în cazul contractelor care au prevăzută o sumă ca valoare de contract, și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

Propunere CMR:...pe pagina web sa apară și modul de calcul al valorii de contract

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative;

d) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;

PROPUNERE CMR – de înlocuit sintagma “sau” cu sintagma “și prin intermediul paginii Web”...

e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de

condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

f) să înmâneze la momentul finalizării controlului sau, după caz, să comunice furnizorilor de servicii medicale procesele-verbale și/sau notele de constatare ca urmare a efectuării controalelor, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la data efectuării controlului;

g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum și contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu și fără contribuție personală, materiale sanitare și dispozitive medicale acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere, eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;

PROPUNERE CMR – eliminarea acestui paragraf; prevederile lui ar putea fi justificate doar în condițiile în care furnizorul va putea verifica în timp real prin cardul electronic calitatea de asigurat a pacientului.

- **introducerea unui alineat nou care să prevadă obligatia casei de asigurari de a plăti penalitati și daune morale pentru intarzierea la decontare a facturilor depuse de furnizori**

h) să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere.

SECȚIUNEA a 4-a Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

g) nerespectarea obligațiilor contractuale prevăzute la art. 14 lit. a), c), j), l), m), n), r), ș), ț), u) și v), precum și constatarea, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate că serviciile raportate conform contractului, în vederea decontării acestora, nu au fost efectuate;

h) la a patra constatare a nerespectării oricăreia dintre obligațiile prevăzute la art. 14 lit. b), e), f), g), h), i), k), o), p), q), s) și t);

i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive.

OBSERVAȚIE CMR – Prevederile paragrafelor g), h), i) sunt de neacceptat, lasand loc liber oricaror interpretari abuzive pentru

motivarea intreruperii contractului cu orice furnizor de servicii medicale devenit indezirabil. Consideram absolut necesara o discutie serioasa pe aceasta tema cu reprezentantii CMR

PROPUNERE CMR:...” nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract prin lipsa nejustificată a medicului in mod repetat prin analogie cu prevederile Codului muncii”

ART. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului.

OBSERVATIE CMR – Prevederea este abuziva si nu are nici o legatura cu calificarea profesionala a furnizorului de a incheia contract pentru furnizare de servicii medicale (prevederea legala din Codul fiscal conform careia este obligatorie plata acestor contributii)

(2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a unor litigii între părțile contractante până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.

PROPUNERE CMR: Introducerea sintagmei “doar pina la data” si eliminarea din text a parantezei :(până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.)

SECȚIUNEA a 6-a Asistența medicală primară - condiții specifice

1. Condiții de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară

ART. 23 (1) Asistența medicală primară se asigură de către medicii care pot să desfășoare activitate ca medici de familie potrivit Legii 95/2006 în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară, autorizați și evaluați potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

(2) La contractare, furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, și listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale. Listele vor fi raportate pe suport hârtie și în format electronic în cazul contractelor încheiate de furnizori pentru medicii nou-veniți și numai în format electronic pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent. Furnizorii care prezintă la contractare lista/listele numai în format electronic au obligația să depună și o declarație pe propria răspundere privind corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/acestora. Modelul unic de declarație este prevăzut în norme.

OBSERVATIE CMR – la sfarsitul anului contractual fiecare medic de familie are de la casa de asigurari cu care a fost in contract atat lista cu persoanele inscrise si asigurate cat si lista cu persoanele inscrise dar neasigurate, liste pe care s-a lucrat in tot cursul anului respectiv, drept care nu mai este nevoie de o declaratie in plus pentru conformitate.

(3) Necesarul de medici de familie cu liste, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane de pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe localități, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie și ai administrației publice locale; Criteriile se publică pe pagina web a CNAS și a caselor de asigurări de sănătate.

PROPUNERE CMR: Formulare noua: “ comisie paritara, formată din reprezentanți”

(4) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici și a numărului minim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, prevăzută la alin. (3), se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurari de sanatate și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național. stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul - cadru se publică pe pagina web a CNAS și a caselor de asigurări de sănătate.

(5) În localitățile urbane numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (3).

PROPUNERE CMR-renuntarea la numarul minim de 1000 persoane inscrise pe lista pentru incheierea contractului.

CMR insista pentru respectarea dreptului castigat al medicului de familie care a furnizat servicii medicale in contract cu casa de asigurari, respectiv dreptul de incheiere a unui nou contract chiar si in conditiile in care lista sa de asigurati si persoane beneficiare de pachet minimal a scazut sub 1000 de asigurati, daca medicul respectiv si-a indeplinit corect sarcinile profesionale si contractuale, nu a avut abateri de la deontologia profesionala, este membru CMR certificat si avizat pentru practica profesionala conform pregatirii sale.

NENEGOCIABIL

(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii se mentine timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe lista, stabilit pentru localitatea/zona respectivă de către comisia constituită conform alin. (3), în situația cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condițiile legii, prin denunțare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurari de sanatate. Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin modificarea acestuia. Persoanele înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

PROPUNERE CMR – CMR solicita insistent renuntarea la prevederea referitoare la scaderea cu 20 % a numarului de asigurati si persoane beneficiare ale pachetului minimal de pe lista unui medic de familie ca si criteriu de intrerupere a contractului cu casa de asigurari, avand in vedere multitudinea de cauze care pot conduce la o atare eventualitate: schimbarea sediului cabinetului medical, scaderea numarului de asigurati, plecarea persoanelor din localitatile urbane si culmea constinciozitatea unui medic care tine sa fie profesionist si nu un simplu furnizor de bilete de trimitere la cerere, pentru “toate analizele” pentru investigatii nejustificate si repetate, pentru eliberare de documente, scutiri, concedii medicale, retete, transcriere de retete sau bilete de trimitere, etc. incurajand practic concurenta neloiala de teama pierderii pacientilor de pe lista, inclusiv inducerea de costuri suplimentare in sistemul de asigurari cu servicii nejustificate.

NENEGOCIABIL

Pentru cazurile in care administratia locală, prin reprezentantul său, consideră necesara mentinerea medicului de familie, comisia prevăzută la alin. (3) analizează aceste cazuri si poate propune casei de asigurări de sănătate menținerea medicului

în contract cu aceasta în situația în care autoritatea publică locală asigură acoperirea diferenței de venit din plata „per capita” rezultată din scăderea numărului de persoane înscrise în listă sub limita stabilită de comisie.

SOLICITARE CMR: Eliminarea acestui paragraf neexistând nici un fel de temeieri legale care să susțină o atare situație; Trebuie să fie doar opțiunea medicului respectiv dacă își permite să continue activitatea în condițiile unui număr redus de pacienți.

(10) Până la data de 31 decembrie 2011 furnizorii din asistența medicală primară trebuie să implementeze sistemul de management al calității în conformitate cu SR EN ISO 9001: 2001, dată după care acesta devine criteriu de eligibilitate pentru a putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

OBSERVAȚIE CMR: Articolul nu conține prevederi aplicabile CO-CA2011; propunem eliminarea acestui paragraf.

ART. 29 Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă. În cabinetele medicale și/sau în localitățile unde își desfășoară activitatea cel puțin 2 medici de familie cu listă proprie, acordarea asistenței medicale se va asigura atât dimineața, cât și după-amiaza.

PROPUNERE CMR – CMR insistă pentru menținerea prevederii privind precizarea împărțirii programului de activitate zilnic minimum 5 ore la cabinet și 2 ore consultații la domiciliul pacienților pentru motivele: - există categorii de pacienți nedepășabili și care au dreptul la consultații la domiciliu în timpul programului medicului (nou-născuți, lauze)

- **medicii lucrează în marea majoritate în contratură în același cabinet, iar un program de 7 ore zilnic de cabinet ar împinge programul până la orele 22 când este puțin probabil să aibă adresabilitate din partea pacienților, timpul de după ora 19 fiind în general timp irosit.**
- **accesul pacienților la cabinet este asigurat practic în prezent timp de 10 ore având în vedere activitatea în contratură a medicilor în același spațiu**

- **daca nu exista solicitari la domiciliu si exista adresabilitate la cabinet, medicul isi va organiza singur programul de cabinet si pana la 7 ore zilnic; excesul de reglementare va crea disfunctionalitati in loc de cresterea accesului pacientilor la servicii medicale.**

ART. 32 (1) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condițiile legii, preia drepturile și obligațiile contractuale în aceleași condiții ca și deținătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.

(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraților cu privire la alegerea medicului de familie, are obligația să anunțe asigurații despre dreptul acestora de a opta pentru a rămâne sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis și respectarea obligației prevăzute mai sus se fac de către o comisie constituită conform dispozițiilor legale în vigoare.

OBSERVATIE CMR – Preluarea unui praxis in contextul legislativ actual un este supusa niciunui control din partea vreunei comisii si asa trebuie sa ramana; nerespectarea dreptului pacientilor de a alege alt medic decat cel care a preluat praxisul trebuie sesizata casei de asigurari .Propunem eliminarea

ART. 33 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară au următoarele obligații:

a) să acorde servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale;

b) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoane înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, și să comunice aceste modificări caselor de asigurări de sănătate; să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; să comunice caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;

PROPUNERE CMR – reiteram propunerea ca persoanele beneficiare de servicii din pachetul minimal – neasigurate – sa beneficieze de accesul la astfel de servicii in baza platii “per capita” fara a mai fi raportate nominal si nici platite la capitolul “per servicii”; ar fi mai simplu si mai economicos si pentru furnizor si pentru casa de asigurari.

h) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de

tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu sau la externarea din spital, precum și medicul de medicină a muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, al cărui model este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situația în care medicul de familie prescrie medicamente cu și fără contribuție personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul;

OBSERVAȚIE CMR – Nu se respecta prevederile art. 81 din Codul deontologic privind libertatea profesiei și netransferul responsabilităților față de actul medical; introduce costuri cu formulare tipizate, sporește birocratia (pentru a comunica prin scrisoare medicală tipizată, medicul specialist din spital, ambulator, etc trebuie să cunoască veniturile din pensie ale pacienților și dacă tot trebuie să le cunoască este mai simplu să prescrie direct Rp în loc de completarea unei scrisori medicale).

l) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să predea către casele de asigurări de sănătate, pe bază de proces-verbal, următoarele documente medicale: registrul de consultații în uz și fișele medicale în uz referitoare la persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data încetării/rezilierii sau excluderii din contract/convenție. Procesul-verbal de predare/preluare a documentelor medicale, realizat conform modelului prevăzut în norme, se aduce la cunoștința comisiei constituite conform prevederilor legale în vigoare.

PROPUNERE CMR - adaugarea în textul primului alineat a sintagmei « dacă praxisul nu a fost preluat de alt medic » .Eliminarea frazei finale ca nejustificată.

ART. 35 Modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară sunt:

- a) tarif pe persoană asigurată - per capita;
- b) tarif pe serviciu medical-consultație.

PROPUNERE CMR –inlocuirea sintagmei”persoana asigurata” cu “persoana inscrisa” ART. 36 (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face

prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul persoanelor înscrise pe lista proprie - conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea și cu valoarea unui punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale profilactice, curative, de urgență și a unor activități de suport. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane înscrise pe lista proprie se ajustează gradual, cu excepția zonelor defavorizate, în condițiile prevăzute în norme. Valoarea punctului per capita este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate este prevăzută în norme și este asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;

PROPUNERE CMR: inlocuirea sintagmei”persoana asigurata” cu “persoana inscrisa”

b) plata prin tarif pe serviciu medical-consultație, stabilit în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu și nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

(2) Pentru stabilirea valorii unui punct per capita și a valorii minim garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anul 2011 are următoarea structură:

a) sumele necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;

b) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu-consultație, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).

PROPUNERE CMR: Ne mentinem punctul de vedere si insistam ca structura fondului aferent asistentei medicale primare sa ramana 90 % pentru plata « per capita » si 10 % pentru plata « per servicii-consultatie » considerand-o ca o premisa pentru un bun control al costurilor, pentru asigurarea accesului pacientilor la servicii medicale

din pachetul de baza care contine mai mult de 90 % din totalul serviciilor de care beneficiaza asiguratii, pentru a asigura un venit cat de cat stabil pentru cabinetele medicilor de familie.

Motivatie : modificarea structurii fondului la 50% , respectiv 50%, ar conduce in mod clar la scaderea valorii punctului per capita, respectiv la scaderea venitului cabinetului, in coditiile in care cheltuielile cu intretinerea si functionare acestuia precum si cheltuielile de personal, au crescut deja.

ART. 39 (1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contract, precum și prescrieri nejustificate de medicamente cu și fără contribuție personală din partea asiguratului, inclusiv fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, și ale unor materiale sanitare și/sau recomandări nejustificate de investigații paraclinice, precum și transcrierea de prescripții medicale pentru medicamente cu sau fără contribuție personală a asiguratului și pentru unele materiale sanitare, precum și de investigații paraclinice care sunt consecințe ale unor acte medicale prestate de alți medici, în alte condiții decât cele prevăzute la art. 33 lit. h), se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, medicilor de familie la care acestea au fost înregistrate, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligațiilor prevăzute la art. 15 lit. b), e), f), g), h), k), o), p), q), s) și t) și la art. 33 lit. a), b), c), d), e), k) și m), se diminuează valoarea punctului per capita, respectiv suma stabilită conform art. 31 în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situații, după cum urmează:

- a) la prima constatare, cu 10%;
- b) la a doua constatare, cu 20%;
- c) la a treia constatare, cu 30%.

(3) Reținerea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(4) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (1) și (2) se face prin plata directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) și (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

(6) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) și (2), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.

OBSERVAȚIE : CMR considera mult exagerate nivelurile sancțiunilor și pentru prea multe cauze ușor interpretabile subiectiv; este necesară o analiză pertinentă cu reprezentanții CNASS a implicațiilor ce ar decurge din interpretări subiective

ART. 41 Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre situațiile prevăzute la art. 20, precum și în următoarele situații:

- a) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;
- b) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- c) în cazul în care numărul persoanelor înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe localitate/zonă de către comisia constituită conform art. 23 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.

PROPUNERE : CMR solicita eliminarea paragrafului c) pentru aceleași motivații susținute la anterior nefiind un criteriu corect de întrerupere a contractului cu casa de asigurări, având în vedere multitudinea de cauze care pot conduce la o atare eventualitate: schimbarea sediului cabinetului medical, scăderea numărului de asigurați, plecarea persoanelor din localitățile urbane și culmea conștiințiozitatea unui medic care ține să fie profesionist și nu un simplu prescriptor de bilete de trimitere la cerere, pentru “toate analizele” pentru investigații nejustificate și repetate, pentru eliberare de documente, scutiri, concedii medicale, rețete, transcriere de rețete sau bilete de trimitere, etc. încurajând practic concurența neloială de teama pierderii pacienților de pe listă.

SECȚIUNEA a 7-a Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, paraclinice, asistența medicală dentară și asistența medicală ambulatorie de recuperare-reabilitare a sănătății - condiții specifice

ART. 44 (1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, pentru medicii cu specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății. În situația în care un medic are mai multe specialități clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătății, acesta își poate desfășura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda și raporta servicii medicale aferente specialităților respective, în condițiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialități și autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător, stabilit prin contractul încheiat.

(2) Cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor, precum și cabinetele medicale în care își desfășoară activitatea medicii care au obținut competență/atestat de studii complementare de acupunctură, fitoterapie,

homeopatie, certificați de Ministerul Sănătății și care lucrează exclusiv în aceste activități, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competențelor/atestatelor de studii complementare de mai sus. Cabinetele medicale de planificare familială care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, în care își desfășoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie,

încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială.

(3) Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, după caz, în condițiile stabilite prin norme.

(4) Numărul necesar de medici de specialitate și numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică și pentru medicina dentară, pe județe, pentru care se încheie contractul, se stabilește, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al presedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, de către comisia formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, respectiv ai direcțiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele și instituțiile centrale cu rețea sanitară proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai colegiilor teritoriale ale medicilor dentiști, ai organizațiilor patronale și sindicale și societăților profesionale ale medicilor de specialitate din asistența medicală ambulatorie pentru specialitățile clinice, reprezentative la nivel județean, respectiv pentru medicina dentară, după caz. Comisia stabilește numărul necesar de medici și numărul necesar de norme. Prin normă se înțelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi și, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Criteriile se publică pe pagina web a CNAS și a caselor de asigurări de sănătate.

PROPUNERE CMR : La art. 44 (4) –sa se completeze „comisie paritara”

ART. 45 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuți la art. 43 și casa de asigurări de sănătate se încheie în baza documentelor prevăzute la art. 14, precum și a următoarelor documente:

(5) Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, de medicină dentară, paraclinice și de recuperare-reabilitare a sănătății, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 43, cu excepția cabinetelor medicale prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b) își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 48 alin. (3). Excepție fac situațiile în care același furnizor are contract încheiat și cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești și/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului, avându-se în vedere și prevederile art. 317 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și

completările ulterioare, după caz.

PROPUNERE CMR: Completarea .. în baza unui singur contract încheiat” in nume propriu, ca reprezentant legal al furnizorului”

ART. 49 (1) În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 15, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate sunt obligați:

a) să acorde servicii de asistență medicală ambulatorie de specialitate asiguraților numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepția: urgențelor, afecțiunilor cornice prevăzute în norme, pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, afecțiunilor confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate și pentru care asiguratul are stabilit un plan de monitorizare și tratament pentru minimum 6 luni, serviciilor de medicină dentară, precum și a serviciilor de acupunctură, fitoterapie, homeopatie și planificare familială. Lista cuprinzând afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unitățile ambulatorii care acordă asistență medicală de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin norme. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului (CEE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare și a investigațiilor medicale paraclinice;

PROPUNERE CMR -La art. 48 (1) lit. a – sa se elimine sintagma „precum si a serviciilor de acupunctura, fitoterapie, homeopatie”

Explicatie:

Ne mentinem opinia exprimata de-a lungul anilor ca aceasta este o discriminare pozitiva in favoarea respectivelor competente.

f) să pună la dispoziția organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fișe tehnice - cu privire la tipul și cantitatea reactivilor achiziționați și care au fost utilizați pentru toate investigațiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul - investigații medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum și pentru orice alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziția organelor de control ale casei de asigurări de sănătate documentele justificative anterior menționate se sancționează conform legii și conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situația în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanțe între investigațiile medicale efectuate în perioada verificată și cantitatea de reactivi achiziționați conform facturilor și utilizați în efectuarea investigațiilor, aceasta procedeează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice și sesizează mai departe instituțiile abilitate de lege să efectueze controlul unității respective;

PROPUNERE CMR: Se elimina din text ” precum și a oricăror alte investigații efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul”

ART. 51 (1) În relațiile cu furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate sunt obligate:

- a) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total național de puncte realizat, prin afișare pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
- b) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
- c) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- d) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale și contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competența legală necesară și au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condițiile prevăzute în norme;
- e) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate și validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical/serviciu medical-caz, în condițiile stabilite prin norme.

PROPUNERE CMR: completarea aliniatului e) cu urmatorul text: “și sa plateasca furnizorilor penalitati si daune morale pentru intirzierile la decontarea seviciilor”.

ART. 53 (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate se face prin:

- a) plata prin tarif pe serviciu medical:
 - a1) exprimat în puncte, pentru specialitățile clinice, stabilită în funcție de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea, de gradul profesional al medicilor și de valoarea unui punct, stabilită în condițiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și condițiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Valoarea definitivă a punctului este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru și nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct stabilită în norme. Sumele aferente asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice luate în calcul la stabilirea valorii minime garantate și a valorii definitive a punctului sunt cele rezultate după reținerea sumei ce rezultă potrivit pct. a2);
 - a2) exprimat în lei, pentru serviciile conexe actului medical, contractate și

raportate de furnizorii de servicii medicale clinice. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul alocat asistenței medicale ambulatorii pentru specialitățile clinice. Tarifele serviciilor conexe actului medical și condițiile acordării acestora sunt prevăzute în norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical, exprimat în lei, pentru:

b1) serviciile medicale acordate în specialitățile paraclinice. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente acestora sunt prevăzute în norme. Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalchează pe luni și se regularizează lunar, conform normelor. Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează servicii medicale paraclinice, la tarife negociate, care nu pot fi mai mari decât tarifele maxime prevăzute în norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile medicale paraclinice cu toți furnizorii, în condițiile stabilite prin norme;

b2) serviciile medicale de medicină dentară. Suma convenită se stabilește în funcție de numărul de servicii medicale și de tarifele aferente acestora. Condițiile acordării serviciilor medicale și tarifele aferente acestora sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentiști pe an se defalchează pe luni și se regularizează trimestrial, conform normelor;

c) plata prin tarif pe serviciu medical –consultatie/ caz, exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile medicale de recuperare-reabilitare și pentru serviciile de acupunctură. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenței medicale de recuperare. Serviciile medicale de recuperare acordate în unitățile ambulatorii în care își desfășoară activitatea medici angajați într-o unitate sanitară și în cabinetele medicale de specialitate din structura unităților sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor din sistemul de apărare, ordine publică, siguranță națională și al autorității judecătorești, pentru care cheltuielile materiale se suportă de către unitățile în structura cărora funcționează, se decontează de casele de asigurări de sănătate la tarife diminuate, potrivit condițiilor stabilite prin norme.

(3) Fac excepție de la prevederile alin. (2) urgențele și afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, precum și afecțiunile cronice pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, prevăzute în norme, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctură, homeopatie, fitoterapie și planificare familială. Pentru afecțiunile confirmate care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice, precum și afecțiunile cronice pentru care se organizează evidența distinctă la nivelul medicului de familie și al medicului de specialitate din ambulatoriu, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctură, homeopatie, fitoterapie și planificare familială, medicii de specialitate au obligația de a solicita persoanelor respective documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, pe care le atașează la fișa medicală. În cazul urgențelor se vor solicita documentele justificative care atestă calitatea de asigurat numai în situația în care sunt acordate servicii din pachetul de servicii de bază.

PROPUNERE CMR:La art.53(3) sa se elimine sintagma „precum si a serviciilor de acupunctura, fitoterapie, homeopatie”

Explicatie:

Ne mentinem opinia exprimata de-a lungul anilor ca aceasta este o discriminare pozitiva in favoarea respectivelor competente.

SECȚIUNEA a 8-a Servicii medicale în unități sanitare cu paturi

1. Condiții de eligibilitate în asistența medicală spitalicească

ART. 61 (1) Asistența medicală spitalicească se acordă în unități sanitare cu paturi, autorizate și evaluate conform legii.

(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secțiile/compartimentele care îndeplinesc condițiile de desfășurare a activității în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătății cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialității secției/compartimentului, și cu privire la dotările necesare pentru funcționare. Pentru spitalele în care în secții/compartimente personalul care desfășoară activitatea nu are normă de bază, casele de asigurări de sănătate vor raporta Casei Naționale de Asigurări de Sănătate situația nominală a acestora, forma în care își desfășoară activitatea și locul normei de bază.

PROPUNERE CMR -La art. 61 (2) – la ultima fraza sa se adauge propozitia „cu exceptia medicului specialist in lipsa caruia nu incheie contractul”

e) indicatorilor specifici stabiliți prin norme, precum și a nivelului indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public asumați prin contractul de management, cu excepția spitalelor care au manageri interimari.

PROPUNERE CMR -La art. 60 (5) lit. e – sa se elimine propozitia „precum si nivelul indicatorilor de performanta ai managementului spitalului public asumat prin contractul de management.”

Observatie:

Oare spitalul cere pentru contractarea cu C.J.A.S. nivelul de realizare a indicatorilor de management pentru seful C.J.A.S.?

(6) Până la data de 31 decembrie 2011 spitalele trebuie să implementeze sistemul de management al calității în conformitate cu SR EN ISO 9001: 2001, dată după care acesta devine criteriu de eligibilitate pentru a putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

OBSERVATIE CMR: Articolul nu contine prevederi aplicabile CO-CA2011 si deasemenea la momentul actual se aplica SR EN ISO 9001: 2008

ART. 66 (1) La contractarea serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 95% din fondurile alocate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de sănătate după ce s-a dedus suma aferentă serviciilor medicale paraclinice ce se pot efectua în ambulatoriu de unitățile sanitare cu paturi și de către furnizorii de servicii medicale - investigații paraclinice în laboratoarele/punctele de lucru din structura acestora organizate ca urmare a procedurii de externalizare.

(2) Diferența de 5% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează pentru decontarea serviciilor prevăzute la art. 47 alin. (2) lit. b), pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 75, precum și pentru decontarea sumelor reprezentând depășirea valorii trimestriale de contract cu maximum 5% din valoarea acesteia pentru spitalele clinice de urgență care au peste 5.000 de cazuri externate/lună, respectiv 60.000 de cazuri externate/an, cât și pentru alte situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, după caz.

OBSERVATIE CMR -La art. 66 (2) – creeaza discriminare pozitiva in favoarea unor spitale mari care si asa au tariful cazului mult mai mare decat celelalte spitale.