



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

## Propuneri si observatii la Proiect Contract Cadru 2013-2014

afisat pe site cnas.ro in data de 19 octombrie 2012

Forma actuala	Forma propusa	Observatii
<p>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 Biochimistilor, Biologilor și Chimistilor, 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.</p>	<p>Întrucât <i>“Contractul cadru este acordul prin care <b>părțile</b> convin să <b>negocieze</b>, să incheie sau să mentina raporturi contractuale ale caror elemente esențiale sunt determinate de acesta”</i> - conform art. 1176, alin.1) din Codul civil intrat în vigoare la data de 01.10.2011 și în plus, contractul de furnizare de servicii medicale este un contract civil adică se derulează în baza Codului civil nou, lucru confirmat de art. 6, alin 1) din prezentul proiect de Contract cadru, ne reiterăm solicitarea de înlocuire a sintagmei “cu consultarea” cu sintagma “prin <b>negociere</b>”, <b>solicitare pe care am făcut-o cu ocazia fiecărei discuții cu CNAS sau cu MS pe Contractul cadru si pe legea 95, ocazii cu care am solicitat și solicităm si de această dată modificarea prevederilor legii 95 în acest sens.</b></p>	
<p>Art. 6. - (1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale și casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Națională de Asigurări de Sănătate, sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se</p>	<p>Ne reiterăm, de asemenea, solicitarea de revenire la periodicitatea <b>anuală</b> a Contractului cadru, cu modificarea în consecință a prevederilor legii 95, având în vedere modificările foarte frecvente din sistemul sanitar și situația socio-economică din țară.</p>	



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.</p> <p>(2) Creditele bugetare aferente acțiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanțate și plătite în cursul exercițiului bugetar. Plățile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exercițiul bugetar curent sau în exercițiile bugetare anterioare.</p>		
<p>Art. 1(1)</p> <p>ART. 1 (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.</p>	<p>Art. 1(1)</p> <p><del>(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.</del></p>	<p>Prevederile acestui alineat din proiectul de Contract-cadru încalcă prevederile art. 11, lit.a) din Legea nr. 24/2000 privind tehnica legislativă : “<i>proiectul de act normativ <b>trebuie corelat</b> cu prevederile actelor normative de nivel superior sau de același nivel, cu care se află în conexiune</i>”</p>
<p>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</p>	<p>Propunem reformularea :</p> <p>Art. 7(1) <b>Controlul privind respectarea obligațiilor contractuale ale furnizorilor și a calității serviciilor medicale acordate asiguraților de către furnizori se organizează de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și casele de asigurări de sănătate la care pot participa și reprezentanți ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentiști din România, Colegiului Farmaciștilor din România,</b></p>	<p>2. Textul alin.(2) este redundant cu teza a doua a alin. (1).</p> <p>4. Și enunțul alin.(4) este redundant cu părți din alin. (1), motiv pentru care propunem gruparea alin.(1)-(4) într-un singur alineat, iar alin. (5), renumerotat, să devină alin. (2).</p> <p>În plus, solicităm participarea la control a reprezentanților organizațiilor naționale patronale și profesionale , știut fiind că acestea reprezintă <b>furnizorii, recte medicii.</b></p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>și ai Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.</p> <p>(2) La efectuarea controlului de către reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, aceștia solicită participarea reprezentanților 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, după caz, situație în care aceștia participă la efectuarea controlului.</p> <p>(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, în condițiile legii.</p> <p>(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 și, după caz, de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.</p> <p>(5) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa</p>	<p><b>reprezentanți ai organizațiilor naționale patronale și profesionale din domeniul sanitar.</b></p>	
---	---	--



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.		
<b>CAPITOLUL II</b> Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale	<b>CAPITOLUL II</b> Dispoziții generale și condiții specifice pentru furnizorii de servicii medicale	
<b>SECȚIUNEA a 2-a</b> Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale 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 valabilă la data încheierii 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; e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a	<b>SECȚIUNEA a 2-a</b> Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale 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 valabilă la data încheierii 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; e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; f) dovada plății la zi a contribuției la Fond pentru asigurări sociale de sănătate și a	Caracterul opțional al contribuției pentru concedii și indemnizații pentru medicul titular



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>contribuției pentru concedii și indemnizații, efectuată conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p>	<p><del>contribuției pentru concedii și indemnizații</del> efectuată conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>g) cererea/solicitarea pentru intrare în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.</p> <p>Propunem adăugarea:</p> <p><b>h) avizul Comisiei constituite conform Art 23, (3) pentru intrarea în contract cu CAS a cabinetelor medicale înființate ca și puncte de lucru/puncte secundare de lucru.</b></p>	<p>este precizat în legislație.</p> <p>Pentru evitarea confuziilor datorate actualelor prevederi legislative neclare ca și exprimare, în aceste situații.</p>
<p>SECȚIUNEA a 3-a</p> <p>Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate</p> <p>Art. 15. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:</p> <p>f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate;</p> <p>i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în</p>	<p>SECȚIUNEA a 3-a</p> <p>Obligațiile și drepturile generale ale furnizorilor de servicii medicale, precum și obligațiile generale ale caselor de asigurări de sănătate</p> <p>Art. 15. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligații:</p> <p>f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, <b>furnizate gratuit de către casa de asigurări de sănătate;</b></p> <p>i) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, <b>cu avizul conform al direcției de sănătate publică județene sau a municipiului</b></p>	<p>Formularele cu regim special servesc exclusiv casei de asigurări, pentru urmărirea și decontarea serviciilor furnizate. Costurile formularelor nu pot fi transferate furnizorilor.</p> <p>DSP poate solicita CAS-ului programul furnizorilor existenți în contract. Programul de lucru al furnizorilor este înregistrat din 2010 și în SIUI.</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;

**București, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme,** program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; **avizul conform al direcției de sănătate publică se depune la casa de asigurări de sănătate în termen de maximum 30 de zile de la data semnării contractului;**

j) să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum **5 10** zile calendaristice de la data producerii modificării, și să îndeplinească în **continuare** aceste condiții pe durata derulării contractelor;

x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice și prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. **În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de**

Pentru menținerea unei atitudini unitare, dat fiind că, de exemplu, 10 zile este și termenul în care CJAS anunță furnizorul despre rezultatele controlului. (art 7 alin. (5) )

Sancțiunea este disproporționat de mare față de “valoarea” faptei/greșelii. Propunem sancțiuni graduale, ca și în multe alte cazuri, începând cu avertisment.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>Art. 16 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:</p> <p>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;</p>	<p><b>asigurări de sănătate din Fond;</b></p> <p>Art. 16. - În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:</p> <p>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;</p> <p><b>În cazul nerespectării acestor termene prevăzute în contract, casele de asigurări de sănătate au obligația de a plăti dobânzi, penalități de întârziere sau majorări de întârziere, după caz, aferente impozitelor, taxelor, contribuțiilor și altor sume datorate bugetului general consolidat.</b></p> <p>Propunem să se introducă:</p> <p><b>g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și electronic în format compatibil SIUI, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii;</b></p> <p><b>h) să primească gratuit din partea caselor de asigurări de sănătate, formularele cu regim special menționate în Art. 15, lit f;</b></p>	<p>.</p> <p>In spiritul reciprocității privind responsabilitatea asupra neîndeplinirii obligațiilor contractuale și sancțiunile aferente trebuie să existe de ambele părți.</p> <p>Raportul de erori trebuie să poată fi preluat de SIUI în așa fel încât trimestrial să poată fi generată ușor, din SIUI, lista serviciilor anterior refuzate în mod eronat, în scopul decontării corecte. De exemplu, un nou-născut înscris în luna nașterii este validat în SIUI abia după două luni. Acest lucru duce la refuzul decontării serviciilor acordate nou născutului, care sunt foarte greu de identificat și recuperat ulterior de furnizor. Practic nu există nici o modalitate tehnică de a realiza acest lucru acum în SIUI.</p>
---	---	---



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>Art. 17. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:</p> <p>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;</p>	<p>Art. 17. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații:</p> <p>g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, <del>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</del>, 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</p>	<p>Întrucât toți furnizorii în contract cu CAS au obligația verificării calității de asigurat a pacienților înainte de a li se acorda servicii medicale, nu se motivează/este abuzivă reținerea de la medicii de familie a contravalorii serviciilor medicale recomandate/medicamentelor, efectuate/recomandate de alți furnizori.</p>
<p>SECȚIUNEA a 4-a Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale</p> <p>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: cepirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare</p>	<p>SECȚIUNEA a 4-a Condiții de reziliere, încetare și suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale</p> <p>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: C) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației</p>	<p>Remediarea situației, în urma revocării actelor</p>





Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora; d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;</p> <p>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.</p>	<p>sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora, <b>exceptind cazul în care se face dovada demersurilor de reinnoire sau conformare;</b> d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului, <b>exceptind cazul in care se face dovada demersurilor de reinnoire sau conformare;</b> <del>—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.</del></p>	<p>la care se face referire, poate sa dureze mai mult decât cele 30 de zile prevăzute, din motive independente de voința furnizorului și în ciuda inițierii imediate a demersurilor de către furnizor.</p> <p>Conform prevederilor art. 1.170 Cod civ., „Partile trebuie sa actioneze cu buna-credinta atit la negocierea si incheierea contractului, cit si pe tot timpul executarii sale. Ele nu pot limita sau inlatura aceasta obligatie”; ori, prin impunerea atâtor sancțiuni din partea casei nu este luată în calcul buna-credința a furnizorilor. În plus, relația contractuală dintre casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii nu este o relație contractuală bazată pe prevederile Codului muncii, ca sa justifice sancționarea pentru cele “3 zile consecutive” de absență nemotivată de la program. De asemenea, nu se pot da trei sancțiuni pentru același tip de abatere “nerespectarea programului de lucru”: lit. a) și h) ale prezentului articol, precum și lit.i) de la art. 15 din prezentul proiect de Contract-cadru.</p>
<p>Art. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p>d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data</p>	<p>Art. 21 (1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:</p> <p><del>d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a termenelor de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate din evidențele proprii sau ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data</del></p>	<p>Pentru nerespectarea <b>termenelor</b> de plată a contribuției la Fond, există legislația fiscală care se aplică tuturor cetățenilor României.</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.	<del>la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.</del>	
Art. 21. -  (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 doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme.	Art.21  (2) Decontarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform contractelor încheiate se suspendă de la data de înregistrare a <del>documentului prin care se constată nesoluționarea pe cale amiabilă a</del> <b>hotărârii de soluționare</b> a unor litigii între părțile contractante doar până la data la care contravaloarea acestor servicii medicale atinge valoarea concurentă sumei care a făcut obiectul litigiului, în condițiile stabilite prin norme	<b>În caz de litigiu</b> , doar o hotărâre a unui organ abilitat legal poate duce la o nedecontare/reținere de bani.
SECȚIUNEA a 6-a Asistența medicală primară - condiții specifice	SECȚIUNEA a 6-a Asistența medicală primară - condiții specifice	
Art. 23(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	(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	Furnizorii nu sunt abilitați legal să ateste și să certifice, printr-o declarație pe propria răspundere, corectitudinea <b>datelor de identificare</b> (CNP, etc.) ale înscrisurilor, acest lucru intrând în atribuția altor instituții, cum ar fi Serviciul de evidență a populației din subordinea Ministerului de Interne.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

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.

(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 unități administrativteritoriale/ zonă 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, pe

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~~-**listei/listelor de persoane înscrise** 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.

(3) Necesarul de ~~medici de familie~~ **cabinete de medicina de familie cu liste**, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane de pe listele **cabinetelor de medicină 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 unități administrativteritoriale/ ~~zonă~~-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

Este necesară această modificare pentru evitarea unor atitudini neunitare la nivelul caselor de asigurări, având în vedere că lista este a cabinetului conf. Legii 95/2006:  
“Art. 71. - Cabinetul de medicină de familie furnizează servicii medicale către pacienții:  
a) asigurați, înscriși pe lista proprie sau a altor cabinete;”  
precum și a Art. 218, alin (2), lit. a) :  
“asigurații au dreptul. ...să aleagă furnizorul de servicii medicale “ – recte Cabinetul - lucru întărit și de art. 60 din Ordinul 1322 care este Normă de aplicare a Lg. 95.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.</p>	<p>de familie, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.</p>	<p>Nu există o împărțire <b>oficială</b> în zone a localităților, regiunilor, județelor. Poate duce la abuzuri, prin depășirea necesarului deja stabilit pentru unitățile administrativ-teritoriale.</p>
<p>(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).</p>	<p>(5) În localitățile urbane numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie <b>nou veniți</b>, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 1.000, <del>cu excepția zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (3).</del></p>	<p>Impunerea trebuie să fie pentru medici nou veniți și nu și pentru cei deja existenți în relație cu CAS.</p>
<p>(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/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 asigurări de sănătate. Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluși din contract prin</p>	<p><del>(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane înscrise pe listă, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/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 asigurări de sănătate. — Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie</del></p>	<p><b>Declarat nelegal !</b> - motivarea instanței <i>Această reglementare afectează drepturile și interesele legitime ale medicului de familie, având în vedere că opțiunea de înscriere pe o listă sau alta aparține exclusiv pacientului, fiind încălcat și dreptul acestuia de a-și alege medicul de familie care să îl trateze. Totodată, prevederea menționată este în contradicție cu dispozițiile art. 32 din Contractul-cadru, conform cărora furnizorii de servicii sunt obligați să înscrie pe listele lor anumite categorii de persoane, fără ca această prevedere să fie corelată cu cea care stabilește</i></p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>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.</p>	<p><del>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.</del></p>	<p>numărul maxim de pacienți. -.</p> <p>Se referă la cei aflați deja în contract cu CAS, iar pe parcursul contractului scade sub nr. minim de pacienți stabilit de comisia paritară.</p>
<p>(8) Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, și următoarele documente, după cum urmează: b) 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, pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.</p> <p>(9) Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.</p>	<p>(8) Furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară depun la contractare, pe lângă documentele prevăzute la art. 14, și următoarele documente, după cum urmează: b) declarație pe propria răspundere privind <del>corectitudinea datelor de identificare ale persoanelor înscrise pe listă</del> <b>corectitudinea listei/listelor de persoane înscrise</b> la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformității și valabilității acesteia/<b>acestora</b> pentru medicii care au fost în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent.</p> <p>(9) Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul <del>maxim</del> <b>optim</b> de persoane înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Condițiile acordării și decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme</p>	<p>Atâta timp cât este prevăzută obligativitatea furnizorului de a înscrie pe listă copii, gravide și alte persoane, sub amenințarea sancționării neîndeplinirii acestei obligații, considerăm că sintagma “optim” este mult mai potrivită decît sintagma “maxim”, altfel apare contradicția între obligativitate și legalitate, obligativitatea ducând la încălcarea legalității.</p>
<p>Art. 25 Pentru realizarea unor servicii adiționale care necesită dotări speciale, medicii de familie pot încheia contracte cu furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.</p>	<p>Art. 25 Pentru realizarea unor servicii adiționale care necesită dotări speciale, medicii de familie pot încheia contracte <b>cu</b> furnizori de servicii medicale organizați conform prevederilor legale în vigoare, în condițiile prevăzute în norme.</p>	<p>Formulare neclară, neconformă reglementărilor legii 95, cel mai probabil fiind o simplă greșeală de redactare : s-a scris cuvântul “cu” în loc de “ca”.</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>Art. 29. - Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie 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.</p>	<p><b>Propunem reformularea:</b></p> <p><b>Art 29. - Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, va fi organizat în funcție de condițiile specifice din zonă și respectând necesitățile reale ale pacienților, asigurând 35 de ore minim săptămânal.</b></p>	<p>Pacienții își accesează medicul la care sunt înscrși, nu oricare medic care este la program. Pentru continuitatea asistenței medicale primare există centre de permanență, garda la domiciliu, serviciile de urgență, ș.a.</p>
<p>3. Medicii de familie nou-veniți într-o localitate</p> <p>Art. 31. - (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei, de un venit care este format din:</p>	<p>3. Medicii de familie nou-veniți într-o localitate</p> <p>Art. 31. - (1) <del>Medicul de familie</del> <b>Cabinetul de medicină de familie nou-înființat</b> într-o localitate beneficiază lunar, în baza unei convenții de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical și casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei, de un venit care este format din:</p> <p>Propunem să se adauge: <b>(3) Convențiile de furnizare de servicii medicale se încheie numai cu avizul Comisiei constituită conform art.23, alin 3.</b></p>	<p>Potrivit prevederilor art. 69, alin.(1) din legea 95/2006 : <i>“Înființarea unui <b>nou cabinet de medicină de familie</b> într-o localitate se realizează în conformitate cu prevederile legale. Metodologia se stabilește prin norme aprobate prin ordin al ministrului sănătății publice.”</i></p> <p>Pentru a se evita confuziile în privința semnificației/implicațiilor termenului „convenție”, folosit în loc de „contract” în cazul medicilor nou-veniți.</p>
<p><b>4. Obligațiile furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și ale caselor</b></p>	<p>g) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele</p>	



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

#### de asigurări de sănătate

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:

.....  
g) 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, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului

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, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală 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~~

Este în folosul asiguratului să beneficieze și de această facilități de la toți furnizorii, nu doar prin medicul de familie, pentru a nu fi plimbat nemotivat – mai ales că este vorba de persoane bolnave și cu venituri mici; în același timp, fiecare medic, indiferent de specialitate, poate scrie și acest tip de rețetă, ca o finalizare a



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>tipizat de scrisoare medicală 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;</p>	<p><del>contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale;</del> 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;</p>	<p>actului medical propriu.</p>
<p>n) să efectueze și să raporteze vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății; p) să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică.</p>	<p>n) să efectueze și să raporteze <b>utilizând SIUI</b> vaccinările obligatorii prevăzute în cadrul Programului național de imunizare al Ministerului Sănătății. <b>Alte instituții ale statului care necesită situația vaccinărilor vor solicita datele de la CNAS;</b> p) să asigure realizarea altor vaccinări recomandate și reglementate de Ministerul Sănătății ca acțiuni prioritare de sănătate publică <b>in baza unui contract distinct cu Ministerul Sanatatii.</b></p>	<p>Pentru a nu mări inutil birocrăția deja sufocantă, raportarea vaccinărilor să se facă doar în SIUI, de unde pot fi transferate și altor instituții care le solicită.</p> <p>Vaccinarile apartin Programului National al Ministerului Sanatatii.</p>
<p>Art. 34. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate au</p>	<p>Art. 34. - În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară, pe lângă obligațiile generale prevăzute la art. 17, casele de asigurări de sănătate au</p>	<p>Lista cu pensionarii de boala pentru care Casa acorda puncte suplimentar, trebuie sa fie</p>





Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>următoarele obligații: a) să confirme sub semnătură, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să comunice în scris și sub semnătură lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;</p>	<p>următoarele obligații: a) să confirme sub semnatura, la începutul contractului anual, lista persoanelor înscrise pe listă, <b>a persoanelor asigurate și a pensionarilor de boala</b>, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să comunice în scris și sub semnătura <b>reprezentantului casei</b> lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat, <b>a pensionarilor de boala care au trecut în alta categorie</b> și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;</p>	<p>confirmată la începerea contractului și actualizată lunar, dat fiind imposibilitatea medicului de a afla, de cele mai multe ori, când se produce modificarea acestei calități - în condițiile în care pacienții nu anunță. Este necesar să ni se comunice și persoanele asigurate la început de contract, ca numai așa, existând o continuitate, putem actualiza listele cu persoanele nou asigurate din lista în fiecare luna.</p>
<p>h) 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.</p>	<p>Propunem să se adauge: <b>i) să asigure furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, gratuit formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, prescripție medicală, concedii medicale</b> <b>j) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, prin afișarea pe site și trimitere pe e-mail, modificările legislative privind activitatea desfășurată în baza contractului.</b></p>	<p>Formularele cu regim special sunt necesare exclusiv decontării serviciilor medicale și medicamentelor, necesare CNAS. Deci furnizorii nu au de ce să suporte costul acestor documente.</p> <p>Schimbările legislative sunt foarte dese și furnizorii află cu întârziere multe reglementări. Prin propunerea noastră se asigură și o mai bună informare a asiguraților și o eficientizare a acordării de servicii medicale de către toate segmentele/specialitățile în sistemului sanitar, în folosul pacienților.</p>
<p><b>5. Decontarea serviciilor medicale din asistența medicală primară</b></p>	<p>Propunem să se adauge un articol nou: <b>Art. 35<sup>1</sup> Fondul pentru asistenta medicala primara se determina prin aplicarea unei cote procentuale asupra cheltuielilor materiale si serviciilor cu caracter medical,</b></p>	<p>Pentru a putea să se aplice prin norme plata diferențiată a serviciilor de sănătate publică din fondurile ministerului sănătății, față de celelalte tipuri de servicii decontate din Fond, se propune</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

	<p><b>aprobate in bugetul Fondului asigurarilor sociale de sanatate, procent care se stabileste prin norme, la care se adauga si sumele alocate de la bugetul ministerului sanatatii pentru serviciile de sanatate publica, furnizate in asistenta medicala primara si asigurarea continuitatii serviciilor medicale in afara programului de activitate prin centrele de permanenta si garda la domiciliu.</b></p>	<p>acest nou articol. Cota procentuala trebuie sa se apropie de 12% si sa nu fie mai mica de 9% similar majoritatii celorlalte state din Uniunea Europeana.</p>
<p>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</p>	<p>Art. 36. - (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin: a) 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. 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.</p>	<p>Valoarea actuala per capita este calculata luandu-se in calcul populatia Romaniei comunicata oficial de catre INS. Ca urmare a ultimului recensamant si a datelor preliminare dar neoficiale inca, numarul populatiei este mult mai mic. In momentul comunicarii numarului real al populatiei de catre INS, va rezulta din calcule o valoare mai mare la PC, valoare care daca nu prevedem sa fie regularizabila, nu va putea fi modificata conform realitatii, deci nu va fi corecta.</p> <p>Avind in vedere rezultatele oficiale, facute publice, de catre Institutul National de</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie  
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București  
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală  
Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București  
Fax +40213154656

<p>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;</p>	<p>Valoarea <b>minim garantata a</b> punctului per capita este unică pe țară, se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, este prevăzută în norme și este <b>garantata pe toata</b> durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat. <b>Trimestrial se calculeaza valoarea definitiva a punctului per capita de catre CNAS prin regularizare, conform normelor, pina la data de 25 a lunii urmatoare incheierii fiecarui trimestru. Aceasta valoare nu poate fi mai mica decit valoarea minim garantata pentru un punct per capita, prevazuta in norme si asigurata pe durata valabilitatii contractului de furnizare de servicii medicale incheiat;</b></p>	<p>Statistica, ale recensamintului populatiei din luna octombrie 2011, prin comunicatul de presa din data de 24.08.2012 din care rezulta numarul populatiei stabile de 19.043.767 persoane, coroborat cu cele 2.300.000 de personae neasigurate declarate de CNAS si cu faptul ca sporul natural este negativ, tot din datele statistice ale INS este necesara reintroducerea recalcularilor trimestriale la calcucularea valorilor definitive ale punctelor de capitate, motiv pentru care s-a facut si modificarea.</p>
---	---	---

Cu considerație,

Președinte FNPMF  
Dr. Doina Ileana Mihăilă



Președinte SNMF  
Dr. Rodica Narcisa Tănăsescu

