



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



Nr. 78 / 16.05.2016

Propuneri si observatii SNMF-FNPMF pentru proiectul privind modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 -2017 publicat la adresa <http://www.cnas.ro/national-page/proiect-hg-3.html> în data de 12 mai 2016.

Preambul:

Considerăm necesară crearea unui model de Contract-cadru mult simplificat, funcțional și care să permită strategii de dezvoltare pe termen lung a cabinetelor și oferirea unor servicii diversificate și de calitate populației. Dacă acest Contract-cadru simplificat va fi negociat, agreeat și acceptat de toate părțile, el poate fi valabil 4 ani, urmând ca Normele să stabilească anumite servicii de interes deosebit în anul respectiv.

SNMF și FNPMF solicită modificări și completări ale Contractului-cadru, care vizează următoarele:

1. Eliminarea tuturor prevederilor abuzive de reziliere de contracte, acte ce aduc grave prejudicii furnizorilor, fără ca prezumpția de nevinovăție să fie luată în seamă. România este totuși un stat de drept. Greșeala dovedită trebuie sancționată, dar numai când ea este dovedită și este imputabilă medicului! Sancțiunile trebuie să pornească de la avertisment, cu menționarea obligatiei CJAS de a informa și instrui dpdv legislative furnizorii.. Categoria de asigurat trebuie să fie responsabilitatea administratorului sistemului, adică a CNAS și în nici un caz a furnizorului. (categoria de pensionar 0-700, pacient cu handicap, pacient internat etc)
2. Introducerea de sancțiuni pentru ambii parteneri de contract, conform legii, așa cum sunt prevăzute drepturi și obligații la ambii parteneri de contract. Reașezarea drepturilor și obligațiilor la fiecare partener de contract pentru balansarea acestora.
3. Modificări legislative coerente care să precizeze clar ce se întâmplă în perioade de avarie a sistemelor informatice ale CNAS. Responsabilizare clară și introdusă în legislație privind funcționarea corectă și permanentă a tuturor aplicațiilor informatice ale CNAS. Intervențiile nu pot să mai aibă loc în timpul de lucru al furnizorilor și fără anunțarea în prealabil a acestora. Sistemele alternative în caz de avarie sunt strict necesare, în așa fel încât să nu mai apară situații de afectare a actului medical sau a validării acestuia. Refuzăm ferm nedecontarea sau nevalidarea tuturor serviciilor medicale din motive de funcționare cu dificultate până la blocare a PIAS. Serviciul medical trebuie să se acorde și să se deconteze indiferent de problemele de funcționare ale PIAS. Înregistrarea și punerea la dispoziția furnizorilor în aplicațiile gratuite SIUI a mesajelor de eroare temporare primite de furnizori în situațiile în care nu se poate realiza comunicația cu unele componente ale sistemului informatic.
4. Modificări legislative legate de protocoalele terapeutice, care să elimine riscul imputărilor în situația lipsei medicilor din anumite specialități.



| Art | Forma HG 161/2016 (CoCa 2016-2017) | Forma propusa SNMF-FNPMF | Motivare/Observatii |
|--------|--|--|--|
| | Anexa 2 | | |
| Art 3 | q) să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minim garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate | q) să afișeze într-un loc vizibil afișele furnizate de casele de asigurări de sănătate care conțin programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acesteia, care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minim garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate | Este binevenită informarea completă, de către toți furnizorii, a asiguraților privind inclusiv serviciile din pachete și tarifele decontate. Pentru a fi respectată și obligația casei de asigurări de a informa asigurații, pentru a exista un format unitar în care aceste informații sunt prezentate asiguraților precum și pentru a nu pune în sarcina furnizorilor încă o cheltuială, afișele trebuie puse la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate. |
| Art. 3 | ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând de la data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale; raportarea activității în timp real permite decontarea serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări fără a mai fi necesară o raportare lunar; raportarea în timp real se face electronic în formatul | ș) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând de la data la care acesta va fi pus în funcțiune și va funcționa în parametri optimi, fără întreruperi ; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale; raportarea activității în timp real permite decontarea serviciilor medicale contractate și validate online de către casele de asigurări fără a mai fi necesară o raportare lunara; raportarea în timp | În prezent, raportarea lunară permite corectarea invalidărilor incorecte din luna precedentă, generate de proasta funcționare a componentelor PIAS. De asemenea, corectarea invalidărilor duce la plata acestora în cadrul regularizării trimestriale. În absența rezolvării problemelor de funcționare ale PIAS nu poate fi acceptată raportarea zilnică, definitivă și dispariția posibilității de corectare a invalidărilor eronate.. |



| | | | |
|--------|---|---|---|
| | solicitat de CNAS și stabilit prin ordin al președintelui CNAS | real se face electronic în formatul solicitat de CNAS și stabilit prin ordin al președintelui CNAS In situatia in care exista erori in functionarea sistemelor informatice, sau probleme tehnice aparute la nivelul sistemelor CNAS sau ale furnizorilor, serviciile se pot raporta in maxim 5 zile calendaristice. | Pot apare problem tehnice in cee ace priveste curentul electric, internetul etc. Nu se pot admite |
| Art. 3 | z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens; | z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond | Dispozițiile lit z) nu sunt clare, sunt echivoce si lipsite de precizie. Ele nu indeplinesc astfel conditiile art 8, alin 4 al legii 24/2000. Formularea creează premisele interpretării abuzive în principal din partea organelor de control dar și a casei de asigurări. Sesizările privind practicile abuzive ale furnizorilor trebuie analizate și, în cazul în care abuzul se confirmă, trebuie sancționat punctual. Nerespectarea acestei obligatii duce la rezilierea directa a contractului! (Art 18) Solicitam posibilitatea taxarii serviciilor la cerere pentru pacientii programabili, similar ambulatorului de specialitate. |
| Art 3 | ab) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție | ab) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, comunicând | Sintagma “miscarea lunara” este anacronica. Odata cu introducerea obligativitatii cardului de asigurat pentru |



| | | | |
|-------|---|--|--|
| | de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; | aceste modificări caselor de asigurări de sănătate prin intermediul PIAS, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate; | inscrierea pacientilor si a utilizarii PIAS acualizarea listei de pacienti trebuie sa se produca in timp real, cel mult in limita celor 72 de ore. |
| Art 3 | an) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; | an) să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/ adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; (an') în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic sau imposibilității prezentării cardului sau adeverinței înlocuitoare, să solicite semnătura asiguratului pe foaia de decont, conform Anexei 50 la Norme; (an'') serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; | Este necesara o masura de rezerva pentru foarte desele situatii in care componentele PIAS nu functioneaza in parametrii optimi sau nu functioneaza deloc. Anexa 50 este propusa de SNMF-FNPMF pentru a fi adaugata la Norme. |



| | | | |
|-------|--|---|---|
| Art 3 | aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;..... | aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 120 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;..... | Este necesara o masura de rezerva pentru foarte dese situatii in care componentele PIAS nu functioneaza in parametrii optimi sau nu functioneaza deloc, în special în zilele de vineri. Serviciile înregistrate offline în zilele de joi sau în tura de dimineață vineri nu mai pot fi transmise și se pierd prin expirarea termenului de 72 de ore dacă furnizorul are program de lucru luni după-amiază. Propunem extinderea la 120 ore (5 zile). |
| Art 4 | În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi: a) ... b) ... c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele | În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi: a) ... b) ... c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de | Introducerea punctului e), in forma existenta in Art. 25 aferent ambulatoriului de specialitate asigura nediscriminarea medicilor de familie si a asiguratilor care se adreseaza acestora. Este inexplicabil de ce doar in capitolul aferent asistenței medicale primare |



| | | | |
|-------|---|--|---|
| | <p>de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>d) ...</p> <p>e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.</p> | <p>asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;</p> <p>d) ...</p> <p>e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale programabile la cerere; în aceste situații, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite prin norme;</p> <p>f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.</p> | <p>conținutul acestui punct e) lipsește!</p> |
| Art 5 | <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, dispozitive medicale și îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alți furnizori aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de</p> | <p>g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data acordării lor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;</p> | <p>Toți furnizorii au obligația verificării prin intermediul PIAS dacă asigurații au dreptul să beneficieze de serviciile pe care le solicită. Întrucât înregistrările din PIAS privind calitatea de asigurat se modifică în dinamică, există posibilitatea ca între momentul acordării biletului de trimitere și momentul în care asiguratul solicită serviciul la alt furnizor, asiguratul să își fi pierdut calitatea de asigurat.</p> |



| | | | |
|-------|---|---|--|
| | sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale și/sau prescripțiilor medicale eliberate de către aceștia, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripțiilor medicale și recomandărilor. Sumele astfel obținute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare; | | |
| Art 5 | j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii; | j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar zilnic , în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii; | Actualizarea lunara a calitatii de asigurat este tardiva si inexplicabila in conditiile unui sistem informatic de evidenta a asiguratilor. |
| Art 5 | | Se introduce q) Să depuna cu celeritate toate diligentele pentru funcționarea Platformei Informatice a Asigurărilor de Sănătate, în conformitate cu prevederile Art.280 (2) din Legea 95/2006. | Corelare cu prevederile Legii 95/2006 |
| | | Se introduce s) Valideaza inscrierea asiguratului pe lista medicului de familie in termen de cel mult 72 | Eroarea "SPC0051: CNP-ul nu este pe lista medicului raportor" este primita de furnizori timp de cel putin 25 de zile dupa |



| | | | |
|---------|--|---|---|
| | | de ore de la data realizării înscrierii unui asigurat nou sau a transferului | inscrierea asiguratului pe lista proprie in conditiile legii. Conform explicatiilor primite neoficial de la informaticienii caselor de asigurari, validarea inscrierilor la nivel national in SIUI se realizeaza abia dupa data de 25 ale lunii pentru inscrierile realizate in luna anterioara. |
| | | Se introduce ș) Să înregistreze și să pună la dispoziția furnizorilor în aplicațiile gratuite SIUI mesajele de eroare temporare primite de furnizori în situațiile în care nu se poate realiza comunicația cu unele componente ale sistemul informatic. | Aplicațiile gratuite SIUI sunt cele disponibile pentru descărcare pe siteul CNAS (SIUI-MF, SIUI-Spital etc.). În prezent mesajele de eroare de tipul: <i>timeout conexiune, pacientul este pe lista neagra, medicul nu are contract</i> etc. nu sunt înregistrate. |
| Art. 6 | (2) Un medic de familie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate | (2) Un medic de familie cu listă proprie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate | Precizarea este necesară pentru a nu fi extinsă interpretarea și asupra medicilor de familie angajați, fără listă proprie, care pot fi incluși în mai multe contracte la furnizori diferiți. Dreptul la muncă nu poate fi îngrădit. Nerespectarea acestei obligatii duce la rezilierea directa a contractului! (Art 18) |
| Art. 13 | (2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței | Se introduce: (4) Pentru trimestrul IV al anului curent defasurarii contractului, valoarea definitiva a punctului per capita si per serviciu se stabileste din suma ramasa necheltuita din | Daca la cheltuiala pe anul contractual curent intra si sumele cheltuite cu regularizarea din trim IV a anului precedent, iar in fiecare trimestru este oprit un „procent de siguranta”, este |



| | | | |
|--------|--|--|--|
| | <p>medicale primare la nivel național are următoarea structură:</p> <p>a) sumele corespunzătoare art 183 * alin (3) inclusiv suma reprezentand regularizarea trim IV al anului anterior</p> <p>b) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniți într-o localitate care desfășoară activitate în cabinete medicale în condițiile stabilite prin norme;</p> <p>c) 50% pentru plata per capita și 50% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a).</p> <p>(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare din care se scade suma corespunzătoare lit a) a alin (2) se defalchează trimestrial.</p> | <p>fondul aferent asistenței medicale primare la nivel national, dupa ce se scad sumele de la alin (2) lit a) si b) si sumele cheltuite in trim I, II si III.</p> | <p>normal ca in trimestrul IV sa beneficiem de restul sumei ramase, urmand ca suma rezultata in urma regularizarii sa fie cheltuiala pentru anul urmator. Se da astfel dovada de transparenta in cheltuirea banilor in asistenta medicala primara.</p> <p>Sumele anului incurs, trebuie folosite pentru serviciile din lunile ianuar. Plata "in avans" pe decembrie</p> |
| Art 17 | <p>(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:</p> <p>a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost</p> | <p>(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap), se aplică următoarele sancțiuni:</p> <p>a) la prima constatare avertisment scris transmis in primele 5 zile pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;</p> <p>b) la a doua constatare se notifica in primele 5 zile medicului jumatate din valoarea de decontare de către CNAS a prescripțiilor</p> | <p>Face referire la:</p> <p><i>[ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise offline, în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii].</i></p> <p>Este inacceptabil pentru aceste situatii, in care nu exista absolut nici o vina profesionala, nici un prejudiciu pentru pacienti si niciun prejudiciu material pt CNAS(deoarece pacientul a primit reteta</p> |



| | | | |
|---------|---|---|---|
| | <p>înregistrate; b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) și b) în cazul medicilor nou-veniți într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situații, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate</p> | <p>medicale neridicate in sistem pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.</p> | <p>de la farmacie), pentru valori de câțiva lei ale unor rețete, să se diminueze cu sute de lei valoarea facturii. Nu este o contravenție care sa reprezinte pericol social!</p> <p>In plus, la a treia constatare, se reziliaza contractul! (Art 18)</p> |
| Art 194 | <p>(3) La contractare furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale depun o declarație pe propria răspundere din care să rezulte că nu au încheiate sau nu încheie pe parcursul derulării raporturilor contractuale cu casele de asigurări de sănătate contracte, convenții sau alte tipuri de înțelegeri cu alți furnizori care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau în cadrul aceluiași furnizor, în scopul obținerii de către aceștia/personalul care își desfășoară activitatea la aceștia de foloase/beneficii de orice natură, care să fie în legătură cu obiectul contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.</p> <p>(4) Dispozițiile alin. (3) nu sunt aplicabile pentru situațiile prevăzute de prezenta hotărâre și normele metodologice de</p> | | <p>Dispozițiile art 194 reprezinta o imixtiune in managementul cabinetului, ingreuneaza accesul pacientilor la unele servicii medicale si reprezinta o discriminare fata de centrele medicale, unde pacientii beneficiaza de toate serviciile medicale oferite de centru, indiferent de tipul de servicii..</p> <p>In plus, dispozițiile alin (3) nu sunt clare, sunt echivoce si lipsite de precizie. Ele nu indeplinesc astfel conditiile art 8, alin 4 al legii 24/2000.</p> <p>In clusiv interdictia de a avea contract timp de 5(cinci) ani, inclusa intr-un contract de 2 ani este absolut discutabila.</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>aplicare a acesteia, precum și pentru situațiile rezultate ca urmare a desfășurării activității specifice proprii de către furnizori.</p> <p>(5) În situația în care se constată de către autoritățile/organele abilitate, ca urmare a unor sesizări/controale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, încălcarea dispozițiilor prevăzute la alin. (3), contractul se reziliază de plin drept.</p> <p>(6) În cazul în care contractul dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate a fost reziliat în condițiile prevăzute la alin. (5), casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relații contractuale cu furnizorii respectivi timp de 5 ani de la data rezilierii contractului. Casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 5 ani de la data rezilierii contractului, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționariat.</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



Vă aducem la cunoștință că în conformitate cu Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică, art. 11, alin (3), **autoritățile sunt obligate să justifice în scris nepreluarea recomandărilor formulate** și înaintate în scris de cetățeni și asociațiile legal constituite ale acestora. Vă rugăm să binevoiți a ne trimite justificarea scrisă la adresa office@snmf.ro.

Cu stimă,

Președinte FNPMF
Dr. Doina Mihăilă



Președinte SNMF
Dr. Rodica Tănăsescu

