

Nr. 9 / 26.10.2015

Observatii si propuneri de modificare a proiectului de Co-ca 2016-2017

In atentia domnului PDG al CASMB dr. Lucian Vasile Bara

Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov, **AMFB** și Patronatul Medicilor de familie București-Ilfov **PMFB**, organizații reprezentative ale medicilor de familie la nivelul Municipiului București și a județului Ilfov, sunt dezamagite și profund îngrijorate de proiectul de Contract Cadru 2016-2017 apărut pe site-ul CNAS.

Actualul proiect reprezintă un atac periculos la:

- stabilitatea și pastrarea rețelei de asistență medicală primară independentă, atât în capitala României cât și în întreaga țară,
- furnizarea optimă și coerentă a serviciilor necesare în asistență primară,
- independența cabinetelor.

Afirmăm cu deplină responsabilitate aceste lucruri deoarece este ușor de previzionat că și consecințele vor fi închiderea cabinetelor, mulți pacienți vor fi nevoiți să renunțe la medicii în care au încredere de mulți ani. Implicite, personalul medical și nemedical angajat în cabinete va fi pus în situații extrem de dificile. Medicii tineri nu mai pot fi atât de ușor amăgiți.

Schimbările preconizate nu încurajează în nici un fel concurența loială și nici performanța. În ciuda celor afirmate, aceste propuneri nu au nici o bază medicală, nu reprezintă interesele pacienților, nu vor crește accesul pacienților la medic, nu vor crește nici calitatea actului medical. Din contra, acest gen de “stimulare a concurenței” va duce la acte de concurență neloială, la aspecte nedeontologice, la practicarea unor servicii de tipul medicinei defensive (servicii medicale la “cerere”, de cele mai multe ori nenecesare și va duce la riscul major de distrugere a rețelei de asistență primară din România. Vor fi multe zone rurale din apropierea capitalei care vor rămâne fără medici prin migrarea acestora către orașe, mai ales ca sporul pentru zonele rurale a dispărut sau s-a micșorat considerabil în multe situații. Costurile sistemului vor crește necontrolat prin stimularea inflației de servicii medicale dintr-un buget fix și oricum modest, cu preponderență în marile orașe din România. Medicii tineri independenți care eventual vor intra în sistem nu au cum să-și susțină financiar cabinetele dacă nu au un număr de macar 800 de asigurați, cheltuielile totale de funcționare a cabinetelor depășind venitul cabinetelor.

În condițiile în care chiar și acum Bucureștiul are un număr de cabinete medicale care depășește nevoile reale, singurele care ar putea supraviețui, conform unor calcule matematice simple ar fi cabinetele din anumite centre medicale care ar putea obține bani din creșterea numărului de trimiteri către propriile ambulatorii de specialitate sau către propriile laboratoare de investigații paraclinice. Deja unele lanțuri au dezvoltat sisteme agresive de reclamă și plimbat pacienții între specialități și investigații fără număr. Toate pe banii asiguraților. Toate cu costuri mari pentru CNAS!

Practica independentă a medicinei de familie, nelegată de lanțuri sau de obligații ca angajat este cea care poate ajuta la pastrarea rolului de gate-keeper al asistenței medicale primare.

Stabilirea **necesarului de medici pentru un areal** și recomandări pentru un **număr mediu de pacienți îngrijiti de un medic** sunt practici curențe în țări europene sau nord americane, cu scopul declarat de a împiedica supraaglomerarea cu medici în marile zone urbane, în detrimentul zonelor rurale sau izolate. De altfel există în România în acest moment un număr de peste 500 de locuri descoperite unde medicii tineri își pot începe cariera, așa cum am parcurs cu toții traseul nostru profesional.

Lipsa **valorii minim garantate a punctului PS** va crea haos și imposibilitatea unui management financiar previzibil al cabinetelor. Cu atât mai mult cu cât Noul Cod Fiscal va reduce considerabil potențialul de dezvoltare a cabinetelor medicale, începând cu anul 2016.

Atragem atenția că nimeni nu are dreptul să pună în pericol rețeaua de asistență primară, adesea singura care este accesibilă pacienților.

De asemenea, este strict necesară coerența legislației sistemului medical și nediscriminarea asistenței primare privind serviciile medicale la cerere.

Considerăm de asemenea necesară crearea unui model de Co-ca mult simplificat, funcțional și care să permită strategii de dezvoltare pe termen mediu și lung ale cabinetelor și oferirea unor servicii diversificate populației. Dacă acest Contract Cadru simplificat va fi negociat, agreeat și acceptat de toate părțile, el poate fi valabil minim 5 ani, urmând ca Normele să punteze lucruri specifice anului respectiv.

Având în vedere toate acestea, AMFB și FMFB solicită următoarele :

1. Negocierea reală a contractului cadru și a normelor de aplicare, având în vedere că este vorba de un contract civil, între 2 părți egale, conform codului civil.
2. Menținerea unui număr minim de 800 de asigurați pentru încheierea contractului cu CASMB/CJAS IF, cu excepția unor zone rurale din județul Ilfov unde comisiile mixte vor decide posibilitatea încheierii contractului pentru un număr mai mic de pacienți.
3. Menținerea numărului optim de 1800 de înscriși pentru calculul necesarului de medici pentru o anumită zonă administrativ teritorială.
4. Valoarea minim garantată a punctelor per capita și per serviciu.
5. Menținerea comisiilor mixte, formate din reprezentanți CJAS, DSP, CJM, Patronat și asociația profesională, precum și a rolului acestor comisii.
6. Revenirea numărului de domiciliu la 21 în medie, deoarece s-a demonstrat că nu s-au efectuat, la nivel național, nici măcar 21, pentru că timpul necesar deplasării este mare, cheltuielile necesare sunt mari. În plus pentru validarea acestor domiciliu e necesară deplasarea tehnicii de calcul și a legăturii la internet la domiciliul bolnavului, situație unică în lume.
7. Introducerea unui articol similar celui prezent la capitolul de asistență ambulatorie de specialitate (Anexa2, art 24, pct ak) *(ak) să încaseze de la asigurați contravaloarea serviciilor medicale 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)*
8. 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!
9. Modificări legislative coerente care să precizeze clar ce se întâmplă în perioadele de avarie ale sistemelor informatice ale CNAS. Responsabilizarea 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 fie afectat actul medical sau validarea acestuia.
10. Modificarea intervalului de timp în care pot fi validate serviciile oferite offline de la 72 de ore la trei zile lucrătoare, fiind dovedit faptul că pentru asistența primară acest interval generează pierderi de servicii oferite.
11. Eliminarea tuturor formelor birocratice de evidență și raportare. CNAS pune la dispoziție un sistem informatic unic care trebuie să fie capabil să înlocuiască evidențele și raportările pe hârtie.
12. Elaborarea unui Co-ca simplu și clar, care să permită strategii de dezvoltare a cabinetelor și a serviciilor oferite.

2015	2016	Obs, propuneri la ce e nou aparut
<p>Art. 2. (1) - Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, normele 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, a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și a organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>ART. 2 (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 229 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și cu consultarea organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>	<p>Negociere si cu asoc profesionale si patronale ART. 2 (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 229 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, în urma negocierii cu Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor Dentiști din România, Colegiul Farmaciștilor din România, Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, Ordinul Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și a organizațiilor patronale, sindicale și profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.</p>
	<p>La art 12 apare aliniatul (5) (5) În situația în care contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, au fost suspendate pentru situațiile prevăzute de prezenta hotărâre cu sesizarea concomitentă a instituțiilor abilitate de lege să efectueze controlul furnizorilor respectivi, casa de asigurări de sănătate nu va mai intra în relație contractuală cu furnizorul până la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate. De la data soluționării sesizării de către instituțiile abilitate</p>	<p>Este o incalcare grava a principiului prezumției de nevinovatie din justitie. Suspendarea relatiei contractuale este de natura sa aduca prejudicii majore furnizorului respectiv, fara nici o despagubire din partea casei de asigurari de sanatate in cazul in care furnizorul este dovedit a fi nevinovat. Nici o hotarire de guvern nu se poate ridica deasupra acestor principii.</p>

	furnizorul reia relația contractuală cu casa de asigurări de sănătate, dacă decizia instituțiilor abilitate este favorabilă acestuia. In caz contrar furnizorul nu va mai putea intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate timp de 1 an de la data deciziei instituțiilor abilitate iar casele de asigurări de sănătate nu vor accepta, timp de 1 an de la data deciziei instituțiilor abilitate, înregistrarea în niciun alt contract a entităților care preiau drepturile și obligațiile acestora sau care au același reprezentant legal și/sau același acționarizat.”	
Art. 18. - (1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină.	ART. 18 (1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină; aceste documente se transmit și în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor	ART. 18 (1) Toate documentele necesare încheierii contractelor, existente la nivelul CJAS in copii, certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" și semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină, se transmit în format electronic asumate prin semnătura electronică extinsă a reprezentantului legal al furnizorului. Reprezentantul legal al furnizorului răspunde de realitatea și exactitatea documentelor necesare încheierii contractelor
	La art 18 apar în pus aliniatele; (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	Formularea imprecisa a alin 4 pare de nerezolvat ! Formularea imprecisa a acestui articol este de natura sa impiedice relatiile normale intre furnizori, conform regulilor codului civil, Propunem reformularea astfel: „incalcarea dreptului pacientului de a-si alege furnizorul de servicii medicale, indiferent de forma

	<p>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 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 acționar.</p>	<p>sa de organizare, contractul se sancționează de drept.”</p> <p>Pedepsirea cu 5 ani depășește efectele hotărârii de guvern care are efect doar pe durata contractului în derulare, în speta 2 ani, ca atare propunem renunțarea la acest lucru, rezilierea fiind o pedeapsa suficientă.</p>
ANEXA 1		
<p>1.1.1: Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a</p>	<p>1.1.1. Se acordă o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată, pentru care s-a</p>	

<p>asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, atât pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista proprie cât și pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.</p>	<p>asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, indiferent dacă persoana neasigurată se află sau nu înscrisă pe lista unui medic de familie.</p>	
<p>1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele: a) Evaluarea inițială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include 4 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului - recomandare pentru investigații paraclinice și bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;</p>	<p>1.1.4.1. Consultațiile de monitorizare activă acoperă următoarele: a) evaluarea inițială a cazului nou-depistat în primul trimestru după luarea în evidență, episod ce poate include 3 consultații la medicul de familie - bilanț clinic inițial care include screeningul complicațiilor, inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat, educația pacientului - recomandare pentru investigații paraclinice și bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultații de specialitate sau care depășesc competența medicului de familie;</p>	<p>Propunem meninerea la 4 a numărului de consultații care pot fi acordate de medicul de familie în evaluarea inițială a unui caz nou descoperit în cazul monitorizării active în cazul bolilor care beneficiază de monitorizare.</p>
<p>b) Monitorizarea pacientului se face trimestrial și cuprinde 1-3 consultații programate care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.</p>	<p>b) monitorizarea pacientului cuprinde 2 consultații programate, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicațiilor, educația pacientului, investigații paraclinice și tratament.</p>	<p>Propunem meninerea la 1-3 a numărului de consultații programate care pot fi acordate de medicul de familie în cazul monitorizării active a bolilor care beneficiază de monitorizare.</p>
<p>1.3. Consultațiile la domiciliu acordate de către medicul de familie asiguraților înscrși pe lista proprie sunt consultații acordate în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu, asiguraților nedepasabili, copiilor 0-1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase, lehzelor și</p>	<p>1.3. Consultațiile la domiciliu sunt acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu. Consultațiile la domiciliu se acordă asiguraților nedepasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau</p>	<p>De acord. A fost introdusă condiția: din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraților cu boli cronice sau cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet.</p> <p>Solicitem reintroducerea consultului necesar pentru constatarea decesului ca fiind efectuat la domiciliu, exclusiv!</p>

persoanelor în vederea constatării decesului.	cu un episod acut ce nu permite deplasarea la cabinet , copiilor 0 - 1 an, copiilor cu vârsta 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase și lehezelor.	
1.4.1 Serviciile adiționale sunt: a. Efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate b. Ecografie generală - abdomen și pelvis	1.4.1. Serviciile adiționale sunt: a) efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate; b) ecografie generală - abdomen și pelvis; c) spirometrie.	
1.5 Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale - certificat medical constatator al decesului - cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale - scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate.	1.5. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare, precum și eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului.	Adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate pot fi date în contract cu casa exclusiv dacă sunt urmare a controlului periodic anual, indiferent de data efectuării acestuia sau în luna nasterii, pentru a stimula responsabilitatea părinților de a aduce copiii la control și pentru a evita cozile interminabile din luna septembrie.
	1.6. Serviciile de administrare de medicamente - intramuscular, subcutanat, intradermic, intravenos sau perfuzabil, după caz, acordate asiguraților de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet.	
ANEXA 2		
ART 1 PCT (3) (3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și	A fost sters tot !	!!!! Solicitam revenirea la forma anterioara, cu reintroducerea notiunilor de: 1. Necesarul de medici 2. Comisia mixta

<p>numărul minim de persoane asigurate înscrise 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 administrativ-teritoriale/zone urbane 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 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 respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.</p> <p>(4) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici cu liste proprii și a numărului minim de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie, prevăzută la alin. (3), se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării</p>		<p>3. Numarul minim</p> <p>4. Numarul optim</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------

<p>reprezentanților instituțiilor menționate la alin. (3) de către conducătorii acestora, și funcționează în baza unui regulament-cadru de organizare și funcționare unitar la nivel național, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condițiile legii se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică.</p> <p>(5) În localitățile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, 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>(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane asigurate înscrise pe listele proprii se menține timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă de către comisia constituită potrivit 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</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p>contract prin modificarea acestuia. Persoanele asigurate înscrise pe listele acestora pot opta pentru alți medici de familie aflați în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.</p> <p>(7) Numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie care își desfășoară activitatea în cabinete medicale care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie se stabilește prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenței medicale.</p> <p>.</p> <p>(9) Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punct de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenței medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.800.</p>		
<p>SECȚIUNEA a 3-a Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale</p> <p>ART. 3</p> <p>z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;</p>	<p>SECȚIUNEA a 3-a Obligațiile și drepturile furnizorilor de servicii medicale</p> <p>ART. 3</p> <p>z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru actele administrative, inclusiv cele necesare acordării serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;</p>	<p>Solicităm introducerea unui articol identic cu cel de la ambulatorul de specialitate privind serviciile la cerere, care va permite accesul pacienților cronici programabili, dar care nu accepta timpul de așteptare la medic, lucru ce nu le anulează statutul de asigurat pentru a obține rețete compensate, trimiteri etc.</p>
	<p>aq) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a</p>	<p>72 de ore reprezintă un termen arbitrar, dat fiind că include zile nelucratoare. S-a dovedit a fi nefuncțional</p>

	<p>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 condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează 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, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale.</p>	<p>pentru cei care lucrează vineri dimineața și luni după amiază. Ca atare termenul trebuie înlocuit, firesc, cu 3 zile lucratoare.</p>
	<p>ar) să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile lit. a) în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciilor medicale acordate în luna</p>	<p>Idem argumentația de mai sus 72 de ore reprezintă un termen arbitrar, dat fiind că include zile nelucratoare. Ca atare termenul trebuie înlocuit, firesc, cu „3 zile lucratoare.”</p>

	<p>pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale și dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.</p>	
<p>ART. 10 (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenție 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. (2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane asigurate pe listă stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate, stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 1 alin. (6).</p>	<p>ART. 10 Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenție 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 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei. (2) La sfârșitul celor 3 luni, medicul de familie nou-venit încheie contract de furnizare de servicii medicale pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului.</p>	<p>Propunem revenirea la: ART. 10 (1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenție 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. (2) Dacă la sfârșitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane asigurate pe listă stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care și-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligația din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate, stabilit potrivit art. 1 alin. (3) și (5). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit și casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condițiile art. 1 alin. (6).</p>

<p>Art 11 (3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/ punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punct de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit art. 1 alin (3).</p>	<p>(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de către reprezentanții casei de asigurări de sănătate și ai direcției de sănătate publică.</p>	<p>Propunem revenirea la: Art 11 (3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înființării unui punct de lucru/ punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punct de vedere al existenței medicilor; stabilirea zonelor/localităților deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit art. 1 alin (3).</p>
<p>b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu 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</p>	<p>b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte; suma convenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul de servicii medicale, ajustat în funcție de gradul profesional, și cu valoarea estimată 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 estimate 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</p>	<p>Inacceptabil. Valoarea minim garantata trebuie pastrata. In nici intr-o tara din lume nu se incheie contracte „in alb”. Propunerea CNAS este de natura sa falimenteze definitiv medicina de familie si este facuta cu intentia expresa de a distruge medicina de familie in Romania. Respingem categoric aceasta propunere de modificare.</p>

<p>încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.</p>	<p>trimestru. Această valoare poate fi mai mică sau mai mare decât valoarea estimată pentru un punct pe serviciu, prevăzută în norme.</p>	
<p>(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anii 2014-2015 are următoarea structură:</p>	<p>(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii estimate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură:</p>	<p>Nici într-o țară din lume nu se încheie contracte fără ca să știi pe ce sume o faci. Propunerea CNAS este de natură să falimenteze definitiv medicina de familie. și este făcută cu intenția expresă de a distruge medicina de familie în România. Natura intenției distructive este dovedită de lipsa oricărei motiveri a acestei măsuri în nota de fundamentare, lucru ilegal. Respingem această propunere de modificare.</p>
<p>Sanctiune: (5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line.</p>	<p>(5) Pentru punerea în aplicare a sancțiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligației de la art. 3 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripțiile medicale electronice off-line și pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.</p>	<p>SI: „pentru prescripțiile medicale cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope.”</p>
	<p>f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la</p>	<p>Se menține pentru cabinetele nou înființate, pentru corelare cu menținerea numărului minim de asigurați pe lista unui medic de familie și a necesarului de medici într-o</p>

	un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie	unitate administrativ-teritorială.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

Cu stimă,

Președinte PMFB

Dr. Marina PÎRCĂLABU



Președinte AMFB

Dr. Sandra ALEXIU

