

MINUTA ÎNTÂLNIRII
COMISIEI DE DIALOG SOCIAL
08 februarie 2013, orele 10.30

PARTICIPANȚI:

Președinte : subsecretar de stat Răzvan Teohari Vulcănescu

Reprezentanți ai Confederațiilor Sindicale și Patronale reprezentative la nivel național

-Blocul Național Sindical B.N.S.

Nume și Funcție

-Confederația Națională Sindicală C.N.S. "CARTEL ALFA"

Nume și Funcție: Rotilă Viorel - titular

-Confederația Națională a Sindicatelor Libere din România C.N.S.L.R.- FRĂȚIA

Nume și Funcție Gae Răzvan ...

-Confederația Sindicatelor Democratice din România C.S.D.R.

Nume și Funcție

-C.S.N. "MERIDIAN"

Nume și Funcție.....

-C.O.N.P.I.R.O.M.

Nume și Funcție.....

-Co.NPR

Nume și Funcție.....

-P.N.R.

Nume și Funcție.....

-U.G.I.R.

Nume și Funcție.....
-U.G.I.R. – 1903

Nume și Funcție.....
-C.N.P.R.

Nume și Funcție.....
-C.N.I.P.M.M.R.

Nume și Funcție.....
-U.N.P.R.

Nume și Funcție.....
-C.P.I.S.C.

Nume și Funcție.....

Alți reprezentanți:

CNS „Cartel Alfa” – Experti: Cotojman Ninel, Spiridon Silvia și Popescu Mircea

.....
.....

Secretariatul Comisiei de dialog social

Nume și Funcție :.....

Nume și Funcție:.....

Nume și Funcție:.....

Ordinea de zi:

1. Discutarea Proiectului de Hotărâre de Guvern privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014;
2. Diverse.

Întâlnirea a fost deschisă de către subsecretarul de stat din Ministerul Sănătății, **Răzvan Teohari Vulcănescu**, care a prezentat ordinea de zi.

În continuarea discuțiilor, **domnul președinte** a mulțumit celor prezenți pentru colaborare și a prezentat pe scurt modificările aduse în noul proiect de Contract –cadru, și anume:

- revizuirea, pentru o abordare unitară, a reglementărilor privind penalitățile aplicate în cazul nerespectării obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale;

- pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se poate face numai în format electronic;

- a fost modificat raportul dintre procentul alocat din fondul asistenței medicale primare pentru plata per capita și cel alocat pentru plata pe serviciu: 70% pentru plata „per capita” și 30% pentru plata per serviciu;

- înlocuirea valorii punctului pentru plata per capita cu o valoare minimă garantată;

- au fost introduse prevederi privind coplata; coplata se încasează pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este 5 lei iar cel maxim este 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe baza de criterii proprii, cu avizul consiliului de administrație al unității sanitare cu paturi.

- au fost revizuite termenele de decontare a contravalorii medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu eliberate prin farmaciile cu circuit deschis, respectiv până la 60 de zile calendaristice de la data validării facturilor (față de termenul de până la 180 de zile calendaristice); Validarea facturilor se face în termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate.

Domnul Viorel Rotilă, reprezentantul CARTEL ALFA a prezentat pe scurt modificările și clarificările propuse, astfel:

- Nota de fundamentare ar trebui să ofere o clarificare conceptuală a întregii filosofii a Contractului cadru, în condițiile în care acesta este documentul central care reglementează finanțarea sistemului de sănătate;

- este necesar a se defini persoane asigurate și neasigurate, pachet de servicii medicale de bază (dacă nu se dorește definirea acestei terminologii este de preferat să se renunțe la această noțiune) și pachetul minim de servicii medicale;

- trebuie evidențiat dacă se dorește introducerea unui sistem complementar (asigurări complementare), dacă da, nu reiese acest lucru din proiectul de act normativ;

- având în vedere necesitatea unei mai bune finanțări a sistemului sanitar pentru a acoperi necesarul de servicii ale populației din această perspectivă sunt posibile două variante: fie se merge pe decontarea tuturor serviciilor medicale de la Casă, la nivelul costurilor de piață ale acestora, asumând deficite bugetare anuale, fie se constată capacitatea reală a bugetului existent prin intermediul pachetului de bază, introducându-se asigurările complementare de sănătate;

- revizuirea ~~obligărilor~~ modului în care este gândit sistemul, respectiv limitarea numărului de servicii medicale prin contract în funcție de bugetul alocat la nivelul spitalelor și calcularea nivelului de decontare a serviciilor medicale prin împărțirea totalului serviciilor acordate populației la sumele disponibile în buget pe capitole bugetare (deoarece se păstrează vechiul sistem de lucru, în sensul că înghesuim un număr de servicii într-o anumită sumă), a modului de decontare a serviciilor medicale (care sunt în continuare subevaluate și din acest motiv există o lipsă de flexibilitate la contractare), acestea trebuind decontate la costurile lor de piață;

- Contractul cadru ar trebui să încorporeze în toate prevederile sale următoarele principii:

· Furnizorii trebuie să aibă dreptul de a beneficia de decontarea serviciilor medicale la costul de piață al acestora.

· Furnizorii trebuie să aibă dreptul de a beneficia de decontarea serviciilor prestate efectiv (ceea ce presupune o mai mare flexibilitate la încheierea contractelor cu Casa)

- aceste măsuri de sprijin a furnizorilor pot să fie dublate de o creștere a controlului calității și realității serviciilor medicale furnizate;

- trebuie prevăzut clar ce anume se decontează și ce nu, deci definit pachetul de bază care poate fi asigurat în mod concret tuturor pacienților;

- ~~reducerea numărului de servicii acordate la nivel spitalicesc pentru a crește serviciile primare~~—prin creșterea ponderii serviciilor acordate în medicina primară (având ca efect o creștere a tarifelor serviciilor acordate în spitale);

- ~~flexibilitatea de a deconta serviciile medicale la prețul de cost (nivelul pieței);~~ o mai mare flexibilitate a prevederilor contractuale cu unitățile sanitare, ținându-se cont de adresabilitatea acestora

- liberalizarea nivelului contractual prin punerea în postură de egalitate a părților contractuale.

Domnul subsecretar de stat, **Răzvan Teohari Vulcănescu** și reprezentantul CNAS, **Liliana Lukacs**, au menționat că toate aceste propuneri sunt pertinente, însă proiectul de act normativ este elaborat în conformitate cu proiectul Legii bugetului de stat pe anul 2013, proiect ce este supus dezbaterii în Parlament și în conformitate cu Directiva 2011/7/CE privind combaterea întârzierii la plată în tranzacțiile comerciale, care înlocuiește Directiva 2000/35/CE (entitățile din domeniul sănătății beneficiază de un termen legal derogatoriu de 60 de zile).

În acest sens aceste propuneri urmează a fi luate în considerare în momentul elaborării măsurilor de reformă ale sistemului sanitar, avute în vedere de Ministerul Sănătății.

Una dintre problemele cu care se confruntă sistemul sanitar este perpetuarea datoriilor către furnizori, de la un an la altul; suma destinată plății arieratelor în anul 2013 este de 3,7 mld Euro.

Domnul **Răzvan Teohari Vulcănescu** a menționat că prin acest nou proiect de Contract-cadru, pe lângă aspectele menționate mai sus, s-au mai avut în vedere și următoarele aspecte:

- liberul acces în spațiu comunitar a pacienților;
- cuantificarea reală a cheltuielilor din sistem, pentru a exista o decontare reală;
- responsabilizarea furnizorilor de servicii medicale (pre/post operator);
- introducerea unor mecanisme de control în sănătate, respectiv cardul național de sănătate și coplata.

Doamna **Liliana Lukacs** a precizat, referitor la observațiile formulate de către domnul **Viorel Rotilă**, că acele delimitări conceptuale propuse, sunt reglementate în Legea nr. 95/2006, și anume: pachet de bază, serviciile de care beneficiază persoanele neasigurate.

A admis totuși că, în viitor se impune o definiție mai amplă a conceptului „pachet de bază”, însă, în prezent acest lucru nu este posibil datorită prevederilor legale.

Părțile au căzut de acord în principiu asupra pertinentei observațiilor privind reformarea sistemului, constatând că sunt necesare modificări legislative care să permită rezolvarea acestor probleme, cea mai importantă fiind modificarea Legii 95/2006.

Reprezentanții **Patronatelor Naționale Române** au sugerat să se aibă în vedere la art. 121 alin. (1) și alte forme de sancțiuni, cum ar fi avertismentul și să se respecte principiul simetriei într-o relație contractuală, în sensul stabilirii unor sancțiuni și pentru casele de asigurări de sănătate.

Doamna **Liliana Lukacs** a precizat că se vor reformula art. 120-121, astfel încât sancțiunile aplicabile furnizorilor vor fi unitare și se va începe pentru prima constatare cu avertisment.

Reprezentanții **Patronatelor Naționale Române** au reiterat solicitarea de a avea un sistem egal, în sensul introducerii penalităților și în sarcina caselor de asigurări de sănătate, pentru neplata facturilor la termen.

Doamna **Liliana Lukacs** a menționat că ANAF a preluat colectarea fondurilor, motiv pentru care este dificil a se introduce în prezent un sistem egal; Există întârzieri la plată, din motive independente CNAS, un exemplu în acest sens fiind deschiderile de sume sub cele solicitate și prevăzute în contractele cu furnizorii. Deoarece penalitățile ar afecta Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, există în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate ca și măsură, obligativitatea părților de a plăti contribuția, astfel încât să nu existe riscul încărcării Fondului.

Mai mult, reprezentantul CNAS a precizat că dacă se menținea vechiul sistem, acela în care CNAS era colector, instituția avea în acest sens pârgă instituției unui sistem egal. În acest sens, deși este de acord cu propunerea, nu are calitatea de a iniția o astfel de modificare.

Domnul **Viorel Rotilă** apreciază ca și soluție în acest sens, transferul contractului în contractele comerciale, dând ca și argument în această propunere o Directivă a Uniunii Europene unde se stipulează „obligatia statului de a plăti orice întârziere”.

În continuarea acestor discuții, doamna **Liliana Lukacs** a menționat că aceste propuneri, pertinente de altfel, nu fac obiectului proiectului de act normativ supus discuției, ci a unui alt act normativ de nivel superior (ex: lege, oug).

Domnul **Viorel Rotilă** a sugerat ca Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate să fie transparent și ca atare să existe o evidențiere a încasărilor în bugetul Fondului. În acest sens a solicitat comunicarea sumelor care se încasează cu titlul de contribuții, arătând că acest demers a fost făcut și în anul 2012 fără a primi o situație a acestor sume.

În continuare, s-a trecut la discutarea propunerilor scrise înaintate de **CARTEL ALFA** și Solidaritatea Sanitară, domnul **Viorel Rotilă** prezentându-le și susținându-le punctual (urmând ca reprezentanții Ministerului Sănătății și cei ai Casei să le analizeze cu atenție în formatul scris) redate în rezumat după cum urmează:

- la art. 2 să se înlocuiască sintagma „domeniul medical” cu expresia „domeniul sanitar”;
- la art. 9 trebuie menționat recuperarea de către case, prin servicii specializate, în baza subrogării în drepturile furnizorilor și în drepturile pacientului; trebuie create procedurile speciale de recuperare de către Casă a tuturor serviciilor medicale de care a beneficiat un pacient în urma unei culpe vizibile din partea unei terțe. În acest sens este necesară și o armonizare legislativă,

inclusiv prin introducerea unor obligații de-a urmări recuperarea acestor sume de către instituțiile statului (ex. procurorii în procesele penale etc.).

- la art. 9, alin. 3 – în caz de malparxis Casa trebuie să recupereze costurile adiționale de la asiguratorii.

La această observație, doamna **Liliana Lukacs** a intervenit și a precizat că dacă spitalul recuperează suma are obligație de a restitui Casei suma respectivă.

- la art. 15, litera l) precum și la o serie din articolele următoare indicate expres în materialul prezentat domnul Viorel ROTILĂ a indicat faptul că introducerea Cardului/cipului de sănătate, a prescripției medicale electronice etc. ridică problema respectării dreptului pacientului la confidențialitate, mai ales că presupune prelucrarea unor date cu un caracter special, în general exceptate de la posibilitatea de prelucrare. În acest sens este necesară o reevaluare a acestor prevederi din perspectiva dreptului la confidențialitate, inclusiv raportat la prevederile U.E. în domeniu, deosebit de restrictive.

Părțile s-au angajat să analizeze respectarea prevederilor legale în vigoare, urmând să-și prezinte reciproc rezultatele în vederea unor eventuale modificări legale.

- Completarea reformularea art. 17, lit. e) în sensul acordării sporurilor celor care își desfășoară activitatea în condiții periculoase sau condiții vătămătoare în sensul introducerii și a condițiilor deosebit de periculoase, condițiilor periculoase sau condițiilor vătămătoare, și condițiilor deosebite în text.

Doamna **Liliana Lukacs** a precizat că nici MS și nici CNAS nu pot reglementa sporuri pentru personalul sanitar în acest proiect de act normativ și pentru a nu exista confuzii în interpretarea normei, lit. e) se va reformula pentru a nu fi interpretată în sens general.

-la art. 18 alin. (1), lit. o) se propune a fi eliminată;

-la art. 27 se propune modificarea, având la bază principiu proporționalității, care ține de normarea personalului încadrat în cabinetele medicale, respectiv 1 asistent/1000 asigurați;

Reprezentanții CNSRL FRĂȚIA au susținut propunerea, propunând ~~propus~~ ca ponderea serviciilor medicale să fie corelată cu normativul de personal și să se revină la o capitație de 50% și nu 70% cum s-a dispus.

- La art. 48 domnul **Viorel Rotilă** a atras atenția că în Contractul cadru se face o interpretare nepotrivită și neunitară a legislației muncii. Astfel, se instituie regula că un medic nu are voie să lucreze mai mult de o normă și jumătate la același angajator sau la

angajatori diferiți și, totodată, se instituie excepția posibilității de a lucra două norme în situația de deficit de personal. În condițiile în care, pe de o parte, asistăm la o încărcare unora din medici cu timpul de lucru suplimentar (fără a fi recunoscut ca atare) reprezentat de gărzi, care deseori depășește cu mult timpul normal de lucru cu orele suplimentare permise de lege, iar, pe de altă parte, legislația muncii nu prevede asemenea limitări ale timpului de muncă atunci când este vorba de contracte individuale de muncă diferite. În aceste condiții se solicită cel puțin posibilitatea ca un medic să poată avea două contracte cu casa, aferente a două contracte individuale de muncă diferite.

La sfârșitul ședinței s-a hotărât de comun acord să se analizeze propunerile în contextul prevederilor bugetare aprobate și a cadrului legal în vigoare în acest domeniu.

La **Punctul Diverse** s-au discutat următoarele:

Domnul subsecretar de stat, **Răzvan Teohari Vulcănescu**, a solicitat partenerilor sociali ca în perioada următoare aceștia să transmită propuneri pentru completarea Regulamentului Comisiei de dialog social.

Domnul **Viorel Rotilă** a solicitat ca la fiecare ședință să le fie înmânat o copie a procesului verbal al ședinței anterioare, având în vedere faptul că reprezentanții CNS „Cartel Alfa” vin în baza unui mandat de a cărui îndeplinire trebuie să dea socoteală. De asemenea, a solicitat elaborarea unei proceduri de acces în Ministerul Sănătății a membrilor și experților Comisiei de dialog social și ai reprezentanților organizațiilor sindicale reprezentative, inclusiv prin emiterea unor legitimații de acces, având în vedere faptul că relația cu reprezentanții Ministerului Sănătății face parte din principalele obiecte de activitate ale acestor organizații.