

FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ” DIN ROMÂNIA



Membră a CNS „Cartel Alfa”,
afiliată la EUROFEDOP

Site: www.solidaritatea-sanitara.ro

E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

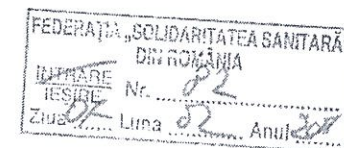
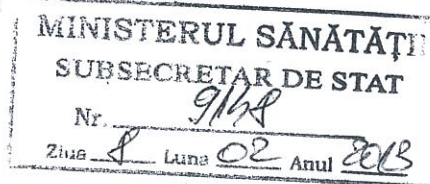
București, Splaiul Independenței

nr.202 A, etaj 3, cam.36

Telefon: 0721246491

0336/106.365

Fax: 0336/109.281



Către:

Ministerul Sănătății

Având în vedere proiectul Contractului cadru aflat în dezbatere publică vă transmitem observațiile și propunerile noastre pe tema acestui proiect.

Menționăm că ele vor fi integrate de asemenea în pachetul de propuneri ce va fi înaintat de CNS „Cartel Alfa” prin intermediul reprezentanților în Comisia de dialog social.

Observații cu caracter general

Pentru o mai mare acuratețe nota de fundamentare ar fi trebuit 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, persoanele asigurate și persoanele neasigurate etc.

Conform analizei noastre proiectul contractului cadru păstrează următoarele concepte și deosebiri:

- Persoane asigurate și persoane neasigurate (a se vedea spre exemplu prevederile art. 67 alin. 2)
- Pachetul de servicii medicale de bază (fără a menționa necesitatea definirii acestuia).

Din această perspectivă este necesară o definire unitară, de ansamblu, pentru a clarifica situația asiguraților și neasiguraților, a serviciilor medicale ce pot fi asigurate și a celor ce nu pot fi asigurate, definindu-se astfel intervalul de intervenție al asiguraților complementare.

În acest sens solicităm în mod imperios ca în contractul cadru să fie introduse prevederile exprese care să deschidă obligația definirii pachetului de bază de servicii medicale.



Este necesară precizarea documentelor și procedurilor prin care sunt stabilite criteriile de calitate ale serviciilor medicale.

Este necesară definirea rolului acreditării unităților sanitare în raport cu încheierea contractelor de furnizare servicii.

Considerăm necesară o mai mare flexibilitate a prevederilor contractuale cu unitățile sanitare, ținându-se cont de adresabilitatea acestora. În acest sens propunem eliminarea sintagmei „în limita valorii de contract stabilite” și „cu încadrarea în sumele contractate” în toate locurile în care ele apar. Avem în vedere dificultatea estimării corecte a numărului de cazuri ce vor fi realizate într-un an de o unitate sanitară, acesta depinzând de o serie întreagă de variabile.

De asemenea, considerăm necesare și introducerea următoarelor prevederi, aplicabile în mai multe articole:

- Furnizorii au dreptul de a beneficia de decontarea serviciilor medicale la costul de piață al acestora.
- Furnizorii au dreptul de a beneficia de decontarea serviciilor prestate efectiv.

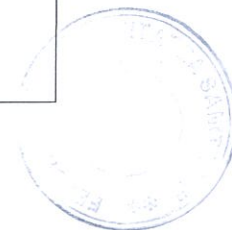
Textul existent	Textul propus	Motivare
Ordinul de aprobare a Contractului cadru		
Art. 2. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, 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.	Art. 2. - (1) Casa Națională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (5) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentiști din România, a Colegiului Farmaciștilor din România și a Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România, a Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor în Sistemul Sanitar din România, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul sanitar , norme care se aprobă prin ordin al ministrului	Nu există reprezentativitatea pentru domeniul medical, ci doar două tipuri de reprezentativități pentru sectorul sanitar: - Reprezentativitatea la nivel de sector; - Reprezentativitatea la nivel de grup de unități (raportat la contractul colectiv de muncă încheiat cu Ministerul Sănătății). Prin organizații patronale și sindicale reprezentative din domeniul sanitar se vor înțelege organizațiile care au cel puțin una din cele două tipuri de reprezentativități: sector, respectiv grup de unități. În acest sens este necesară și precizarea cadrului în care se realizează consultarea acestor organizații, respectiv instituția sub



	sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.	semnul căreia stă această consultare.
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 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.		Este deosebit de problematică clasificarea acestor acte juridice ca fiind civile în condițiile în care cea mai mare parte din libertățile contractuale sunt limitate. Pare mai curând a fi vorba de un act administrativ decât de unul civil. Opinăm pentru modificarea condițiilor contractuale pentru ca aceste contracte să fie mult mai apropiate de contractele civile.
CONTRACTUL CADRU		
Art. 9 (2) Furnizorii de servicii medicale au obligația să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane și au obligația să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală aceste evidențe, în vederea decontării, precum și cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plățile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, pentru perioadele anterioare anului curent, se raportează în conturile de execuție bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus și nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăți.		Necesită reformulare, după următoarele criterii: - Stabilirea procedurii de recuperare (detaliată în Norme) - Stimularea recuperării sumelor de către unități Sau - Recuperarea de către Case, prin servicii specializate, în baza subrogării în drepturile furnizorului (se aplică modelul existent în relațiile dintre societățile de asigurări) și în drepturile pacientului. Suplimentar: - Demersuri pentru transpunerea acestuia în legislația civilă și penală. Spre exemplu, împăcarea părților are ca efect anularea răspunderii penale, însă cauza trebuie să continue pe calea recuperării prejudiciilor produse Casei/Fondului.



		- Orice afectare a sănătății unei persoane asigurate, care antrenează cheltuieli pentru sănătatea acelei persoane, trebuie să angajeze răspunderea - În felul acesta se întăresc semnificativ măsurile de responsabilizare a cetățenilor.
Art. 9, alin. 3		Trebuie introdusă procedura de recuperare a daunelor produse în cazurile de malpraxis, sumele urmând a fi recuperate de la societățile de asigurări. Orice caz de malpraxis crește costurile medicale. Această creștere a costurilor ar trebui suportată de societățile de asigurări.
Art. 15 litera l): - să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate și sunt decontate de către aceasta; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;	Art. 15 litera l) să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, și să îl elibereze ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate și sunt decontate de către aceasta; să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală care este formular cu regim special, unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope; să furnizeze tratamentul adecvat, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, și să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre	Sunt restrângeri ale dreptului la viață intimă și privată (art. 26 din Constituție) care include dreptul la confidențialitatea datelor medicale care se reglementează obligatoriu prin lege organică. Astfel, Ordinul comun MS si CNAS nr. 674/2012 este nelegal. Aplicația de software pentru eliberarea rețetelor cuprinde date de identificare ale pacientului și codul de diagnostic care vor fi vizualizate în mod necesar de toți furnizorii din județ, nu doar de furnizorul solicitat de pacient.

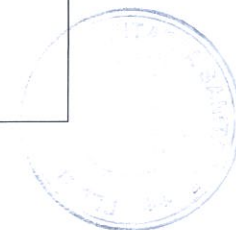


	a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; Prescripția medicală este document cu regim special și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugări. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată	
Art. 15 lit.t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune;	Se elimină	Acestea sunt restrângeri ale dreptului la viață intimă și privată (art. 26 din Constituție) care include dreptul la confidențialitatea datelor medicale care se reglementează obligatoriu prin lege organică. Prezentarea pacientului în cabinetul medical, pentru consultație , generează în varianta on-line în timp real așa numitele „date de localizare” definite de Legea nr. 504/2006 ca fiind orice date prelucrate într-o rețea de comunicații electronice care indică poziția geografică a utilizatorului unui serviciu de comunicații electronice destinat publicului.
Art.15 lit. u) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt	Se elimină	PIAS (platforma informatică a asigurărilor de sănătate) este un sistem informatic care gestionează date cu caracter personal, administrative și medicale, ale asiguraților, sistem ce a devenit funcțional fără o bază legală suficient caracterizată, respectiv prin

obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;		acte normative de putere juridică inferioară care nu reglementează principiile de funcționare și care sunt în contradicție cu legi organice cu putere normativă superioară – Legea nr. 677/2001 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, Legea nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal și protecția vieții private în sectorul comunicațiilor electronice. Aceste sisteme informatice funcționează nelegal întrucât operează în fapt ca un serviciu de comunicații electronice destinat publicului în înțelesul Legii nr. 506/2004, fiind conceput ca atare de producătorii de aplicații software angajați de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Nu se precizează modul în care se face stocarea și conservarea datelor medicale prelucrate prin PIAS, producătorii de aplicații informatice în domeniul medical și al asigurărilor de sănătate concepând modalitatea de gestionare, ceea ce creează o stare de pericol pentru respectarea dreptului la confidențialitate a pacientului, precum și a dreptului la viață intimă și privată.
Cap. II, Secțiunea a 3-a ,Art. 15 litera x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea	Cap. II, Secțiunea a 3-a ,Art. 15 litera x) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet	Aceeași motivare ca la nr.crt. 1, cu privire la prescripția electronică. Se solicită revenirea la prescripțiile medicale pe suport de hârtie, pe formular tipizat , așa



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;	de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigațiile paraclinice, și prescripția medicală 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;	cum era prevăzut înainte de introducerea PIAS (Platformei Informatice de Asigurări de Sănătate)
Art. 16 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi: a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care	Art. 16 În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi: a) să primească la termenele prevăzute în contract, contravaloarea serviciilor medicale efectuate, raportate și validate conform normelor, în limita valorii de contract; b) să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; c) se elimină. d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la	a) Atâta timp cât respectă clauzele contractuale privitoare la procedurile de internare furnizorul trebuie să aibă posibilitatea de a beneficia de decontarea serviciilor medicale prestate efectiv. c.) Acesta este un drept al furnizorilor care nu are legătură cu cadrul contractual stabilit de Casă, dacă avem în vedere faptul că unitățile sanitare trebuie să fie interesate în a presta servicii contra cost. Pentru a încasa contravaloarea acestor servicii nu este nevoie de permisiunea Casei, nefiind vorba de un drept care i se acordă, ci de unul pe care-l are deja. e.) Idem f.) Idem



nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare; d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare; e) să încaseze sumele reprezentând contribuția personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asigurații, conform prevederilor legale în vigoare; f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere. g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.	contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare; e) se elimină. f) se elimină. g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea scrisă, atât pe suport de hârtie, cât și în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.	
Art. 17 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații: d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;	Art. 17 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații: d) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 4 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de decontare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;	
Art. 17 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații: e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume	Art. 17 În relațiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligații: e) să acorde furnizorilor de servicii medicale	Decontarea serviciilor medicale trebuie să țină cont de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, în condiții deosebit de periculoase, condiții periculoase sau vătămătoare, condiții

care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;	sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, condiții deosebite de periculoase, condiții periculoase sau condiții vătămătoare, condiții deosebite sau unități cu specific deosebit pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare. În acest sens în Norme calculul nivelului de decontare va include drepturile salariale suplimentare pe care trebuie să le acorde angajatorii conform prevederilor legale în vigoare, evidențiate distinct în cadrul formulei de calcul.	deosebite sau unități cu specific deosebit pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, așa cum sunt ele stabilite în cadrul regulamentului de sporuri. În acest sens avem în vedere faptul că în toate cazurile este vorba de condiții de muncă ce atrag după ele costuri suplimentare pentru acordarea îngrijirilor medicale specifice, costuri ce trebuie să se regăsească în sumele decontate de Casă
Art. 18 (1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele: o) cheltuielile de personal aferente medicilor și asistenților medicali, precum și cheltuielile cu medicamente și materiale sanitare din unitățile medico-sociale;	Litera o) se elimină.	Formularea este problematică din punct de vedere juridic, riscând să reiasă faptul că salariile nu pot fi plătite din aceste sume. Este suficientă stipularea pozitivă a serviciilor care se decontează.
Art. 27 Cabinetele medicale vor funcționa cu minimum un asistent medical, indiferent de numărul de asigurați înscriși pe listă.	Art. 27 Pentru asigurarea calității serviciilor medicale, cabinetele medicale vor funcționa cu minim un asistent medical. Numărul de asigurați înscriși pentru care se angajează câte un asistent medical este de 1000.	Este evident faptul că nu putem vorbi de calitatea serviciilor medicale fără a avea angajat personalul necesar să asigure aceste servicii, asistenții medicali ai medicilor de familie intrând în această categorie. În acest sens este obligatorie introducerea unui principiu al proporționalității, care ține de normarea activității acestei categorii profesionale.
Art. 36 (2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui		Observație generală: modalitatea de calcul inhibă creșterea numărului de servicii medicale acordate în medicina primară

punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național pentru anii 2013 - 2014 are următoarea structură:

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

b) sume necesare pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei prevăzut la alin. (1) lit. c);

c) 70% pentru plata per capita și 30% pentru plata pe serviciu, după reținerea sumelor prevăzute la lit. a) și b).

(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita și per serviciu, fondul anual aferent asistenței medicale primare se defalcchează trimestrial.

(4) Valoarea definitivă a unui punct per capita, se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per capita și numărul de puncte per capita efectiv realizate și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(5) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(6) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita /per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenței medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade suma pentru plata per capita, precum și venitul cabinetelor medicale în care își desfășoară activitatea

(creșterea numărului de servicii conduce la scăderea valorii acestora), existând riscul ca ea să contribuie la menținerea la un nivel ridicat a adresabilității la unitățile sanitare.

Modalitatea de calcul ar trebui să stimuleze acordarea de servicii medicale în medicina primară, scăzând costurile în ambulatoriu și spital.

Această modalitate de calcul exprimă una din slăbiciunile esențiale ale sistemului, respectiv faptul că decontarea serviciilor medicale se face în funcție de bugetul alocat Casei (adică, în principiu, în funcție de banii colectați), fără nicio legătură cu costurile de piață ale serviciilor medicale.

medicii de familie nou-veniți într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenție de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate prevăzut la art. 31 alin. (1) lit. a) și b) precum și suma necesară pentru plata serviciilor decontate prin tarif exprimat în lei și se repartizează 70% pentru plata per capita și 30% pentru plata per serviciu.		
ART. 48 (1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, inclusiv de recuperare-reabilitare a sănătății, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția: a) cabinetelor medicale de specialitate din specialitățile clinice organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor; b) zonelor/unităților administrativ-teritoriale deficitare din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, numai pentru: b1) cabinetele medicale ambulatorii de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea medicul de specialitate cu normă întreagă sau, după caz, cu integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână, cu obligația ca întregul program de activitate, în care medicul își desfășoară activitatea cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să		Limitare ilegală a dreptului la muncă al medicului, derivată din interpretarea eronată a legislației muncii. Limitele avute în vedere sunt pentru un contract individual de muncă. Or, în speță este vizibilă posibilitatea încheierii a două contracte de muncă separate pentru același medic, situație care dă dreptul la decontarea sumelor pentru toate orele muncite. Nesiguranța este vizibilă și în modalitatea „asiguratorie” de formulare, respectiv reluarea extrem de frecvent a formulei „cu respectarea legislației muncii” („tehnică” aplicată de managerii care nu doresc să-și asume vreo responsabilitate sau sunt nesiguri pe interpretarea pe care o dau prevederilor legale), fapt nepermis pentru un act normativ chemat să trateze <i>in extenso</i> această problemă. De altfel, o astfel de scrupulozitate este exagerată dacă ținem cont de situația concretă din unitățile sanitare aflate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate în care o bună parte din medici sunt nevoiți să facă mai multe gărzi pe lună prin încălcarea prevederilor legale privind timpul de muncă și

fie în conformitate cu prevederile legislației muncii; b2) cabinetele medicale ambulatorii de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea medicul de specialitate care are contract cu timp parțial în spital, situație în care acesta poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care poate fi de până la 35 de ore pe săptămână, cu obligația ca întregul program de activitate, în care medicul își desfășoară activitatea cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să fie în conformitate cu prevederile legislației muncii. (2) În situațiile care se încadrează la lit. b), casele de asigurări de sănătate nu contractează și nu decontează servicii medicale efectuate de acești medici în cadrul ambulatoriului integrat al spitalului. (3) În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic, cu obligația ca întreaga activitate desfășurată de către medic, cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să nu depășească 70 de ore pe săptămână, cu respectarea legislației muncii. În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.		timpul de odihnă.
ART. 73 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv	ART. 73 (1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru	În condițiile în care contractarea serviciilor medicale cu Casa nu ține cont de costurile reale, sumele decontate (tarif pe caz rezolvat/tarif mediu pe caz rezolvat etc.) fiind

pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și pentru situațiile prevăzute la art. 72 lit. a), b) și c). (2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați și avizate de șeful de secție și managerul spitalului, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților. (3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii Art. 73¹ Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății, sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice. Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.	rezolvarea cazurilor respective.	stabilite în funcție de disponibilul financiar la nivelul Fondului, respectiv al Caselor. În forma propusă articolul este o nejustificată prezumție de culpă a unităților sanitare pentru toate lipsurile existente.
Art. 140 al. (1) Furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați să utilizeze prescripția medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.	Art. 140 litera (1) Furnizorii de servicii medicale și medicamente aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sunt obligați să utilizeze prescripția medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare.	Aceeași motivare ca la nr.crt. 1, cu privire la prescripția electronică

Art. 140 (2) Prescripția medicală electronică este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.	Art. 140 alineat 2) Prescripția medicală este document cu regim special, utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și se întocmește în 3 exemplare, dintre care două exemplare (originalul și o copie) se depun de asigurat la farmacie și al treilea exemplar rămâne în carnet la medicul care a eliberat prescripția. Toate datele vor fi înscrise lizibil, fără modificări, ștersături sau adăugări. În cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată	Aceeași motivare ca la nr.crt. 1, cu privire la prescripția electronică
Art. 140 (3) Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor utilizând prescrierea electronică se stabilesc prin norme. Prescrierea electronică de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu în sistemul de asigurări sociale de sănătate se face on-line și numai în situații justificate prescrierea se face off-line.	Art. 140 (3) Modalitățile de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor utilizând prescrierea electronică se stabilesc prin norme.	Aceeași motivare ca la nr.crt. 1, cu privire la prescripția electronică
Art. 140 (4) Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme.	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (3), al Art. 140
Art. 140 (5) Furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (4), al Art. 140

obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenția de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activității realizate;		
Art. 140 (6) În situația în care nu a fost îndeplinită obligația prevăzută la alin. (5), furnizorii de servicii medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (5), al Art. 140
Art. 140 (7) În cazul în care în derularea contractului/convenției se constată nerespectarea obligației prevăzute la alin. (6), se reține o sumă egală cu contravaloarea prescripțiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise și eliberate în cadrul trimestrului.	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (6), al Art. 140
Art. 140 (8) Verificarea îndeplinirii obligației prevăzute la alin. (6) se realizează trimestrial și cumulativ de la începutul anului până la sfârșitul trimestrului respectiv, de către 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.	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (6), al Art. 140
Art. 140 (9) Reținerea sumei prevăzute la alin. (7) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situația în care suma prevăzută la alin. (7) depășește prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (7), al Art. 140

executare silită, în condițiile legii.		
Art. 140 (10) Recuperarea sumei conform prevederilor alin. (7) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate și pentru furnizorii care au încheiate convenții pentru prescriere medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (7), al Art. 140
Art. 140 (11) Pentru cazurile prevăzute la alin. (7) casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic prescriptor.	Se elimină	Eliminarea acestui alineat decurge din eliminarea alineatului (7), al Art. 140

Cu stimă,

Președinte,

Rotilă Viorel