

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
REGISTRATURA GENERALĂ
INTRARE / IEȘIRE NR. 3484
DATA 11 / 05 / 2021



FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Reprezentativă la nivel de sector "Sănătate Activități Sanitar-Vetennare" conform S.C. nr. 12FED/2016 a Tribunalului București

Membră a CNS "Cartel ALFA". afiliată la EUROFEDOP

București, Sector 3, Str. Lipscani nr. 53, etaj III, / Mobil: 0721246491 / Telefon: 0371.049.261 / Fax: 0371.608.501

Website: www.solidaritatea-sanitara.ro

e-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

[fb/solidaritatea_sanitara](https://www.facebook.com/solidaritatea_sanitara)

Către:

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ"
DIN ROMÂNIA
INTRARE / IEȘIRE Nr. 645
Zua 11 Luna 05 Anul 2021

Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate
În atenția domnului Adrian GHEORGHE, Președinte

Propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară”

la proiectul de H.G. pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru

Prin prezenta vă înaintăm propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” la proiectul de H.G. pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru, așa cum sunt prezentate în continuare, ele urmând să fie susținute în cadrul programului de întâlniri publicat de CNAS.

Observații și solicitări cu caracter general/de principiu:

- I. **Prevederile privind dreptul spitalelor private de a încasa contribuția personală**
 - 1) **Dreptul spitalelor private de a încasa contribuția personală trebuie limitată la nivelul finanțării echivalente primită de spitalele publice (finanțarea agregată, realizată prin intermediul contractelor privind finanțarea serviciilor medicale prestate + actele adiționale privind finanțarea creșterilor salariale acordate din anul 2015 până în prezent).**

Prin propunerile sale contractul cadru inversează asimetria condițiilor existente anterior între spitalele publice și cele private în privința tarifului real al serviciilor medicale.

În discuție sunt în special prevederile art. 92, alin. 1, lit. a), pct. 3: „contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;”

Putem constata că s-a pornit de la dezechilibrul creat prin introducerea finanțării creșterilor salariale ale angajaților din spitalele publice prin intermediul actelor adiționale la contractele cu CASS (în loc de finanțarea acestora prin creșterea nivelului de decontare a serviciilor medicale) și se ajunge la utilizarea finanțării prin intermediul FNUAS ca o formă complementară de plată pentru serviciul privat, fără a se plafona nivelul cumulată al încasărilor (de la CASS și de la pacient/asigurator complementar) la unul similar cu spitalele publice.

Modificarea „*Drepturi ale spitalele private aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate de a încasa contribuția personală pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continua acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG.*” trebuie să fie limitată la respectarea identității de rațiune: deoarece argumentul pentru introducerea acestei măsuri îl constituie crearea posibilității pentru spitalele private de a avea un nivel de tarif egal cu cel de care beneficiază spitalele publice prin intermediul contractului privind finanțarea serviciilor medicale și a actelor adiționale privind finanțarea creșterilor salariale. Din acest motiv dreptul spitalelor private de a încasa contribuția personală, adițională finanțării prin intermediul contractelor cu Casa trebuie să fie limitat la cel generat de plata adițională acordată spitalelor publice prin actele adiționale privind finanțarea creșterilor salariale.

- 2) **Introducerea contribuției personale pentru spitalele private** (în modalitatea solicitată de noi: plafonată la nivelul finanțării echivalente a spitalelor publice) **trebuie utilizată cu același scop ca în cazul spitalelor publice: exclusiv pentru finanțarea creșterilor salariale.** În absența acestei măsuri este ratată așezarea spitalelor publice în condiții egale cu cele private în domeniul finanțării serviciilor medicale.
- 3) **De finanțarea prin intermediul asigurărilor complementare trebuie să poată beneficia atât spitalele private cât și cele publice**
Actuala formă a proiectului Contractului Cadru introduce *de facto* asigurările complementare, însă ele pot fi utilizate doar în relație cu spitalele private. Cu alte cuvinte, instituie un mecanism menit să adecveze finanțarea la costurile reale ale serviciilor medicale, însă permite utilizarea lui doar de către spitalele private.

Această intenție este vizibilă în prevederile art. 92, alin. 1, lit. aa), pct. 3: „*formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.*”, fiind reluată în prevederile art. 100, alin. 5.¹

În discuție este atât un avantaj competitiv acordat exclusiv spitalelor private față de cele publice (care face obiectul concurenței neloaiale) cât și crearea unui sistem menit să sprijine profitul unităților private, în cadrul acestuia fiind implicată și utilizarea fondurilor publice. Mai mult decât atât, în discuție este o deturnare a sensului asigurărilor complementare de la scopul lor comun, respectiv finanțarea costurilor cu serviciile medicale ce nu fac parte din pachetul de bază, către un interes exclusiv de afaceri.

Sistemul asigurărilor complementare trebuie instituit:

- În beneficiul exclusiv al pacienților, acesta putând fi utilizat atât în relație cu spitalele private cât și cu cele publice.
- Ca o formă de finanțare complementară ce asigură finanțarea serviciilor medicale la nivelul costului lor real.
- Ca o finanțare a serviciilor medicale ce nu fac parte din pachetul de bază. Un exemplu (pe sistemul actual) îl constituie serviciile medicale prevăzute la art. 205.²
- Ca o formă de finanțare alternativă în situația listelor de așteptare.³
- Împreună cu o formă de sprijin/stimulare (tip deductibilități fiscale).

II. **Tratamentul egal al beneficiarilor în privința obligațiilor de plată la FNUASS**

¹ (5) *Contribuția personală a asiguratului se plătește de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului. (...)*

² De observat că prevederile acestui articol nu sunt armonizate cu cele privitoare la contribuția personală.

³ Există riscul ca listele de așteptare să devină „o resursă de pacienți” pentru spitalele private, generată de obligativitatea instituirii lor aplicată spitalelor publice.

- 4) **Beneficiarii finanțării din partea CNAS trebuie tratați identic din perspectiva obligațiilor de plată a obligațiilor către FNUASS, ei trebuind să aibă obligația de a participa în mod egal la constituirea resursei financiare de care beneficiază.**

Decontarea serviciilor medicale către unitățile private în condițiile generării posibilității acestora de a avea *încasărilor suplimentare* din *contribuțiile personale* trebuie însoțită de crearea unor „condiții de returnare” (plată la FNUASS) similare cu cele ale spitalelor publice (un sistem similar – în privința principiului beneficiilor comune - cu cel utilizat în cazul contractelor cost-volum pentru medicamente), realizabil prin condiționarea existenței CIM-urilor pentru personalul care prestează aceste servicii (garanție a plății contribuțiilor la FNUASS proporțională cu sumele încasate). În caz contrar CNAS ajunge să finanțeze tipuri de activități care „ocolesc” plata corespunzătoare a contribuțiilor care stau la baza alimentării acestui fond, instaurând pe această cale începutul unui cerc vicios ce scade nivelul încasărilor, nivelul „întoarcerilor la fond din sumele finanțate” realizat pe seama spitalelor private nefiind similar cu cel realizat în cazul spitalelor publice.

- III. **În măsura în care Contractul cadru este un izvor de drepturi de personal, el trebuie să vizeze acordarea acestor drepturi tuturor categoriilor de personal ce participă la furnizarea serviciilor medicale decontate de CNAS**

- 5) **Contractul cadru trebuie să devină creator de drepturi suplimentare în materie de CO/vacanță pentru toate categoriile de personal care participă la furnizarea serviciilor medicale finanțate de Casă.**

În forma prevăzută în proiect, Contractul cadru devine creator de drepturi suplimentare în materie de CO/vacanță doar pentru o categorie de personal și furnizori, instituind o discriminare evidentă.

Avem în vedere prevederea art. 8, lit. f) din Contractul cadru, care prevede introducerea drepturilor de vacanță ale medicilor din medicina primară la nivelul de 30 zile lucrătoare/an⁴ sub motivul: „s-a reglementat o perioadă de vacanță similar cu personalul bugetar”. Această prevedere:

- a. Nu indică o referință exactă (la care categorii de medici/personal bugetar se raportează)
- b. În „sistemul bugetar” (formulă utilizată în mod inadecvat: tot ce este finanțat de la bugetul FNUAS are statutul de bugetar) drepturile adiționale de CO:
 - i. Sunt acordate pe baza Contractului colectiv de muncă la nivel de sector sanitar (CCM). Dacă aceasta este referința atunci trebuie să se facă trimitere exactă la acest sistem, indicând aplicabilitatea aceluiași reguli.
 - ii. Sunt diferențiate în primul rând prin raportare la condițiile de muncă.

⁴ De observat că forma anterioară, 30 zile calendaristice pe lună, stabilea acest drept la nivelul drepturilor minime de CO pentru toate categoriile de salariați.

c. Nu ia în considerare toate categoriile de personal. Trimiterea la regulile aplicabile prin intermediul CCM.

În măsura în care Contractul cadru introduce drepturi în materie de CO/vacanță el trebuie să facă acest lucru pentru toate categoriile de personal care contribuie la furnizarea serviciilor medicale, inclusiv de forma de contract și de angajator (public sau privat).

Propunerile și observațiile punctuale ale Federației „Solidaritatea Sanitară”

Articolul și aliniatul	Forma propusă în proiectul Contractului Cadru	Forma propusă de Federația „Solidaritatea Sanitară”	Observații Federația „Solidaritatea Sanitară”
Art. 86, alin. 1 lit. p:	p) certificatul de membru al CMR pentru fiecare medic care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care funcționează sub incidența contractului, valabil la data încheierii contractului și reînnoit pe toată perioada derulării contractului, document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii de asigurare de răspundere civilă în domeniul medical;	Se elimină.	O astfel de condiție nu ține de relația cu Casa, fiind suficientă dovada dreptului de liberă practică. De altfel, fie ea se aplică pentru toate cazurile în care specialiștii sunt obligați să facă parte dintr-un organism profesional fie (de preferat) pentru nici unul.
Art. 90, alin. 2 lit. a)	a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabilește pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare ICM, și a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului și TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitalicești este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități se stabilește prin negociere între furnizori și casele	a) suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabilește pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare ICM, și a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului și TCP-ului utilizate la	Actualizarea anuală cu rata inflației constituie mecanismul esențial de menținerea a decontării serviciilor medicale cât mai aproape de costurile reale ale acestora

	de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute în norme și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;	contractarea serviciilor medicale spitalicești este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialități se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate în condițiile prevăzute în norme și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme. Tariful maximal prevăzut în norme se actualizează anual cu rata inflației.	
		Tariful maximal prevăzut în norme se actualizează anual cu rata inflației.	Mențiune necesară pentru toate articolele/aliniatele care vizează tarifele de decontare către spitale.
Art. 90, alin. 2 lit. b)	suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;	suma aferentă serviciilor medicale spitalicești a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanțată din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare se stabilește prin negociere între furnizori și casele de asigurări de sănătate și nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme. Tariful maximal prevăzut în norme se actualizează anual cu rata inflației.	Actualizarea anuală cu rata inflației constituie mecanismul esențial de menținerea a decontării serviciilor medicale cât mai aproape de costurile reale ale acestora
ART. 91	(1) La contractarea anuală a serviciilor medicale spitalicești, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 94% din fondurile aprobate cu această destinație la nivelul casei de asigurări de		Cum se face justificarea acestor situații? Care sunt criteriile de alocare suplimentară? În absența unor precizări exprese privind alocarea suntem în situația unui buget aflat la

	<p>sănătate și comunicate prin fila de buget anuală pentru anul în curs.</p> <p>(2) Diferența de 6% din fondul cu destinație servicii medicale spitalicești ce nu a fost contractată inițial se utilizează astfel:</p> <p>a) 5% pentru situații justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, în condițiile prevăzute în norme;</p> <p>b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce privește comorbiditatea și numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secțiilor/compartimentelor de terapie intensivă, în condițiile stabilite prin norme.</p>		<p>libera decizie a conducerii CNAS/Caselor, situație inacceptabilă. Spitalele au dreptul să știe în ce condiții pot beneficia de finanțare suplimentară.</p>
Art. 92, alin. 1, lit. ad)	<p>ad) 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. c) în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; (...)</p>	<p>Art. 92, alin. 1, lit. ad) ad) 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. c) în maximum 15 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; (...)</p>	<p>Spitalele au indicat existența întârzierilor generate de pacienți aflați la distanțe mari, care uită cardurile, durata de prezentare acestora întârziind procesul de transmitere a serviciilor medicale în platforma informatică.</p>
Art. 92, alin. 1, lit. a), pct. 3	<p>contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă</p>	<p>contribuția personală pe care o pot încasa spitalele private pentru serviciile medicale spitalicești în regim</p>	<p>(reluată) Putem constata că s-a pornit de la dezechilibrul creat prin introducerea finanțării creșterilor salariale ale angajaților din spitalele</p>

<p>(Modificare aplicabilă și la art. 92, alin. 1, lit. aa), pct. 3 respectiv la art. 100, alin. 5)</p>	<p>acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;"</p>	<p>de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, <i>aceasta neputând depăși nivelul mediu agregat de decontare (rezultat din decontarea serviciilor și actele adiționale pentru plata creșterilor salariale) acordat spitalelor publice; nivelul mediu agregat de decontare este comunicat de CNAS</i>; informațiile privind tarifele practicate de furnizorii privați, suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG și diferența dintre acestea sunt afișate de furnizorul privat pe pagina proprie de internet și la sediu într-un loc vizibil, conform modelului prevăzut în norme;"</p>	<p>publice prin intermediul actelor adiționale la contractele cu CASS (în loc de finanțarea acestora prin creșterea nivelului de decontare a serviciilor medicale) și se ajunge la utilizarea finanțării prin intermediul FNUAS ca o formă complementară de plată pentru serviciul privat, fără a se plafona nivelul cumulat al încasărilor (de la CASS și de la pacient/asigurator complementar) la unul similar cu spitalele publice.</p> <p>Modificarea „Drepturi ale spitalele private aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate de a încasa contribuția personală pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continua acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG.” trebuie să fie limitată la respectarea identității de rațiune: deoarece argumentul pentru introducerea acestei măsuri îl constituie crearea posibilității pentru spitalele private de a avea un nivel de tarif egal cu cel de care beneficiază spitalele publice prin intermediul contractului privind finanțarea serviciilor medicale și a actelor adiționale privind finanțarea creșterilor salariale. Din acest motiv dreptul spitalelor private de a încasa contribuția personală, adițională finanțării prin intermediul contractelor cu Casa trebuie să fie limitat la cel generat de plata adițională acordată spitalelor publice prin actele adiționale privind finanțarea creșterilor salariale.</p>
--	--	---	--

			Modificarea propusă are în vedere stabilirea plafonului maxim de cost al serviciilor medicale luând ca referință costul mediu agregat aplicat în sistemul public. În felul acesta unitățile sanitare publice sunt așezate în condiții similare cu cele private.
art. 92, alin. 1, lit. aa), pct. 3	formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului, calculată la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în deviz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia.”	formularului de consimțământ al pacientului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la contribuția personală pe care acesta o va achita în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări unui furnizor privat pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului calculată în conformitate cu prevederile art. 92, alin. 1, lit. a), pct. 3 și la momentul semnării formularului. Formularul va include toate serviciile suplimentare sau la cerere și tarifele acestora care nu fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă acordate în secții de acuți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în	Forma inițială a proiectului Contractului Cadru introduce <i>de facto</i> asigurările complementare, însă ele pot fi utilizate doar în relație cu spitalele private. Cu alte cuvinte, instituie un mecanism menit să adecveze finanțarea la costurile reale ale serviciilor medicale, însă permite utilizarea lui doar de către spitalele private. Pentru a elimina avantajul competitiv acordat exclusiv spitalelor private față de cele publice (care face obiectul concurenței neloaiale). Suplimentar, prin intermediul acestor propuneri <i>asigurările complementare restrânse</i> (așa cum sunt acestea utilizate în cadrul proiectului Contractului cadru) pot fi utilizate pentru a finanța servicii medicale suplimentare sau la cerere (nedecontate de Casă) și în cazul spitalelor publice. Prin intermediul acestei propuneri pacienții/terții sau asiguratorii privați (prin intermediul asigurărilor complementare) pot finanța: 1) În cazul spitalelor private: a. Diferența dintre nivelul de decontare al serviciilor medicale acordat de CNAS și nivelul mediu

		<p>de viz pot fi modificate numai cu acordul pacientului sau al reprezentantului legal al acestuia. Prevederile privind serviciile suplimentare sau la cerere sunt aplicabile și spitalelor publice, acestea putând fi plătite inclusiv prin intermediul asigurărilor complementare.</p>	<p>agregat de decontare acordat serviciilor publice.</p> <p>b. serviciile suplimentare sau la cerere (nedecontate de CNAS).</p> <p>2) În cazul spitalelor publice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - serviciile suplimentare sau la cerere (nedecontate de CNAS).
<p>Art. 93 – se introduce un noi alineat:</p>		<p>Drepturile prevăzute la art. 8, lit. f) au caracter minim obligatoriu pentru tot personal care participă la furnizarea serviciilor medicale, angajat în spitalele aflate în contract cu CNAS.</p>	<p>(reluată) Contractul cadru trebuie să devină creator de drepturi suplimentare în materie de CO/vacanță pentru toate categoriile de personal care participă la furnizarea serviciilor medicale finanțate de Casă.</p> <p>În forma prevăzută în proiect, Contractul cadru devine creator de drepturi suplimentare în materie de CO/vacanță doar pentru o categorie de personal și furnizori, instituind o discriminare evidentă.</p> <p>Avem în vedere prevederea art. 8, lit. f) din Contractul cadru, care prevede introducerea drepturilor de vacanță ale medicilor din medicina primară la nivelul de 30 zile lucrătoare/an sub motivul: „s-a reglementat o perioadă de vacanță similar cu personalul bugetar”. Această prevedere:</p> <p>a. Nu indică o referință exactă (la care categorii de medici/personal bugetar se raportează)</p> <p>b. În „sistemul bugetar” (formulă utilizată în mod inadecvat: tot ce este finanțat de la bugetul FNUAS are statutul de bugetar)</p>

			<p>drepturile adiționale de CO:</p> <p>i. Sunt acordate pe baza Contractului colectiv de muncă la nivel de sector sanitar (CCM). Dacă aceasta este referința atunci trebuie să se facă trimitere exactă la acest sistem, indicând aplicabilitatea aceluiași reguli.</p> <p>ii. Sunt diferențiate în primul rând prin raportare la condițiile de muncă.</p> <p>c. Nu ia în considerare toate categoriile de personal. Trimiterea la regulile aplicabile prin intermediul CCM</p> <p>În măsura în care Contractul cadru introduce drepturi în materie de CO/vacanță el trebuie să facă acest lucru pentru toate categoriile de personal care contribuie la furnizarea serviciilor medicale, inclusiv de forma de contract și de angajator (public sau privat).</p>
ART. 98	<p>(1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi și după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile</p>		<p>Prevederile acestui articol (care se referă la toate categoriile de spitale) intră în conflict vizibil cu prevederile privind contribuția personală în cazul spitalelor private.</p> <p>Introducerea contribuției personale (cel puțin a celei ce depășește nivelul finanțării agregate echivalente pentru spitalele publice) contrazice principiul ce stă la baza acestui articol, dovedind finanțarea insuficientă a serviciilor medicale.</p> <p>Sistemul de rambursare al serviciilor medicale are două probleme majore din punctul de vedere al spitalelor:</p>

<p>prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c), cu excepția:</p> <p>a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;</p> <p>b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.</p> <p>(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, 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.</p> <p>(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor publice și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituției.</p> <p>(4) 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 - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, cu excepția medicamentelor și</p>		<p>- Decontarea serviciilor medicale sub nivelul de cost real al acestora (incluzând în costuri cheltuiala cu resursa umană, adică inclusiv sumele din actele adiționale încheiate pentru acoperirea cheltuielilor cu creșterile salariale începând din toamna anului 2015 până în prezent).</p> <p>- Absența decontării serviciilor medicale prestate (din motive obiective) peste nivelul contractat.</p> <p>În aceste context spitalele au la dispoziție doar următoarele soluții privind acoperirea acestor costuri suplimentare, nedecontate de CNAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arieratele. În absența acoperirii acestora, ele se transformă ulterior într-o scădere a calității serviciilor medicale. 2. Scăderea calității serviciilor medicale (raportat la standarde) pe zona medicamentelor, materialelor sanitare sau a expertizei de specialitate. 3. „Optimizarea raportărilor” (care însă generează avantaje pentru unii pe seama tuturor) 4. „Co-plata informală”, ce are ca obiect recomandarea dată pacienților de a-și cumpăra unele medicamente și materiale sanitare în condițiile în care acestea lipsesc din unitate (din rațiuni financiare). <p>Deși generează costuri suplimentare pentru unii pacienți, ultima soluție are nivelul cel mai ridicat de echitate dintre toate cele patru menționate.</p>
---	--	---

	<p>materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate. Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi</p>		<p>În situația în care nu se acceptă eliminarea acestor aliniate solicităm explicații privind procedura de decontare a serviciilor medicale pe care spitalele le asigură pacienților care depășesc numărul total de servicii contractate.</p>
<p>Art. 102, alin. 1</p>	<p>Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. d), f) - i), k) - m), n), o) - s), t), ț), lit. aa), lit. ab), ac) și ah), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,5% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;</p>	<p>Nerespectarea oricăreia dintre obligațiile unităților sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. d), f) - i), k) - m), n), o) - s), t), ț), lit. aa), lit. ab), ac) și ah), atrage aplicarea unor sancțiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații, după cum urmează:</p> <p>a) la prima constatare, reținerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 0,1% la suma contractată pentru fiecare tip de servicii medicale spitalicești, respectiv suma contractată pentru serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile acute/ serviciile medicale spitalicești pentru afecțiunile cronice/serviciile medicale paliative în regim de spitalizare continuă/serviciile medicale spitalicești efectuate în regim de spitalizare de zi, după caz, în funcție de tipul de servicii medicale spitalicești la nivelul cărora s-a înregistrat nerespectarea obligațiilor;</p>	<p>Procentul actual este disproporționat de mare raportat la gravitatea abaterii</p>
<p>Art. 201, alin. 2</p>	<p>(2) Furnizorii de servicii medicale au obligația:</p> <p>a) să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în</p>		<p>Această obligație trebuie corelată cu sarcina CNAS de a recupera sumele din fondurile speciale sau de la cei vinovați, preluând astfel</p>

<p>care au fost aduse daune sănătății de către alte persoane și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală în vederea decontării;</p> <p>b) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective de la persoanele care răspund potrivit legii și au obligația reparării prejudiciului produs și să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, 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</p>		<p>o povara de pe umerii spitalelor.</p>
---	--	--

Din punct de vedere procedural, având în vedere programul anunțat pentru dezbateri, în situația în care timpul alocat discuțiilor aferente consultărilor se dovedește insuficient pentru expunerea problemelor și dezbaterile lor, vom considera că nu a avut loc consultarea.

Cu stimă,

Manager,
Rotilă Viorel

