

**MINUTA ÎNTÂLNIRII  
COMISIEI DE DIALOG SOCIAL  
07 IUNIE 2021**

În data de 07 IUNIE 2021, la sala de consiliu - etaj 2 a Ministerului Sănătății, a avut loc sesiunea online a Comisiei de Dialog Social.

Au participat, conform prezenței:

-președintele Comisiei de Dialog Social constituită la nivelul MS, domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE

**reprezentanți ai Ministerului Sănătății:**

- domnul Constantin Postolache.
- domnul Adrian-Stelian Dumitru.
- doamna Rodica Culea.
- doamna Iona Magdalena Popișteanu.

**reprezentanții Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:**

- doamna Ioana Popa.
- domnul Cristian Nedu.
- doamna Elisabeth Brumă.

**reprezentanți ai Administrației Prezidențiale:**

doamna Ioniță Florica.

**reprezentanți ai Ministerului Muncii și Protecției Sociale:**

domnul Florian Mihai.

Reprezentanți ai organizațiilor sindicale și patronale

**Confederația Națională Sindicală C.N.S. Cartel Alfa:**

- domnul Viorel Rotilă.
- doamna Gabriela Lică.
- domnul Denis Păduraru.
- domnul Gabriel Predică.
- doamna Corina Ionașcu.

**Blocul Național Sindical:**

- domnul Marian Rotaru.

**Confederația Națională a Sindicatelor Libere din România C.N.S.L.R – Frăția:**

- domnul Iulian Pope.

**Uniunea Generală a Industriașilor din România U.G.I.R**

- domnul Ovidiu Tene.

**Consiliul Național al Întreprinderilor Private Mici și Mijlocii din România C.N.I.P.M.M.R**

- doamna Raluca ZOIȚAN.

**Confederația Patronală din Industrie, Agricultură, Construcții și Servicii din România**

- doamna Adriana Claudia RADU.

Domnul Vass LEVENTE, a prezentat ordinea de zi:

Ordonanță de urgență privind stabilirea cadrului instituțional, precum și măsurile necesare pentru asigurarea aplicării directe a prevederilor Regulamentului (UE) 2017/745 al Parlamentului European și al Consiliului din 5 aprilie 2017 privind dispozitivele medicale, de modificare a Directivei 2001/83/CE, a Regulamentului (CE) nr. 178/2002 și a Regulamentului (CE) nr. 1223/2009 și de abrogare a Directivelor 90/385/CEE și 93/42/CEE ale Consiliului.

Proiectul de Hotărâre a Guvernului privind modificarea anexei nr. 31 la Hotărârea Guvernului nr. 1705/2006 pentru aprobarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului.

Proiectul de Hotărâre pentru prelungirea termenului prevăzut la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 453/2019 privind actualizarea datelor de identificare ale unui imobil aflat în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Sănătății - Direcția de Sănătate Publică a Județului Neamț, precum și trecerea acestuia în domeniul public al județului Neamț, modificat prin Hotărârea Guvernului nr. 1136/2020.

Proiectul de Hotărâre privind actualizarea anexei nr. 15 la Hotărârea Guvernului nr. 1705/2006 pentru aprobarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului.

Proiectul de Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018.

Proiectul de Ordonanță de urgență pentru modificarea și completarea art. 230 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății.

Proiectul de Hotărâre a Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe domnul Adrian-Stelian Dumitru să prezinte Proiectul de Ordonanță de urgență privind stabilirea cadrului instituțional, precum și măsurile necesare pentru asigurarea aplicării directe a prevederilor Regulamentului (UE) 2017/745 al Parlamentului European și al Consiliului din 5 aprilie 2017 privind dispozitivele medicale, de modificare a Directivei 2001/83/CE, a Regulamentului (CE) nr. 178/2002 și a Regulamentului (CE) nr. 1223/2009 și de abrogare a Directivelor 90/385/CEE și 93/42/CEE ale Consiliului.

Domnul Adrian-Stelian Dumitru a comunicat ca acest act normative a mai fost prezentat în sedința de dialog social din data de 10 martie 2021 sub forma de hotărâre de guvern.

Ministerul Justiției a solicitat ca acest act normative să fie promovat sub forma unei Ordonanțe de Urgență.

### **Reprezentanții partenerilor sociali participanți la ședință, au dat AVIZ FAVORABIL**

Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe doamna Ioana Popa să prezinte Proiectul de Hotărâre a Guvernului privind modificarea anexei nr. 31 la Hotărârea Guvernului nr. 1705/2006 pentru aprobarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului.

Prin prezentul proiect de act normativ se are în vedere crearea cadrului legal pentru modificarea datelor de identificare și actualizarea valorii de inventar, după caz, a unor bunuri imobile aflate în inventarul centralizat al bunurilor din domeniul public al statului, aprobat prin HG nr. 1705/2006 pentru aprobarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului, cu modificările și completările ulterioare și în administrarea unor case de asigurări, din subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

**Prin prezentul proiect se propune:**

- actualizarea valorii de inventar ale imobilelor clădire sediu și teren aflate în domeniul public al statului și în administrarea Casei de Asigurări de Sănătate Olt;
- modificarea datelor de identificare și actualizarea valorii de inventar ale imobilelor clădire sediu și teren aflate în domeniul public al statului și în administrarea Casei de Asigurări de Sănătate Prahova.

#### **Reprezentanții partenerilor sociali participanți la ședință, au dat AVIZ FAVORABIL**

Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe doamna Rodica Culea să prezinte Proiectul de Hotărâre pentru prelungirea termenului prevăzut la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 453/2019 privind actualizarea datelor de identificare ale unui imobil aflat în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Sănătății - Direcția de Sănătate Publică a Județului Neamț, precum și trecerea acestuia în domeniul public al județului Neamț, modificat prin Hotărârea Guvernului nr. 1136/2020.

#### **Schimbări preconizate.**

Având în vedere faptul că autoritatea publică locală a derulat o serie de acțiuni în privința realizării obiectivului de investiții, respectiv a finalizat procedura de achiziție publică demarată în data de 16.11.2020 cu anunțul de participare simplificat SCN 1080194 și a încheiat contractul de lucrări nr. 148/12.04.2021, prin prezentul proiect de act normativ se propune prelungirea termenului prevăzut la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 453/2019 *privind actualizarea datelor de identificare ale unui imobil aflat în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Sănătății - Direcția de Sănătate Publică a Județului Neamț, precum și trecerea acestuia în domeniul public al județului Neamț*, prelungit prin HG nr 1136/2020 până la data de 30.06.2021, cu încă 6 (șase) luni, respectiv până la data de 31.12.2021.

Realitatea și corectitudinea datelor prezentate, precum și necesitatea și oportunitatea promovării proiectului de act normativ, aparțin inițiatorului.

#### **Reprezentanții partenerilor sociali participanți la ședință, au dat AVIZ FAVORABIL**

Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe doamna Roxana Ilie să prezinte Proiectul de Hotărâre privind actualizarea anexei nr. 15 la Hotărârea Guvernului nr. 1705/2006 pentru aprobarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului.

Valoarea de inventar se actualizează potrivit prevederilor art. 2<sup>1</sup> și 2<sup>2</sup> din Ordonanța Guvernului nr. 81/2003 privind reevaluarea și amortizarea activelor fixe aflate în patrimoniul instituțiilor publice, aprobată prin Legea nr. 493/2003, cu modificările și completările ulterioare.

Modificările se fac în conformitate cu prevederile OMFP nr 1718/2011 pentru aprobarea precizărilor privind întocmirea și actualizarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public al statului, în baza cărților funciare și rapoartelor de evaluare/ proceselor verbale de reevaluare, emise în conformitate cu legislația în vigoare.

Bunurile imobile au fost reevaluate în conformitate cu Ordonanța Guvernului nr. 81/2003 privind reevaluarea și amortizarea activelor fixe aflate în patrimoniul instituțiilor publice, aprobată prin Legea nr. 493/2003, cu modificările și completările ulterioare și Ordinul Ministrului Economiei și Finanțelor nr. 3471/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind reevaluarea și amortizarea activelor fixe corporale aflate în patrimoniul instituțiilor publice.

Unitățile sanitare care fac obiectul prezentului act normativ sunt cuprinse în Lista unităților cu personalitate juridică aflate în subordinea Ministerului Sănătății din Anexa 2 la Hotărârea Guvernului nr.144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Pentru reglementarea situației prezentată mai sus, se supun aprobării următoarele:

- SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN PRAHOVA (CUI 7485701)
- SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN BIHOR (CUI:7551740)
- SERVICIUL DE AMBULANȚĂ JUDEȚEAN SĂLAJ/ CUI 7595291
- SERVICIUL JUDEȚEAN DE AMBULANȚĂ SATU MARE - CUI: 8069902
- INSTITUTUL CLINIC DE UROLOGIE ȘI TRANSPLANT RENAL CLUJ-NAPOCA - CUI 12653879

### **Reprezentanții partenerilor sociali participanți la ședință, au dat AVIZ FAVORABIL**

• Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe doamna Iona Magdalena Popișteanu să prezinte Proiectul de Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018.

#### **1. Descrierea situației actuale**

În prezent, derularea programelor naționale de sănătate se realizează în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările ulterioare și a normelor tehnice de aplicare a acestora, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 377/2017, cu modificările și completările ulterioare, respectiv Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 245/2017, cu modificările și completările ulterioare.

De asemenea, în prezent, implementarea propriu-zisă a activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate se realizează în baza actelor adiționale la contractele încheiate pentru derularea programelor în anul 2017 între unitățile de specialitate care derulează programe naționale de sănătate și casele de asigurări de sănătate sau, după caz, direcțiile de sănătate publică, în funcție de sursa bugetară din cadrul căreia se asigură finanțarea programelor.

Actelor normative sus enumerate, precum și actelor adiționale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate sau direcțiile de sănătate publică cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale și altele asemenea pentru derularea activităților din cadrul programelor naționale de sănătate sunt valabile până la data de 30 iunie 2021.

#### **1. Schimbări preconizate:**

Prin prezentul act normativ se reglementează cadrul legal pentru prelungirea, până la finalul lunii în care se împlinesc 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022, a termenului de aplicare a prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 155/2017 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2017 și 2018, cu modificările și completările ulterioare. În acest

context, se va asigura continuitatea activităților prevăzute în cadrul programelor naționale de sănătate derulate în prezent, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative.

Prin modificarea art. 25 alin. (3) și (4), precum și prin introducerea alineatului 4<sup>1</sup> se reglementează modalitatea de includere în lista prețurilor de decontare a medicamentelor-denumiri comerciale din CaNaMed, prin raportare la rapoartele de evaluare a tehnologiilor medicale care au stat la baza deciziilor emise de ANMDMR în conformitate cu prevederile Legii nr 95/2006 și ale Ordinului MS nr 861/2014 cu modificările și completările ulterioare, Decizii care au condus, în funcție de modalitatea de evaluare a tehnologiilor medicale, la includerea necondiționată sau condiționată, după caz, a unui DCI în sublista C secțiunea C2 din Lista aprobată prin HG nr 720/2008, republicată cu modificările și completările ulterioare.

### **Reprezentanții partenerilor sociali participanți la sedință, au dat AVIZ FAVORABIL**

Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe domnul Cristian Nedu să prezinte Proiectul de Ordonanță de urgență pentru modificarea și completarea art. 230 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru stabilirea unor măsuri în domeniul sănătății.

În prezent, potrivit cadrului legal în vigoare se stabilește faptul că prevederile alin. (2<sup>1</sup>) - (2<sup>3</sup>) ale art. 230 se aplică începând cu data de 1 iulie 2021.

Cu privire la acest aspect, menționăm că în anul 2020, determinat de situația epidemiologică existentă la nivel național, prevederile Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019 au fost prelungite succesiv prin acte normative până la data de 30 iunie 2021, iar acestea nu cuprind reglementări cu privire la serviciile medicale pentru care asigurații plătesc o contribuție personală la furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, pentru spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate.

Serviciile medicale pentru care asigurații plătesc contribuție personală, modalitatea și condițiile acordării acestora, precum și procedura de stabilire a nivelului contribuției personale se vor stabili prin contractul-cadru, aprobat prin hotărâre a Guvernului, fiind de menționat faptul că actualul contract cadu are valabilitate până la data de 30 iunie 2021.

Rezultă astfel că este necesară reglementarea tipurilor de servicii medicale pentru care se va putea încasa contribuție personală începând cu data de 1 iulie 2021, fiind propus un mecanism gradual, începând cu spitalizarea continuă, urmând ca în anul 2022 să fie stabilit și pentru ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate, detalieri care se va regăsi astfel cum prevăd art. dispozițiile art. 230 alin. (2<sup>3</sup>) din Legea nr. 95/2006, prin contractul-cadru.

### **Schimbări preconizate**

- Prin proiectul de act normativ se propune prelungirea termenului de aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală, care poate fi plătită de asigurați, pentru unele servicii medicale în regim de ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate, în condițiile în care aceștia optează ca aceste servicii să fie acordate de furnizori privați, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Având în vedere faptul că pentru stabilirea tarifelor suportate din bugetul FNUASS pentru serviciile medicale acordate de furnizori este necesară adoptarea legii bugetului de stat, precum și parcurgerea întregului proces de consultare / negociere mai sus menționat, se propune ca termenul de

aplicare a prevederilor cu privire la contribuția personală să fie stabilit în concordanță cu termenul stabilit de Legea nr. 95/2006 pentru elaborarea Contractului-cadru, care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, în concordanță cu acest termen s-a stabilit și termenul de intrare în vigoare a reglementărilor privind contribuția personală pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate, respectiv 60 de zile de la intrarea în vigoare a legii bugetului de stat pentru anul 2022.

Până la data respectivă urmează a se stabili și a se parcurge procesul de consultare și negociere cu organizațiile profesionale, sindicale și patronale reprezentative din domeniul medical, precum și a se adopta actul normativ cu privire la serviciile medicale pentru care asigurații pot opta pentru plata unei contribuții personale pentru unele servicii medicale acordate în ambulatoriul clinic de specialitate și ambulatoriul paraclinic de specialitate, în condițiile acordării acestor servicii de către furnizorii privați.

Reglementările privind contribuția personală pentru spitalizare continuă se vor aplica începând cu data de 1 iulie 2021 având în vedere contextul epidemiologic actual cu privire la stabilirea spitalelor Covid-19, respectiv suport Covid-19, precum și opțiunile asiguraților de a se adresa unor furnizori privați, urmând ca prin Contractul-cadru să fie definită, pe baza consimțământului prealabil exprimat în scris, contribuția personală pentru a acoperi diferența dintre tariful practicat de furnizor pentru rezolvarea cazului și tarifele corespondente suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

- Totodată, având în vedere dreptul persoanelor asigurate de a beneficia de un pachet de servicii medicale de bază, în condițiile în care pentru furnizorii privați este reglementată posibilitatea încasării unei contribuții personale din partea asiguraților, prin proiectul de act normativ se reglementează posibilitatea unei majorări treptate, până la data de 31 decembrie 2022, cu maxim 10% a numărului de paturi pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă cu furnizorii privați.

Aceasta majorare se poate face în condițiile unei analize la nivel local în funcție de nevoia de servicii medicale, pe baza unor criterii și a unei metodologii prevăzute în normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, aprobate potrivit Legii nr. 95/2006, în limita numărului de paturi aprobate la nivelul județului/municipiului București, potrivit prevederilor art. 167 alin. (2) din aceeași lege.

Acest nivel a fost determinat de analiza numărului de paturi contractabile cu furnizorii privați în perioada 2018-2020, din care a rezultat un trend de creștere anuală de aproximativ 2% la nivel național, respectiv 5% la nivelul județelor care au înregistrat creșterea numărului de paturi contractate cu furnizorii privați.

Măsura cu privire la stabilirea unui procent de majorare a numărului paturilor contractabile cu furnizorii privați urmărește asigurarea accesului pacienților la servicii medicale fără plata unei contribuții personale.

Domnul Viorel Rotila precizează că acest act normativ, prin creșterea numărului de paturi alocat unităților private, va conduce la o deplasare a serviciilor publice din zona publică în zona privată.

În privința contribuției personale, dl. Viorel Rotilă precizează că este necesară o corelare a acestui proiect de OUG cu proiectul de Contract-cadru, fiind mențiune expresă în proiectul de OUG, Federația "Solidaritatea Sanitară" solicitând, astfel cum a procedat și la consultările de la CNAS pe tema contractului-cadru, introducerea unei limite a contribuției personale echivalentă sumelor aferente creșterilor salariale din sistemul public. De asemenea, există riscul ca acest mecanism să împartă asigurații în două categorii: cei cu venituri mari care vor accesa servicii private și cei cu venituri mici, care vor accesa servicii publice.

Domnul Viorel Rotilă precizează că decontarea serviciilor medicale către unitățile private în condițiile încasărilor suplimentare din contribuțiile personale trebuie însoțită de crearea unor „condiții de returnare” similare cu cele ale spitalelor publice, realizabil prin condiționarea existenței CIM-urilor

pentru personalul care prestează aceste servicii. În caz contrar nivelul încasărilor FNUASS va scădea, nivelul „întoarcerilor la fond din sumele finanțate” realizat pe seama spitalelor private nefiind similar cu cel realizat în cazul spitalelor publice.

Domnul Viorel Rotilă solicită ca în mecanismul contribuției personale să fie incluse și unitățile publice, finanțarea realizându-se prin introducerea asigurărilor complementare.

Domnul Viorel Rotila precizează, de asemenea, că este cunoscut faptul ca unitățile sanitare publice depășesc numărul de servicii medicale contractate, acestea nefiind decontate în totalitate de Casă.

Pentru contractarea paturilor se va ajunge aceasta dilatare a numarului de paturi in zona privata.

Se cumoaste faptul ca unitatile sanitare efectueaza servicii medicale si nu sunt decontate in totalitate.

Propun ca in prima faza sa se deconteze serviciile efectuate de unitatile sanitare publice iar in a doua faza sa se deconteze in privat.

Domnul Secretar de Stat Wass Levente a solicitat reprezentantilor CNAS sa precizeze numarul de paturi in sistemul public si privat sunt contractate cu CNAS in anul 2020

Doamna Adriana Claudia RADU aceasta contributie nu va acoperi diferenta de costuri. Aceasta modificare pe noi nu ne ajuta cu nimic.

Reprezentantul casei a comunicat ca la 31 decembrie 2020 numarul de paturi contractate cu unitatile publice este de 112 401 iar in privat sunt contractate 6 773 paturi.

33 Ovidiu Tene noi sustinem actuala forma a OUG. Proiectul usureaza introducerea notiuni de contributie personala. Diferenta cea mai mare de costuri este la spitalizarea continua.

Asigurarea suplimentara are un caracter voluntar.

Costurile serviciilor medicale nu sunt acoperite doar din contractual cu casa si este constituit si din alte surse de finantare.

Dar problema reala este valoarea de decontare a serviciilor medicale.

Domnul Secretar de Stat a specificat ca in OUG sunt doua aspecte

- contribuția personală pe care o pot plăti asigurații care optează să beneficieze de unele servicii medicale acordate de furnizorii privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, în ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic de specialitate, se aplică după 60 de zile de la data intrării în vigoare a legii bugetului de stat pe anul 2022.”

- Numărul de paturi pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă cu furnizorii privați, poate fi majorat până la data de 31 decembrie 2022, treptat, în limita a maxim 10% față de numărul total de paturi contractate de casele de asigurări de sănătate pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă cu furnizorii privați la data de 31 decembrie 2020,

Iulian Pope am fi dorit ca toti furnizorii (public si privat) de servicii medicale sa aiba acces la sursa de finantare a asigurarilor complementare.

In anul 2020 a fost nevoie de mai multe servicii in privat deoarece spitalele publice au fost pentru amenajate pentru a ingriji bolnavi COVID.

In anul 2018 si anul 2019 spitalele publice au depășit valoarea contactului cu casa si nu au primit banii aferenti chiar au primit sub contractul cu casa.

Reprezentantul CNAS numarul total de paturi contractate de sistemul privat poate fi de 10% din numarul total de paturi.

Doamna Lica Gabriela nu sustine acest OUG deoarece nu este clar si sustine argumentele exprimate de domnul Rotila.

Aviz negative 6, aviz favorabil 3

**Rezentanții partenerilor sociali participanți la sedință, au dat AVIZ NEGATIV**

Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a invitat pe doamna Elisabeth Brumă să prezinte Proiectul de Hotărâre a Guvernului pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021-2022.

#### **Descrierea situației actuale**

În prezent, potrivit dispozițiilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, persoanele asigurate în condițiile legii beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare. Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații. Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat au dreptul la un pachet de servicii minimal care cuprinde servicii medicale ce se acordă numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemioepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a leuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenție.

Pachetul minimal și pachetul de bază cuprind serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale, tehnologiile și dispozitivele asistive la care au dreptul cetățenii în sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România.

Pentru serviciile din pachetul minimal și pachetul de bază sunt stabilite condițiile de acordare, drepturile și obligațiile părților contractante: case de asigurări de sănătate și furnizori, modalitățile de plată, condițiile de eligibilitate necesar a fi îndeplinite de furnizori pentru a intra în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și sancțiunile aplicabile.

#### **Schimbări preconizate**

Au fost modificate Pachetele de servicii

În **Pachetul minimal** de servicii medicale în asistența medicală primară:

- consultația pentru urmărirea leuzei la 4 săptămâni de la naștere se acordă la domiciliu.

✓ În **Pachetul de servicii de bază**:

În asistența medicală primară:

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice

În cadrul pachetului de bază de îngrijiri paliative la domiciliu:

#### **Condiții de contractare:**

Față de perioada anterioară, furnizorii exceptați de la obligativitatea acreditării, potrivit art. 7 alin. (5) din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, care optează să parcurgă voluntar procesul de acreditare, pot intra în relație contractuală în baza acreditării fără a mai avea obligația evaluării.

Totodată, au fost introduse condiții de suspendare / reziliere a contractelor pentru situațiile în care a încetat valabilitatea acreditării sau acreditarea/înscriserea în procesul de acreditare au fost revocate /retrase /anulate de către autoritatea competentă.

##### **➤ Reducerea birocrăției:**

- *Instrumente simplificate în procesul de contractare:*
- *Obligații case de asigurări de sănătate – abrogate/modificate față de reglementările în vigoare:*
- *Obligații ale furnizorilor*
- *Drepturi ale furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară*  
*Drepturi ale spitalele private*
- *Drepturi ale furnizorilor de servicii medicale și îngrijiri la domiciliu:*



- Drepturi ale furnizorilor de medicamente
- Obligații noi ale caselor de asigurări de sănătate
- 
- Disciplină contractuală

*I. Pentru îmbunătățirea gestionării eficiente a FNUASS:*

*II. Pentru îmbunătățirea controlului utilizării FNUASS:*

*III. Pentru securitatea datelor*

*IV. Organizarea și efectuarea controlului*

În ceea ce privește asigurările, unele modificări din proiectul de act normativ au avut ca obiectiv:

- Accesul la servicii medicale, medicamente, dispozitive și tehnologii medicale:
- Relația asiguraților cu casa de asigurări de sănătate
- Pentru asistența medicală primară au fost reglementate următoarele aspecte:
- Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice au fost reglementate următoarele:

Domnul Viorel Rotila a precizat că solicitările Federației "Solidaritatea Sanitară" nu au fost preluate în proiectul Contractului-cadru, rămânând de rezolvat problema corelației acestui act normativ cu proiectul de OUG discutat anterior.

Raluca Zoitan a solicitat o creștere a bugetului asistenței medicale primare de minim 500 000 000 milioane lei la prima rectificare bugetară.

Iulian Pope Unitățile sanitare publice vor contracta pe structura provizorie.

Reprezentantul CNAS se va contracta pe structura valabilă la data respectivă.

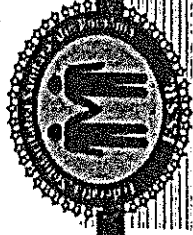
Domnul Secretar de Stat Vass LEVENTE a întrebat de ce nu se aplică prevederile OUG –ului anterior doar pe spitale cu DRG și nu și pentru spitalizarea pacienților cronici . Multe asociații și fundații care solicită să fie sprijinite cu 10 - 20 lei.

Reprezentantul CNAS a specificat că solicitarea doamnei Raluca Zoitan nu face obiectul acestui act normativ.

Nu este prevăzută o limită superioară pentru contribuția personală.

**Reprezentanții partenerilor sociali participanți la ședință, au dat AVIZ NEGATIV**

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



# FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Reprezentativă la nivel de sector "Sănătate Activități Sanitare-Veterinare" conform S.C. nr. 12/FFD/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](http://www.solidaritatea-sanitara.ro)

e-mail: [solidaritateasanitara@yahoo.fr](mailto:solidaritateasanitara@yahoo.fr)

[fb/solidaritatea.sanitara](http://fb/solidaritatea.sanitara)

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ"  
DIN ROMÂNIA  
INTRARE  
IEȘIRE Nr. 3484  
Zona 11 Luna 05 Anul 2021

Către:

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 cumulat 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 continuă 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 acută 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.<sup>1</sup>

În discuție este atât un avantaj competitiv acordat exclusiv spitalelor private față de cele publice (care face obiectul concurenței neloiale) 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.<sup>2</sup>
- Ca o formă de finanțare alternativă în situația listelor de așteptare.<sup>3</sup>
- Împreună cu o formă de sprijin/stimulare (tip deductibilități fiscale).

## II. Tratatul egal al beneficiarilor în privința obligațiilor de plată la FNUASS

---

<sup>1</sup> (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. (...)

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

<sup>3</sup> 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/an<sup>4</sup> 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.

---

<sup>4</sup> 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 ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului și TCP-ului 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 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 negocieri 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 negocieri 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 negocieri 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>
<p>Art. 92, alin. 1, lit. ad)</p>	<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) 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 întâzierilor 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>
<p>Art. 92, alin. 1, lit. a), pct. 3</p>	<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, 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; 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 cumulativ 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 continuă 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 creșterea 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>
--	---	---	--

<p>art. 92, alin. 1, lit. aa), pct. 3</p>	<p>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 acți 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.”</p>	<p>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 acți finanțate pe baza sistemului DRG, precum și toate celelalte costuri suplimentare. Sumele cuprinse în</p>	<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.</p> <p>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 adevceze 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).</p> <p>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.</p> <p>Prin intermediul acestei propuneri pacienții/terții sau asiguratorii privați (prin intermediul asigurărilor complementare) pot finanța:</p> <p><b>1) În cazul spitalelor private:</b></p> <p>a. Diferența dintre nivelul de decontare al serviciilor medicale acordat de CNAS și nivelul mediu</p>
---	---	---	--

<p>agregat de decontare acordat serviciilor publice.</p> <p>b. serviciile suplimentare sau la cerere (nedecontate de CNAS).</p> <p><b>2) În cazul spitalelor publice:</b></p> <p>- serviciile suplimentare sau la cerere (nedecontate de CNAS).</p>	<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>(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 similară cu personalul bugetar”. Această prevedere:</p> <p>a. Nu indică o referință exactă (la care categoriile 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 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>Art. 93 – se introduce un noi alineat:</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 asigurării 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 -</p> <p>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 cheltuielile 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"> <li>1. Arieratele. În absența acoperirii acestora, ele se transformă ulterior într-o scădere a calității serviciilor medicale.</li> <li>2. Scăderea calității serviciilor medicale (raportat la standarde) pe zona medicamentelor, materialelor sanitare sau a expertizei de specialitate.</li> <li>3. „Optimizarea raportărilor” (care însă generează avantaje pentru unii pe seama tuturor)</li> <li>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).</li> </ol> <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 asigurarea internă 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>	o povara de pe umerii spitalelor.
--	---	-----------------------------------

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

