



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Nr. 65 / 7.03.2011

Observațiile Societății Naționale de Medicină Familiei (SNMF) și Federației Naționale a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF) la **Proiectul de Lege nr. 35/2011** pentru aprobarea Ordonanței de Urgență nr. 133 din 28 decembrie 2010 (OUG 133/2010) pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, în vederea eficientizării unor instituții și activități în acest domeniu.

Societatea Națională de Medicină Familiei și Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie au solicitat în toate întreprinderile cu reprezentanții Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate câteva modificări ale legii menționate, și au obținut promisiunea, menționată și în protocoalele încheiate, că aceste modificări se vor face cu prima ocazie cu care se va modifica și completa Legea nr. 95/2006. Mulțumim pentru ocazia de a discuta cu factorii de decizie propunerile noastre în privința modificării L95.

Propunerile noastre sunt:

1. Modificarea termenului “consultării” cu “negocierii” în cadrul articolului 217, alineatele (2) și (5), privitoare la elaborarea contractului-cadru de furnizare servicii medicale și a normelor metodologice de aplicare.

În momentul actual, când discuțiile între reprezentanții CNAS și cei ai furnizorilor care intră în contract cu casele de asigurări de sănătate se bazează doar pe “consultări”, fără a se derula o negociere reală, iar din aceste consultări nu rezultă aproape niciodată modificările pe care le solicită reprezentanții furnizorilor, considerăm că modificarea sintagmei din “consultare” în “negociere” ar fi mult mai benefică ambelor părți și s-ar evita toate relațiile conflictuale ivite la momentul publicării actelor respective sau pe parcursul derulării contractelor, după semnarea lor. Trebuie menționat că până în 2002, inclusiv, elaborarea contractului-cadru și a normelor de aplicare a acestuia, se făcea prin negocierea dintre reprezentanții furnizorilor (Colegiul Național al Medicilor din România) și reprezentanții CNAS, iar cele două acte legislative normative erau semnate de președintele CMR și președintele CNAS. Acum sunt semnate de către ministrul sănătății și președintele CNAS dar în relație contractuală nu intră ministerul cu casa națională de asigurări ci furnizorii de servicii medicale și farmaceutice.

2. Adăugarea asociațiilor profesionale în cadrul articolului 217, alineatele (2) și (5), alături de CMR, Colegiului Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, denumit în continuare OAMMR, Ordinului



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Biochimiștilor, Biologilor și Chimiștilor, denumit în continuare OBBC, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical. Considerăm necesar ca și punctul de vedere al asociațiilor profesionale, al practicienilor, să fie ascultat în elaborarea contractului-cadru și a normelor de aplicare, întrucât adesea prevederile acestora impun conduită profesională a medicilor.

3. **În concluzie, solicităm așadar, negocierea pentru prevederile Contractului-Cadru și a Normelor de aplicare de către reprezentanții CMR, asociațiilor profesionale reprezentative, sindicatelor și patronatelor, CFR, CMDR, OAMMR, OBBC.**
4. Plata serviciilor de imunizare, monitorizarea gravidei, serviciilor de prevenție a anemiei și rahitismului și pentru bolnavii de diabet din fondurile Programelor Naționale existente. În prezent aceste servicii nu sunt plătite distinct, însă intră în obligația medicului de familie prin contractul cu CNAS.
5. Prevederea unor contracte distincte pentru realizarea imunizării elevilor și a serviciilor medicale de triaj epidemiologic în școlile în care nu există medic școlar, și unde medicului de familie din localitate îi este impus de primărie și de direcția de sănătate publică să realizeze aceste servicii fără plată. Aceeași propunere și pentru medicina sportivă, mai ales în mediul rural.
6. Renunțarea la sintagma de “contract multianual”, atâta timp cât Normele depind de bugetul anual și sunt anuale. Acest Contract-Cadru multianual reprezintă semnarea unui “cec în alb” de către furnizori. La consultările cu CNAS am precizat că acceptăm ideea contractului multianual numai în situația în care se menționează clar că “fondul alocat asistenței medicale primare nu poate fi mai mic de 9% din fondul alocat plății serviciilor medicale din FNUASS”. De altfel, în țările europene, procentul (evident nu poate fi afectat de criză!) alocat asistenței medicale primare este între 9 și 15%. În România în 2009 și 2010 a fost de %. aproximativ 5,6%
7. **Specificarea în cadrul Titlului IX Cardul Național de Asigurări de Sănătate, art. 332, 338, 338¹ a fondurilor din care se vor plăti atât producerea și distribuirea cardurilor, activități deja menționate în OUG 133/2010, cât și a personalizarea, editarea și celelalte costuri legate de implementarea cardului, cum ar fi cititoarele de carduri, tehnica de calcul și serviciile de comunicare electronică.** Aceste costuri neprevăzute în lege au fost puse prin Ordinul comun MS și CNAS 1047/1571/2010 în sarcina furnizorilor de servicii medicale, care au primit astfel obligația să suporte costurile necesare implementării cardului, dar și al ȘIUI, rețetei electronice, fișei electronice și strategiei e-Sănătate. De asemenea, proiectul de HG pentru aprobarea Normelor de aplicare a Titlului IX din Legea nr. 95/2006, prevede obligația furnizorilor de a cumpăra cititoare de carduri și a medicilor de familie de a edita cardurile, fără a se menționa plata acestui serviciu.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

8. Menționăm că aceste fonduri nu pot proveni din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, întrucât acesta este destinat plății furnizorilor și serviciilor medicale, și nu poate fi folosit pentru plata unui sistem de control destinat exclusiv folosinței CNAS.
9. Costurile Programului de Informatizare, program al Ministerului Sănătății, nu al furnizorilor, sunt impuse acestora din urmă. De asemenea, acest program dorește să impună medicului înlocuirea activității medicale cu o activitate birocratică în afara legii. Menționăm că avem un "Contract de prestări servicii medicale" cu casele de asigurări și nicidecum un contract de prestări servicii IT. Afirmăm cele de mai sus în baza Ordinului 1047/1571/2010 și a proiectului de Norme referitoare la cardul național.
10. În Ord. 1047/1571 din 29.12.2010 se prevede că – *"Începând cu data publicării prezentului ordin, toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate au obligația să creeze cadrul informatic necesar punerii în aplicare a strategiei e-România și e-Sănătate și pentru implementarea proiectelor informatice SIUI actualizat (on-line), cardul național de asigurări sociale de sănătate, e-Prescriere și dosarul electronic medical" și că "Asigurarea infrastructurii informatice se referă în principal la asigurarea cu tehnică de calcul, soluții de internet de bandă largă și de back-up pentru acestea, infrastructura de networking specifică, precum și alte servicii considerate necesare". Deasemenea, același ordin spune: "Cheltuielile privind asigurarea infrastructurii informatice prevăzute la art. 1 și 2 se realizează, în condițiile legii, din bugetul de venituri și cheltuieli propriu al furnizorilor de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare sau, după caz, din veniturile proprii ale acestora".*
11. În proiectul de Norme pentru aplicarea prevederilor Titlului IX al Legii nr. 95/2006, referitoare la cardul național, scrie la Art.6, alin (3), că: " Informațiile medicale minime stocate în format electronic, vor fi editate de medicul de familie pe listele căruia figurează asiguratul", iar la Art. 8, alin (2), că *"În vederea introducerii și implementării cardului național, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a-și achiziționa din bugetele de venituri și cheltuieli proprii sau, după caz, din veniturile proprii dispozitivele de citire a cardului electronic pe baza specificațiilor tehnice aprobate."*
12. Propunem menționarea în Legea 95/2006 a încheierii unui contract distinct pentru serviciile legate de editarea cardului, și eventual finanțare din taxa de viciu, din care să se achiziționeze și cele necesare implementării, așa cum a procedat Ministerul Sănătății în cazul Programului Național de Evaluare a Stării de Sănătate.
13. Propunem introducerea în Consiliul de Administrare al CNAS majoritar a reprezentanților asiguraților, întrucât Fondul Național Unic al Asiguraților Sociale de Sănătate reprezintă bani privați, ai asiguraților, și ai contribuitorilor la fond (angajatori) și trebuie administrați sub supravegherea acestora.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

14. Propunem Parlamentului României ca CNAS să intre sub control parlamentar și fondurile plătite de cetățeni să nu mai intre sub controlul Ministerului Finanțelor și în bugetul consolidat al statului. Dacă în anii precedenți (2002-2009), banii considerați ca "excedent" ar fi fost depuși într-un cont distinct, poate nu am fi ajuns la asemenea situații de criză în sistem.

În continuare vă prezentăm observațiile și propunerile noastre privind fiecare articol din proiectul de lege nr. 35/2011.

Art. I. - Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 372 din 28 aprilie 2006, cu modificările și completările ulterioare, se modifica și se completează după cum urmează:

1. La articolul 48, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Hotărârea Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate cuprinde obiectivele, structura acestora, precum și orice alte condiții și termene necesare derulării programelor."

Obs: Sunt câteva programe naționale care cuprind activități derulate și de medicii de familie, cum ar fi:

- Imunizările
- Îngrijirea gravidei, a mamei și a copilului mic
- Programul privind combaterea anemiei și a rahitismului la copii
- Programul de diabet, în special cel noninsulinodependent DZ 2

La care contribuția medicului de familie în cadrul programului este foarte importantă, din punct de vedere al serviciilor medicale oferite, dar plata acestor servicii este derizorie, comparativ cu costurile reale ale serviciilor oferite, sau chiar absentă în totalitate.

De exemplu: **imunizarea** presupune

- evidența și programarea sugarilor și a copiilor de vârstă școlară,
- anunțarea acestora și mobilizarea lor pentru a veni la cabinet, de către asistente, în vederea imunizării
- procurarea dozelor de vaccin de către medici de la direcțiile de sănătate publică, pentru că aceste doze de vaccine nu sunt distribuite în teritoriu de către DSP, decât în foarte puține județe din țară
- examinarea și evaluarea sugarilor, în vederea imunizării
- vaccinarea propriu-zisă
- controlul și urmărirea stării post vaccinale
- raportarea și predarea la direcțiile de sănătate publică a rapoartelor cu copii imunizați.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Toate acestea necesita timp și materiale sanitare consumate din bugetul cabinetului, consum de carburanți și resurse umane pentru deplasări. Aceste costuri sunt mult mai mari decât plata prin contractul dintre CNAS și medicul de familie de 4,2 lei/lună pentru toate serviciile și activitățile ce trebuie derulate și prezentate mai sus, în condițiile în care numai un litru de carburant costă aproape 6 lei, iar medicii din mediul rural nu consuma ½ litru de carburant pentru procurarea dozelor de vaccin sau predarea raportărilor care să conțină activitatea depusă.

În consecință, fondurile alocate programelor naționale, trebuie să aibă prevăzute și bugete destinate derulării activităților la nivelul furnizorilor care aplica aceste programe în teritoriu.

În plus, în acele localități unde nu exista medic școlar, vaccinarea elevilor este adesea impusă medicului de familie din localitate, fără plată. Considerăm necesare prevederi legate de încheierea unor contracte separate pentru vaccinarea elevilor, în acele localități unde nu exista medic școlar.

2. La articolul 54, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Sumele alocate programelor naționale de sănătate multianuale sunt aprobate prin legea bugetului de stat în conformitate cu prevederile Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare."

3. După articolul 189 se introduce un nou articol, articolul 189¹, cu următorul cuprins:

"Art. 189¹. - (1) Veniturile realizate de unitățile sanitare publice în baza contractelor de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate **nu pot fi utilizate pentru:**

- a) investiții în infrastructura;
- b) dotarea cu echipamente medicale;
- c) acoperirea cheltuielilor de personal peste limita maximă prevăzută la art. 197 alin. (2).

(2) Cheltuielile prevăzute la alin. (1) se suporta din alte surse, în condițiile prezentei legi."

Obs: Prevederile, art. 189¹, alin. (1) și (2) **trebuie să fie valabile și pentru furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară**, pentru că veniturile realizate din contractele cu casele de asigurări de sănătate, sunt venituri globale, al cabinetelor, din care:

- trebuie achitate salariile angajaților,
- contribuțiile la bugetul de stat și taxele și impozitele aferente,
- plata utilităților care asigura funcționalitatea cabinetului,
- investiții și reparații la infrastructură cabinetului,
- investiții pentru achiziții de mobilier sau aparatură medicală necesară dezvoltării gamei de servicii oferite populației deservite și creșterea calității actului medical,
- venitul medicului rămânând pe ultimul loc, acesta din urmă neavând un venit stabil și consistent, pe măsură pregătirii sale profesionale și a statutului oferit de practicarea profesiei de medic, venit din care se suporta multe alte cheltuieli care nu pot fi modificate, făcând parte din așa numitele "costuri fixe".

În momentul în care se fac reduceri la bugetele alocate medicinei de familie, acestea se repercutează în mod direct asupra venitului personal al medicului, pentru că toate celelalte cheltuieli care reprezintă fondurile fixe, nu pot fi modificate. În aceste condiții, se ajunge la



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

falimentarea activității, pentru că nu mai pot fi susținute cheltuielile necesare funcționării în bune condiții a cabinetelor.

Atâta timp cât marea majoritate a cabinetelor nu au fost vândute medicilor care își desfășoară activitatea în aceste clădiri, iar autoritățile locale nu și-au respectat obligațiile ce le revin din momentul transferării acestor spații din proprietatea Ministerului Sănătății, în anul 2002, prin HG nr. 866/2002, lăsând totul în sarcina medicului, care nu este obligat la asemenea cheltuieli, în baza prevederilor Codului civil, art. 1447-1448, este greu de susținut o activitate ale cărei costuri cresc aproape exponențial, iar fondurile alocate medicine primare, se reduc anual, fără a se ține cont de aceste costuri fixe, în stabilirea valorii punctelor prin care se face plata serviciilor sau a capitației.

4. La articolul 212, alineatul (1) se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 212. - (1) Documentele prin care se atesta calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverința de asigurat sau carnetul de asigurat eliberate prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul. După implementarea dispozițiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul național de asigurări sociale de sănătate. Data de la care urmează a se utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate se stabilește prin hotărâre a Guvernului."

5. La articolul 217, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual, care se elaborează de CNAS pe baza consultării Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, denumit în continuare OAMMR, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, denumit în continuare OBBC, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, până la data de 31 decembrie a anului în curs pentru următorii 2 ani."

Obs: Propunem următoarea formă a alin (2):

"(2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru ~~multianual~~, care se elaborează de CNAS pe baza negocierilor cu Colegiului Medicilor din România, denumit în continuare CMR, Colegiului Medicilor Dentiști din România, denumit în continuare CMDR, Colegiului Farmaciștilor din România, denumit în continuare CFR, Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România, denumit în continuare OAMMR, Ordinului Biochimicștilor, Biologilor și Chimicștilor, denumit în continuare OBBC, precum și a organizațiilor patronale și sindicale reprezentative din domeniul medical și a asociațiilor profesionale din domeniul medical. Proiectul se avizează de Ministerul Sănătății și se aprobă prin hotărâre a Guvernului, pe parcursul derulării contractului cadru în vigoare, până la data de 31 decembrie a anului în curs ~~pentru următorii 2 ani~~."

Și includerea modificării și a alin (5):

„(5) CNAS va elabora norme metodologice de aplicare a contractului-cadru, prin negocierea cu CMR, CFR, CMDR, OAMMR, OBBC, precum și cu organizațiile patronale și sindicale



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

reprezentative din domeniul medical și cu asociațiile profesionale din domeniul medical, până la data de 15 noiembrie a anului în curs pentru anul următor, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS.”

Motivație: În momentul actual, când discuțiile între reprezentanții CNAS și cei ai furnizorilor care intra în contract cu casele de asigurări de sănătate se bazează doar pe “consultări”, fără a se derula o negociere **reală**, iar din aceste consultări nu rezultă modificările pe care le solicită reprezentanții furnizorilor în actele legislative și normative care vor reglementa derularea activității furnizorilor, considerăm că **modificarea sintagmei din “consultare” în “negociere”**, ar fi mult mai benefică ambelor părți și s-ar evita toate relațiile conflictuale ivite la momentul publicării actelor respective sau pe parcursul derulării contractelor, după semnarea lor.

De menționat că până în 2002, inclusiv, elaborarea contractului-cadru și a normelor de aplicare a acestuia, se făcea prin negocierea dintre reprezentanții furnizorilor, Colegiul Național al Medicilor din România și reprezentanții CNAS, iar cele două acte legislative-normative erau semnate de președintele CMR și președintele CNAS. Acum sunt semnate de către ministrul sănătății și președintele CNAS dar în relație contractual nu intra ministerul cu casa națională ci furnizorii de servicii medicale și farmaceutice.

Propunem de asemenea eliminarea cuvântului “**multianual**” întrucât nu se justifică introducerea să. În nota de fundamentare se menționează necesitatea modificării Art. 217, alin (2), prin apariția programelor naționale multianuale, însă programele naționale de sănătate au fost scoase din contractul cadru, urmând a se încheia pentru acestea contracte separate de contractul-cadru. Pe de altă parte, Normele de aplicare a Co-ca sunt anuale, depinzând de legea bugetului care este anuală. O altă motivație din nota de fundamentare este crearea cadrului legal pentru aprobarea normelor metodologice multianuale ale contractului-cadru, și a modificării datei de elaborare a acestora. Însă data de elaborare a normelor este cuprinsă în alin (5) al Art. 217, care nu este supus modificării prin prezenta lege!

Considerăm că nu este necesară introducerea contractului-cadru multianual în sistemul de asigurări de sănătate, cu atât mai mult cu cât durata de doi ani este folosită ca o metodă de presiune pentru furnizori în eventualitatea unor proteste, ca cele de nesemnare a contractelor, prin prelungirea unor sancțiuni. Contractul-cadru 2011-2012, aprobat prin HG 1389/2010, prevede la Art. 4, alin 2 “În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente și unele materiale sanitare și de dispozitive medicale depun cererile însoțite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii și negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite și comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate și nu participă la negocierea și încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfășura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepția situațiilor ce constituie cazuri de forță majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, și notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Deși în opinia reprezentanților CNAS și ai Ministerului sănătății, tipul de contract semnat de furnizori cu casele de asigurări de sănătate este un “contract administrativ” pentru că se semnează între o instituție administrativă, CNAS și furnizori care sunt persoane fizice, cabinetele medicale, sau unități private sau de stat, unitățile spitalicești, modul în care se ajunge la semnarea acestor contracte nu este unul obișnuit celui în care se semnează un contract administrativ clasic.

În stabilirea relației contractuale dintre furnizori și casele de asigurări de sănătate nu se interpun “caietele de sarcini”, și licitația, care sunt condiții esențiale ale Ordonanței de Urgență nr. 34/2006, privind atribuirea contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii. Chiar dacă “serviciile” de sănătate sunt “publice”, nu se încadrează la categoria vizată de această lege pentru că, în conformitate cu prevederile Codului fiscal, art. 46, aceste venituri, veniturile realizate din servicii, sunt venituri comerciale, conform alin. (2), dar sunt diferite de cele provenite din serviciile oferite de cei care practica profesia de medic, conform alin. (3), al aceluiași articol:

“(2) Sunt considerate venituri comerciale veniturile din fapte de comerț ale contribuabililor, din prestări de servicii, altele decât cele prevăzute la alin. (3), precum și din practicarea unei meserii.

(3) Constituie venituri din profesii libere veniturile obținute din exercitarea profesiilor medicale, de avocat, notar, auditor financiar, consultant fiscal, expert contabil, contabil autorizat, consultant de plasament în valori mobiliare, arhitect sau a altor profesii reglementate, desfășurate în mod independent, în condițiile legii.”

În aceste condiții, rezulta foarte clar că serviciile medicale nu fac parte din gama serviciilor publice, cu atât mai mult, cu cât, aceste servicii nu aparțin administrației publice, așa cum aparțin drumurile, autostrăzile, apele, energia electrică, gazele naturale etc. și nici nu pot fi găsite sau achiziționate de undeva anume, serviciile medicale fiind produse numai atunci când se solicită, în prezența pacientului și a furnizorului, fiind produse și consumate numai în acel moment al solicitării. Aceste servicii medicale nu pot fi nici depozitate.

*În toate contractele administrative, costurile de producere a serviciilor contractate sunt stabilite de cei care câștiga contractul și desfășoară activitatea respectivă. În cazul serviciilor medicale, furnizorii sunt obligați să lucreze pe **tarife impuse de CNAS**, care nu sunt “negociate” și nici valoarea lor nu este stabilită pentru a acoperi costurile de producere și realizarea unui beneficiu care să permită reinvestirea în dotări medicale sau personal suplimentar pentru lărgirea gamei de servicii și creșterea calității actului medical care, în final, duce la creșterea **satisfacției pacientului**.*

*În consecință, contractul individual, semnat între furnizor și o casă de asigurări de sănătate, este un contract sinalagmatic, bazat pe asumarea unor drepturi și obligații în sarcina ambelor părți contractante, **deci un contract civil și nu unul administrativ**. Casele județene de asigurări de sănătate și CNAS nu sunt unități administrative, guvernamentale sau teritoriale, ci unități care “administrează” fondurile colectate de la cetățeni, în urma plății contribuțiilor la fondul național al asigurărilor sociale de sănătate.*



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

6. La articolul 217, alineatul (6) se abroga.

7. La articolul 244, alineatul (1) se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 244. - (1) Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care îndeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS și Ministerul Sănătății, pot intra în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate."

8. Partea introductivă a articolului 245 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 245. - Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care pot fi în relații contractuale cu casele de asigurări, sunt:"

9. La articolul 256, alineatul (3) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (3) Din sumele colectate în contul fondului potrivit alin. (2), o cotă de 60% se repartizează obligatoriu de către ordonatorul principal de credite caselor de asigurări de sănătate, proporțional cu veniturile realizate la nivel teritorial, și rămân la dispoziția acestora."

Obs: *Propunem următoarea formă a alin (3):*

*(3) Din sumele colectate în contul fondului, potrivit alin. (2), cota repartizată **va fi corespunzătoare acoperirii cerințelor de servicii de la nivel teritorial** și a furnizorilor acreditați care sunt în contract cu casele de asigurări.*

Motivație: *colectarea proporțională și repartizarea de procente fixe nu va acoperi cerințele de fonduri pentru furnizorii din teritoriu. Colectarea acestor fonduri se face prin trimiterea sumelor reținute, reprezentând contribuția pentru fondul de sănătate, de către angajatorii firmelor, filiale din teritoriu, către companiile mama a căror sediu central se găsește în București sau județul Ilfov. În această situație sumele colectate se vor concentra doar în București și județul Ilfov, iar restul județelor din țară nu vor putea colecta suficient pentru a fi acoperit necesarul de fonduri din județe.*

10. La articolul 262, alineatul (1) se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 262. - (1) Sumele colectate în condițiile art. 256 alin. (2) se utilizează astfel:

a) pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și a dispozitivelor medicale, inclusiv a celor acordate în baza documentelor internaționale cu parteneri în domeniul sănătății la care România este parte, în condițiile stabilite prin contractul-cadru, de către casele de asigurări de sănătate din sumele repartizate conform art. 256 alin. (3);

b) o cotă de 3% pentru cheltuielile de administrare, funcționare și de capital ale CNAS, din care cel puțin 0,75% pentru casele de asigurări de sănătate. Prin legile bugetare anuale se poate aproba depășirea limitei de 3%;

c) o cotă de 37% rămâne în contul CNAS."



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Obs: Având în vedere cele expuse ca "motivație" la punctul 9., procentul prevăzut la lit. c), de 37%, va trebui reconsiderat și modificat. Considerațiile de la acest punct sunt valabile și pentru punctul 11 care urmează și prevede modificări pentru art. 262 alin. (1¹) și (1²)

11. La articolul 262, după alineatul (1) se introduc două noi alineate, alineatele (1¹) și (1²), cu următorul cuprins:

" (1¹) Sumele rămase conform alin. (1) lit. c) în contul CNAS se utilizează pentru:

a) **o cotă de 2% pentru constituirea fondului de rezervă**, în condițiile prevăzute la art. 256 alin. (4¹);

b) o cotă de 98% pentru constituirea fondului de redistribuire.

(1²) Fondul de redistribuire constituit în condițiile prevăzute la alin. (1¹) lit. b) se utilizează pentru echilibrarea bugetelor caselor de asigurări de sănătate. Criteriile de alocare pe județe a fondului de redistribuire se elaborează de CNAS, se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I."

Obs În HG 1389/2010 de aprobare a Contractului-Cadru 2011-2012, este menționat:

"Art. 3. (2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate calculează o cotă de rezervă de 5% din prevederile aprobate anual prin Legea bugetului de stat pe domenii de asistență medicală, pe care o reține la dispoziția sa. Această sumă se repartizează caselor de asigurări de sănătate și se utilizează în situații justificate, pe parcursul execuției bugetare, în condițiile stabilite prin norme."

Ceea ce va duce la o reducere a fondurilor alocate furnizorilor de servicii, întrucât diferența de 3% nu va putea fi luată decât din sumele prevăzute la Art. 262, alin (1), pct (a), celelalte sume fiind stabilite prin pct. b) și c) și alin (1¹) pct. b).

12. La articolul 265, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Sumele rămase neutilizate la nivelul CNAS la sfârșitul fiecărui an se reportează în anul următor și se utilizează pentru destinațiile prevăzute la art. 262 alin. (1)."

13. La articolul 268, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Membrii comisiilor de experți prevăzute la alin. (1) beneficiază de o indemnizație lunară de 1% din indemnizația președintelui CNAS, respectiv din salariul funcției de președinte - director general al casei de asigurări de sănătate, care se acorda proporțional cu numărul de participări efective la ședințe. Indemnizațiile și cheltuielile de deplasare ocazionate de participarea în comisiile de experți sunt suportate de CNAS, respectiv de casa de asigurări de sănătate la nivelul căreia funcționează comisia. Regulamentul de organizare și funcționare și atribuțiile comisiilor de experți se stabilesc prin decizie a președintelui CNAS."

14. La articolul 276, alineatul (1) se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 276. - (1) Consiliul de administrație al CNAS se constituie din 7 membri, cu un mandat pe 4 ani, după cum urmează:



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

- a) 4 reprezentanți ai statului, dintre care unul este numit de Președintele României, iar 3 sunt numiți de primul-ministru, la propunerea ministrului sănătății;
- b) un membru numit de către confederațiile patronale reprezentative la nivel național;
- c) un membru numit de către confederațiile sindicale reprezentative la nivel național;
- d) un membru numit de primul-ministru, cu consultarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice."

Obs: *Fondul Național de Asigurări Sociale de Sănătate, fiind un fond privat, format din contribuțiile cetățenilor, ponderea în Consiliul de Administrație trebuie să revină membrilor desemnați de reprezentanții cetățenilor, ai contribuabililor (angajatori și salariați, pensionari, sindicate), și nu din partea statului, a guvernanților și a președinției, care nu au nicio contribuție la acest fond.*

Controlul fondurilor colectate de la cetățeni, pentru Fondul de asigurări sociale de sănătate, trebuie să fie făcut de un Consiliu de Administrație format în majoritate din reprezentanții acestor contribuabili și nu din reprezentanți ai statului, pentru că acești bani colectați trebuie să se regăsească în plata furnizorilor și în calitatea serviciilor furnizate de aceștia.

15. La articolul 276, după alineatul (2) se introduce un nou alineat, alineatul (3), cu următorul cuprins:

" (3) Pe perioada mandatului membrii consiliului de administrație pot fi revocați din funcții de către cei care i-au numit, iar pe funcțiile rămase vacante sunt numiți noi membri, până la expirarea mandatului în curs."

Obs: *Aceleași considerații ca și la numire, schimbarea se face de către cei care reprezintă interesele contribuabililor, nu de către instituțiile statului*

16. La articolul 277, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Consiliul de administrație are un vicepreședinte ales de consiliul de administrație prin vot secret."

17. La articolul 278, alineatul (1) se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 278. - (1) Consiliul de administrație funcționează în mod legal în prezența a cel puțin 5 membri."

18. La articolul 282, alineatul (5) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (5) Membrii Consiliului de administrație al CNAS, cu excepția președintelui și a vicepreședintelui, beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din indemnizația președintelui CNAS, în condițiile prezentei efective la ședințele consiliului de administrație."



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

19. La articolul 287, alineatul (2) se modifica și va avea următorul cuprins:

" (2) Mandatul membrilor consiliilor de administrație ale caselor de asigurări este de 4 ani. Membrii consiliilor de administrație ale caselor de asigurări beneficiază de o indemnizație lunară de până la 1% din salariul funcției de director general al casei de asigurări respective, în condițiile prezentei efective la ședințele consiliului de administrație."

20. Articolul 312 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 312. - (1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, consiliile locale pot acorda stimulente în natura și în bani.

(2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății, poate acorda stimulente în natură.

(3) În baza dispozițiilor alin. (1) și (2), consiliile locale și Ministerul Sănătății încheie cu medicii și cu personalul sanitar, beneficiar, un contract civil, cu o clauză de fidelitate în sarcina acestora, pentru o perioadă de cel puțin 5 ani."

Obs: *Propunem următoarea formă a art. 312:*

(1) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, **consiliile locale vor organiza comitete speciale pentru atragerea personalului calificat** pentru deservirea populației arondate cu servicii medicale și farmaceutice, **iar pentru menținerea acestora în zonă, vor acorda stimulente** pentru menținerea activității în zonă și asigurarea continuității.

(2) În teritoriile neacoperite cu medici sau cu personal sanitar ori cu unități farmaceutice, pentru asigurarea serviciilor medicale și farmaceutice, statul, prin Ministerul Sănătății, va dezvolta **strategii speciale pentru atragerea personalului calificat** în zonele defavorizate din punct de vedere al personalului medical calificat și a celui farmaceutic, prin acordarea unor facilități și stimulente.

(3) În baza dispozițiilor alin. (1) și (2), consiliile locale și Ministerul Sănătății încheie cu medicii și cu personalul sanitar, beneficiar, un contract civil, cu o clauză de fidelitate în sarcina **ambelor părți**, pentru o perioadă de cel puțin 5 ani".

Motivație: Interesul consiliilor locale este de a asigura populației care i-a desemnat ca aleși ai locului, gama de servicii medicale și farmaceutice similară celor din zonele urbane. Pentru aceasta, consiliile locale trebuie să aibă o strategie de atragere a personalului calificat, care să se ocupe de găsirea specialiștilor din domeniul medical și farmaceutic care să fie dispuși să lucreze în condiții mai puțin favorabile, în special în zonele rurale sau izolate, în regiuni socio-economice deficitare. Trebuie să se îngrijească nu numai de specialist, dar și de familiile acestora, dacă nu sunt de aceeași specialitate: locuri de muncă pentru soți/soții, asigurarea locuinței cu un confort acceptabil, acces la o școală și un nivel de educație pentru copiii acestora, pe măsură cerințelor statutului social obținut.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Eforturile nu trebuie să se îndrepte doar pentru atragere ci și pentru a determina personalul calificat corespunzător să se stabilească în zonă, să asigure continuitatea activităților și să se integreze cât mai bine în comunitate.

Ministerul sănătății are obligația să asigure diferite facilități financiare, prin stimulente, scutiri de taxe etc., atât pentru atragerea specialiștilor în aceste zone, dar mai ales pentru a-i determina să activeze cât mai mult în aceste zone, pentru asigurarea continuității activităților. Aceste stimulente nu trebuie acordate numai celor care trebuie atrași să lucreze în aceste zone, ci și celor care activează deja în astfel de zone dar nu mai găsesc motivarea pentru care ar continua.

Toate cele prezentate mai sus se petrec în toate țările civilizate care doresc să asigure populației servicii medicale și farmaceutice de calitate, ștergând, astfel, diferențele dintre rural și urban sau dintre localități urbane mici și cele mari, metropolitane.

21. În tot cuprinsul titlului VIII, cuvântul "vicepreședinți" se înlocuiește cu cuvântul "vicepreședinte".

22. La articolul 330, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (2), cu următorul cuprins:

" (2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite **pentru dovedirea calității de asigurat pentru furnizarea unor servicii medicale.**"

Obs: Propunem următoarea formă pentru alin (2)

*"(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite **pentru controlul și evidentă serviciilor efectuate de cetățeni**, precum și pentru dovedirea calității de asigurat pentru a beneficia de furnizarea unor servicii medicale."*

Motivație: Cardul electronic îndeplinește mai multe funcții, cea de dovadă a calității de asigurat și cea prin care se pot accesa serviciile disponibile cetățenilor care își achita contribuția la fondul național de sănătate.

O altă funcție foarte importantă este aceea de a ține evidența serviciilor și a parcursului între furnizori, făcut de asigurat. Pentru aceste motive considerăm că este necesară menționarea tuturor funcțiilor cardului într-un singur articol/aliniat și nu în aliniate diferite la articole diferite, pentru a nu se înțelege că este vorba de mai multe tipuri de cărți.

23. Articolul 331 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 331. - (1) Informațiile minime care pot fi accesate de pe cardul național de asigurări sociale de sănătate sunt următoarele:

- a) numele, prenumele, precum și codul numeric personal ale asiguratului;
- b) codul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- c) numărul de identificare al cardului național de asigurări sociale de sănătate.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

(2) Pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate vor fi înregistrate informațiile minime prevăzute la alin. (1), precum și următoarele informații:

- a) diagnostice medicale cu risc vital și boli cronice;
- b) grupa sanguină și Rh;
- c) acceptul exprimat, în timpul vieții, pentru prelevarea de organe, țesuturi și celule, după deces;
- d) medic de familie: nume, prenume, date de contact.

(3) Diagnosticile medicale cu risc vital și bolile cronice care vor fi înregistrate pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

(4) Pe cardul național de asigurări sociale de sănătate datele medicale se înregistrează separat de datele administrate, iar accesul la acestea se face numai de persoane autorizate în acest scop.

(5) Informația prevăzută la alin. (2) lit. c) se va înregistra pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate, sub condiția respectării dispozițiilor prevăzute la art. 147 pct. 5.

(6) Accesul personalului medical la informațiile înregistrate pe cardul național de asigurări sociale de sănătate va fi stabilit prin Norme metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate prevăzut în titlul IX «Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate» al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății."

24. Articolul 332 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 332. - (1) Cheltuielile necesare pentru producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate se suportă atât de CNAS, cât și de asigurat.

Obs: Propunem următoarea formă pentru Art. 332:

(1) Cheltuielile necesare pentru producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate **se suportă de statul român, de la bugetul de stat**, atât pentru producerea, **personalizarea, editarea și implementarea cardurilor**, cât și pentru distribuirea acestora.

~~(2) Asiguratul suportă cheltuielile reprezentând contravaloarea cardului național de asigurări sociale de sănătate, respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat, precum și costurile aferente distribuției acestuia."~~

Motivație: Fondurile destinate CNAS sunt pentru plata furnizorilor în contravaloarea serviciilor oferite și nu pentru elaborarea de carduri, acțiuni pentru care se pot alocă fonduri diferite, din surse diferite celor prevăzute pentru asigurările de sănătate.

Alocarea din aceeași sursă, Fondul național de asigurări sociale de sănătate, de sume cu altă destinație decât plata serviciilor și a furnizorilor care prestează aceste servicii, **va duce la diminuarea acestor fonduri și așa insuficiente.**

Scopul principal al unui astfel de card, este de a ține niște evidente, nicidecum de asigurare a unor servicii, asigurând doar accesul la furnizori și serviciile furnizate de aceștia.

Considerăm necesară și menționarea în lege a tuturor tipurilor de cheltuieli necesare, deoarece în absența acestor prevederi pot exista abuzuri, exemplificate în Ord. 1047/1571 din 29.12.2010 și în proiectul de HG pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Titlului IX din



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Legea nr. 95/2006, prin care costurile de implementare a cardurilor au fost puse în sarcina furnizorilor din domeniul medical și în care nu este specificată modalitatea de plată pentru serviciile de editare a datelor medicale de pe card.

25. Articolul 333 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 333. - (1) Componenta informatică a cardului național de asigurări sociale de sănătate este parte integrantă a sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate.

(2) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se eliberează și se administrează prin utilizarea serviciilor de operare și management al unei unități specializate în acest scop și numai prin intermediul sistemului informatic unic integrat al asigurărilor sociale de sănătate. CNAS eliberează și administrează cardul național de asigurări sociale de sănătate și are calitatea de operator de date cu caracter personal pentru datele menționate.

(3) Prelucrarea datelor cu caracter personal cuprinse în cardul național de asigurări sociale de sănătate se face în condițiile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare, iar prin normele metodologice menționate la art. 331 alin. (6) va fi stabilită modalitatea de exercitare a dreptului de acces la datele cu caracter personal legate de starea de sănătate de către persoana asigurată."

26. Articolul 335 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 335. - (1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și titularii cardului național de asigurări sociale de sănătate au obligația de a solicita și, respectiv, de a prezenta acest document, la data acordării asistenței medicale, în condițiile prevăzute de contractul-cadru și de normele metodologice de aplicare a acestui contract.

(2) Alte obligații ale furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale privind implementarea sistemului cardului național de asigurări sociale de sănătate se stabilesc prin normele metodologice de aplicare a dispozițiilor din cuprinsul prezentului capitol."

Obs: *Propunem eliminarea alin (2) întrucât poate conduce la abuzuri, așa cum a fost includerea în proiectul de norme metodologice a obligației furnizorilor de a achiziționa din fonduri proprii dispozitive de citire a cardurilor, și obligația medicilor de familie de a edita cardurile.*

27. Articolul 336 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 336. - (1) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite individual pentru fiecare asigurat cu **vârsta de peste 18 ani**, așa cum este reglementat la art. 211 alin. (1), art. 213 și 215.

(2) Asigurații cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în baza documentelor care atestă că se încadrează în categoria de asigurați, prevăzută la art. 213 alin. (1) lit. a).



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

(3) Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național de asigurări sociale de sănătate în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Neprezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost, cu excepția serviciilor prevăzute la art. 220."

Obs: *Propunem eliberarea cardului pentru toți asigurații, indiferent de vârstă, întrucât toți beneficiază de servicii. Unul din scopurile declarate în nota de fundamentare a OUG a fost „introducerea unui mecanism suplimentar de control pentru evidențele, raportările și decontările serviciilor medicale”. Cum se va realiza acest scop dacă asigurații din grupa de vârstă 0-17 ani nu vor avea card? În plus, exista un proiect al Ministerului Sănătății pentru implementarea unui cârd electronic al vaccinărilor. Cardul național de asigurări sociale ar putea fi folosit și în acest scop și s-ar face economii importante bugetare.*

28. Articolul 338 se modifica și va avea următorul cuprins:

"Art. 338. - În bugetul **Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate** vor fi prevăzute sume pentru cardul național de asigurări sociale de sănătate, în conformitate cu dispozițiile art. 332."

Obs: *Sumele prevăzute vor proveni de la bugetul de stat, nicidecum din Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, adică fondurile colectate pentru plata furnizorilor, a medicamentelor etc. Se va vedea și motivația de la art 332.*

29. După articolul 338 se introduce un nou articol, articolul 338¹, cu următorul cuprins:

"Art. 338¹. - (1) Producerea cardului național de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Compania Națională «Imprimeria Națională» - S.A.

(2) Personalizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Centrul Național Unic de Personalizare a Pașapoartelor Electronice din cadrul Direcției Generale de Pașapoarte, structura componentă a Ministerului Administrației și Internelor.

(3) Echipamentele și aplicațiile de personalizare necesare potrivit alin. (2), precum și serviciile pentru funcționarea neîntreruptă a acestora se asigura de către Compania Națională «Imprimeria Națională» - S.A."

Obs: *Cu atât mai mult se justifica alocarea de fonduri de la bugetul de stat și nu din Fondul de asigurări de sănătate. Compania Națională «Imprimeria Națională» nu este un furnizor de servicii medicale sau farmaceutice, ca să beneficieze de sume pentru plata tipăririi cardurilor, din Fondul național al asigurărilor sociale de sănătate, ci este o instituție guvernamentală, caz în care banii pentru tipărirea cardurilor trebuie să vină de la bugetul de stat care, în final, este alcătuit tot din*



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

contribuția cetățenilor care vor beneficia de cardurile respective, în urma impozitelor și taxelor plătite la bugetul de stat.

Este necesară precizarea tipului de personalizare la care se face referire în alin (2), dacă sunt datele pașaportale sau și cele medicale.

La art. (3) este necesară precizarea sursei echipamentelor pentru personalizarea cu sau editarea datelor medicale, precum și a cititoarelor de cârduri.

30. La articolul 683, după alineatul (1) se introduce un nou alineat, alineatul (1¹), cu următorul cuprins:

" (1¹) SNSPMPDSB funcționează în coordonarea Ministerului Sănătății, iar coordonarea academică se stabilește prin hotărâre a Guvernului."

31. În tot cuprinsul titlului XVI sintagma "Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar" se înlocuiește cu "Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București".

Art. II. - În termen de 15 zile de la data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate vor supune aprobării, prin hotărâre a Guvernului, **Normele metodologice de aplicare** a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate prevăzut în titlul IX "Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate" al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, cu respectarea legislației privind protecția datelor cu caracter personal.

În continuare vă prezentăm observațiile și propunerile noastre privind proiectul de Hotărâre de Guvern de aprobare a Normele metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate prevăzut în titlul IX "Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate" al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, cu respectarea legislației privind protecția datelor cu caracter personal.

În temeiul art.108 din Constituția României, republicată, al art. II din Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. ____/2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art.1. – Cardul național de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare card național, este documentul care dovedește că titularul acestuia este asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, pentru furnizarea unor servicii medicale.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Art.2. – (1) Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite individual pentru fiecare asigurat cu vârsta peste 18 ani.

(2) Calitatea de asigurat, pentru persoanele cu vârsta de până la 18 ani, se dovedește în baza documentelor prevăzute de Ordinul președintelui CNAS nr. 617/2006, care atestă, după caz, că acestea se încadrează în categoria de asigurați, prevăzută la art. 213 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Art.3. - Cardul național este un instrument electronic care prezintă elemente de securitate speciale împotriva falsificării sau contrafacerii și este realizat de Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A. conform caracteristicilor tehnice aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 753/2010.

Art.4. – (1) **Contravaloarea** cardului național se suporta **atât de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cât și de asigurat.**

Obs: În L95/2006, Art. 332 se menționează „Cheltuielile necesare pentru producerea cardului”, nu doar „contravaloarea cardului”.

(2) **Asiguratul** suportă cheltuielile reprezentând **contravaloarea** cardului național de asigurări sociale de sănătate respectiv a documentului propriu-zis prin care se atestă calitatea de asigurat precum și costurile aferente **distribuției** acestuia.

(3) Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă costurile aferente **implementării** sistemului național al cardului.

Obs: Alin (2) se contrazice cu Art (1), privind cine suporta contravaloarea cardului.

Alin (3) se contrazice cu Ordinul 1105/1571/2011 (eSanatate, eRomania, card) care obliga furnizorii să suporte costurile aferente **implementării** sistemului național al cardului.

Alin (3) se contrazice cu Art. 8, alin (2), costurile **implementării** (care includ dispozitivele de citire) trebuie suportate din FNUASS, nu de furnizori.

Art.5. – (1) Cardul național realizat de Compania Națională "Imprimeria Națională" - S.A., se distribuie asiguraților prin intermediul Companiei Naționale „Poșta Română” S.A.

(2) În cazul în care asiguratul sau reprezentantul legal al acestuia se află în imposibilitatea de a primi cardul, Compania Națională „Poșta Română” S.A. îl va preda casei de asigurări de sănătate unde figurează acesta, urmând că ulterior să poată fi ridicat personal de către asigurat sau de către reprezentantul legal al acestuia de la casa de asigurări de sănătate.

(3) În momentul primirii cardului de la factorul poștal sau, după caz, de la casa de asigurări de sănătate, **asiguratul plătește contravaloarea acestuia.**

Art.6. – (1) Informațiile minime care vor putea fi accesate de pe cardul național, precum și informațiile **înscrise pe cipul** cardului sunt următoarele:

A) numele, prenumele, precum și codul numeric personal ale asiguratului;



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

- B) cod unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- C) numărul de identificare al cardului național de asigurări sociale de sănătate;
- D) diagnostice medicale cu risc vital și boli cronice;
- E) **grupa sanguină și Rh;**
- F) **acceptul exprimat, în timpul vieții, pentru prelevarea de organe, țesuturi și celule, după deces, în condițiile art. 331 alin. (5) din Legea nr. 95/2006;**
- G) medic de familie: nume, prenume, date contact.

Obs: Referitor la acceptul privind donarea de organe, celule, țesuturi – L95/2006 prevede Art. 332.

(5) Informația prevăzută la alin. (2) lit. c) se va înregistra pe cipul cardului național de asigurări sociale de sănătate, sub condiția respectării dispozițiilor prevăzute la art. 147 pct. 5.

Art. 147.

(5) prelevarea se poate face fără consimțământul membrilor familiei dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat deja opțiunea în favoarea donării, printr-un act notarial de consimțământ pentru prelevare sau înscrierea în Registrul național al donatorilor de organe, țesuturi și celule, conform modelului prevăzut în anexa nr. 5;

(6) prelevarea nu se poate face sub nici o formă dacă, în timpul vieții, persoana decedată și-a exprimat deja opțiunea împotriva donării, prin act de refuz al donării avizat de medicul de familie sau prin înscrierea în **Registrul național** al celor care refuză să doneze organe, țesuturi și celule. Actul de refuz al donării, avizat de medicul de familie, va fi prezentat de către aparținători coordonatorului de transplant.

Preluarea datelor din Registrul național al donatorilor și Registrul național al celor care refuza să doneze poate fi realizată automat de către CNAS sau de către instituția care administrează cele două Registre. Actul notarial presupune costuri suplimentare din partea asiguratului.

Grupa sanguină și Rh necesita plata suplimentară din partea asiguratului, nefiind decontate la recomandarea medicului de familie.

(2) **Personalizarea** cardului național se realizează de către Centrul Național Unic de Personalizare a Pașapoartelor Electronice din cadrul Direcției Generale de Pașapoarte, structură componentă a Ministerului Administrației și Internelor.

(3) **Informațiile medicale minime** stocate în format electronic, **vor fi editate de medicul de familie** pe listele căruia figurează asiguratul.

Obs: În document nu se face nici o mențiune referitoare la plata pentru serviciul menționat în alin (3). Acest serviciu nu poate face obiectul contractului de furnizare servicii medicale existent între CNAS și furnizorii de asistență medicală primară.

Corect este "Furnizorul de asistență medicală primară", nu „medicul de familie”, pentru că medicul nu este operator PC și are libertatea să își angajeze un registrator, dacă dorește și își permite.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Dacă „personalizarea cardului”, prevăzută în Art. 338¹, alin (3) al L95/2006 se referă și la datele medicale, nu doar la cele pașaportale, atunci, conform art menționat, editarea cardului și înscrierea informațiilor medicale minime intra în sarcina Ministerului Administrației și Internelor.

Exista o diferență între „dispozitivele de citire” menționate în Art 8 al HG și „echipamentele și aplicațiile de personalizare” menționate în Art. 338¹, alin (3) al L95/2006? Pentru că Art 331, alin (2)-(5) din L95/2006 menționează că informațiile „vor fi înregistrate pe cipul cardului”. Art. 6, alin (1) din HG menționează „informații înscrise pe cip”. Dacă sunt dispozitive separate, atunci „echipamentele de personalizare” (inscripționare) vor fi furnizate medicilor de familie, în scopul editării, de către Compania Națională «Imprimeria Națională» - S.A., în conformitate cu prevederile Art. 338¹, alin (3) al L95/2006?

Referitor la datele pașaportale, sesizam că informațiile existente în Sistemul Informatic Unic Integrat sunt eronate (nume greșite, ne actualizate după schimbare, adrese neactualizate, CNP-uri greșite, în ciuda corectitudinii acestora în documentele de identitate ale pacienților). Acest lucru va duce la cheltuieli inutile pentru producerea unor carduri cu neconformități, cheltuieli bugetare care pot fi evitate.

HG nu prevede cum vor avea acces medicii de familie pe listele cărora sunt înscrși asigurații la acele date medicale minime necesare cardului existente doar în sistemul privat. Un număr considerabil de asigurați beneficiază de abonamente private pentru servicii medicale oferite de angajatori. Acești asigurați nu au medic de familie sau nu îl informează despre diagnosticele avute. Este necesară menționarea în HG a obligației asiguratului de a furniza datele minime medicale medicului de familie pe lista căruia este înscris, în vederea completării cardului.

Art.7. – (1) Entitățile care au acces la informațiile înscrise pe cardul național sunt:

- A) Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin unitatea de management a cardului național, în calitate de administrator unic al sistemului informatic;
- B) medicul de familie la care este înscris asiguratul;
- C) medicii specialiști care au sub observație și acordă servicii medicale titularului cardului, precum și furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;
- D) farmaciile cu privire la medicamentele și datele de identificare ale asiguratului – titularul cardului, înscrise pe prescripția medicală.

(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări, furnizorii de servicii medicale, precum și instituțiile implicate în implementarea și distribuirea cardului național, au obligația de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu modificările și completările ulterioare.

Art.8. – (1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligația de a acorda asistență medicală



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

titularilor de card național în condițiile prevăzute de contractul-cadru și de normele metodologice de aplicare a acestuia.

(2) În vederea introducerii și **implementării** cardului național, **furnizorii** de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate **au obligația de a-și achiziționa** din bugetele de venituri și cheltuieli proprii sau, după caz, din veniturile proprii **dispozitivele de citire** a cardului electronic pe baza specificațiilor tehnice aprobate, în condițiile legii de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Obs: Alin (2) se contrazice cu Ordinul 1105/1571/2011 (eSanatate, eRomania, card) care obliga furnizorii să suporte costurile aferente **implementării** sistemului național al cardului.

Alin (2) se contrazice cu Art. 4, alin (3), costurile **implementării** (care includ dispozitivele de citire) trebuie suportate din FNUASS, nu de furnizori.

Art.9. – (1) În cursul anului 2011, dovada calității de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, se face cu cardul național sau, după caz, cu adeverință eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul, sau alte documente potrivit prevederilor Ordinului președintelui CNAS nr. 617/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plată contribuției, precum și pentru aplicarea măsurilor de executare silită pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Termenul de la care folosirea exclusivă a cardului național în scopul dovedirii calității de asigurat este obligatorie, se stabilește prin hotărâre de Guvern.

(3) După data prevăzută la alin. (2), neprezentarea cardului național conduce la acordarea serviciilor medicale **contra-cost, cu excepția** serviciilor medicale acordate în cazul **urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic** și celor prevăzute în **Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială** în condițiile art. 223 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru.

Obs: Unul din scopurile declarate în nota de fundamentare a HG a fost „introducerea unui mecanism suplimentar de control pentru evidențele, raportările și decontările serviciilor medicale”. Cum se va realiza acest scop dacă serviciile menționate în alin (3), din Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei și serviciile de planificare familială nu vor necesita prezentarea cardului? În plus, exista discuții despre implementarea unui cârd electronic al vaccinărilor. Cardul național de asigurări sociale ar putea fi folosit și în acest scop și s-ar face economii importante bugetare.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

Art. 10. – (1) Unitatea de procesare a cardului național eliberează un nou card în următoarele cazuri:

- A) dacă s-a modificat numele sau prenumele titularului;
- B) în cazul deteriorării, pierderii, furtului sau distrugerii cardului.

(2) În termen de 15 zile de la producerea uneia dintre situațiile prevăzute la alin. (1), titularul sau reprezentantul legal al acestuia este obligat să solicite unității de procesare a cardului național, eliberarea unui nou card național.

(4) **Eliberarea unui nou card național se face în termen de 30 de zile de la depunerea unei cereri la casa de asigurări în a cărei evidență se află persoana respectivă.**

Obs: Termenul de 30 de zile menționat în alin (4) este prea lung, în condițiile în care asiguratul nu va putea să acceseze servicii medicale, altele decât cele menționate în Art.9, alin (3), fără prezentarea cardului. Propunem menționarea eliberării unui cârd provizoriu, după modelul cărții de identitate provizorie.

Art. 11. – (1) În cazul în care apar **neconformități ale cardurilor** la persoanele asigurate care nu sunt determinate de condiții improprii de păstrare/utilizare, fiind cauzate de condițiile de fabricație, se va proceda la înlocuirea acestora.

Obs: Referitor la datele pașaportale, sesizam că informațiile existente în Sistemul Informatic Unic Integrat sunt de multe ori eronate (nume greșite, neactualizate după schimbare, adrese neactualizate, CNP-uri greșite, în ciuda corectitudinii acestora în documentele de identitate ale pacienților). Acest lucru va duce la cheltuieli inutile pentru producerea unor carduri cu neconformități, cheltuieli bugetare care pot fi evitate.

(2) În cazul în care neconformitatea se datorează unor condiții improprii de păstrare/utilizare sau în cazul pierderii cardului, contravaloarea eliberării unui nou card se suportă de titular.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

În continuare vă prezentăm observațiile și propunerile noastre privind Ordin nr. 1571/1047 din 29/12/2010 pentru aprobarea măsurilor de punere în aplicare a strategiei e-România și e-Sănătate și implementarea proiectelor informatice ȘUI actualizat (on-line), cardul național de asigurări sociale de sănătate, e-Prescriere și dosarul electronic medical

Ministrul Sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. 1. - Începând cu data publicării prezentului ordin, toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate sau, respectiv, Casa Națională de Asigurări de Sănătate au obligația să creeze cadrul informatic necesar punerii în aplicare a strategiei e-România și e-Sănătate și pentru implementarea proiectelor informatice ȘUI actualizat (on-line), cardul național de asigurări sociale de sănătate, e-Prescriere și dosarul electronic medical.

Obs: Art 1 contravine atât Legii nr. 95/2006, cât și dispozițiilor legilor interne și comunitare privitoare la dreptul de proprietate privată. Potrivit art. 217 din Legea nr. 95/2006 „(1) Asigurații au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile prezentei legi. (2) Drepturile prevăzute la alin. (1) se stabilesc pe baza contractului-cadru multianual (...).”. Contractul-cadru pentru anii 2011-2012, aprobat prin HG nr. 1389/2010, nu prevede nicio normă referitoare la decontarea serviciilor privitoare la implementarea programelor informatice sau a cardului național de asigurări de sănătate.

Potrivit art. 246 din Legea nr. 95/2006 „(1) Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și casele de asigurări sunt de natură civilă, reprezintă acțiuni multianuale și **se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract**. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, **acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale**.”

Ordinul atacat contravine în mod evident Legii nr. 95/2006, atâta timp cât impune obligații în sarcina furnizorilor de servicii medicale fără a exista un contract încheiat în acest sens, între aceștia, Ministerul Sănătății și CNAS.

Art. 2. - (1) Pentru îndeplinirea obligației prevăzute la art. 1 se vor avea în vedere dimensionarea corectă a infrastructurii informatice raportată la volumul de date al furnizorilor de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare și asigurarea suportului informatic necesar în acest sens.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicină Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

(2) Asigurarea infrastructurii informatice se referă în principal la asigurarea cu tehnică de calcul, soluții de internet de bandă largă și de back-up pentru acestea, infrastructura de networking specifică, precum și alte servicii considerate necesare.

(3) Aplicațiile informatice referitoare la depunerea de documente justificative pentru raportarea activității, realizate în vederea decontării, altele decât cele oferite în mod gratuit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), trebuie up-datate prin specificațiile puse la dispoziție în acest scop pe site-ul CNAS pentru lucrul on-line cu ȘIUI 2 centralizat.

Art. 3. - Pentru implementarea proiectelor prevăzute la art. 1, pentru transmitere de date la distanță prin mijloace electronice, pot fi utilizate certificatele digitale calificate, potrivit Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 974/2010 privind utilizarea mijloacelor electronice de transmitere la distanță în procesul decontării serviciilor prestate de furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 4. - (1) Termenul final până la care se vor putea face raportările în sistem descentralizat este dată de 31 martie 2011.

(2) După termenul menționat la alin. (1), toate raportările se vor face numai în sistem centralizat, on-line, bazat pe autentificare cu certificat digital calificat.

Obs: Din interpretarea alin. 2 reiese faptul că, după data de 31 martie 2011, „toate raportările”, reprezentând toate raporturile și comunicările dintre CNAS, Minister și furnizorii de servicii medicale, se vor desfășura doar în sistem informatic centralizat. Menționăm că raportul Comisiei Europene din 2009 situa România pe penultimul loc între țările Uniunii în ceea ce privește accesul la internet de bandă largă, cu o acoperire de doar 3% în mediul rural, și 18% în mediul urban. Acoperirea de peste 90% clamată de operatorii de telefonie mobilă se referă la 2G, viteze mici, similare dial-up, până la 56kbit/s, în timp ce prezentul ordin solicită internet de bandă largă, adică 3G, cu viteze de peste 144-256kbit/s. Dacă furnizorii nu vor reuși, până la data menționată, să-și asigure implementarea infrastructurii informatice, aceștia riscă să nu mai beneficieze de drepturile conferite de Legea nr. 95/2006, inclusiv de decontările serviciilor medicale.

Art. 5. - Cheltuielile privind asigurarea infrastructurii informatice prevăzute la art. 1 și 2 se realizează, în condițiile legii, din bugetul de venituri și cheltuieli propriu al furnizorilor de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare sau, după caz, din veniturile proprii ale acestora.

Obs: Punerea în aplicare a art. 5 echivalează cu încălcarea dreptului de proprietate privată al furnizorilor din domeniul medical. După cum am arătat, nu există un contract de decontare - cel puțin parțială - a serviciilor de implementare a infrastructurii informatice, cu toate că este vorba de



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie
Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București
Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală
Str. Grigore Cobălcescu nr. 2, sector 1, București
Fax +40213154656

cheltuirea unor sume considerabile de bani, inclusiv la nivel rural, unde medicina de familie nu funcționează din lipsă de resurse financiare.

Sintagma folosită de Ministrul Sănătății „în condițiile legii”, cu referire la Legea privind reforma în domeniul sănătății, subliniază exact contrariul sensului urmărit de organul emitent, atâta timp cât Legea prevede o cu totul altă procedură de gestionare și decontare a fondurilor decât cea instituită prin ordinul comun atacat.

Totodată, în conformitate cu art. 209 alin. (3) din Legea 95/2006 „Gestionarea fondului se face, în condițiile legii, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, prin casele de asigurări sociale de sănătate județene și a municipiului București, prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări. Gestionarea fondului se realizează și prin Casa Asigurărilor de Sănătate a Ministerului Transporturilor, Construcțiilor și Turismului până la reorganizarea acesteia.”

Având în vedere că Legea nr. 95/2006 conferă atribuția gestionării fondurilor în mod exclusiv CNAS, atribuirea cheltuielilor în proporție de 100% în sarcina furnizorilor din domeniul medical, contravine fără echivoc dispozițiilor legale.

Aceasta în condițiile în care, bugetul alocat medicilor de familie se diminuează de la an la an, asistența medicală primară primind în 2009 și 2010 - 5,6 % din Fondurile FNUASS (Fondul Național Unic de Asigurări Sociale față de 10-12 % cât se acordă în majoritatea statelor europene. Dacă și acest procent minim va fi redistribuit către alte investiții decât în serviciile de asistență medicală primară, medicina de familie va intra în colaps.

Este evident că prin asigurarea implementării sistemelor informatice din veniturile și cheltuielile proprii ale furnizorilor de servicii medicale, medicamente și materiale sanitare, medicul de familie nu-și mai poate exercita profesia în conformitate cu Legea privind reforma în domeniul sănătății și va fi nevoit să aplice criterii discriminatorii pacienților, în vederea economisirii și distribuirii a sumelor (modice) de care dispune.

Reiese că medicului de familie îi este dat să aleagă între implementarea sistemului informatic din bugetul alocat pacienților, ori din veniturile personale. Or acest lucru, contravine atât Legii nr. 95/2006, cât și Constituției României cu privire la dreptul de proprietate.

Cu stimă,

Președinte FNPMF
Dr. Doina Mihăilă



Președinte SNMF
Dr. Rodica Tănăsescu

