

PROCES VERBAL

Încheiat în urma întâlnirilor din perioada 20-23.11.2017 având ca temă Proiectul Hotărâre de Guvern pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018 – 2019
- Asistența medicală primara -

PARTICIPANȚI:

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

- D-na Secretar de Stat Corina Silvia POP (luni, 20.11.2017)
- dl. Costin ILIUȚĂ (luni, 20.11.2017 si miercuri 22.11.2017)

FNPME:

- dl. Cătălin PETRENCIC (20-23.11.2017)
- d-na Marina PÂRCĂLABU (20-23.11.2017)
- d-na Carmen Adriana DOGARU (20.11.2017)
- d-na Ileana Anca EFRIM (22.11.2017)

SNMF:

- d-na Rodica TĂNĂSESCU (20-23.11.2017)
- dl. Ciprian Ovidiu VORNICU (20.11.2017)
- d-na Raluca ZOIȚANU (20-22.11.2017)
- d-na Sandra ALEXIU (20-21, 23.11.2017)
- d-na Iulia ȚUȚUIANU (20-21, 23.11.2017)

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE:

- dl. Răzvan Teohari VULCĂNESCU – Președinte CNAS
- d-na Liliana MIHAI - Director General CNAS
- d-na Liliana LUKACS - Director General Adjunct - Direcția Generală Relații Contractuale
- d-na Mihaela ION – Medic Șef
- d-na Ana Maria ILIESCU - Director General Adjunct – Direcția Generală Juridic și Contencios Administrativ
- d-na Elisabeta Birău – Director General Adjunct – Direcția Generală Economică
- d-na Adriana CONSTANTINESCU – Director – Direcția Tehnologie Informației și Control Managerial
- d-na Valentina DIACONU – Director - Direcția Reglementări și Norme de Contractare
- dl Cristian POPA – Director – Direcția Audit
- d-na Iulia STOEI – Director adjunct - Direcția Reglementări și Norme de Contractare
- d-na Cristina Sanda GRAJDEANU - Director adjunct – Direcția Antifraudă

20.11.2017

Reprezentanții medicilor de familie prezinta o propunere de Contract-cadru.

I. Anexa 1:

1. Referitor la **Pachetul minimal de servicii** – nu există nicio diferență între materialul prezentat de CNAS și cel prezentat de către reprezentanții medicilor de familie, cu excepția periodicității acordării serviciilor medicale. În materialul prezentat de CNAS, serviciile și periodicitatea acordării acestora sunt prevăzute în Contractul cadru, iar în materialul prezentat de reprezentanții medicilor de familie se propune ca periodicitatea acordării serviciilor să fie prevăzută numai în Normele metodologice de aplicare a Contractului - cadru.

Se convine ca periodicitatea acordării serviciilor medicale să fie prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului – cadru, așa cum au solicitat reprezentanții medicilor de familie.

2. Referitor la **Pachetul de servicii de bază** – nu există nicio diferență între materialul prezentat de CNAS și cel prezentat de către reprezentanții medicilor de familie, cu excepția propunerii reprezentanților medicilor de familie de introducere a trei servicii adiționale, față de materialul propus de CNAS, respectiv:

- spirometrie,
- măsurare ambulatorie a tensiunii arteriale pentru 24h,
- teste rapide (point of care testing) – analize de laborator (se propune enumerarea în Norme: glicemie, sumar de urină, colesterol, hemoleucograma) care să fie decontate din fondul destinat investigațiilor paraclinice, pentru care este necesară o dotare și pregătire specifică, după caz.

În materialul prezentat de CNAS, serviciile și periodicitatea acordării acestora sunt prevăzute în Contractul cadru, iar în materialul prezentat de reprezentanții medicilor de familie se propune ca periodicitatea acordării serviciilor să fie prevăzută numai în Normele metodologice de aplicare a Contractului - cadru.

Se convine :

- **periodicitatea acordării serviciilor medicale să fie prevăzută în Normele metodologice de aplicare a Contractului – cadru, așa cum au solicitat reprezentanții medicilor de familie.**

- **introducerea noilor servicii adiționale propuse de reprezentanții medicilor de familie în pachetul de servicii de bază, servicii decontate din fondul pentru investigații paraclinice.**

3. Reprezentanții medicilor de familie propun ca în Contractul-cadru să nu fie detaliat cuprinsul consultațiilor în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice, acestea să se detalieze numai în Norme (punctul 1.1.2 de la Pachetul de bază).

Reprezentanții CNAS precizează că în Proiectul de Contract-cadru pentru anii 2018-2019 cuprinsul consultațiilor nu este detaliat.

4. Reprezentanții medicilor de familie propun eliminarea din Proiectul de Contract cadru a consultațiilor prevăzute pentru eliberarea documentelor prevăzute la activitățile de suport. Reprezentanții CNAS precizează că acest tip de consultație a fost introdus pentru situația în care, pentru eliberarea anumitor documente, de exemplu, adeverințe încadrare în muncă pentru șomerii beneficiari ai pachetului de bază, nu se poate asocia o consultație pentru afecțiuni acute/subacute etc. Reprezentanții medicilor de familie nu susțin introducerea acestei consultații în pachetul de bază (prevăzut în proiectul elaborat de CNAS) și nu sunt de acord cu

eliberarea unor adeverințe suplimentare în cadrul contractului cu casa de asigurări de sănătate, ele fiind eliberate și în prezent contra cost.

Ministerul Sănătății va prezenta ministrului sănătății propunerea reprezentanților medicilor de familie în vederea luării unei decizii.

Ministrul sănătății decide că adeverința pentru încadrarea în munca a șomerilor ar trebuie să facă parte din pachetul de bază.

Reprezentanții medicilor de familie susțin că sunt încălcate prevederile Legii 95/2006 și că împreună cu o consultație necesară eliberării acestei adeverințe să fie suportată din altă sursă de finanțare.

Reprezentanții CNAS au introdus această adeverință, la propunerea Ministerului Sănătății cu privire la *"Implementarea Recomandării Consiliului din 15.02.2016 privind integrarea pe piața forței de muncă a șomerilor de lungă durată (2016/C 67/01) prin asigurarea unui cadru legislativ și de coordonare interinstituțională"*.

Fără rezoluție.

!!!! Aspectele rămase fără rezoluție nu vor fi cuprinse în Proiectul de Contract-cadru, acestea urmând a fi supuse unor discuții ulterioare până la definitivarea proiectului de act normativ care va fi supus aprobării.

5. Reprezentanții medicilor de familie sunt de acord cu propunerea CNAS privind introducerea în pachetul de bază, la activități de suport, a eliberării fișei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap.

6. Referitor la administrarea de medicamente, serviciu prevăzut și în HG 161/2016, reprezentanții medicilor de familie solicită o precizare suplimentară în sensul în care administrarea de medicamente se face ca urmare a tratamentului recomandat de către medicii de familie, urmare a actului medical propriu, numai în timpul programului de lucru, în cabinetul medicului de familie. Reprezentanții medicilor de familie susțin administrarea contra cost a tratamentului în afara programului de lucru, și nu sunt de acord cu administrarea în cadrul consultațiilor la domiciliu.

- **Propunerea va fi discutată cu reprezentanții Ministerului Sănătății.**
- **Ministerul Sănătății decide ca administrarea de medicamente să se facă numai pentru medicamentele recomandate de către medicii de familie ca urmare a actului medical propriu, numai în timpul programului de lucru, în cabinetul medicului de familie.**

II. Discuții privind elementele de noutate din Anexa 2 la Proiectul de Contract cadru:

1. Reprezentanții medicilor de familie au propus o reglementare prin care medicii de familie colaborează cu furnizorii de asistență medicală comunitară a căror activitate o coordonează din punct de vedere metodologic. Reprezentanții CNAS precizează că această reglementare nu poate face obiectul Contractului-cadru, această activitate fiind în sfera de competență a Ministerului Sănătății, reglementate prin alte acte normative.

Reprezentanții medicilor de familie sunt de acord cu eliminarea alin. (2) de la art. 1 din Anexa 2 la Contractului-cadru propus de medicii de familie.

2. Reprezentanții CNAS propun eliminarea alin. (3) de la art. 1 din Anexa 2 a Contractului-cadru propus de către reprezentanții medicilor de familie, având în vedere că nu face obiectul de reglementare a Contractului-cadru. Reprezentanții medicilor de familie sunt de acord cu propunerea CNAS, cu mențiunea că în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru să se evidențieze investigațiile medicale paraclinice – analize medicale de laborator care pot fi recomandate de medicii de familie conform curiculei de pregătire.

3. Se convine de părți menținerea condițiilor de eligibilitate prevăzute la art. 1 alin. (1) și (2) din Anexa 2 la Proiectul de Contractul cadru propus de CNAS. În materialul medicilor de familie acestea se regăsesc, sub aceeași prezentare, la art. 1 alin. (1) și art. 3 alin. (1).

4. Se convine revizuirea prescrierii de medicamente conform protocoalelor terapeutice care presupune o decizie la nivelul Ministerului Sănătății. În ceea ce privește protocoalele terapeutice, reprezentanții Ministerului Sănătății precizează că interesele asociațiilor profesionale sunt reprezentate în cadrul Comisiilor de la nivelul Ministerului Sănătății și se vor desfășura întâlniri bilaterale între Comisia de Medicină de Familie și alte comisii de specialitate în vederea analizei și eventual revizuirii protocoalelor.

5. Cu privire la necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, nu există nicio diferență între materialul prezentat de CNAS și cel prezentat de către reprezentanții medicilor de familie, cu excepția structurii comisiei cu atribuții în acest sens.

CNAS informează că structura comisiei a fost modificată la recomandarea Consiliului Concurenței.

Reprezentanții medicilor de familie susțin menținerea neschimbată a componenței comisiei, așa cum este reglementat în HG 161/2016 (Contract-cadru în vigoare) cu mențiunea că vor pune la dispoziția Ministerului Sănătății și al CNAS punctul de vedere formulat de SNMF și FNPMF referitor la recomandările din Raportul Consiliului Concurenței.

- Reglementarea rămâne în discuție cu Ministerul Sănătății.

- Reprezentanții MS au decis reformularea prevederii astfel: „La lucrarile comisiei ~~pot~~ **participă**, cu rol consultativ, reprezentanti ai administrației publice locale, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie, ~~după caz, în condițiile în care acestea sunt constituite astfel de organizatii la nivel local.~~”

- Reprezentanții medicilor de familie precizează că dacă recomandarea Consiliului Concurenței este obligatorie, agreează formularea propusă de Ministerul Sănătății; dacă nu componența comisiei să rămână nemodificată față de forma în vigoare.

6. Reprezentanții medicilor de familie susțin necesitatea unei reglementări privind luarea în calcul la stabilirea necesarului de medici de familie cu liste proprii la nivel județean a medicilor aflați în relație contractuală cu CAS AOPSNAJ. Propunerea este susținută și de către CNAS.

7. Referitor la programul asistentului medical, care în Proiectul de HG propus de CNAS este reglementat în sensul de a acoperi programului cabinetului, reprezentanții medicilor de familie nu doresc modificarea acestei prevederi față de forma în vigoare (aprobată prin HG 161/2016).

Propunerea rămâne în discuție cu Ministerul Sănătății, singura instituție abilitată să reglementeze modul în care funcționează cabinetele medicale.

Reprezentanții Ministerului Sănătății precizează că vor prezenta propunerea ministrului sănătății, iar după luarea unei decizii, aceasta va fi comunicată ulterior. Ministerul Sănătății susține ca reglementarea să nu fie completată în sensul propus de CNAS.

Părțile convin, pentru claritatea reglementării, să se precizeze că programul de activitate al asistentului medical poate fi cu normă întreagă sau fracțiune de normă.

8. Părțile convin reformularea art. 2 alin. (1) lit. d) astfel:

d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligația furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului, **cu excepția CMI și SRL cu un singur medic angajat.**

Se solicită de către reprezentanții medicilor de familie eliminarea documentului solicitat conform art. 2 alin. (1) lit. e), respectiv „dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligația de a funcționa cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;”

Reprezentanții CNAS precizează că prevederea privind solicitarea acestor documente în procesul de contractare este în aplicarea dispozițiilor art. 255 alin (4) din Legea nr. 95/2006.

Părțile convin eliminarea de la art. 2 alin. (1) lit. e) și reformularea prin comasare cu art. 2 alin. (1) lit. g) și h), astfel:

- certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic **care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege și care urmează să fie înregistrat în contract și să funcționeze sub incidența acestuia,** valabil la data încheierii contractului și **reînnoit** pe toată perioada derulării contractului, **document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;**

- certificatul de membru al Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/soră medicală/moașă **care își desfășoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege** valabil la data încheierii contractului și **reînnoit** pe toată perioada derulării contractului, **document care se eliberează/avizează și pe baza dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical;**

9. Ministerul Sănătății prezintă obiectivele urmărite:

- plata pe performanță la medicii de familie începând cu anul 2019 – va fi reglementată în actele normative începând cu anul 2018,

- programe de screening – finanțate din fonduri europene până în 2023 – pentru cancer de col uterin, cancer de sân, cancer colorectal, boli transmisibile (hepatita B, C, D, tuberculoză), boli cardiovasculare, screening pentru mama și copilul.

21.11.2017

10. Referitor la documentul prevăzut la art. 2 alin. (1) lit. k) programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctului secundar de lucru; programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar; reprezentanții medicilor de familie solicită eliminarea sintagmei *“programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar”*.

Reprezentanții medicilor de familie solicită modificarea reglementărilor astfel încât un medic angajat să poată fi angajat la mai mult de un cabinet medical individual în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate, cu informarea acesteia privind numărul de ore pentru care medicul este angajat la fiecare dintre cabinetele medicale individuale. Medicul angajat nu raportează activitate proprie, activitatea se raportează de către medicul titular.

În perioadele de înlocuire a medicului titular de către medicul angajat se informează în prealabil casa de asigurări de sănătate (prin convenție de înlocuire), iar serviciile sunt decontate la nivelul stabilit pentru gradul profesional al medicului care acorda serviciile medicale (respectiv medicul angajat).

Înlocuirea medicului de familie angajat într-un SRL se face numai pe bază de convenție de înlocuire.

Reprezentanții medicilor de familie solicită modificarea reglementărilor astfel încât înregistrarea și transmiterea convenției de înlocuire să se facă de regulă online.

Părțile convin că în normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru se va reglementa această solicitare.

Totodată, se convine reformularea astfel: programul de activitate al cabinetului și al punctului de lucru/punctului secundar de lucru; ~~programul de activitate al medicilor și al personalului medico-sanitar~~, **programul de lucru al medicilor cu liste proprii de asigurați precum și numărul de ore/zi pentru medicii angajați în CMI și pentru personalul medico-sanitar.**

11. Referitor la documentele prezentate la contractare, **se convine:**

- se menține cerința privind prezentarea dovezii de evaluare a furnizorului, precum și a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului,
- să depună dovada înscrierii în procesul de acreditare, potrivit art. 20 din Legea nr. 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate.

Reprezentanții medicilor de familie solicita eliminarea documentului privind evaluarea începând cu data la care vor prezenta dovada de acreditare potrivit art. 20 din Legea nr. 185/2017. Totodată, precizează că înscrierea în procesul de acreditare, potrivit art. 20 din Legea nr. 185/2017, în condițiile în care nu se cunosc standardele de acreditare și nivelul taxei de acreditare este abuzivă și propun existența unei norme tranzitorii și pentru anul 2018. (art. 249 alin. (4) din Legea nr. 95/2006)

Reprezentanții CNAS precizează că solicitarea dovezii de evaluare reprezintă punerea în aplicare a dispozițiilor art. 253 alin (1) și alin. (2) și art. 254 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, respectiv:

- **art. 253** (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.

(2) Procesul de evaluare cuprinde cabinetele medicale, ambulatoriile de specialitate, spitalele, farmaciile, furnizorii de îngrijiri la domiciliu, furnizorii de dispozitive medicale, furnizorii privați de consultații de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat, precum și alte persoane fizice sau juridice autorizate în acest sens de Ministerul Sănătății.

- **art. 254 (1)** Furnizorii de servicii medicale, de dispozitive medicale și de medicamente, care pot fi în relații contractuale cu casele de asigurări, sunt:

a) unitățile sanitare publice sau private, organizate conform prevederilor legale în vigoare, autorizate, evaluate și selectate în condițiile legii;

b) farmaciile, distribuitorii și producătorii de medicamente și materiale sanitare;

c) alte persoane fizice și juridice care furnizează servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.

CNAS precizează că, în prezent trebuie menținute cerințele privind evaluarea în concordanță cu Legea nr. 95/2006.

Totodată, solicitarea CNAS de prezentare la contractare a documentului privind înscrierea în procesul de acreditare pune în aplicare dispozițiile art. 20 alin. (2) din Legea nr. 185/2017.

12. Referitor la documentele prezentate la contractare, reprezentanții medicilor de familie solicita eliminarea dintre acestea a *listei în format electronic a bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz și pentru care se organizează evidență distinctă la nivelul medicului de familie conform normelor* (art. 2 alin. (1) lit. k) din proiectul propus de CNAS). Părțile convin că propunerea reprezentanților medicilor de familie se acceptă.

13. Reprezentanții medicilor de familie renunță la propunerea de reformulare a alin (3) de la art. 2 din materialul propus de către aceștia, reglementarea urmând a avea următorul cuprins:

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare sau în procesul de evaluare a furnizorului existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi ~~depuse~~/transmise la încheierea contractelor, cu excepția documentelor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată care se transmit în format electronic cu semnătura electronică extinsă.

14. Părțile convin menținerea alin. (4) de la art. 2 din proiectul propus de CNAS, respectiv:

„ (4) Medicii pentru a intra în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate trebuie să dețină semnătura electronică extinsă.”

15. Referitor la obligațiile furnizorilor, nu sunt diferențe majore între proiectul elaborat de către reprezentanții medicilor de familie și cel elaborat de CNAS, cu excepția ordinii acestora și a anumitor reformulări, cu mențiunea că, în proiectul prezentat de către reprezentanții medicilor de familie, parte dintre obligațiile în vigoare, au fost propuse a fi eliminate.

15.1 Prima parte a obligației A.1 propusă în proiectul înaintat de reprezentanții medicilor de familie, “A.1 Sa asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în contractul semnat cu casa de asigurări de sănătate fără nicio discriminare, respectând criteriile de calitate prevăzute de normele legale

in vigoare;” se regăsește la litera e) din proiectul elaborat de CNAS, mai puțin teza „respectând criteriile de calitate prevăzute de normele legale în vigoare;”

Referitor la criteriile de calitate, CNAS precizează că acestea sunt atribuția ANMCS, verificarea respectării criteriilor de calitate intră în sarcina DSP și a organelor de control ale Ministerului Sănătății.

Părțile convin menținerea formulărilor din proiectul elaborat de CNAS, respectiv:

„e) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului și a furnizorului, să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii și pachetul de servicii de bază, fără nicio discriminare;”

15. 2. Referitor la obligația B.1. propusa de reprezentanții medicinei de familie *Să comunice caselor de asigurări de sănătate și să respecte programul de lucru;„* **Se convine** menținerea formulării propuse de CNAS la litera f), respectiv

„f) să respecte programul de lucru și să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; programul de lucru se poate modifica prin act adițional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;”

15.3. Referitor la obligația propusa de reprezentanții medicilor de familie B.2. *Să afișeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, datele de contact ale acestora care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web, precum și pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată pentru serviciile medicale decontate prin tarif pe serviciu medical decontate de casa de asigurări de sănătate, într-un format stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală; se convine menținerea obligației în forma propusa de CNAS la lit. a) pct. 2 și 3. Se elimină punctul 1 de la litera a) din proiectul elaborat de CNAS, astfel:*

„ a) să informeze asigurații cu privire la:

~~1. obligațiile furnizorului de servicii medicale referitoare la actul medical și ale asiguratului referitoare la respectarea indicațiilor medicale și consecințele nerespectării acestora;~~

2. programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și datele de contact ale acestora care cuprind adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web (prin afișare într-un loc vizibil)

3. pachetul de servicii minimal și de bază cu tarifele corespunzătoare calculate la valoarea minimă garantată; informațiile privind pachetele de servicii medicale și tarifele corespunzătoare sunt afișate de furnizori în formatul stabilit de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și pus la dispoziția furnizorilor de casele de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;”

15.4. Reprezentanții medicilor de familie solicită eliminarea obligației prevăzute la lit. b) din proiectul elaborat de către CNAS, respectiv *“să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la asigurați și persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum și intimitatea și demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;”*

Părțile convin transferul obligației la Dispoziții Generale aplicabile tuturor furnizorilor care derulează relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și se adaugă la prevederea existentă sintagma *“se sancționează potrivit legii, de către autoritățile competente.”*

15.5. Referitor la obligațiile propuse de către reprezentanții medicilor de familie la literele C.1. și C.2, acestea se regăsesc la litera c) din proiectul elaborat de CNAS. Se convine completarea astfel:

C.1. Să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale **și să o transmită în format electronic la casele de asigurări de sănătate în vederea decontării.**

C.2. Să raporteze în format electronic caselor de asigurări de sănătate ~~datele necesare~~ **documentele justificative privind activitatea realizată în formatul solicitat de CNAS.** ~~pentru urmărirea desfășurării activității în asistența medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare.~~

15.6. Referitor la obligația E.1. propusă de către reprezentanții medicilor de familie, respectiv .

“1. Să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, **concediu medical**, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;”

CNAS precizează că eliberarea certificatelor de concediu medical nu face obiectul Contractului-cadru.

Se convine menținerea formulării conform pct. 1 de la litera d) din proiectul propus de CNAS, completată astfel:

“să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe țară - bilet de trimitere către alte specialități clinice sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice și prescripție medicală pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope - conform prevederilor legale în vigoare și să le elibereze ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul și numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; **să completeze formularele cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare;** să asigure utilizarea formularelor electronice - de la data la care acestea se implementează;”

15. 7. Se convine renunțarea la obligația E.2. propusă de către reprezentanții medicilor de familie: „E.2. Să asigure utilizarea formularelor electronice - menționate la E.1., începând cu data de 1 iunie 2018;”

15.8. Reprezentanții medicilor de familie solicită să raporteze recomandările de îngrijiri la domiciliu caselor de asigurări de sănătate în format electronic asumate prin semnătură electronică extinsă, odată cu raportarea activității lunare, conform formularelor de raportare.

Reprezentanții CNAS precizează că prevederea va face obiectul Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

15.9. Obligația propusă de către reprezentanții medicilor de familie la pct. E.3. *Să completeze corect și la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidențele obligatorii, pe cele cu regim special și pe cele tipizate; corespunde literei g) din HG 161/2016 și a fost eliminată din Proiectul de Contract cadru elaborat de CNAS pentru anii 2018-2019. Reprezentanții medicilor de familie susțin eliminarea acestei obligații.*

15.10. Obligația propusă de către reprezentanții medicilor de familie la pct. E.4. *Să asigure eliberarea actelor medicale, în condițiile stabilite în hotărâre și în norme; corespunde literei r) din HG 161/2016 și a fost eliminată din Proiectul de Contract cadru elaborat de CNAS pentru anii 2018-2019. Reprezentanții medicilor de familie susțin eliminarea acestei obligații.*

15.11. Obligațiile propuse de către reprezentanții medicilor de familie la pct. F.1. și F.2. se regăsesc ca și conținut la litera d) pct. 3 din Proiectul de Contract cadru elaborat de CNAS pentru anii 2018-2019. Se convine menținerea formulării propusă de CNAS.

~~F.1. Să asigure utilizarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope și să îl elibereze, ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;~~

~~F.2. Să prescrie medicamentele cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații, substanțele și preparatele stupefiante și psihotrope corespunzătoare denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;~~

~~“ d) să asigure utilizarea:~~

~~(...) 3. prescripției medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală, pe care o eliberează ca o consecință a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală de care beneficiază asigurații se face corespunzător denumirilor comune internaționale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile și efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie; **să completeze prescripția medicală cu toate datele pe care aceasta trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare.**”~~

15.12. Referitor la obligația propusă de către reprezentanții medicilor de familie la pct. la F.3, se convine reformularea astfel:

“Să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției Electronice referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare protocoalele terapeutice sau medicamentul este produs biologic privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;”

15.13. Se convine renunțarea la obligația F.4. propusă de către reprezentanții medicilor de familie: *Să utilizeze formularul electronic de scrisoare medicală al cărui model este stabilit prin norme, existent în Dosarul Electronic de Sănătate începând cu 1 iunie 2018., rămânând în analiză pentru o etapă ulterioară. Reprezentanții medicilor de familie precizează că au propus o soluție IT în*

acest sens încă din 2014, care nu a fost implementată și vor transmite domnului Președinte al CNAS și domnului Marius Sepi, reprezentant al Ministerului Consultării Publice și Dialogului Social, draftul procesului-verbal al întâlnirii în cadrul căreia a fost înaintată această soluție de implementare.

CNAS precizează că draftul procesului-verbal nu este semnat de către persoanele care au participat la întâlnire.

15.14. Părțile convin reformularea obligației prevăzute la litera d) punctul 2 din proiectul de Contract cadru elaborat de CNAS astfel: *"~~formularului de scrisoare medicală~~; medicul de familie eliberează scrisoare medicală pentru urgențele medico-chirurgicale și pentru bolile cu potențial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului, pentru care se consideră necesară internarea;"*

15.15. Referitor la obligația prevăzută la lit. g) în proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se solicită clarificări privind modul de notificare a caselor de asigurări de sănătate. Părțile convin menținerea obligației, cu reformularea acesteia, astfel:

g) să ~~anunțe~~ **notifice** casa de asigurări de sănătate **conform reglementărilor privind corespondența dintre părți, prevăzute în contract**, despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor;

15.16. Referitor la obligația prevăzută la lit. h) în proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, părțile convin menținerea acesteia, cu reformularea astfel:

h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate **incidente activității desfășurate de furnizorii de asistență medicală primară ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate**;

15. 17. Referitor la obligația prevăzută la lit. i) în proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, părțile convin menținerea acesteia, cu reformularea astfel:

i) ~~să recomande asiguraților tratamentul, cu respectarea condițiilor privind modalitățile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare~~; să respecte protocoalele terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare; În situația în care, pentru unele medicamente prevăzute în HG nr 720/2008 nu exista protocoale terapeutice, prescrierea medicamentelor cu si fără contribuție personala prevăzute în sublistele A, B, C si D se face ~~cu respectarea prevederilor legale în vigoare, inclusiv privind indicațiile, dozele si duratele de administrare pentru care medicamentul a fost autorizat de punere pe piață~~, conform rezumatului caracteristicilor produsului."

15.18. Se convine la renunțarea la obligațiile prevăzute în proiectul formulat de către reprezentanții medicilor de familie la D.1. și D.1.1, respectiv

D.1. Să utilizeze sistemul electronic de raportare pentru raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

D.1.1. În situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;

cu menținerea literei j) în proiectul elaborat de CNAS, respectiv:

„j) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcțiune; sistemul de raportare în timp real se referă la raportarea activității zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate și validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și stabilit prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, raportarea activității se realizează în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată;”

15.19. Părțile convin menținerea obligației de la litera k) din proiectul elaborat de CNAS, respectiv

“să asigure acordarea de asistență medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistență medicală pacienților din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale;”

15.20. Părțile convin menținerea obligației de la litera l) din proiectul elaborat de CNAS, respectiv:

„l) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situația în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligați să asigure confidențialitatea în procesul de transmitere a datelor;”

15.21. Referitor la obligația prevăzută la lit. m) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine

comasarea acesteia cu obligația referitoare la utilizarea formularelor prevăzută la litera d) din proiectul CNAS.

15.22. Referitor la obligația prevăzută la lit. n) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, *n) să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia*; reprezentanții CNAS precizează faptul că aceasta este în aplicarea dispozițiilor art. 9 alin. (3) din HG 34/2015.

Propunerea reprezentanților medicilor de familie va fi supusă analizei Ministerului Sănătății, urmare a aprecierii medicilor de familie că prevederile HG nr. 34/2015 trebuie coroborate cu reglementările Legii drepturilor pacientului, respectiv Legea nr. 46/2003.

15.23. Referitor la obligația prevăzută la lit. o) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea acesteia, reformulată după cum urmează:

o) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond și pentru ~~serviciile/documentele efectuate/eliberate în strânsă legătură sau necesare~~ urmare a acordării acestor servicii; serviciilor medicale, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;

15.24. Referitor la obligația prevăzută la lit. p) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea obligației în forma propusă de CNAS:

p) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcție de mișcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum și să actualizeze lista proprie în funcție de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;

15.25. Referitor la obligația prevăzută la lit. q) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea obligației, reformulată după cum urmează:

„q) să înscrie ~~din oficiu~~ copiii care nu au fost înscrși pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultație a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după nașterea copilului, dacă părinții nu au altă opțiune ~~exprimată în scris~~; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicația informatică a medicului și va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică; să înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultație în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reședință a acestora, dacă nu există o altă opțiune; să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinților sau a aparținătorilor legali, și nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;”

Reprezentanții medicilor de familie solicită reprezentantului Ministerului Consultării Publice și Dialogului Social constituirea unui grup de lucru interministerial Ministerul Sănătății – Ministerul Muncii și Justiției Sociale și Ministerul Dezvoltării Regionale și Administrației

Publice, pentru soluționarea cazurilor de copii neînscriși de părinți pe lista unui medic de familie după naștere.

15.26. Referitor la obligația prevăzută la lit. r) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea acesteia, cu reformularea astfel:

“r) să respecte dreptul asiguratului de a-și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia, **prin punerea la dispoziția medicului la care asiguratul optează să se înscrie, a documentelor medicale;**”

15.27. Referitor la obligația prevăzută la lit. s) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea obligației în forma propusă de CNAS, pentru punerea în aplicare a dispozițiilor art. 229 lit. h) din Legea nr. 95/2006. Prevederea nu va fi reluată în Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

Formularea de la litera s) este următoarea:

“s) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către alți medici care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicina muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme. În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acută/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme, și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;”

15.28. Referitor la obligația prevăzută la lit. ș) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea obligației, în forma propusă de CNAS:

„ș) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieșire din spital comunicat de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în norme;”

15.29. Referitor la obligația prevăzută la lit. t) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea obligației în forma propusă de CNAS:

„t) să întocmească bilet de trimitere către societăți de turism balnear și de recuperare și să consemneze în acest bilet sau să atașeze, în copie, rezultatele investigațiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum și data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situația atașării la biletul de trimitere a rezultatelor investigațiilor, medicul va menționa pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigațiilor și va informa asiguratul asupra obligativității de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;”

15.30. Referitor la obligația prevăzută la lit. Ț) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea acesteia și reformularea după cum urmează:

Ț) să organizeze la nivelul cabinetului evidența bolnavilor cu afecțiuni cronice pentru care se face management de caz, conform normelor, și să raporteze în format electronic această evidență casei de asigurări de sănătate, atât la contractare lista, cât și modificările ulterioare privind mișcarea lunară a bolnavilor cronici. Condițiile desfășurării acestei activități se stabilesc prin norme;

15.31. Se convine eliminarea obligației prevăzute la litera u) din Proiectul elaborat de CNAS, respectiv:

~~u) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenției, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenția încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate; furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară sunt obligați să anunțe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor care nu se mai află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;~~

15. 32. Referitor la obligația prevăzută la lit. v) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea acesteia și reformularea după cum urmează:

v) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul, în conformitate cu să respecte prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii

calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, **privind programarea asiguraților pentru serviciile medicale programabile.**

15.33. Referitor la obligația prevăzută la lit. w) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost eliminată în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, **se convine transferul obligației la Dispoziții Generale.**

~~w)~~ să solicite cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;"

15.34. Referitor la obligația prevăzută la lit. x) din proiectul elaborat de CNAS, care a fost reformulată de către reprezentanții medicilor de familie la litera E.5. „*Asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată.*”, se convine reformularea astfel:

x) să utilizeze prescripția medicală electronică on-line și în situații justificate prescripția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripției electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. ~~În situația în care medicii prescriptori nu dețin semnătură electronică, prescripția medicală se va lista pe suport hârtie și va fi completată și semnată de medicul prescriptor în condițiile prevăzute în norme;~~

15.35. Referitor la obligațiile prevăzute la lit. y), z), aa) și ab) din proiectul elaborat de CNAS, care au fost eliminate în proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, se convine menținerea acestor obligații în forma propusă de CNAS.

y) să introducă în sistemul informatic toate prescripțiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii;

z) să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asiguraților de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asiguraților de sănătate în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea

nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

aa) 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. z) , în maximum 3 zile lucrătoare de la data acordării serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea; la stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical și acesta se împlinește în a 3-a zi lucrătoare de la această dată; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

ab) să întocmească evidențe distincte pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă și boli profesionale și să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relație contractuală; să întocmească evidențe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situațiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătății de către alte persoane, precum și daune sănătății propriei persoane, din culpă, și au obligația să le comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

Obligațiile furnizorilor prevăzute la literele y), z), aa) și ab) au fost preluate în Proiectul de Contract-cadru având în vedere că trebuie să existe reglementarea în actul normativ primar.

16. Referitor la drepturile furnizorilor de asistență medicală primară:

16.1. Dreptul prevăzut la litera a) de la art. 6 din proiectul propus de reprezentanții medicilor de familie este identic cu dreptul prevăzut la litera a) de la art. 4 din proiectul CNAS.

„a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;”

16.2. Se convine reformularea dreptului prevăzut la litera b):

b) Să fie informați de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate **și/sau e-prin poșta electronică**;

16.3. Dreptul prevăzut la litera c) de la art. 6 din proiectul propus de reprezentanții medicilor de familie este identic cu dreptul prevăzut la litera c) de la art. 4 din proiectul CNAS.

„c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;”

16.4. Referitor la litera d) de la art. 6 din proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, respectiv „*Să negocieze, prin intermediul organizațiilor reprezentative la nivel național, prevederile normelor de aplicare ale prezentului Contract-cadru și conținutul acestuia*”, reprezentanții medicilor de familie susțin această solicitare, conform recomandărilor raportului Consiliului Concurenței.

CNAS precizează că în recomandarea Consiliului Concurenței nu se precizează o negociere cu alte organizații decât cele prevăzute de Legea nr. 95/2006, ci doar flexibilitatea negocierilor. Totodată aceasta propunere contravine dispozițiilor art. 229 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, în consecință nu este preluată în proiectul de Contract-cadru.

Reprezentanții medicilor de familie solicită CNAS să transmită solicitările de modificare ale Legii nr. 95/2006 către instituțiile abilitate.

16.5. Dreptul prevăzut la litera e) de la art. 6 din proiectul propus de reprezentanții medicilor de familie este identic cu dreptul prevăzut la litera d) de la art. 4 din proiectul CNAS.

„d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform și în limita prevederilor legale în vigoare;”

16.6. Referitor la litera f) a art. 6 din proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, care completează litera e) a art. 4 din Proiectul elaborat la nivelul CNAS, se convine completarea conform propunerii reprezentanților medicilor de familie, respectiv:

„Să primească, lunar si trimestrial cu ocazia regularizării, din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii.”

16.7. Referitor la litera g) a art. 6 din proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie,

g) Să întrerupă furnizarea de servicii pentru o perioadă de până la 30 zile lucrătoare pe an calendaristic, aferente perioadei de vacanță a medicilor și personalului medico-sanitar, cu notificarea casei de asigurări, în situația în care medicul titular nu identifică un medic înlocuitor; pe durata întreruperii, furnizorul va factura doar per capita, iar casa de asigurări de sănătate va permite validarea serviciilor și unui alt furnizor de servicii de asistență medicală primară, pe baza unei înscrieri temporare cu durata aferentă perioadei notificate;

- se propune modificarea reglementărilor astfel încât să fie permisă înregistrarea și transmiterea online a convenției de înlocuire, concomitent cu

- modificarea reglementărilor pentru a permite asigurătorilor să se adreseze oricărui alt medic de familie în situația în care medical pe lista căruia este înscris nu încheie convenție de înlocuire cu un alt medic pentru perioadele de absență.

Propunerea rămâne în discuție.

16.8. Se convine eliminarea literei i) a art. 6 propusă în proiectul formulat de către reprezentanții medicilor de familie:

„i) Să suspende unilateral contractului pentru acțiuni specifice, cum sunt: negocieri, petiție, pichet de protest, marș, miting și demonstrație, pentru apărarea intereselor profesionale, economice și sociale.”

16.9. Referitor la litera h) a art. 6 propusă în proiectul formulat de către reprezentanții medicilor de familie,

„h) Să fie notificați de casa de asigurări de sănătate despre încălcarea clauzelor contractuale și altor acte normative în vigoare, în termen de 5 zile de la data constatării de către casa de asigurări de sănătate;” - CNAS precizează că propunerea formulată nu acoperă situațiile privind modificarea

categoriei de asigurat. Se va reformula în acest sens obligația caselor de asigurări de sănătate prevăzută la art. 5 lit. g) în Proiectul de act normativ.

Reprezentanții medicilor de familie solicită în mod categoric găsirea unei soluții legale privind asumarea categoriei de asigurat pentru a nu se mai ajunge la imputări la nivelul medicilor de familie legate de categoria de asigurat, inclusiv situația pacienților internați.

16.10. Referitor la litera j) a art. 6 propusă în proiectul formulat de către reprezentanții medicilor de familie, se convine reformularea acesteia,

„j) Să fie îndrumați, în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor legale incidente contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate și ~~ale prezentului contract, pentru a fi respectat dreptul la măsuri preventive, la plan de remediere în cazul unor neconformități (ale documentelor depuse, erori de raportare, etc.), inclusiv parcurgerea procedurii de conciliere.~~”

22.11.2017

Referitor la obligațiile caselor de asigurări de sănătate

III. Reprezentanții medicilor de familie solicită introducerea ca și condiție de eligibilitate, practicarea medicinei de familie în mod independent în cabinete organizate conform OUG 124/ 1998 (CMI, grupate, asociate, Societate Civila Medicala) sau în societate - SRL – cu obiect unic de activitate medicina de familie, **iar reprezentantul legal să fie medicul de familie.**

Reprezentanții CNAS precizează că această propunere nu face obiectul de reglementare al Contractului-cadru și că propunerea face obiectul de reglementare în primul rând al OG 124/1998, aprobată prin Legea 629/2001 modificarea în mod corespunzător a Legii nr. 95/2006.

23.11.2017

Toate problemele pe care reprezentanții medicilor de familie le ridică ca și probleme pe domeniul informatic vor face obiectul unei întâlniri distincte cu direcția de specialitate DGTI și vor fi analizate punctual. În condițiile în care se decide că anumite aspecte ar trebui reglementate prin acte normative, acestea vor suferi modificările corespunzătoare.

17. Referitor la obligațiile caselor de asigurări de sănătate

17. 1. Lit. a) Se convine menținerea formulării din proiectul elaborat de CNAS:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizați și evaluați și să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora și să actualizeze permanent această listă în funcție de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

17.2. lit. b) Se convine următoarea formulare:

b) Să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative prezentate în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate;

~~pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;~~

17. 3. Obligația de la lit. c) se defalcă în lit. c) și d) și de adaugă sintagma și prin poșta electronică:

c) Să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond și decontate de casele de asigurări de sănătate, precum și la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariției unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

d) Să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum și despre acordurile, înțelegerile, convențiile sau protocoalele internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate și prin poșta electronică;

17.4. Se convine menținerea formulării de la litera d) din proiectul elaborat de CNAS (devine litera e):

ⓓ) e) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 197 alin. (1) furnizorii de servicii medicale cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum și prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative;

17.5. Se convine menținerea formulării de la litera e) din proiectul elaborat de CNAS (devine litera f)):

ⓔ) f) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să țină seama și de condițiile de desfășurare a activității în zone izolate, în condiții grele și foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;

17.6. Se convine introducerea sintagmei precum și informațiile despre termenele de contestare la litera f) din proiectul elaborat de CNAS, care devine litera g):

ⓖ) g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare/rapoartele de control/notele de constatare, după caz, furnizorilor de servicii medicale, precum și informațiile despre termenele de contestare la termenele prevăzute de actele normative referitoare la normele metodologice privind activitatea structurilor de control din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în vigoare; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

17.7 Litera g) din proiectul elaborat de CNAS devine litera h);

Reprezentantii medicilor de familie solicita următoarea reformulare:

"g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii si furnizorul a ignorat avertismentele emise de platforma informatica a asigurarilor de sanatate.",

cu mențiunea ca sintagma "*în situația în care nu au fost îndeplinite condițiile pentru ca asigurații să beneficieze de aceste servicii*" se înlocuiește cu sintagma "*în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării.*"

rezultând astfel lit. g) după cum urmează:

"g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, *în situația în care asigurații nu erau în drept și nu erau îndeplinite condițiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării și furnizorul a ignorat avertismentele emise de platforma informatica a asigurarilor de sanatate.*",

Reprezentantii CNAS solicita ca aceasta reglementare sa fie supusa analizei tuturor factorilor implicati in elaborarea, negocierea, consultarea pe parcursul procesului de elaborare a Proiectului de Contract-cadru.

17.8. Se convine menținerea formulării de la litera h) din proiectul elaborat de CNAS (devine litera i)):

~~h)~~ **i)** să deducă spre soluționare organelor abilitate situațiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declarații pe propria răspundere;

17.9. Se convine menținerea formulărilor de la literele i)-m) din proiectul elaborat de CNAS (care devin literele j)-n)):

~~j)~~ **j)** să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare și refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; în situația în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

~~j)~~ **k)** să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condițiile de asigurat și persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condițiile legii;

~~k)~~ **l)** să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita și pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita și pe serviciu, prin afișare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât și pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acestora de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, precum și numărul total la nivel național de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât și pe serviciu, afișat pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

~~l)~~ **m)** să țină evidența distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcție de casele de asigurări de sănătate la care aceștia se află în evidență;

~~m)~~ **n)** să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenței medicale paraclinice, contravaloarea investigațiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora și au competența legală necesară, după caz;

17.10. Se convine eliminarea obligației prevăzută la litera n) din Proiectul de contract cadru elaborat de CNAS:

~~n) să monitorizeze perioadele de absență a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;~~

17.11. Se convine menținerea formulărilor de la literele o) și p) din proiectul elaborat de CNAS:

o) să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relație contractuală numele și codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

p) să aducă la cunoștința persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 199 alin. (1) - (3) posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie și să pună la dispoziția acestora lista medicilor de familie aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum și a cabinetelor medicale în care aceștia își desfășoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

17.12. Se convine că nu va fi preluată propunerea de introducere a obligației prevăzute la litera q) din proiectul de contract cadru elaborat de reprezentanții medicilor de familie:

~~q) Să ia toate măsurile necesare pentru funcționarea Platformei Informatice a Asigurărilor de Sănătate, în conformitate cu prevederile Art. 270 legea 95/2006;~~

Se convine introducerea la Dispoziții Generale a următoarei reglementări:

CNAS organizează și administrează Platforma informatică din asigurările de sănătate în condițiile legii.

17.13. Referitor la obligațiile prevăzute la literele r) și s) din proiectul de contract cadru propus de reprezentanții medicilor de familie, se convine să nu fie incluse în proiectul de Contract cadru care va fi postat pe site-ul CNAS pentru asigurarea transparenței decizionale, urmând ca aceste propuneri să fie analizate de direcția de specialitate DGTL.

r) Să valideze înscrierea asiguratului pe lista medicului de familie în termen de cel mult 72 de ore de la data realizării înscrierii unui asigurat nou sau a transferului;

s) Să valideze în termen de cel mult 10 zile calendaristice de la primire serviciile medicale raportate de medici și să îi informeze în scris în cazul în care constată neconformități, în scopul remedierii acestora.

17.15. Se convine eliminarea obligației prevăzută la litera q) din Proiectul de contract cadru elaborat de CNAS:

~~q) să actualizeze la sesizarea asiguratului lista medicului de familie de la care asiguratul dorește să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă, în situația în care medicul de familie nu respectă dreptul acestuia de a și schimba medicul de familie după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listă;~~

18. Condiții specifice

18.1. Referitor la alin. (1) se convine menținerea formulării din proiectul elaborat de CNAS, astfel:

(1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială își are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, după caz.

18.2. Referitor la alin. (2) se convine reformularea astfel:

(2) Un medic de familie **cu listă proprie** figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.

18.3. Reprezentanții medicilor de familie au propus eliminarea alin. (3) și (4), dar urmare a discuțiilor, s-a convenit menținerea acestora într-o formă reformulată, după cum urmează:

~~—(3) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, care au autorizație necesară efectuării serviciilor medicale paraclinice—ecografie generală—abdomen și pelvis eliberată de Ministerul Sănătății și Colegiul Medicilor din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice—ecografii generale—abdomen și pelvis—din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme.~~

~~—(4) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice—efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate—din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, în condițiile stabilite prin norme. În situația în care nu este respectată condiția de efectuare a EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate, contravaloarea serviciilor decontate se recuperează de către casele de asigurări de sănătate.~~

(3) Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii adiționale, pentru care încheie un act adițional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, din fondul alocat asistenței medicale ambulatorie de specialitate paraclinică, în condițiile stabilite prin norme.

18.4. Reprezentanții medicilor de familie au propus eliminarea art. 7 din proiectul CNAS. CNAS precizează că potrivit prevederilor art. 230 litera c) din Legea nr.95/2006, situațiile în care asiguratul își poate schimba medicul de familie înainte de 6 luni, trebuie prevăzute în Contractul-cadru.

Reprezentanții medicilor de familie acceptă menținerea prevederilor art. 7 din proiectul CNAS.

18.5. Reprezentanții medicilor de familie au propus efectuarea activităților de raportare și statistice în timpul programului de lucru declarat la casa de asigurări de sănătate alocat furnizării de servicii medicale.

“Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum și al fiecărui medic de familie cu listă proprie care își desfășoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcție de condițiile specifice din zonă, trebuie să asigure minimum 35 de ore pe săptămână **și minimum 5 zile pe săptămână**, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă de către reprezentantul legal al cabinetului.”

Reprezentanții medicilor de familie nu sunt de acord ca programul de activitate săptămânal să acopere minimum 5 zile pe săptămână, apreciind că cele 35 de ore pe săptămână se structurează în funcție de cum stabilește medicul de familie acest program. Totodată propun ca și casele de asigurări de sănătate să asigure relația cu asiguratul în același număr de zile săptămânal.

CNAS precizează că numărul minim de 5 zile pe săptămână este necesar pentru asigurarea accesului asiguratului la asistența medicală primară și susțin menținerea celor 5 zile lucrătoare pe săptămână.

Rezoluție: Va fi informat Ministerul Sănătății despre această diferență de opinii și se va solicita o decizie a MS în acest sens.

18.6 Reprezentanții medicilor de familie solicită eliminarea articolului 9 din proiectul CNAS, respectiv:

“Pentru perioadele de absență a medicilor de familie se organizează preluarea activității medicale de către un alt medic de familie. Condițiile de înlocuire se stabilesc prin norme.”

Se convine menținerea acestuia cu reformularea după cum urmează: **“Pentru perioadele de absență ale medicului de familie, activitatea cabinetului este asigurată în condițiile stabilite prin norme.”** Se precizează că în norme vor fi reglementate situațiile prin care activitatea unui cabinet este asigurată pe perioada de vacanță a medicului titular.

18.7. Propunerea medicilor de familie de la art. 12 litera c) din proiectul medicilor de familie, respectiv: *“plata bazată pe performanță – introdusă ca proiect pilot, pe baza înscrierii voluntare a medicilor de familie, începând cu Ianuarie 2019”* se convine că se renunță la aceasta urmând a fi reglementată într-o altă etapă.

18.8. Reprezentanții medicilor de familie solicită modificarea art. 13 (1) lit. a) în sensul ca plata per capita să se facă pentru toate persoanele înscrise pe listele medicilor de familie, respectiv:

“Art. 13. (1) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:

a) plata prin tarif pe persoană asigurată înscrisă; suma cuvenită se stabilește în raport cu numărul de puncte, calculat în funcție de numărul persoanelor **asigurate înscrise** pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condițiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcție de gradul profesional și de condițiile în care se desfășoară activitatea, și cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană **asigurată înscrisă** corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita și condițiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcție de numărul de persoane **asigurate înscrise** pe lista proprie se ajustează, în condițiile prevăzute în norme.

Valoarea definitivă a unui punct per capita este unică pe țară și se calculează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, **până la data de 25 10** a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, prevăzută în norme și asigurată pe durata valabilității contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;”

CNAS precizează că propunerea contravine dispozițiilor Legii nr.95/2006 care prevede plata pe **persoana asigurată**.

Se menține formularea din proiectul CNAS, cu plata pe persoana asigurat, cu precizarea că solicitarea reprezentanților medicilor de familie va fi comunicată MS, Ministerul Sănătății urmând a lua o decizie de modificare a Legii nr.95/2006, după caz, dacă apreciază a fi oportun.

În ceea ce privește calcularea de către CNAS a valorii definitive a unui punct per capita trimestrial până la data de 10 ale lunii următoare încheierii trimestrului, CNAS precizează că propunerea nu poate fi preluată, având în vedere că până la data de 10 ale lunii următoare încheierii trimestrului nu se raportează activitatea ultimei luni din trimestrul pentru care se face regularizarea. Se convine menținerea termenului de 25 ale lunii următoare încheierii trimestrului.

Reprezentanții medicilor de familie solicită modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr.391/187/2015 (pentru acordarea sporurilor de zonă), urmând a înainta o propunere concretă de modificare a criteriilor de acordare a sporurilor de zonă, criterii care să fie cuantificabile și măsurabile.

18.9. În ceea ce privește propunerea reprezentanților medicilor de familie de la art. 13 litera b), părțile convin menținerea termenului de 25 ale lunii următoare încheierii trimestrului și pentru stabilirea valorii definitive trimestriale a punctului pe serviciu medical, în mod similar cu termenul de la stabilirea valorii definitive a punctului per capita.

18.10 Referitor la propunerea reprezentanților medicilor de familie formulată la **art. 13 (2) litera d)** din proiectul medicilor de familie, respectiv:

“(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita și a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenței medicale primare la nivel național are următoarea structură: (...)

d) indicatori economici și sociali: salariul minim brut pe economie, salariul maxim și cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obținut, rata inflației, creșterea prețurilor pentru cheltuielile de administrare și funcționare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele și materialele sanitare pentru trusa de urgență, etc.”,

reprezentanții CNAS precizează că propunerea nu face obiectul de reglementare a Contractului-cadru. Părțile convin renunțarea la propunerea menționată.

Reprezentanții medicilor de familie solicită ca la fundamentarea bugetului pentru asistența medicală primară să se țină cont de propunerea formulată la art. 13, alin. (2), lit. d) de mai sus, să participe la negocierea bugetului alocat asistenței medicale primare, iar acesta să reprezinte 10% din bugetul FNUASS.

Reprezentanții medicilor de familie solicită o reglementare în Legea nr. 95/2006 în sensul negocierii bugetului alocat asistenței medicale primare înaintea aprobării legii bugetului.

18.11. În corelare cu precizările de la punctul 18.7 din prezentul proces verbal, părțile convin renunțarea la propunerile de la art. 13 (1) litera c) și alin.(7) din proiectul înaintat de reprezentanții medicilor de familie.

18.12. Referitor la propunerile formulate de reprezentanții medicilor de familie la art. 13 alin.(4) și alin.(5), respectiv:

“(4) Valoarea definitivă a unui punct per capita se stabilește trimestrial până la data de ~~25~~ 10 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ~~în condițiile prevăzute în norme~~ ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per capita și numărul de puncte per capita efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita unică pe țară pentru trimestrul respectiv.

(5) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabilește trimestrial până la data de ~~25~~ 10 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ~~în condițiile prevăzute în norme~~ ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie și numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe țară pentru trimestrul respectiv.”

În mod similar cu cele prevăzute la punctul 18.8 și punctul 18.9 din prezentul proces verbal, părțile convin menținerea termenului de 25 ale lunii următoare încheierii trimestrului, așa cum este prevăzut în proiectul CNAS.

Totodată CNAS propune comasarea celor 2 alineate după cum urmează:

“(3) Valoarea definitivă a unui punct pentru plata per capita și pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv pentru plata per capita și pe serviciu a medicilor de familie și numărul de puncte per capita și pe serviciu medical efectiv realizate, și reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita și pe serviciu, unice pe țară pentru trimestrul respectiv.”

18.13 Referitor la prevederile art. 15 (1) din proiectul CNAS de Contract-cadru, reprezentanții medicilor de familie solicită devansarea termenelor pentru decontarea serviciilor medicale, astfel:

“Art. 15. (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum ~~20-~~ 5 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până la data de ~~30~~ 10 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.”

18.14. Reprezentanții medicilor de familie propun ca bugetul alocat asistentei medicale primare să reprezinte 10% din bugetul FNUASS. Solicitarea nu face obiectul de reglementare a Contractului Cadru.

18.15. Art. 14 este identic în materialul CNAS și materialul medicilor de familie.

18.16. La art. 15 reprezentanții medicilor de familie propun modificarea în sensul următor:

„ (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum ~~20~~ 5 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până la data de ~~30~~ 10 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.”

Se convine următoarea formulare a art. 15, alin (1) din proiectul CNAS, respectiv:

„(1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze în termen de maximum ~~20~~ 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistența medicală primară și casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita și per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.”

18.17. Alin. (2) al art. 15 este identic în materialul CNAS și materialul medicilor de familie.

18.18. Reprezentanții medicilor de familie solicită completarea art. 15 cu un alin. nou, alin.(3) cu următorul cuprins: *„În cazul întârzierii plății, Casele de asigurări de sănătate au obligația să plătească dobânzi penalizatoare, daune interese și daune-interese suplimentare minimale, potrivit dispozițiilor legale în vigoare.”*

CNAS nu este de acord cu această propunere și nu o preia în proiectul de Contract Cadru având în vedere următoarele:

1. daunele-interese suplimentare minimale sunt prevăzute doar în cazul contractelor încheiate între profesioniști și autoritățile contractante conform Legii nr. 72/2013
2. daune interese și dobânzi penalizatoare presupun echivalentul prejudiciului suferit și dovedirea culpei.

În plus, CNAS este controlată de alte autorități.

19. Sancțiuni, suspendare/încetare/reziliere contract

19.1. În materialul medicilor de familie s-au eliminat prevederile art. 17 din proiectul CNAS unde erau prevăzute sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale și s-a introdus următoarea propunere: *“În cazul în care în derularea contractului una dintre părți constată nerespectarea obligațiilor celeilalte părți, va notifica de îndată partea care nu respectă obligația, menționând articolul încălcat și contextul în care a fost realizată încălcarea obligației;*

În cazul în care, după notificarea prevăzută la alin. (1), partea în culpă nu remediază situația creată și nu notifică remedierea în termen de 3 zile lucrătoare, cealaltă parte va transmite părții în culpă un avertisment scris;

În cazul în care situația prevăzută la alin. (2) se repetă, partea care a constatat încălcarea obligațiilor contractuale se poate adresa Comisiei de arbitraj care funcționează pe lângă Casa Națională de

Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau către instanțele de judecată, după caz.”

Reprezentanții CNAS precizează ca potrivit art. 311 din Legea 95/2006 este prevăzut ca:

„Art. 311 Sancțiunile pentru nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, cuprinse în contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se stabilesc prin contractul-cadru.”

CNAS precizează ca, potrivit prevederilor Legii 95/2006 art. 311 sancțiunile sunt prevăzute în Contractul Cadru. Casele de asigurări de sănătate gestionează și administrează fonduri publice și ca atare se încalcă obligația de gestionare și control a fondurilor. Comisia de arbitraj nu are prerogativele de a legifera sancțiuni și nici nu este o comisie permanentă pentru gestionarea relațiilor contractuale între furnizori și casele de asigurări de sănătate.

Ca urmare, propunerea formulată de reprezentanții medicilor de familie nu se preia în proiectul de Contract Cadru.

19.2. Se convine de către părți la art. 17 alin (1) rămâne nemodificat în forma propusă de CNAS.

19.3. Se convine reformularea art.17 alin 6 din proiectul elaborat de CNAS după cum urmează:

~~(6) Reținerea sumei potrivit prevederilor alin. (1) – (4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.~~

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, se face prin plată directă sau executare silită în situația în care recuperarea nu se face prin plată directă.

Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, casa de asigurări de sănătate notifică furnizorul de servicii medicale în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data stabilirii sumei ce urmează a fi recuperată; furnizorul de servicii medicale are dreptul ca în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii notificării cu confirmare de primire, să conteste notificarea. Soluționarea contestației se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situația în care, casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestația furnizorului de servicii medicale, aduce la cunoștința furnizorului de servicii medicale faptul că în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la contestație, suma se recuperează prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

Pentru recuperarea sumelor care sunt stabilite ca urmare a unor acțiuni de control, suma se recuperează în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data notificării furnizorului de servicii medicale, prin plată directă. În situația în care recuperarea nu se face prin plată directă, suma se recuperează prin executare silită.

19.4. Se convine menținerea formulării art. 17 alin (7)-(9) din proiectul de act normativ elaborat de CNAS, după cum urmează:

„(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condițiile alin. (1) - (4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeași destinație.

(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1) - (4), casele de asigurări de sănătate țin evidența distinct pe fiecare medic de familie.”

19.5. Se convine de către părți menținerea formulării din proiectul elaborat de CNAS la art. 18 lit. a)-d), f)-h), iar litera e) se elimină, respectiv:

“**art. 18** Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situații:

a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta își întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizației de funcționare/autorizației sanitare de funcționare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilității acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

~~e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoțite de documentele justificative privind activitățile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;~~

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziția organelor de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori și casele de asigurări de sănătate și documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum și documentele medicale și administrative existente la nivelul entității controlate și necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/căroră s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;”

19.6. Se convine reformularea literei i) de la art. 18 din proiectul elaborat de CNAS după cum urmează:

i) în cazul nerespectării obligațiilor prevăzute la ~~art. 3 lit. e) și f)~~ și art. 6 alin. (2);

(art. 6 alin. (2): Un medic de familie cu listă proprie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistența medicală primară și se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.)

19.7. Se convine menținerea formulării de la litera j) de la art. 18 din proiectul elaborat de CNAS, după cum urmează:

” j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancțiunilor prevăzute la art. 17 alin. (1), (2) și (4) pentru oricare situație, precum și odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 17 alin. (3). ”

19.8. Se convine de către părți menținerea formulării din proiectul elaborat de CNAS la art. 19 lit. a)-f), pentru punerea în aplicare a dispozițiilor art. 257 din Legea nr. 95/2006, respectiv:

ART. 19 Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situații:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situații:

a1) furnizorul de servicii medicale își încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desființare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activității casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condițiile legii;

a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunță sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voință al părților;

d) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se dorește încetarea contractului, cu indicarea motivului și a temeiului legal;

e) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condițiile art. 20 lit. a), cu excepția revocării dovezii de evaluare a furnizorului;

f) denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situație: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menține timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3), pentru situațiile în care se justifică această decizie.

19.9. Referitor la art. 20 *Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situații*, părțile convin că formularea de la literele b) și c) se mențin în forma din proiectul elaborat de CNAS, astfel:

„b) în cazurile de forță majoră confirmate de autoritățile publice competente, până la încetarea cazului de forță majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;”

„c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voința furnizorilor și care determină imposibilitatea

desfășurării activității furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;”

19.10. Se convine renunțarea la lit. d) de la art. 20 din proiectul propus de către reprezentanții medicilor de familie, respectiv:

~~- d) suspendarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale pentru acțiuni specifice, cum sunt: negocierile, petiție, pichet de protest, marș, miting și demonstrație, pentru apărarea intereselor profesionale, economice și sociale.~~

19.11. Se convine eliminarea literei d) de la art. 20 din proiectul de act normativ elaborat de CNAS:

~~—d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligației de plată a contribuției la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceștia își achită obligațiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;~~

19.12. Se convine menținerea art. 20 lit. e) din proiectul de act normativ elaborat de CNAS:

„ e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înștiințată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exercițiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situație.”

19.13. Se convine renunțarea la art. 21 și 22 din proiectul propus de reprezentanții medicilor de familie:

~~SECȚIUNEA a 8 a Dispoziții finale~~

~~Art. 21.În cazul în care datele esențiale ale contractului (obiectul contractului, valoare, etc.) se modifică, urmare a intrării în vigoare a unor acte normative ulterioare semnării prezentului contract, este obligatorie negocierea cu organizațiile reprezentative la nivel național și încheierea de acte adiționale, după caz, pentru asigurarea condițiilor necesare implementării noilor reglementări.~~

~~Art. 22.În cazuri justificate, valoarea contractului se actualizează la solicitarea furnizorului de asistență medical primară.~~

19.14. In proiectul CNAS, având in vedere ca a fost eliminata reglementarea privind suspendarea contractului pentru faptul că asigurarea de răspundere civila pentru personal sta la baza certificatului de membru CMR, s-a modificat lit. a) de la art. 20 si a fost introdusa o litera noua, lit. e) - privind suspendarea contractului/suspendarea din contract a personalului de la data la care se constata ca certificatul de membru CMR nu a fost avizat, respectiv:

a) încetarea valabilității sau revocarea de către autoritățile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a) – e) **d)** cu condiția ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilității/revocării acestora;

~~pentru încetarea valabilității dovezii asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care își desfășoară activitatea la furnizor, inclusiv pentru medicul titular, suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;~~
~~— În situația în care suspendarea n-a operat de la momentul încetării valabilității oricărui document dintre documente sau de la momentul revocării oricărui document dintre acestea, pentru perioada până la care a operat suspendarea, casele de asigurări de sănătate recuperează, în condițiile legii, contravaloarea serviciilor medicale acordate de către furnizor, inclusiv contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alți furnizori și decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond.~~

....

e) de la data la care se constata care casa de asigurări de sănătate constată că certificatul de membru al CMR / membru OAMMR nu este avizat pe perioada cât medicul / personalul medico-sanitar figurează în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate; suspendarea operează fie prin suspendarea din contract a personalului aflat în această situație, fie prin suspendarea contractului pentru situațiile în care furnizorul nu mai îndeplinește condițiile de desfășurare a activității în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate;”

Referitor la art. 205 alin. (2) de la Dispozitii finale reprezentantii medicilor de familie solicita eliminarea acestuia.