



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

Nr. 13/14.02.2022

Către Casa Națională de Asigurări de Sănătate
În atenția doamnei președinte Adela Cojan

Spre știință Ministerul Sănătății
Colegiul Medicilor din România

Ref: propuneri proiect modificare HG 696/2021 și Ordin nr. 1068/627/2021

Stimată doamnă președinte,

Transmitem în continuare propunerile FNPMF asupra **proiectului de Hotărâre a Guvernului pentru modificarea și completarea Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, forma actualizată**, publicat în data de 27.01.2022 pe www.cnas.ro

Art	Articol existent în proiect modificare HG	Articol modificat corespunzător celui existent în proiect modificare HG sau articol nou	Motivație pentru modificările sau completările propuse
		Se introduce punctul 1.1.2.2. la Capitolului II din anexa nr. 1, cu următorul cuprins: 1.1.2.2. Consultațiile în caz de boală pentru afecțiuni acute și acutizări ale unor afecțiuni cronice pot fi acordate și la distanță, în condițiile prevăzute în norme.	Solicităm introducerea în pachetul de servicii a consultației la distanță pentru afecțiunile acute și acutizările unor afecțiuni cronice. Perioada în care aceste consultații au fost decontate a demonstrat că sunt necesare și solicitate de unele categorii de asigurați (pacienți vulnerabili, greu deplasabili, femei gravide, copii, salariați cu program de lucru extins ș.a.). În cazul în care opțiunea MS și CNAS este de a nu introduce serviciile în pachet, solicităm MS și CNAS să informeze asigurații despre această decizie prin anunțuri extinse în mass-media în perioada anterioară ridicării stării de alertă și pe tot parcursul anului curent. Totodată, solicităm MS și CNAS să motiveze decizia pe baza unor sondaje în rândul asiguraților și furnizorilor, studii, analize ale serviciilor acordate la distanță.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

Art. 1. 3	<p>1.5. Activitățile de suport</p> <p>Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:</p> <ul style="list-style-type: none">a) certificat de concediu medical;b) bilete de trimitere;c) prescripții medicale;d) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;e) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;f) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare;g) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului;h) eliberarea fișei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap;i) adeverință de încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază;j) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;k) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;l) recomandare pentru dispozitive medicale de	<p>Punctul 1.5 din Capitolul II din anexa nr. 1 se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>1.5. Activitățile de suport</p> <p>1.5.1. Activitățile de suport sunt reprezentate de eliberarea unor documente medicale, în următoarele condiții:</p> <p>a) ca urmare a unui act medical propriu:</p> <ul style="list-style-type: none">a.1) certificat de concediu medical;a.2) bilete de trimitere;a.3) prescripții medicale;a.4) adeverințe medicale pentru copii în caz de îmbolnăvire;a.5) eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului;a.6) recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;a.7) recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar. <p>b) documente medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților:</p> <ul style="list-style-type: none">b.1) acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecție specială, în condițiile legii;b.2) adeverințe medicale pentru înscrierea în colectivitate și avize epidemiologice pentru (re)intrare în colectivitate, conform prevederilor legale în vigoare;b.3) eliberarea fișei medicale sintetice pentru copilul încadrat în grad de handicap	<p>Este necesară diferențierea documentelor medicale eliberate prin cabinetul de medicina familiei asiguraților, având în vedere și prevederile Legii 95/2006, privind serviciile care nu pot fi decontate din FNUASS.</p> <p>Astfel, propunem ca documentele medicale eliberate în urma unui act medical propriu să fie încadrate la litera a) și să rămână incluse în plata per capita, în timp ce documentele medicale solicitate de autoritățile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraților, și care nu pot fi decontate din Fond, să fie încadrate la litera b) urmând să fie decontate asiguraților, prin intermediul chitanței emise de cabinetul medical, de autoritățile care le solicită, <u>sau decontate cabinetului medical de casa județeană de asigurări de sănătate, care va recupera ulterior sumele de la autoritățile care le solicită.</u></p>
-----------------	--	--	---



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

	protezare stomii și incontinență urinară, cu excepția cateterului urinar.	sau care urmează să fie încadrat în grad de handicap; b.4) adeverință de încadrare în muncă pentru șomeri beneficiari ai pachetului de bază; b.5) eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competență, necesare pentru evaluarea și reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap;	
		Alineatul (1) al art. 2 din anexa nr.2, se modifică și va avea următorul cuprins: 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, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie , în condițiile în care sunt constituite astfel de organizații la nivel local, pe baza unor criterii	După cum se poate constata observând componența legală a comisiei menționate, echilibrul de forțe este asigurat, întrucât reprezentanții asociațiilor profesionale și patronale ale medicilor de familie la nivel județean nu pot constitui niciodată o majoritate care să-și poată impune hotărârea asupra celorlalți membri ai comisiei, fiind maximum 2 din 7. În cazul în care în județul respectiv nu exista patronat județean al medicilor de familie sau nu exista asociație profesională județeană a medicilor de familie, dar exista cel puțin una dintre acestea, numărul membrilor comisiei se reduce la 6 și va exista un singur vot al reprezentanților asociațiilor profesionale și patronale ale medicilor de familie la nivel județean din totalul de 6. Dacă nu exista nici patronat județean și nici asociație profesională județeană, numărul membrilor comisiei se reduce la 5, medicii de familie nefiind reprezentați la nivelul comisiei în discuție de nicio asociație profesională sau patronală. În concluzie, reprezentanții asociațiilor profesionale și patronale ale medicilor de familie la nivel județean nu vor putea să fie asimilați decidenților decât dacă vor putea atrage voturile a cel puțin doi dintre ceilalți membri ai comisiei, și anume: cei 2



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

		<p>care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Necesarul de medici de familie cu liste proprii la nivel județean/la nivelul municipiului București cuprinde și numărul de medici de familie stabilit ca necesar pentru a intra în relație contractuală cu CAS AOPSN AJ</p>	<p>reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, cei 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică și reprezentantul colegiului teritorial al medicilor pentru specialitatea medicină de familie.</p> <p>Acest fapt va surveni numai în situația în care decizia ce urmează a fi luată în comisie întrunește criteriul rezonabilității pentru toate părțile, aparent cu interese antagonice, reprezentate la nivelul acestei comisii.</p> <p>Afirmăm că părțile au aparent interese antagonice, dar - de fapt - toate lucrează pentru atingerea unui scop ultim comun, cel al furnizării unor servicii de calitate de medicina familiei către asigurați și persoane fizice neasigurate.</p> <p>A se vedea și decizia Curții Constituționale nr. 768/2014 referitoare la respingerea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 12 și art. 42 din Legea farmaciei nr. 266/2008 (21-27).</p>
		<p>Art. 8 din anexa nr.2, se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi: a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoțite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate; In situația în care furnizorii de servicii medicale nu primesc la termenele stabilite în contract contravaloarea</p>	<p>Potrivit art. 1498 din Codul civil, dobânda este cea convenită de părți sau, în lipsă, cea stabilită de lege. Dobânda legală este aceea ce se determină în baza legii și care se aplică în situațiile în care părțile nu au stabilit nimic în legătură cu aceasta în contract.</p> <p>Omisiunea unei astfel de clauze nu poate fi interpretată în sensul în care părțile ar fi dorit să renunțe la dreptul de a obține dobânda, ci în sensul în care au dorit ca raporturile dintre ele să se întemeieze pe lege.</p> <p>Vă indicăm spre studiu și <i>Ordonanța Guvernului nr. 13/2011 privind dobânda legală remuneratorie și penalizatoare pentru obligații bănești, precum și pentru reglementarea unor măsuri financiar fiscale în domeniul bancar, precum și notificările de plată emise cabinetelor medicale de casele județene de asigurări de sănătate</i></p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

		serviciilor medicale, au dreptul la dobanda penalizatoare de 0,1%/zi de intarziere.	și a Municipiului București.
		Alineatul (2) al art. 10 din anexa nr.2, se modifică și va avea următorul cuprins: 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. Un medic angajat fără listă în cadrul unui furnizor poate figura ca medic angajat și la alți furnizori .	Nu există nici un temei legal pentru refuzul de a permite includerea în contract și în PIAS a medicului angajat fără listă proprie și pentru furnizorii AMP organizați ca SRL. Am solicitat în toate întâlnirile cu CNAS precizarea în scris a acestui temei. Singura prevedere este cea introdusă de CNAS unilateral în art. 10 în HG, doar pentru furnizorii AMP organizați ca CMI. Medicul angajat sprijină activitatea furnizorului și medicilor cu listă proprie, ducând la o creștere a calității serviciilor oferite asiguraților, fără a impacta FNUASS.
		Alineatele (1) și (2) ale art. 12 din anexa nr.2, se modifică și vor avea următorul cuprins: (1) Programul de activitate săptămânal al furnizorului , 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. (2) Pentru perioadele de întrerupere temporară a activității furnizorului, accesul pacienților la servicii de asistență medicală primară este asigurat în condițiile prevăzute în norme.	Contractul actual se aseamănă unui contract individual de muncă între casa de asigurări de sănătate și medicul de familie, cu o fișă a postului foarte detaliată pentru medicul de familie, un regulament de organizare și funcționare foarte stufos și o multitudine de sancțiuni unilaterale. Casa de asigurări nu are nici o sancțiune pentru nerespectarea obligației de plată a facturilor în termenul de plată menționat în contract. Medicul de familie este un liber profesionist, nu un angajat al casei de asigurări, cu program fix și normă de muncă. Contractul de furnizare servicii trebuie să reflecte relația furnizor/cabinet - plătitor/casă de asigurări, cu obligații și sancțiuni simetrice. Utilizarea inconsecventă a sintagmelor "furnizor AMP" sau "cabinet de medicina familiei" și înlocuirea lor cu sintagma "medic de familie" produce confuzii și anomalii atât în contract, alte acte normative cât și în percepția pacienților asigurați și neasigurați, dar și a publicului în general. Nu "medicul de familie" acordă toate serviciile menționate în pachete și în legislație, ci "cabinetul de medicina familiei" sau „furnizorul AMP”, cu



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

			întreaga sa echipă medicală și administrativă, în baza unui contract. Nu "medicul de familie" are venitul lunar de xx mii lei, ci "cabinetul de medicina familiei" sau "furnizorul AMP". Alternativ, propunem folosirea sintagmei "unitate sanitara cu paturi" împreună cu sintagma "medicii din spital" sau "managerul spitalului" și sintagmei "casa de asigurări" cu "funcționarii publici" sau "directorul general".
Art. 1.11	„(2) Decontarea serviciilor medicale în asistența medicală primară se face prin:	În tot cuprinsul Anexei 2, cu privire la asistența medicală primară, se va înlocui “tarif exprimat în puncte” cu „tarife exprimate în lei ”.	Având în vedere răspunsul CNAS nr. DG352/07.02.2022 cât și răspunsul Curții de Conturi a României nr. 10213/04.02.2022, precum și modificările substanțiale propuse de CNAS prin cele două proiecte cu privire la modalitatea de decontare a serviciilor medicale, propunem ca tarifele să fie exprimate în lei , nu în puncte. Astfel va fi asigurată transparența în privința sumelor decontate pentru servicii și plata per capita, atât pentru furnizori cât și pentru asigurați.
		Alineatele (2)-(5) ale art. 204 din anexa nr. 2, se abrogă	Prevederile au fost introduse în anul 2015 fără o analiză de impact și o justificare a modificării. Este cunoscut faptul ca în mediul rural nu există ambulatorii de specialitate și nici laboratoare iar pacienții sunt nevoiți să parcurgă zeci de km prin mijloace proprii pentru a accesa aceste servicii, sau să apeleze 112 și să utilizeze serviciul de ambulanță ca un serviciu de taximetrie. Anterior anului 2015, când CNAS și MS au interzis prin prevederile contractului-cadru orice fel de acord între furnizori, multe cabinete de medicina familiei, în special din mediul rural dar nu numai, ofereau pacienților și serviciul de recoltare de analize de sânge, probe pe care laboratorul le prelua în condiții de siguranță și transmitea ulterior rezultatele cabinetului. Această practică a fost o urmare firească a Programului Național de



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

		<p>Evaluare a Stării de Sănătate introdus de ministrul Eugen Nicolăescu în anul 2007.</p> <p>Un alt serviciu acordat anterior anului 2015 de cabinetele de medicina familiei din mediul rural a facilitat accesul pacienților la consultații de specialitate, prin deplasarea medicilor specialiști din ambulator în anumite zile în cabinetele de medicina familiei, conform programării pacienților realizată de cabinetul de medicina familiei și punerea la dispoziție a spațiului.</p> <p>Până la momentul atingerii jaloanelor din Planul Național de Redresare și Reziliență - dotarea a peste 3000 de cabinete de medicina familiei, în special din mediul rural, cu echipamente care să permită extinderea serviciilor paraclinice acordate de furnizorii de asistență medicală primară pacienților asigurați din mediul rural (iunie 2023), precum și finalizarea sistemului național de telemedicină (decembrie 2024) - considerăm că este imperios necesar ca aceste servicii să poată fi acordate prin colaborarea transparentă, contractuală între furnizorii din AMP, AMS și paraclinic, care nu poate fi interzisă de CNAS.</p> <p>Relațiile contractuale/ de colaborare între doi furnizori/ două unitati medicale private nu pot fi reglementate de către CNAS, dar CNAS își poate exercita dreptul de a-și proteja asigurații și fondul prin reglementarea definirii abuzului de prescriere și decontare de servicii prin înțelegere tacită sau explicită între furnizori, urmând să demonstreze prejudiciul creat fondului.</p> <p>Propunem renunțarea la alin (2)-(5) ale art. 204 și înlocuirea cu penalități distincte în funcție de prejudiciu, inclusiv rezilierea contractului furnizorilor, doar acolo unde se constată în urma controlului casei de asigurări abuzul de prescriere de servicii medicale nejustificate de starea de sănătate sau boală a</p>
--	--	--



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

			asiguratului , indiferent dacă este între furnizori independenți sau între segmente diferite ale aceluiași furnizor (de exemplu, în cadrul unei societăți comerciale care are contracte pentru toate tipurile de furnizori – AMP, AMS, paraclinic, spitalizare de zi, spitalizare continuă, și unde poate fi suspectată – și demonstrată! - folosirea sistemului tip „suveică”).
--	--	--	--

Transmitem în continuare propunerile FNPMF asupra proiectului de **Ordin pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021** privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022, precum și prelungirea aplicării prevederilor acestuia, forma actualizată, publicat în data de 10.02.2022 pe www.cnas.ro

Art	Articol existent în proiect modificare ordin	Articol modificat corespunzător celui existent în proiect modificare ordin sau articol nou	Motivație pentru modificările sau completările propuse
Art. 1. 6	<p>“NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet.</p> <p>Prin excepție, medicul de familie poate iniția și ajusta tratamentul cu DCI Metforminum fără recomandarea de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau medici cu competență/atestat în diabet, pentru pacienții nou diagnosticați de către acesta cu diabet zaharat tip 2, care îndeplinesc cumulativ următoarele criterii de eligibilitate:</p> <ul style="list-style-type: none">- Pacient supraponderal (IMC 25,0-29,9 kg/m²);- Regimul alimentar (dieta) și exercițiile fizice nu au realizat un control metabolic satisfăcător (un control adecvat a glicemiei);- Funcție renală normală (RFG ≥90 ml/min);- Fără afecțiuni cronice decompensate (insuficiență	<p>În tot cuprinsul Anexelor 1-2, se vor corecta greșelile din prevederile care vizează atitudinea clinică și terapeutică a medicului de familie sau se vor elimina complet prevederile de acest tip din cuprinsul normelor, în toate anexele privitoare la asistența medicală primară, optându-se pentru trimitere la ghidurile medicale relevante.</p>	<p>Fără a fi exhaustivi, precizăm că în cazul prevederilor propuse referitoare la tratamentul diabetului zaharat de tip 2 este cel puțin stranie introducerea posibilității ca medicul de familie să inițieze tratamentul cu DCI Metforminum doar la pacientul supraponderal, nu și la pacientul normoponderal sau obez, iar pentru criteriul funcției renale normale să nu fie prevăzută și o periodicitate a verificării (de ex. „în ultimele 6 luni”).</p> <p>În același timp, efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) nu este posibilă în ambulatoriu, majoritatea laboratoarelor refuzând complet efectuarea acestei investigații, sau doar pacienții cu anumite valori ale glicemiei a jeun (uzual peste 105 mg/dl).</p> <p>Propunem corectarea greșelilor din prevederile care vizează</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

	cardiacă, insuficiență respiratorie, insuficiență hepatică, infarct miocardic acut recent).”		atitudinea clinică și terapeutică a medicului de familie sau eliminarea completă a prevederilor de acest tip din cuprinsul normelor, în toate anexele privitoare la asistența medicală primară, cu trimitere la ghidurile medicale relevante. Medicina nu se învață și nici practică pe baza textului din normele contractului cadru, iar avizul anual nu se eliberează de Colegiul Medicilor din România fără efectuarea orelor de Educație Medicală Continuă.
Art. 1 12	1.4.2 Medicii de familie efectuează și/sau interpretează serviciile medicale adiționale acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală și în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii. Serviciile medicale adiționale acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:	1.4.2 Medicii de familie efectuează și/sau interpretează serviciile medicale adiționale acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală și în concordanță cu diagnosticul, numai ca o consecință a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârșitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniți într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenție de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii. Serviciile medicale adiționale acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sunt nominalizate în tabelul de mai jos:	Textul legislativ trebuie să fie clar. Formularea „sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adițional la contractul/convenția încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz” produce confuzie și nu are sens. Serviciile adiționale prevăzute la 1.4.2 se acordă în cadrul programului de lucru, fără a fi necesar încă un act adițional. În situația în care furnizorul dorește să își prelungească programul de lucru din cauza numărului mare de pacienți, în condițiile prevăzute în norme, va încheia act adițional de modificare a programului de lucru, dar nu pentru serviciile adiționale. Modificarea substanțială a tipului de servicii propusă de CNAS, cu decontare din același fond insuficient dedicat asistenței medicale primare, și plasarea acestor servicii în concurență cu celelalte tipuri de servicii existente, conduce la introducerea listelor de așteptare în asistența medicală primară. Pacienții care necesită consultații pentru afecțiuni acute, cronice, monitorizări, consultații preventive vor fi programați conform condițiilor prevăzute în norme.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

		Art. 3-5 din anexa nr. 2, se modifică și vor avea următorul cuprins:	În măsura în care CNAS acceptă modificarea alineatelor (1) și (2) ale art. 12 din anexa nr.2 a HG 696/2021, FNPMF va transmite o propunere pentru modificarea art. 3-5 din anexa nr. 2, cu privire la perioadele de întrerupere temporară a activității furnizorului și asigurarea accesului asiguraților la servicii de asistență medicală primară.
Art. 1 16- 25		În tot cuprinsul Anexei 2, cu privire la asistența medicală primară, se va înlocui “tarif exprimat în puncte” cu „tarife exprimate în lei ”.	Având în vedere răspunsul CNAS nr. DG352/07.02.2022 cât și răspunsul Curții de Conturi a României nr. 10213/04.02.2022, precum și modificările substanțiale propuse de CNAS prin cele două proiecte cu privire la modalitatea de decontare a serviciilor medicale, propunem ca tarifele să fie exprimate în lei , nu în puncte. Astfel va fi asigurată transparența în privința sumelor decontate pentru servicii și plata per capita, atât pentru furnizori cât și pentru asigurați.
Art. 1 26	În Anexa 2, la art. 10, alineatul (2), se modifică și va avea următorul cuprins: „(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat, în plus sau în minus față de cel efectiv realizat, într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea garantată a punctului per capita și/sau a punctului pe serviciu prevăzută pentru trimestrul în care s-a produs eroarea. În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din	În Anexa 2, la art. 10, alineatul (2), se abrogă	Propunem abrogarea articolului întrucât casele de asigurări de sănătate județene și CNAS nu își respectă de mai mult de un deceniu obligația de a asigura un cadru transparent pentru constatarea erorilor de calcul de către ambele părți aflate în contract – furnizor și casa de asigurări de sănătate. Rapoartele generate trimestrial de SIUI sunt transmise doar de unele case de asigurări de sănătate județene furnizorilor, doar la cerere, și nu conțin informații relevante pentru a înțelege care au fost erorile și de unde rezultă sumele din decontul trimestrial. Furnizorii nu pot urmări dacă într-adevăr le sunt plătite toate serviciile și sumele per capita datorate pentru pacienții nevalidați de casa de asigurări în timp real (de ex. nou-născuți). În același timp, solicităm ca validarea înscrierii pacienților, în special a nou-născuților, să fie realizată în timp real sau cel târziu în momentul raportării lunare și solicităm ca modificările din



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

	cursul anului curent.”		<p>starea de asigurat a pacienților – reale sau erori ale CNAS și ANAF – să nu mai impacteze negativ financiar furnizorul.</p> <p>Serviciile acordate cu bună credință pe baza răspunsului SIUI la momentul acordării consultației, validate și raportate trebuie decontate lunar furnizorilor, iar casa de asigurări de sănătate poate să recupereze de la asigurat valoarea consultațiilor acordate pacienților despre care descoperă cu ocazia constatării erorilor de calcul, după expirarea unui trimestru, că nu aveau dreptul să solicite servicii.</p> <p><u>Furnizorul nu poate fi interpus în relația asigurat-asigurator și obligat să plătească erorile și neputințele sistemului informatic, bazelor de date și ale instituțiilor publice.</u></p>
Art. 1 28	<p>În Anexa 2, articolul 15, se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>a) programului de lucru la cabinet de 5 ore/zi îi corespunde un număr de 20 de consultații în medie pe zi, calculate la nivelul unui trimestru (timp mediu/consultație = 15 minute);</p> <p>b) punctajul aferent serviciilor medicale adiționale acordate, nu poate depăși 32 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 5 ore în medie pe zi la cabinet, calculate la nivelul unui trimestru;</p> <p>c) în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 5 ore/zi la cabinet/medic se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale adiționale corespunzătoare unui punctaj de 32 de puncte în medie pe zi, în</p>		<p>Modificarea substanțială a tipului de servicii propusă de CNAS, cu decontare din același fond insuficient dedicat asistenței medicale primare, și plasarea acestor servicii în concurență cu celelalte tipuri de servicii existente, conduce la introducerea listelor de așteptare în asistența medicală primară. Pacienții care necesită consultații pentru afecțiuni acute, cronice, monitorizări, consultații preventive vor fi programați conform condițiilor prevăzute în norme.</p>



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, București

Telefon 0742.169.984 Fax 0374.091.757

E-mail: office@fnpmf.ro

Website: www.fnpmf.ro

<p>condițiile în care numărul de consultații la cabinet efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 16 consultații; Pentru fiecare consultație în plus față de 16 consultații, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi în condițiile raportării și de servicii medicale cu un punctaj aferent de 32 puncte, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale adiționale scade cu câte 8 puncte.</p>		
--	--	--

Menționăm că am transmis și în 31.08.2021 propuneri, conform calendarului anunțat de CNAS în luna iulie 2021, și am așteptat invitația din partea CNAS și a Ministerului Sănătății în luna octombrie 2021 pentru dezbaterile asupra proiectului de Norme 2022 și **proiectului de Contract-cadru 2023-2024**. Precizăm că nu ne-au fost aduse la cunoștință nici motivele pentru care calendarul anunțat în luna iulie 2021 nu a mai fost respectat de CNAS și MS

Precizăm că ambele proiecte propuse de CNAS **presupun modificări substanțiale începând cu 1 aprilie 2022 ale tipurilor de servicii din asistența medicală primară și ale modului de finanțare, fără a fundamenta impactul acestor modificări asupra bugetului asistenței medicale primare și fără a prezenta analiza realistă și strategia clar definită la nivelul CNAS pentru fundamentarea bugetului alocat asistenței medicale primare, realizată până la 31.03.2018**, așa cum se arată în Decizia Curții de Conturi a României nr. 12/V/03.11.2017 emisă de către directorul Direcției 2 din cadrul Departamentului V al Curții de Conturi, pe care CNAS a avut amabilitatea să o transmită FNPMF prin adresa DG 352/07.02.2022.

Vă aducem iar la cunoștință și că modalitatea actuala de stabilirea a tarifelor, respectiv a valorii punctelor PC și PS, după ce este aprobat BASS, **este nestimulativă și explică în mare parte deficitul de furnizori AMP la nivelul țării, semnalat și prin harta realizată de FNPMF în luna ianuarie 2020, de raportul Avocatului Poporului din anul 2021 și de presă (emisiunea Pacient în România, Digi24, februarie 2022)**. Tarifele pentru plata PC și plata PS pe tipuri distincte de consultație (curativ, preventiv, domiciliu, vaccinare, monitorizare, tratament ș.a.) trebuie negociate periodic cu patronatele, în calitate de reprezentanți ai furnizorilor. BASS trebuie aprobat ulterior pe baza tarifelor negociate, pachetelor de servicii, numărului de asigurați și neasigurați. **În acest context, solicităm suplimentarea bugetului alocat asistenței medicale primare cu 1.4 miliarde lei la prima rectificare bugetară din anul 2022.**

Cu stimă,

Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie

Raluca Zoițanu

Președinte