



Asociația Medicilor de Familie București-Ilfov - AMFB
Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, 010209 București
Fax: 0318166512

Patronatul Medicilor de Familie din București și județul Ilfov – PMFB
Str. Ionel Perlea nr. 10, sector 1, 010209 București
Fax: 0318179455



NOTIFICARE

Nr.49/04.06.2015

Catre CJAS Ilfov
In atentie PDG Aurelia Isarescu

Stimate d-le predinte,

AMFB si PMFB) au o profunda ingrijorare asupra unor aspecte juridice deja semnalate, inca fara raspuns. Erori de legislatie au existat in mai multe situatii in ultimii ani(centre de permanenta, rețete imputate in zone cu deficit de diabetologi, de oncologi, pacienti internati, dar lipsiti de medicatia uzuala etc), iar medicii au fost pusi in situatii inacceptabile. Exista o reala ingrijorare legata de modificarile aparute in legislatia cardului,(defectuoase dpdv juridic in opinia noastra) care ne pot pune in pericol cabinetele si familiile. Dorim sa putem acorda, valida si deconta in deplina siguranta servicii medicale pentru pacientii nostri, fara costuri pentru acestia, dar si fara pericole de imputari ulterioare prntu medici.

Ca atare,AMFB si PMFB va notifica urmatoarele

Analizand urmatoarele acte normative, si anume:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, asa cum a fost ulterior modificata, inclusiv prin Ordonanta Guvernului nr. 11/2015;
- H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, asa cum a fost ulterior modificata prin H.G. nr. 205/2015;
- H.G. nr. 49/2015 pentru modificarea si completarea H.G. nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul national de asigurari sociale de sanatate din titlul IX Cardul european si cardul national de asigurari sociale de sanatate din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii;
- Ordinul comun al Ministerului Sanatatii si CNAS nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015;
- Ordinul comun al Ministerului Sanatatii si CNAS nr. 557/246/2015 privind modificarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015,

Opinia noastra este urmatoarea:

incepand cu data de 1 mai 2015, daca un asigurat cu varsta de peste 18 ani **pentru care a fost emis cardul** national de asigurari sociale de sanatate nu prezinta:

a) cardul national de asigurari sociale de sanatate

sau

b) adeverinta de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, in cazul persoanelor care refuza in mod expres, din motive religioase sau de constiinta, primirea cardului national,

atunci furnizorii de servicii medicale aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate ii vor acorda acesta servicii numai contra cost, cu exceptia serviciilor din pachetul minimal de servicii medicale, care se acorda chiar si persoanelor care nu fac dovada calitatii de asigurat.

Dispozitiile art. 336 alin. 3 din Legea nr. 96/2006, asa cum a fost ulterior modificata, inclusiv prin O.G. nr. 11/2015, ii impiedica in mod imperativ pe furnizorii de servicii medicale aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate sa procedeze altfel:

*“Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național de asigurări sociale de sănătate sau, după caz, a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate. **Neprezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost,** cu excepția serviciilor prevăzute la art. 220 (s.m).”*

In acelasi sens este art. 212 alin. 1 teza a doua din aceeași lege:

“ [...]După implementarea dispozițiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul național de asigurări sociale de sănătate, respectiv cu adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință primirea cardului național. ”

Incepand cu aceeași data de 1 mai 2015, dacă asiguratului cu vârsta de peste 18 **ani nu i-a fost emis cardul** național de asigurari sociale de sanatate atunci furnizorii de servicii medicale aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate ii vor acorda acestuia servicii fara nici un cost pentru asigurat numai dacă asiguratul prezinta adeverinta de asigurat eliberata prin grija casei de asigurari la care este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii de servicii medicale aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate a instrumentului electronic pus la dispozitie de Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, **dar numai pana la data la care asiguratul intra in posesia cardului si nu mai tarziu de 30 de zile de la data emiterii acestuia.**

Se cuvine sa remarcam ca nu am reusit sa identificam cum anume ar putea sa stie furnizorii de servicii medicale aflatii in relatii contractuale cu casele de asigurari de sanatate care este data la care este emis cardul pentru un anume asigurat, avand in vedere informatiile existente pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>, indicata in cuprinsul art. 2 alin. 4 din H.G. 900/2012, asa cum a fost modificat prin H.G. 49/2015.

Acest text legislativ este lipsit astfel de precizie, claritate si previzibilitate, care constituie conditii imperative ale actului normativ, conform Legii nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, asa cum a fost ulterior republicata (“Legea nr. 24/2000”), si jurisprudentei Curtii Europene a Drepturilor Omului (“CEDO”), Romania fiind condamnata in repetate randuri pentru neindeplinirea conditiilor mentionate[i].

Prevederile Art. I pct. 3 din Ordinul comun al Ministerului Sanatatii si CNAS nr. 557/246/2015, si anume:

“In anexa nr. 47, punctul 13 se modifica si va avea urmatorul cuprins:

<<13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt aplicabile de la data prevăzută la art. 2 alin (2) din HG nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din

*titlul IX "Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, **cu excepția situațiilor în care asigurații nu pot prezenta/utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate (s.m.).>>**"*

înfrâng dispoziții ale unor acte normative cu putere juridică superioară, și anume art. 336 alin. 3 și art. 212 alin. 1 teza a doua din Legea nr. 95/2006, așa cum a fost ulterior modificată, ambele mai sus citate, și H.G. nr. 49/2015 și H.G. nr. 400/2014, din cuprinsul cărora cităm art. 3 lit. an) din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, așa cum a fost modificată prin H.G. nr. 205/2015:

"an) să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate acest document/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. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările 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;"

În conformitate cu principiul ierarhiei și forței juridice a actelor normative, consacrat de art. 1 alin. 5 din Constituția României și art. 4 alin. 3 din Legea nr. 24/2000, actul normativ trebuie să fie în concordanță cu actele normative cu forță juridică superioară, în temeiul și executarea cărora a fost emis. Astfel, orice hotărâre de guvern emisă în executarea unei legi trebuie să fie în concordanță cu aceasta din urmă; ordinul de ministru și/sau prezidenț de autoritate publică precum CNAS trebuie să fie în concordanță cu prevederile hotărârii de guvern în executarea căreia a fost emis.

Introducerea unei clauze în contractele de prestări de servicii medicale în asistența medicală primară în sensul în care furnizorii au dreptul să fie plătiți de case pentru serviciile acordate celor cărora li s-a emis cardul dar s-au prezentat la furnizor fără card/adeverință valabilă 3 luni (pentru cei care au refuzat cardul din motive religioase sau de conștiință) nu pune la adapost furnizorii în cadrul termenului general de prescripție de 3 ani. Aceasta înseamnă că furnizorii pot fi plătiți acum de către case pentru serviciile acordate asiguraților cărora li s-a emis cardul dar s-au prezentat la furnizor fără card/adeverință valabilă 3 luni (pentru cei care au refuzat cardul din motive religioase sau de conștiință) dar casele se pot întoarce împotriva furnizorilor în cursul termenului de prescripție de 3 ani (fie în urma unui control al Curtii de Conturi, fie fără să existe un astfel de control).

Solicitem să faceți toate demersurile necesare pentru:

- Anularea Ordinului 557/246/2015 care încalca Art 338 din Legea 95/2006 și care prin sintagma „**cu excepția situațiilor în care asigurații nu pot prezenta/utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate**” lasă loc la interpretări (nu pot prezenta înseamnă și nu au primit, nu li s-a emis, le-a fost furat, l-au pierdut, au uitat acasă cardul, sau nu au card pentru că nu sunt asigurați)
- Schimbarea datei de implementare a cardului la 1 iulie; până atunci să funcționeze în paralel sistemul cu și fără card, iar de la 1 iulie numai cu card pentru cine a fost emis, fără card pentru cine nu are card emis sau cu adeverință de la CNAS pentru o perioadă de 3 luni pentru cine refuză cardul;

- Informarea populatiei privind modificarea datei de implementare,
- Initierea si sustinerea modificarilor necesare in L 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, astfel incat in intervalul in care se vor acorda asiguratilor servicii medicale fara card, aceste sa poata fi decontate furnizorilor.
- Simplificarea procedurii de solicitare a emiterii cardului pentru persoanele care nu au card emis; emiterea automata a cardului la implinirea varstei de 18 ani sau la dobandirea calitatii de asigurat
- Imbunatatirea vitezei de transfer de date (lucrul) in SIUI
- Cresterea capacitatii de raspuns a serverelor CNAS astfel incat lucrul in timp real cu cardul sa nu fie intarziat iar pacientii sa poata primi serviciile medicale din pachetele asigurate in timp optim..
- Deblocarea cardului sa se faca la CJAS daca procedura de deblocare la furnizori nu se simplifica
- Sa inceteze atacurile domnului presedinte al CNAS la adresa medicilor de familie;

Cu considerație
Președinte AMFB
Dr. Rodica Tănăsescu

Președinte PMFB
Dr. Marina Pîrcălabu