**Subsemnatul Dr ……., în calitate de titular al furnizorului de servicii medicale CIM/SRL….**

**Solicit negocierea următoarelor clauze:**

**Clauza: 1.1.2. 1.** Consultațiile în caz de boală pentru afecţiuni acute/subacute/acutizări ale unor boli cronice pot fiacordate şi la distanţă, în condiţiile prevăzute în norme .

Să fie modificată în sensul:

Menținerea posibilității de acordare a consultațiilor la distanță- în cazurile justificate, ca parte a procesului de telemedicină și de eficientizare a acordării asistenței medicale și creștere a accesului asiguratului la serviciile medicale nu doar în caz de boală pentru afecţiuni acute/subacute/acutizări ale unor boli cronice.

**Clauza: 1.5**

Să fie menționat la finalul caluzei 1.5 - formulare electronice simplificate, extinse, pentru toate documentele medicale menționate la punctul 1.5. lit a-1 să fie operaționale cu stabilirea unui termen fix.

Eliminarea următoarei prevederi:

SECŢIUNEA 1 **Condiţii de eligibilitate**

ART. 1 (1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

......

c) sunt acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, pentru furnizorii obligaţi să se acrediteze potrivit reglementărilor Legii nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare și cele ale Legii nr. 185/2017, cu modificările și completările ulterioare şi, ~~respectiv, sunt acreditaţi pentru furnizorii care au optat să parcurgă voluntar procesul de acreditare;~~

**Propunere de modificare** a sintagmei

„persoana înscrise” cu sintagma „persoane asigurate înscrise”

ART.4 (1) Pentru asigurarea calităţii asistenţei medicale,se are în vedere un număr maxim de persoane ***asigurate*** înscrise pe lista medicului de familie de 2.200.

(2) Numărul optim de persoane ***asigurate*** înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenţei medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.800

5. SECŢIUNEA a 2-a **Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale**

ART. 6

h) lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniţi ~~şi pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent~~; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, şi listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;

Precizare: Prevederea este relevantă pentru medicii nou-veniți. Pentru medicii care au avut o relație contractuală cu CNAS anterior momentului încheierii contractului de față și care, mai mult, desfășoară activități de prestare a serviciilor medicale în baza unui contract în derulare, prevederea este o sarcină inutilă, consumatoare de timp și resurse, în condițiile în care CNAS - ca parte contractantă - dispune de evidența actualizată a listei în format electronic cu persoanele înscrise. Lista cu persoanele înscrise există la nivelul casei de asigurări.

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

Eliminarea acestei clauze:

h) începând cu 1 ianuarie 2022, să respecte avertizările Sistemului informatic al prescripţiei electronice, precum şi informaţiile puse la dispoziţie pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, sau că medicamentul este produs biologic;

Motivare: Nu pot să îmi asum responsabilități în privința unui Program care urmează să fie implementat, fără a cunoaște termenii de implementare. Există posibilitatea încheierii unui act adițional atunci când sistemul va fi funcțional.

Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, **cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte**, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

astfel:

i) să notifice casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, **in termen de 10 zile lucratoare de la care modificarea produce efecte**, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractului; notificarea se face conform reglementărilor privind corespondenţa între părţi prevăzute în contract;

Motivare: Prevederea contractuala „*cel tarziu în ziua*” este excesivă.

8. Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

În sensul celor de mai jos:

l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune; sistemul de raportare în timp real

se referă la raportarea activităţii zilnice realizate conform contractelor de furnizare de servicii medicale, fără a mai fi necesară o raportare lunară, în vederea decontării serviciilor medicale contractate şi validate de către casele de asigurări de sănătate; raportarea în timp real se face electronic în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi stabilit prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic**, *raportarea activităţii se realizează până la raportarea lunară.*** La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a treia zi lucrătoare de la această dată; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, raportarea activităţii se realizează în ***maximum 7 zile lucrătoare*** de la data acordării serviciului medical. La stabilirea acestui termen nu se ia în calcul ziua acordării serviciului medical şi acesta se împlineşte în a saptea zi lucrătoare de la această dată;

Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

In sensul de a fi completata conform propunerii de mai jos:

o) Să completeze/să transmită datele pacientului în dosarul electronic de sănătate al acestuia ***din momentul în care acesta va fi funcțional;***

Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

În sensul de a fi completată conform propunerii de mai jos:

p) Să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond ***în timpul programului de lucru***

Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

În sensul de a fi completată conform propunerii de mai jos:

y) să folosească on-line sistemul naţional al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situaţii justificate în care nu se poate realiza comunicaţia cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. ***Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate pana la data raportării lunare pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea*.** Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile şi în situaţiile în care se utilizează adeverinţa înlocuitoare cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei cărora li se va emite card naţional duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) şi alin. (11 ) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale;

Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 3-a **Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale**

ART. 7 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:

In sensul de a fi completata conform propunerii de mai jos:

z)să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate serviciile medicale din pachetul de bază şi pachetul minimal furnizate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condiţiile lit. y), ***pana la data raportarii lunare a serviciilor medicale acordate în luna pentru care se face raportarea;*** asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă/calificată potrivit legislaţiei naţionale/europene în vigoare privind serviciile de încredere. În situaţia nerespectării acestei obligaţii, serviciile medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;

Negocierea clauzei

ART. 8 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

In sensul de a fi completata conform propunerii de mai jos:

să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate, **inclusiv contravaloarea serviciile validate cu erori /nevalidate, daca erorile au fost generate din cauza sistemului informatic;**

Negocierea clauzei

ART. 8 În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

In sensul completării cu un articol conform propunerii de mai jos:

*g) Să primească suma de 0,5% /pe zi, cu titlu de penalități de întârziere daca nu i se achită la termen contravaloarea serviciilor prestate.*

*h) Să nu fie sancționați sau penalizați în baza unor prevederi care nu sunt afișate pe pagina web a instituției și transmise prin poșta electronică a furnizorului de servicii*

*i) să primească de îndată din partea CAS cu care se află în relație contractuală informări/avertizări/alerte privind nefuncționarea platformei informatice a Ministerului Sănătății (SIUI) în timp real;*

15. Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 4-a **Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate**

ART. 9 În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

În sensul completării conform propunerii de mai jos:

b. să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative transmise în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; **inclusiv contravaloarea serviciilor validate cu erori/nevalidate, dacă erorile au fost generate din cauza sistemului informatic ;**

h) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii în situaţia în care asiguraţii nu erau în drept şi nu erau îndeplinite condiţiile să beneficieze de aceste servicii la data acordării şi furnizorul a ignorat avertizările emise de Platforma informatică a asigurărilor sociale de sănătate, ***dacĂ se dovedeȘte că platforma a avertizat furnizorul la data efectuării serviciului sau după o hotarâre judecatorească care îi dă acest drept***. **Sumele se recuperează de la furnizori în baza unei hotărâri judecătorești care stabilește cuantumul acestora.**

o) 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, ***lunar***, lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă ***până în data de 20 ale fiecărei luni***.

în sensul completării cu **un articol** conform propunerii de mai jos:

*p) Să plătească suma de 0,5% /pe zi, cu titlu de penalități de întârziere calculate la suma cuvenită, dacă nu i se achită la termen contravaloarea serviciilor prestate și validate.*

16. Negocierea clauzei

In sensul completării cu un articol conform propunerii de mai jos:

ART. 16 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze  ***integral*** în termen de maximum 18 zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi 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 şi per serviciu, până la data de ***30 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor. Casa de asigurari va plati furnizorului majorari de 0.5 %/zi intarziere***

17. Negocierea clauzei

SECŢIUNEA a 7-a **Sancţiuni, condiţii de suspendare, reziliere şi încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale**

ART. 17.- In sensul modificarii de mai jos:

**a) avertisment;**

**b) la a doua constatare se diminuează cu 1% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.**

**c) la a treia constatare se diminuează cu 2% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.**

(2)În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. a), c), e) j), k), m), w) şi aa. Propunere modificare clauza:

**b)la a doua constatare se aplica o sanctiune de 1% pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate, în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii**

**c) la a treia constatare se se aplica o sanctiune de 2% lei pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii**.

(3) În cazul în care în derularea contractului se constată de către structurile de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, **precum şi de alte organe competente** că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.

Solicit detalierea termenului ***organelor competente*** eu ca medic, furnizor de servicii medicale trebuie sa le cunosc si de aceea consider ca trebuie menționate explicit în contract.

Propunere de modificare procent de 10% :

-la prima constatare se aplica sancțiune cu avertisment scris

- la a doua constatare se aplică o sancțiune de 1% în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 7 lit. i) și p) se aplică următoarele sancţiuni:

În sensul modificĂrii de mai jos:

**(b) la a două constatare se aplică suma de 1%** valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;

**c) la a treia constatare se aplica suma de 2 %** valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 15 în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.

(5) Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzută la art. 7 lit. x), constatată pe parcursul derulării contractului, se aplică următoarele sancţiuni:

Solicit negocierea in sensul eliminării lit.b de la acest punct deoarece nu exista niciun prejudiciu pentru Casa de Asigurări

Completarea alin. 6 si alin.7 – art. 17 astfel:

(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) - (5) pentru furnizorii de servicii medicale care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se face prin plata directă sau executare silită în situaţia în care recuperarea nu se face prin plată directă, ***după obţinerea unei hotărîri judecătoreşti definitive conform legii.*** Pentru recuperarea sumelor care nu sunt stabilite ca urmare a unor acţiuni 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. Soluţionarea contestaţiei se face în termen de maximum 10 zile lucrătoare. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate respinge motivat contestaţia

(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin.(1) - (5) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, ***în*** ***baza unei hotărâri judecătorești definitive***

**lntroducerea unei noi clauze:**

*(10) În situațiile în care furnizorii de servicii medicale utilizează servicii medicale inregistrate off-line, sau folosesc prescrpția medicală electronică off-line pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tramentul ambulatoriu, iar la momentul transmiterii în platfoma informatică a asigurărilor de sănănate rezultă o incompatibilitate a acestora cu statutul de asigurat al pacienților, furnizorii în cauză vor fi sansancționați numai în cazul în care puteau să ia la cunoştintă prin diligente rezonabile despre cauza de incompatibilitate. Aceste diligențe se rezumă la verificarea actelor şi/sau a înscrisurilor pe care pacienții sunt de acord să le prezinte furnizorului de servicii medicale pentru a dovedi situația de asigurat în care se aftă.*

18. Negociere clauză

*SECŢIUNEA a 5-a Modalităţile de prescriere,* *eliberare şi decontare art 155 pct 1-4,*

DEBIROCRATIZARE posibilă la acest moment: Propun eliminarea din componență de prescriere: alegerea listei de compensare, procentul de compensare și categoria de asigurat (calitatea de asigurat)

Aceste elemente se introduc în componența *eliberare în farmacie*, nu face parte din furnizarea unui serviciu medical.

**CMI DR.........**

**Localitate .....................**

**Adresa corespondentă .........................**

**Tel nr. ........................**

