

Coalitia Patronatelor Medicilor de Familie
Nr...../16.02.2016

Catre Casa Nationala de Asigurari de Sanatate,

Coalitia Patronatelor Medicilor de Familie, afiliate la UGIR va solicitam analizarea urmatoarelor solicitari / propuneri pentru Contractul Cadru si Norme de aplicare – 2016:

BUGET / DECONTARE CATRE MF:

- 1- Majorarea valorii BUGETULUI MF cu 25%, în cazul refuzului CNAS de majorare, introducerea co-plătii directe la pacient. Fiecare guvern are la dispozitie parghii de a face corecturi permanent in buget - depinde doar de vointa politica si mai ales de interesul politicianilor!
- 2- Serviciile nedecontate de casa: se vor acorda cu plata directa de catre solicitant. Aceasta plata este fiscalizata.
- 3- Pentru "pacientul 21" - plata directa a consultatiei solicitate, iar drepturile asiguratului vor fi respectate (reteta compensata, investigatii) dupa cum va dori/va putea asiguratorul sau(CNAS).

Motivatii:

- Avem contract cu casa pentru 7 ore/zi, in afara acestora suntem cabinete private si nimeni nu ne poate impune sau dispune de timpul si activitatea cabinetului;
 - Totodata pacientul are asigurare de sanatate 24 ore/24, nu numai pe timpul programului medicului sau de familie si prin urmare pacientului trebuie sa i se permita utilizarea sistemului 24 ore/24; costurile la salvare – smurd - UPU sunt mult mai mari pentru CNAS
 - Este dreptul pacientului sa primeasca e-rp, trimiteri, etc si in afara programului medicului sau de familie
 - Pacientul neasigurat, pacientul fara card sau cu card invalid, pacientul fara adeverinta CJAS vor plati direct toate solicitarile si tratamentele permise.
- 4- Mentinerea raportului 50/50 la plata P.C./P.S.;
 - 5- Plata capitatiei la INSCRIS prin armonizarea Normelor cu NOUL Cod Fiscal.
Plata per-capita pentru persoane înscrise în listă si nu pentru “persoane asigurate in SIUI”(prea multe “erori” generate de catre alte institutii: angajatori, ITM, Handicapati, Protectia copilului, politia, evidenta populatiei, etc care conduc la munca neplatita medicului curant);Permanent asiguratii OPSNAJ sunt inregistrati “neasigurati” in SIUI-ul gestionat de catre CNAS !
 - 6- eliminarea taxei de acreditare (taxa abuziva si discriminatorie);
 - 7- asistenta medicala de urgenta in program, la cabinet, platita: toate populatia are acces la asistenta de urgenta(trebuie platita de la buget ca si la UPU – prin tarif pe caz).

CONTRACTE / CONTRACTARE:

- 1- Cerem egalitate reala intre partenerii de contract(CJAS/CNAS - Furnizor) la DREPTURI, OBLIGATII si SANCTIUNI, stabilite prin contracte;
- 2- solicitam imediat negocierea contractului si a normelor de aplicare, negociere punctuala(adica fiecare fraza, cuvint si virgula sa fie negociate).
- 3- CNAS isi asuma in totalitate inregistrările din SIUI(proiect impus si gestionat in totalitate de catre CNAS; responsabilitatea nu poate fi “externalizata”!);
 - Corectitudinea datelor din SIUI(este raspunderea asumata a CNAS – cea care a impus sistemul si-l gestioneaza),
 - la interogarea sistemului sa se precizeze Calitatea(asigurat sau nu) si categoria asiguratului, fara ca noi sa solicitam pacientilor declaratii de venit, legi speciale, decizii de handicap, etc. Calitatea si categoria sa fie selectate automat de catre sistem pe toate formularele tipizate utilizate(retete,trimiteri,etc).
- .- utilizarea obligatorie a cardului de sănătate, doar atunci când programele CNAS sunt functionale. CNAS/CJAS obligatoriu trebuie să anunte furnizorii de servicii medicale, perioadele de nefunctionare a sistemelor informatice (orice sistem informatic trebuie să aibă mentenanță);

4- In caz de litigiu intre asigurator-furnizor, CNAS/CJAS nu pot fi mai presus de lege , adica nu au dreptul sa-si faca dreptate cu propria lor mina, nu este normal sa treaca la executarea prestatorului de servicii medicale, fara o hotarare judecatoreasca definitiva si irevocabila;

5- Solicitam precizare clara a conceptului de "suspendare a contractului" deoarece aceasta masura in prezent echivaleaza cu "rezilierea contractului" pe o perioada nedefinita; propunem ca masura posibila doar "supravegherea furnizorului"(in cazul in care sunt semnalate incalcari ale contractului), supraveghere ce se va desfasura pana la pronuntarea instantei.In caz de masura abuziva, casa va plati daune furnizorului.

SERVICII validate / DECONTATE:

1- TREBUIE sa fie platite TOATE serviciile, fara servicii "incluse in capita"(capita -cei aproximativ 30 lei/an/pacient - reprezinta "abonament" la servicii medicale si acte de suport - care consuma bani, formulare, hartii, tonere...precum si curentul electric si caldura cu care-i asteptam in cabinete!).Pe baza acestei "capitatii" pacientul asiguratul are asigurat accesul la servicii medicale contractate, intr-un program afisat, intr-o unitate acreditata.

- doar actele de suport pentru consultatiile decontate de catre casa de asigurari nu pot fi taxate separat de catre furnizori(reteta, concediul medical, billet de trimitere la investigatii, biletul de internare, scutirea medicala in caz de boala);

2- calitatea si categoria de asigurat inregistrate in sistem la ora si data acordarii serviciului medical sa nu poata fi schimbate ulterior(suprascrierea aduce penalizari nejustificate furnizorilor)!Pe baza acestor inregistrari existente in SIUI la momentul acordarii serviciului(data si ora inregistrata in sistem) sa se deconteze obligatoriu serviciile si retetele, trimiterile, etc

3- consultatiile la domiciliu să fie validate fără card de sănătate(imposibil de transportat la domiciliul bolnavului nedeplasabil toata dotarea necesara validarii cu card !);In caz contrar, decontarea de catre CNAS a unei consultatii la cabinet, iar pacientul sa suporte c/v deplasarii medicului si a materialelor consumate;

- propunem consultatii la domiciliu in numar variabil / zi (in loc de 4/zi) si max.60/trimestru; in zilele in care nu exista deplasare/solicitare activitate in teren, medicul sa poata consulta toate cele 7 ore contractate, cu validare si respectiv plata, in cabinet, marindu-se numarul de "consultatii decontate"

5- validarea serviciilor medicale să se poată realizeze in timp de 30 zile de la momentul acordarii lor;

6- pentru furnizorii care au semnătura electronică extinsă, raportarea si facturarea în vederea decontării, inscrierea pacientilor asigurati(cu card) se va face numai în format electronic(fara alte "documente" pe suport de hartie duse la casa de asigurari!);

7- daca sistemul informatic nu functioneaza se taxeaza consultatia si se utilizeaza prescriere de retete of-line;(chitanta va putea fi decontata asiguratului, la cerere, de catre CJAS/CNAS);

8- decontarea catre furnizori a serviciilor acordate pe baza cardului, ca si urgente medico-chirurgicale, TUTUROR pacientilor(plata consultatieide la buget).

RETETE :

1- utilizarea doar a doua tipuri de retete TAB III si electronice;

Retetele electronice sa cuprinda intreaga medicatie necesara bolnavului, cumulate pe acelasi formular(acute, subacute, cronice, programe,etc fiind posibila selectarea lor electronica, reducandu-se astfel birocratia si consumul inutil de birotica);Bolnavul este consultat si tratat in totalitate, nu pe segmente sau pe programe...

2- eliminarea bifei "Nu a fost eliberată Rp compensată" de pe scrisoarea medicală a alt-specialistilor;

3-obligatorie finalizarea actului medical cu e-Rp,(cand e necesar tratament) pana la 30 zile de catre toti furnizorii(ambulator, spital);Pe baza SM se va scrie tratament de catre MF, doar la cazurile ce depasesc 30 zile de tratament;

4- Rp compensată pentru pensionarii cu venituri sub 700 lei, să fie eliberată si de ceilalti medici specialisti în baza acelorasi documente solicitate si la MF, în caz contrar, eliminarea prescrierii acestor retete (programele de ajutor social nu sunt apanajul cabinetelor MF).Beneficiarul va da declaratie la CJAS pe baza careia se face inregistrare in SIUI si decont direct pe 0-700, la plata retetei in farmacie;

5- eliminarea interdictiei MF de a prescrie ADO compensate (cel putin în cazul celor uzuale). Diabetul zaharat este tratat de medicii de familie in intreaga Europa;

6- prelungirea valabilității scrisorilor medicale la un an (12 luni) în cazul unor patologii cronice (ex: B. Parkinson, diabet);

7- scoaterea bifelor de pe formularele tipizate(selectarea categoriilor sa se faca direct in farmacie, in soft, pe baza inregistrarilor din SIUI – asumat de CNAS);Tipizatele sa contina doar ASIGURAT / NEASIGURAT; calitatea de asigurat este preluata din SIUI(care isi asuma aceasta inregistrare!);

8- scoaterea printarii retetelor transmise online pentru toti pacientii cu card – reteta se poate gasi in farmacie in SIPE cu ajutorul cardului pacientului(se va mentine printare – 1 exemplar semnat electronic - fara stampile si parafe... doar pentru retetele eliberate of line si pacientii fara card);

9- adeverinta emisa de CJAS - inlocuitoare a cardului sa fie valabila pana la primirea/activarea cardului(nu doar 2 luni!!);

Vacanta/concediul legal de odihna/inlocuire:

- Vacanta(concediul legal de odihna) este un drept constitutional pentru toti romanii: posibilitatea de a-si gasi sau nu inlocuitor este optionala;daca medicul nu-si gaseste, devine obligatia asiguratorului de a gasi solutii...

- Pentru perioadele de vacanta medicul inlocuitor va utiliza intreaga sa logistica; casa de asigurari va fi instiintata si doar va ridica “filtrul” la consultatii si retete de pe lista de pacienti a medicului inlocuit, permitand prescrierile de tratament si evident VALIDAND toate serviciile acordate de catre inlocuitor(pentru pacientii aflati pe lista inlocuitului). Pacientul va confirma cu cardul serviciul primit. Documentele fiecarui cabinet sunt doar ale medicului titular si sunt sub incidenta legii confidentialitatii(baze de date, afectiuni, tratamente,etc...).

- Facturarea catre CJAS o face medicul inlocuitor(2 facturi separate – pentru fiecare cabinet, respectiv lista de pacienti beneficiari de servicii),sumele se vor vira in contul prestatorului.Pe baza intelegerii cu medicul inlocuit, intre cele doua unitati medicale(inlocuitor-inlocuit) se vor face platile convenite.Fiecare cabinet va factura pentru perioada din luna in care a acordat efectiv servicii medicale.

- Solicitam o precizare oficiala din autoritatilor(legiuitorului, a guvernului, ANAF, MS, CNAS) la urmatoarele intrebari:

1- Cabinetele medicale legal infiintate sunt sau nu unitati sanitare publice?

2- Care sunt facilitatile fiscale legale de care se bucura aceste unitati de utilitate publica?

In speranta unei analize si intelegeri corecte a solicitarilor noastre, cu reflectare imediata in actele normative ce le veti promova, va asiguram de consideratia noastra.

Imputerniciti,

Dr Angela Mazdrag

Dr Grigore Hanta