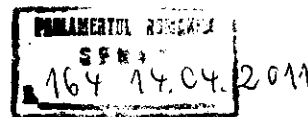
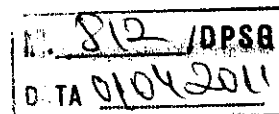




GUVERNUL ROMÂNIEI
PRIMUL – MINISTRU



Domnule președinte,

În conformitate cu prevederile art. 111 alin. (1) din Constituție, Guvernul României formulează următorul

PUNCT DE VEDERE

referitor la propunerea legislativă intitulată „*Lege pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*”, inițiată de domnul deputat Tudor Ciuhodaru aparținând Grupului parlamentar al PNL (Bp. 764/2010).

I. Principalele reglementări

Propunerea legislativă are ca obiect de reglementare completarea art. 195 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, cu un nou alineat, alin. (2), în sensul stabilirii obligației pentru casele de asigurări de sănătate de a deconta 50% din contravaloarea serviciilor medicale pentru fiecare caz la care cheltuiala efectivă depășește 10.000 lei.

II. Observații

Reglementările propuse prin inițiativa legislativă se referă la modul de decontare a serviciilor medicale spitalicești în sistemul de asigurări sociale de sănătate și, prin urmare, nu pot face obiectul reglementărilor art. 195 din Titlul

VII „Spitalele” din Legea nr. 95/2006 ci, eventual, ar putea fi incluse în Titlul VIII „Asigurările sociale de sănătate” din acest act normativ.

Totodată, precizăm că prevederile propuse sunt în contradicție cu reglementările Titlului VIII al Legii nr. 95/2006. Astfel, la art. 252 se precizează că:

- plata furnizorilor de servicii medicale poate fi în asistența medicală primară din spitale și alte unități sanitare publice sau private, în afara celor ambulatorii, prin tarif pe caz rezolvat, tarif pe zi de spitalizare, tarif pe serviciu medical;

- modalitatea de decontare a serviciilor medicale, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale se stabilește prin Contractul-cadru.

Potrivit dispozițiilor art. 210 alin. (1) lit. c) și art. 217 alin. (1), (2) și (3) din Legea nr. 95/2006, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate asigurații au dreptul la un pachet de bază de servicii medicale.

Pachetul de servicii de bază cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătății, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații și se suportă din fond, în condițiile Contractului-cadru.

Contractul-cadru reglementează condițiile acordării asistenței medicale, inclusiv cu privire la:

- pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate;

- lista serviciilor medicale, a serviciilor de îngrijiri, inclusiv la domiciliu, a medicamentelor, dispozitivelor medicale și a altor servicii pentru asigurați, aferente pachetului de servicii de bază;

- alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al fondului;

- tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop (inclusiv pentru serviciile medicale spitalicești);

- internarea și externarea bolnavilor.

În aplicarea dispozițiilor Legii nr. 95/2006, în actele normative subsecvente – *Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate* și în *Normele metodologice de aplicare a acestuia* (aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate) este dezvoltată modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale spitalicești în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, potrivit prevederilor art. 64 din *Hotărârea Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru*

anul 2010, coroborate cu cele ale Anexei nr. 17 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru pentru anul 2010, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, a cărui aplicabilitate a fost prelungită prin Ordinul nr. 1588/2010, plata serviciilor medicale spitalicești se face pe bază de tarif pe caz rezolvat – sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități pentru spitalele/secțiile de acuți, respectiv pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secțiile de cronici.

Tarifele anterior menționate reprezintă unul dintre indicatorii cantitativi avuți în vedere atât la stabilirea sumei contractate aferente serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă cât și la decontarea lunară și cea trimestrială a serviciilor medicale spitalicești efectuate și sunt stabilite în condițiile Contractului-cadru și ale Normelor metodologice de aplicare a acestuia, acte normative ale căror reglementări sunt aplicabile tuturor spitalelor aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

În plus față de cele de mai sus, propunerea limitei maxime de 10.000 lei ca și cheltuială efectivă pentru un caz nu are fundamentare, iar în situația în care pentru cazurile a căror cheltuială efectivă depășește 10.000 lei - situație în care casele de asigurări sociale se propune să deconteze spitalelor numai 50% din contravaloarea serviciilor medicale – nu se precizează cine va deconta restul de 50%.

III. Punctul de vedere al Guvernului

Având în vedere considerentele menționate la pct. II, **Guvernul nu susține adoptarea acestei inițiative legislative.**

Cu stimă,



Emil BOC

Domnului senator **Mircea Dan GEOANĂ**

Președintele Senatului