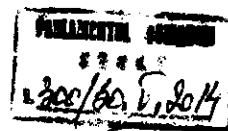




GUVERNUL ROMÂNIEI
PRIMUL – MINISTRU

970
23.05.2014



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 privind unele măsuri referitoare la veniturile medicilor de familie care asigură continuitatea asistenței medicale în centrele de permanență"*, inițiată de doamna deputat PSD Aurelia Cristea împreună cu 40 de parlamentari din Grupurile parlamentare ale PSD și PNL (Bp. 87/2014).

I. Principalele reglementări

Prin această inițiativă legislativă se propune exonerarea de la plată a sumelor pentru acoperirea cheltuielilor de administrare și funcționare pe care medicii de familie, care au asigurat continuitatea asistenței medicale în centrele de permanență în perioada ianuarie 2009 – mai 2011¹, trebuie să le restituie ca urmare a deciziilor emise de casele județene de asigurări drept consecință a constatării de către Curtea de Conturi a unor prejudicii (art. II alin. (1) din propunerea legislativă).

¹ Legea nr. 263/2004 privind asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență

Totodată, la **art. II alin. (2)** din inițiativă se prevede că „*sumele recuperate până la data intrării în vigoare a prezentei legi, ca urmare a deciziilor prevăzute la alin (1), nu se restituie*”.

II. Considerații

1. Menționăm faptul că, prin Decizia nr. 7/V/2011 a Curții de Conturi a României, cu ocazia efectuării „*Auditului financiar asupra contului anual de execuție al bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate*”, s-a constatat că, în perioada 2009-2010, a fost decontată o sumă suplimentară reprezentând majorarea cheltuielilor administrative către cabinetele medicilor de familie peste nivelul calculat potrivit prevederilor art. 46 și art. 47 din *Ordinul comun al ministrului sănătății și al ministrului internelor și reformei administrative nr. 1024/496/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice cu privire la asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență*.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (C.N.A.S.) a promovat cerere de chemare în judecată pentru anularea acestui punct, iar Curtea de Apel București, Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal, a respins cererea de chemare în judecată prin Sentința civilă nr. 1777 pronunțată în ședința publică din data de 13.03.2012.

În termen legal, C.N.A.S. a promovat recurs, iar prin Decizia nr. 6768/17.10.2013 a Înaltei Curți de Casație și Justiție, Secția de contencios administrativ și fiscal s-a respins recursul C.N.A.S. împotriva sentinței civile nr. 1777 pronunțată în ședința publică din data de 13.03.2012 de către Curtea de Apel București, Secția a VIII-a contencios administrativ și fiscal.

Astfel, având în vedere dispozițiile Codului de procedură civilă potrivit căroră hotărârea judecătorească definitivă și irevocabilă este executorie și în consecința celor mai sus menționate, fiind necesară punerea în executare a deciziei Curții de Conturi a României, C.N.A.S. a solicitat caselor de asigurări de sănătate să stabilească întinderea prejudiciului și recuperarea sumelor reprezentând plăți nelegale efectuate în perioada 2009 – 2010 pentru finanțarea cheltuielilor administrative efectuate în perioada 2009 – 2010 de cabinetele medicilor de familie în cadrul căroră au fost organizate centre de permanență (gărzi), peste nivelul aprobat prin Ordinul nr. 1024/496/2008, sumă la care se adaugă dobânzile aferente.

Urmare acestui fapt și în baza calculelor efectuate cu privire la stabilirea sumelor de recuperat pentru fiecare astfel de furnizor, casele de

asigurări de sănătate au transmis notificări cabinetelor medicilor de familie, în cadrul cărora au fost organizate centre de permanență (gărzi), cu privire la suma apreciată ca decontată necuvenit de către Curtea de Conturi a României și, ulterior, de către instanțele de judecată.

În acest context, facem precizarea că în situația în care litigiul dintre cabinetele medicilor de familie, în cadrul cărora au fost organizate centre de permanență (gărzi), și casele de asigurări de sănătate nu este soluționat pe cale amiabilă, acesta se soluționează de către Comisia Centrală de Arbitraj care funcționează pe lângă C.N.A.S., organizată conform reglementărilor legale în vigoare sau de către instanțele de judecată, după caz.

2. În susținerea demersurilor sale, C.N.A.S. a avut în vedere următoarele considerente:

Într-o societate democratică, statul trebuie să apere sănătatea populației prin luarea unor măsuri proporționale și nediscriminatorii în vederea asigurării continuității asistenței medicale, prin stimularea medicilor de familie să participe la activitățile specifice care se desfășoară în centrele de permanență.

Modalitatea prin care este asigurată continuitatea asistenței medicale primare este reprezentată de organizarea centrelor de permanență.

În acest mod se poate realiza accesul pacienților la servicii de asistență medicală primară indiferent de oră și de zonă, se reduce numărul de cazuri cu evoluție nefavorabilă și a deceselor a căror producere este favorizată prin neasigurarea în timp util a asistenței medicale, precum și numărul de solicitări ale serviciilor publice de ambulanță și crește capacitatea de intervenție a acestor servicii prin deplasările ambulanțelor la cazurile care sunt urgențe reale.

Prin intermediul centrelor de permanență se asigură continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă pentru colectivitățile locale arondate, în afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicină de familie.

Acestea se înființează și funcționează în una dintre următoarele forme de organizare a activității medicale în sistemul sanitar:

a) centre de permanență fixe – unități sanitare cu sediul stabil, fără personalitate juridică, în cadrul cărora se asigură continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă pentru pacienții din zona arondată, la sediul centrelor de permanență, precum și la domiciliul pacienților, în situația în care acestea au la dispoziție autospeciale de consultații la domiciliu;

b) centre de permanență mobile – forme de organizare a activității medicale în cadrul cărora se asigură continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă pentru pacienții din zona arondată, prin deplasarea medicului de familie la domiciliul pacientului, cu autospeciale de consultații la domiciliu.

Centrele de permanență funcționează în regim de gardă, astfel:

- în zilele lucrătoare garda se instituie în centrul de permanență între orele 15.00 – 08.00 și numai după terminarea programului stabilit pentru activitatea curentă a medicilor de familie în cadrul cabinetelor de medicină de familie din zonele arondate;

- în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale, precum și în zilele declarate libere de către Guvernul României, garda începe de la ora 08.00 și durează 24 de ore. Serviciile în regim de gardă se acordă tuturor persoanelor din teritoriul arondat centrului de permanență, indiferent pe lista cărui medic de familie sunt înscrise.

În cadrul centrelor de permanență, continuitatea asistenței medicale primare în regim de gardă este asigurată de medici de familie împreună cu asistenți medicali, iar prezența asistentului medical la orele de gardă este obligatorie, acesta fiind plătit de medicul care asigură continuitatea, astfel cum era prevăzut la art. 16, 17 și 19 din *Ordinul nr. 1024/496/2008* aplicabil în perioada 2009-2011.

Astfel, casele de asigurări de sănătate au încheiat contracte cu furnizorii de servicii medicale, respectiv cu cabinetele de medicină de familie pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență, modelul contractului fiind prevăzut în Anexa 4 a *Ordinului nr. 1024/496/2008*, iar tarifele pentru decontarea serviciilor medicale fiind prevăzute în Anexa 5 a acestui ordin.

Încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară între casele de asigurări de sănătate și centrele de permanență au respectat modelul de contract prevăzut în Anexa 4 din *Ordinul nr. 1024/496/2008*, în care se specifică la Cap. V art. 6 lit. e) obligativitatea medicului titular/reprezentantului legal al cabinetului de medicină de familie de a prezenta casei de asigurări de sănătate în primele 10 zile lucrătoare ale lunii următoare pentru luna precedentă borderoul centralizator în format electronic și pe suport de hârtie, conform modelului prevăzut la Anexa 5 la ordin, iar la art. 5 lit.b) obligativitatea casei de asigurări de sănătate de a deconta cabinetelor de medicină de familie, conform documentelor depuse, contravaloarea aferentă orelor de gardă efectuate în centrele de permanență, cu sau fără cheltuieli de administrare,

după caz. Astfel, pentru centrele de permanență s-au decontat cheltuieli de administrare și funcționare, precum și pentru personalul angajat la tariful de 15 lei/oră înscris în mod expres în Anexa 5, iar venitul total al cabinetului pentru centrul de permanență fix este descris în coloana 10 a aceleiași Anexe 5 ca fiind suma dintre contravaloarea orelor de gardă ajustată corespunzător gradului profesional/calității de coordonator al centrului de permanență (medicii de familie) și contravaloarea orelor de gardă ajustată corespunzător cheltuielilor de administrare și funcționare pentru centrul de permanență fix (personal angajat).

Menționăm că Anexa 5 la *Ordinul nr. 1024/496/2008* cuprinde *Borderoul centralizator al activității desfășurate în centrul de permanență* în care se specifică „tariful orar majorat cu % corespunzător cheltuielilor de administrare și funcționare pentru centrul de permanență fix (lei/oră)”, fiind menționată, în mod expres, contravaloarea acestor cheltuieli ca fiind de 15 lei/oră.

Anexa 5 reprezintă detalierea articolelor² din text aplicabile situației de față, respectiv art. 46 și art. 47 din actul normativ mai sus invocat, explicând conținutul celor două articole, precum și modul de calcul al venitului cabinetului medical în funcție de diferitele situații – centru de permanență fix și mobil – descris explicit de legiuitor, precum și tariful de 15 lei/oră

² Art. 46 din *Ordinul nr. 1024/496/2008* prevede că: „(1) Venitul cabinetelor de medicină de familie care participă la constituirea grupului de practică pentru asigurarea continuității asistenței medicale primare prin centrele de permanență se constituie din sumele obținute prin înmulțirea valorii de referință a tarifului orar, ajustate corespunzător gradului profesional, calității de coordonator al centrului de permanență și cu procentul corespunzător cheltuielilor de administrare și funcționare, după caz, cu numărul de ore de gardă efectuate de către fiecare medic de familie, în luna pentru care se face plata.

(2) Valoarea de referință a tarifului orar este corespunzătoare gradului profesional al medicului specialist de medicină de familie.

(3) Pentru prestația medicului primar de medicină de familie tariful orar se majorează cu 20%.

(4) Pentru prestația medicului care nu a promovat un examen de specialitate, tariful orar se diminuează cu 10%.

(5) Pentru medicul de familie care îndeplinește rolul de coordonator al centrului de permanență, tariful orar se majorează cu 15% din tariful orar corespunzător gradului profesional pe care acesta îl deține.”

Art. 47 din *Ordinul nr. 1024/496/2008* prevede că: “(1) Valoarea de referință a tarifului orar pentru medicul specialist de medicină de familie este de 10 lei/oră.

(2) Cabinetul de medicină de familie suportă și cheltuieli de administrare și funcționare pentru centrul de permanență fix, inclusiv cheltuieli cu personalul angajat, altul decât medici, situație în care tariful orar prevăzut la alin. (1) se majorează cu 50% pentru fiecare medic de familie care își desfășoară activitatea în centrul de permanență.”

corespunzător cheltuielilor de administrare și funcționare pentru centrul de permanență fix.

Astfel, din aplicarea art. 46 rezultă suma care este convenită medicului: tariful orar majorat cu gradul profesional și calitatea de coordonator, înmulțit cu numărul de ore, iar din aplicarea art. 47 suma pentru cheltuieli de administrare și funcționare, inclusiv cu personalul angajat: tariful orar majorat cu 50% înmulțit cu numărul de ore.

Prin raportare la cele mai sus menționate, facem precizarea că în niciun act normativ sau act administrativ cu caracter normativ nu a fost înscrisă suma de 5 lei, ca tarif orar pentru cheltuielile de administrare și funcționare, precum și pentru celelalte cheltuieli cu personalul angajat care a fost considerată a fi corectă de către Curtea de Conturi a României.

Având în vedere că în anul 2009 salariul lunar pentru un asistent medical a fost între 683 lei și 1030 lei, rezultă că pentru a respecta legislația muncii și salariul minim pe economie/ramură, pentru o oră de gardă, numai costul minim al cabinetului medical privind un asistent medical, inclusiv cotele de contribuție ale angajatorului, depășește cu mult suma de 5 lei, situându-se, astfel, la o sumă de 8 lei, aceasta reprezentând o sumă minimă legală necesară plății unui asistent medical fără a mai calcula sporul de vechime și sporul legal de noapte de 75% și fără a se mai avea în vedere și celelalte cheltuieli privind funcționarea centrului de permanență.

Prin urmare, cheltuielile de administrare și funcționare și pentru personalul angajat, prevăzute la art. 47, au fost justificat calculate, inclusiv tariful de 15 lei, tarif menționat în Anexa 5 la ordinul mai sus menționat, iar plățile efectuate de casele de asigurări de sănătate către centrele de permanență au fost efectuate cu respectarea legislației în vigoare și a *Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare*.

Totodată, C.N.A.S. a susținut atât în cadrul obiecțiunilor și contestației către Curtea de Conturi a României, cât și, ulterior, în cadrul acțiunilor aflate pe rolul instanțelor de judecată, că plățile efectuate de casele de asigurări de sănătate către centrele de permanență au fost efectuate cu respectarea *Ordinului nr. 1024/496/2008*, în vigoare la acea data, și, pe cale de consecință, nu se impune recuperarea sumelor reprezentând plăți aferente perioadei 2009 – 2010 pentru finanțarea cheltuielilor administrative efectuate de cabinetele medicilor de familie în care au fost organizate centre de permanență.

Prin adresa nr. CSA5883/2011, Ministerul Sănătății a precizat că sumele trebuiau plătite conform Anexei 5 la *Ordinul nr. 1024/496/2008*, iar

la art. 46 și art. 47 din Anexa 1 a acestui act normativ sunt stabilite elementele de calcul pe baza cărora se stabilesc sumele ce urmează a fi decontate centrelor de permanență.

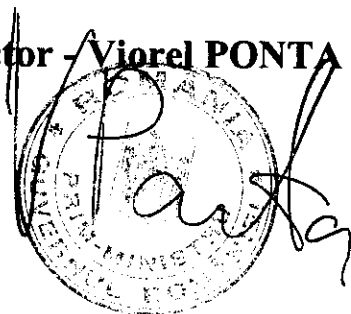
Menționăm, de asemenea, că recuperarea sumelor reținute de Curtea de Conturi a României ar conduce la perturbarea funcționării centrelor de permanență pe o perioadă remarcabilă de timp, raportat la scopul pentru care se înființează și funcționează acestea, respectiv de a sigura accesul cetățenilor, asigurați și neasigurați, la asistență medicală primară, pilonul principal al sistemului sanitar în România.

III. Punctul de vedere al Guvernului

Având în vedere considerentele menționate, **Guvernul susține adoptarea acestei inițiative legislative.**

Cu stimă,

Victor - Viorel PONTA



Domnului senator Călin-Constantin-Anton Popescu-Tăriceanu
Președintele Senatului