

CENTRALIZARE PROPUNERI MODIFICARE NORME METODOLOGICE DE APLICARE A CONTRACTULUI-CADRU 2010

ORDIN 265/408/2010	Propuneri	Observații
<p>ANEXA 1 CAPITOLUL I Pachetul minimal de servicii medicale</p> <p>A. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală: asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) se acordă în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. Asistența medicală de urgență se referă la cazurile prevăzute la lit. A <u>cap. I</u> din anexa 21, precum și la cazurile prevăzute în lista de la lit. B și C din <u>cap. I</u> din anexa 21, pentru care medicul de familie a acordat primul ajutor și a asigurat trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate (de exemplu: accident, traumatisme, pierderea cunoștinței).</p>	<p>COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA CAPITOLUL I lit. A. se modifică și va avea următorul cuprins: Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de familie. În situația în care cazurile nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de familie, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate sau furnizorii de servicii de specialitate.</p>	<p>COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA</p> <p>In cazul in care structurile de urgenta nu pot furniza serviciile necesare, furnizorii de servicii de specialitate pot asigura furnizarea acestor servicii.</p>
<p>ANEXA 1 NOTA 3*): Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate distinct de către medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.</p>	<p>COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA NOTĂ 3: Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate sau furnizori de servicii de specialitate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate distinct de către</p>	<p>COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA</p> <p>Modificare necesara in vederea corelarii cu dispozitiile lit. A modificate.</p>

	medicul de familie în documentele de evidență primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.	
ANEXA 1 CAPITOLUL I C. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Se completează cu lit.g) <i>g) evaluare psihologica clinica, consiliere psihologica si psihoterapie.</i>	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Evaluarea si consilierea psihologica reprezinta servicii distincte, necesare in monitorizarea evolutiei sarcinii si lauziei. De asemenea, in situatia unei sarcini nedorite, de pierdere a unei sarcini, etc.
ANEXA 1 CAPITOLUL I F. Servicii de planificare familială:	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Se completează cu lit.c) <i>c) evaluare psihologica clinica, consiliere psihologica si psihoterapie pentru cuplu si familie.</i>	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Evaluarea si consilierea psihologica reprezinta servicii distincte, necesare in etapa de planificare familiala.
ANEXA 1 CAPITOLUL III lit.D D. Servicii de promovare a sănătății Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, precum și consilierea antidrog.	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Educație medico-sanitară și consiliere pentru prevenirea și combaterea factorilor de risc, consiliere psihologica , precum și consilierea antidrog.	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Consilierea psihologica reprezinta un serviciu distinct, necesar in promovarea sanatatii, in vederea intelegerii

		necesitatii combaterii factorilor de risc in sanatate.
ANEXA 1 CAPITOLUL III lit.E E. Servicii medicale de prevenție	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA <i>Se completează cu lit.e)</i> e) <i>Evaluare psihologica clinica si consiliere psihologic a asiguraților cu vârste cuprinse intre 14 si 18 ani, precum si pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare.</i>	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA Evaluarea si consilierea psihologica reprezinta servicii distincte, necesare in cazul bolilor cronice, precum si in cazul adolescentilor.
ANEXA 7 CAPITOLUL I C. Pachetul de servicii medicale de bază 1. Consultația medicală de specialitate Consultația medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr. 39a , serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie și planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1408/1971 , precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA 1. Consultația medicală de specialitate Consultația de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere inițial eliberat de medicul de familie și numai în condițiile în care medicul trimițător se află în relație contractuală (contract sau convenție) cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepție de la prevederile anterioare cazurile de urgență medico-chirurgicală și consultațiile pentru afecțiunile confirmate prevăzute în anexa nr. 9 la ordin, respectiv cele din anexa nr.	COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA <i>Biletul de trimitere poate privi atat o consultatie medicala cat si una nemedicala, dintr-o alta specialitate din domeniul sanatatii (Ex. evaluarea psihologica).</i>

<p>procedurile internaționale cu prevederi în domeniul sănătății nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile și serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.</p>	<p>39a, serviciile de medicină dentară, precum și serviciile de acupunctura, homeopatie, fitoterapie și planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări de sănătate, în perioada de valabilitate a acestuia, respectiv beneficiari ai formularelor europene emise în baza Regulamentului CEE 1408/1971, precum și din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau procedurile internaționale cu prevederi în domeniul sănătății nu se solicită bilet de trimitere decât pentru consultațiile, serviciile medicale de recuperare-reabilitare a sănătății, precum și pentru alte servicii de sanatate. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate/alt specialist la solicitarea acestuia, pentru a doua și a treia consultație în vederea stabilirii diagnosticului și/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.</p>									
<p>ANEXA 7 Stabilirea numărului de puncte pe consultație:</p> <table border="1" data-bbox="190 1348 1205 1396"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Număr puncte</td> <td>Număr puncte</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>pentru</td> <td>pentru</td> </tr> </table>			Număr puncte	Număr puncte			pentru	pentru	<p>ANEXA 7 ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU</p>	<p>ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A</p>
		Număr puncte	Număr puncte							
		pentru	pentru							

		specialități medicale	specialități chirurgicale	ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI	PSIHOLOGILOR CLINICIENI
a.	Consultația copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	16,2 puncte	17,25 puncte	<p>Propune îmbunătățirea punctajului pentru fiecare tip de consultație iar punctajele pentru copil să nu fie acordate diferențiat, ci să fie stabilit același punctaj pentru categoria de vârstă 0 – 18 ani</p> <p>Sușține necesitatea de a fi în continuare decontate serviciile de consiliere psihologică și psihiatrică – atât pentru copii cât și pentru adulți (pentru că întotdeauna este consiliat nu doar copilul ci și părinții acestuia), de aceea susține decontarea, pe lângă consultații a serviciilor specifice fiecărei specialități.</p>	<p>Micșorarea punctajelor aferente consultațiilor determină reducerea la jumătate sau chiar la o treime a veniturilor cabinetului față de anii anteriori.</p>
b.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	32,40 puncte	-		
c.	Consultația peste vârsta de 4 ani	10,8 puncte	11,5 puncte		
d.	Consultația de psihiatrie și neuropsihiatrie infantilă peste vârsta de 4 ani	21,6 puncte	-		
e.	Consultația de fitoterapie, homeopatie, planificare familială	10,8 puncte	-		
f.	Consultația de neurologie a copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 3 ani	21,6 puncte	-		
g.	Consultația de neurologie peste vârsta de 4 ani	14,4 puncte	-		
<p><i>Încadrarea persoanei, respectiv trecerea dintr-o grupă de vârstă în alta se realizează la împlinirea vârstei (de exemplu: copil cu vârsta de 4 ani împliniți se încadrează în grupa peste 4 ani).</i></p>					
<p>ANEXA 7 6. Servicii conexe actului medical - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice: - neurologie și neurologie pediatrică; - otorinolaringologie; - psihiatrie, psihiatrie pediatrică, pentru servicii conexe furnizate de psihologi și logopezi.</p> <p>Lista serviciilor conexe și tarifele aferente acestora sunt: a) Neurologie și Neurologie pediatrică a1) serviciile conexe furnizate de psiholog: Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică sau psihiatrie pediatrică) 25,50 lei Psihodiagnostic 25,50 lei a2) serviciile conexe furnizate de logoped: - consultație logopedie 15,30 lei</p>				<p>ANEXA 7 ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI Propune ca în locul specialităților clinice menționate la punctul 6, să se precizeze „cu toate specialitățile clinice” - consultația psihologică (incluzând anamneza, interviu clinic al pacientului și/sau aparținătorilor acestuia, efectuare/interpretare de</p>	<p>ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI – Argumente: Psihologia medicală nu este apanajul a doar trei specialități clinice, dimpotrivă, dintotdeauna, ea a existat în strânsă legătură cu toate specialitățile medicale În</p>

<p>b) Otorinolaringologie: b1) serviciile conexe furnizate de psiholog: investigarea psihoacustică a vocii 8,50 lei psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene 12,75 lei b2) serviciile conexe furnizate de logoped: consultație 15,30 lei exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință) 12,75 lei c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică: c1) serviciile conexe furnizate de psiholog: consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neuropsihiatrie infantilă) 25,50 lei psihodiagnostic 25,50 lei c2) serviciile conexe furnizate de logoped consultație 15,30 lei</p>	<p>teste/scale psihologice, stabilirea obiectivelor psihoterapeutice și a metodelor psihologice de tratament – cu durata medie de 60 minute – 50 puncte - psihodiagnostic – durata medie 15 minute – 15 puncte - consiliere psihologică pentru copii și adulți – durata medie de 60 minute – 50 puncte - psihoterapie de grup – ședință/pacient – durata medie 90 minute – 50 puncte - psihoterapie individuală – durata medie 60 minute</p>	<p>anii 2001 – 2003, se permitea psihologilor clinicieni să încheie contracte indirecte cu furnizori de servicii medicale din toate specialitățile nu doar din trei. Limitarea la doar trei specialități reduce numărul psihologilor clinicieni care reușesc să încheie contracte indirecte cu CAS și stopează accesul populației la serviciile de psihologie medicală.</p>
<p>ANEXA 7 6. Servicii conexe actului medical - pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate cu următoarele specialități clinice: - neurologie și neurologie pediatrică; - otorinolaringologie; - psihiatrie, psihiatrie pediatrică, <i>pentru servicii conexe furnizate de psihologi și logopezi.</i></p>	<p>COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA 6. Servicii conexe actului medical sau alte servicii de specialitate reglementate (servicii psihologice) – pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate sau cu alte categorii de specialiști cu următoarele specialități clinice: - neurologie și neurologie pediatrică; - otorinolaringologie; - psihiatrie, psihiatrie pediatrică; - psihologie (psihologie clinica, consiliere psihologica, psihoterapie, psihopedagogie speciala, etc.)</p>	<p>COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA <i>Prestarea și furnizarea serviciilor psihologice sunt reglementate prin Legea nr. 213/2004 și HG nr. 788/2005. Astfel, prevederile referitoare la serviciile conexe actului medical sunt caduce de drept în cazul profesiei de psiholog, a caror forme de exercitare au fost reglementate prin noile acte normative amintite mai sus. Serviciile psihologice sunt activități independente,</i></p>

	<p>pentru servicii de specialitate sau servicii conexe sau serviciile de specialitate furnizate de psihologi, prin formele de exercitare ale profesiei, prevazute in Legea nr. 213/2004, logopezi și kinetoterapeuți. Lista serviciilor de specialitate, respectiv conexe și tarifele aferente acestora sunt:</p> <p>a) Neurologie și Neurologie pediatrică</p> <p>a1) serviciile de specialitate furnizate de psiholog: Evaluare psihologica clinica 51,00 lei Psihodiagnostic clinic 51,00 lei Consiliere psihologică sau (la recomandarea medicului de familie sau altui medic de specialitate 51,00 lei Psihoterapie 51,00 lei</p> <p>a2) serviciile conexe furnizate de logoped sau psiholog: - consultație logopedie 51,00 lei - psihodiagnostic clinic 51,00 lei - consiliere clinica de specialitate 51,00 lei</p> <p>b) Otorinolaringologie:</p> <p>b1) serviciile de specialitate furnizate de psiholog: - investigarea psihoacustică a vocii 25,50 lei</p>	<p>furnizate numai de catre psihologii atestati in specialitate prin formele de exercitare prevazute de lege la art. 13-15. Serviciile psihologice din domeniul sanatatii sunt reglementate prin art. 14 lit. a) si urm. din Normele metodologice de aplicare a Legii nr. 213/2004, aprobate prin HG nr. 788/2005, respectiv servicii de psihologie clinica, consiliere psihologica si psihoterapie, precum si servicii de psihopedagogie speciala si logopedie.</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> - evaluare psihologica clinica 51,00 lei - psihodiagnostic clinic 51,00 lei - consiliere psihologica clinica de specialitate 51,00 lei - sedinta de psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene 51,00 lei b2) serviciile conexe furnizate de logoped sau psiholog: <ul style="list-style-type: none"> - consultație 51,00 lei - psihodiagnostic clinic 51,00 lei - consiliere clinica de specialitate 51,00 lei - exerciții pentru tulburări de vorbire (ședință) 51,00 lei c) Psihiatrie, inclusiv pediatrică: <ul style="list-style-type: none"> c1) serviciile de specialitate furnizate de psiholog: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluare psihologica clinica 51,00 lei - Psihodiagnostic clinic 51,00 lei - Consiliere psihologică clinica (la recomandarea medicului de familie sau altui medic de specialitate 51,00 lei - Psihoterapie 51,00 lei c2) serviciile conexe furnizate de logoped sau psiholog <ul style="list-style-type: none"> - consultație 51,00 lei - psihodiagnostic clinic 51,00 lei - consiliere clinica de specialitate 51,00 lei 	
--	---	--

<p>ANEXA 7</p> <p>Lista serviciilor conexe și tarifele aferente acestora sunt:</p> <p>a) Neurologie și Neurologie pediatrică</p> <p>a1) serviciile conexe furnizate de psiholog:</p> <p>Consiliere psihologică copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea neurologie pediatrică sau psihiatrie pediatrică)</p>	<p>ANEXA 7</p> <p>ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI</p> <p>Propune să se modifice astfel:</p> <p>Consilierea psihologică pentru copii va fi efectuată numai dacă psihologul clinician are competențe pentru activitatea de consiliere psihologică</p>	<p>ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI -</p> <p>Motivație:</p> <p>Ține de competența psihologului și nu a medicului contractant, dacă psihologul poate efectua servicii de consiliere psihologică.</p>
	<p>ANEXA 7</p> <p>ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI</p> <p>Renunțarea la cele două tipuri de consultații – inițială și de control reduce considerabil punctajul mediu zilnic, cu atât mai mult cu cât punctajul pentru consultații a fost diminuat pentru toate specialitățile.</p> <p>Pentru specialitatea Psihiatrie, punctajul pe consultație a scăzut de la 45 de puncte la 17 puncte, situație care ar fi acceptabilă dacă ar fi prevăzută decontarea a 28 de consultații (ca la celelalte specialități) dar se prevede decontarea a numai 14 consultații, fapt care conduce la faliment pentru CMI de psihiatrie.</p> <p>Se susține revenirea la sistemul anterior de decontare.</p>	
<p>ANEXA 7</p>	<p>ANEXA 7</p>	<p>MEDICI CU SPECIALITĂȚI</p>

<p>CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice</p>	<p>MEDICI CU SPECIALITĂȚI CLINICE ÎN AMBULATORIU Semnalează că normele pe 2010 nu mai prevăd plata intervențiilor chirurgicale și a altor manevre specifice fiecărei specialități în Anexa nr.7 și solicită reintroducerea plății acestora.</p>	<p>CLINICE ÎN AMBULATORIU – motivatie: Asistenta medicala ambulatorie va falimenta, deoarece costurile de functionare a cabinetelor de specialitate nu mai pot fi acoperite.</p>
<p>ANEXA 7 CAPITOLUL I Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice</p>	<p>ANEXA 7 CONSILIUL JUDEȚEAN TULCEA, prin MINISTERUL SĂNĂȚĂII CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂȚATE TULCEA Semnaleză următoarele aspecte: - imposibilitatea acordării tratamentului pentru unele afecțiuni psihice în care medicația este prescrisă conform protocoalelor terapeutice în vigoare, doar de către medicii de specialitate psihiatrie/neurologie și doar pentru 30 de zile, fiind necesară reevaluarea periodică la interval de cel puțin o lună; - unele afecțiuni (schizofrenie, toate tipurile de depresie) nu sunt incluse în Anexa 39 A, motiv pentru care această medicație nu poate fi acordată și de medicii de familie pe baza unei scrisori medicale emise de medicii specialiști pentru boli cronice cu schemă terapeutică stabilă,</p>	

	<p>aceștia fiind limitați de numărul de consultații.</p> <ul style="list-style-type: none">- imposibilitatea medicilor specialiști de a prescrie tratament pentru 90 de zile, așa cum este legiferat pentru medicii de familie și pentru afecțiuni cuprinse în programe naționale de sănătate.- introducerea unei precizări în Ordinul 1301/2008 care să permită prescrierea medicației specifice și de către medicii de familie, pentru bolnavii cu afecțiuni psihice cronice, stabilizate, care au aceeași schemă terapeutică neschimbată de ani de zile precum și posibilitatea de a prescrie rețete fără condiționarea numărului zilnic de consultații a afecțiunilor (16) cuprinse în Anexa 39 A.- apariția în anexa 8 (art.3 pct.1) a precizării care limitează numărul de consultații zilnice acordate de un medic specialist într-un program zilnic de 3,5 – 7 ore la 7 – 14 consultații (la specialitatea psihiatrie), acest fapt generând liste de așteptare și consultații la cererea asiguraților, fapt care la rândul lui conduce la imposibilitatea asigurării continuității tratamentului; medicul specialist poate prescrie medicația doar	
--	--	--

	în urma unui consult contra cost, pe rețete simple, cu plata integrală.	
ANEXA 7 CAPITOLUL III Pachetul de servicii medicale de medicină dentară preventive și al tratamentelor de medicină dentară în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară	CMDR Solicita majorarea tarifelor pentru serviciile de medicina dentara cu aproximativ 100% și aplicarea contribuției personale la noile tarife.	CMDR Prețurile publicate nu corespund realității. Au rămas la nivelul anului 2002. Nu se pot acoperi manoperele și nici în totalitate materialele folosite.
ANEXA 7 CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății	ANEXA 7 COLEGIUL MEDICILOR TULCEA Semnalează faptul că noul program SIUI de validare a activității de recuperare-reabilitare este incorect și conține erori care afectează activitatea desfășurată de serviciile de recuperare-reabilitare. Propunere: Alcătuirea unei modalități de validare a serviciilor – cazuri rezolvate care pot fi decontate lunar de către CAS, ținându-se cont în același timp de: - Programul de lucru al medicului - Structura bazei de tratament reflectată în dotarea ei (numărul și complexitatea aparatelor de	COLEGIUL MEDICILOR TULCEA În structura bazelor de recuperare, există combine de fizioterapie cu 4 canale la care un asistent lucrează simultan cu 4 pacienți, săli de kinetoterapie la care un asistent lucrează simultan cu mai mulți pacienți, ceea ce demonstrează că această normă de validare este mult subevaluată nerespectând realitatea din serviciile de recuperare-reabilitare.

	<p>fizioterapie, existența sălii de kinetoterapie, existența unor dotări suplimentare – ex. bazin de recuperare)</p> <p>Structura de personal să fie corelată cu caracteristicile aparaturii din dotare</p> <p>Această modalitate odată elaborată să fie prevăzută în Norme, astfel încât furnizorii de servicii de recuperare să contracteze sumele ce pot fi validate în realitate de SIUI.</p>	
<p>ANEXA 7 CAPITOLUL IV Pachetul de servicii medicale acordate în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății</p>	<p>ANEXA 7 SPITALUL JUDEȚEAN TG.JIU Propune posibilitatea ca medicul de recuperare să monitorizeze tratamentul pentru bolnavii cronici.</p>	<p>SPITALUL JUDEȚEAN TG.JIU În HG 720/2009 se specifică faptul că tratamentul pentru bolile G 18, G 19, G 31 se inițiază și se monitorizează de către medicul în specialitatea reumatologie, nefrologie, medicină internă sau recuperare, medicină fizică și balneo-fizioterapie.</p>
<p>ANEXA 8 Art.3 (1) lit.b) <i>pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, neuropsihiatrie infantilă, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute);</i></p>	<p>ANEXA 8 ASOCIAȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI Propune: Un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație – între 15 și 30 de minute)</p>	
<p>ANEXA 8 ART. (2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează</p>	<p>ANEXA 8 ASOCIAȚIA MEDICILOR</p>	

<p>în raport cu:</p> <p>a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%.</p> <p>Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistența medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea criteriilor de încadrare a cabinetelor medicale din asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate în funcție de condițiile în care se desfășoară activitatea;</p> <p>b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în: fitoterapie și homeopatie, planificare familială, precum și furnizorilor de servicii conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.</p>	<p>SPECIALIȘTI DIN AMBULATORIU ȘI A PSIHOLOGILOR CLINICIENI</p> <p>Solicită precizări pentru specialitățile psihiatrie, neurologie dar și pentru psihologia clinică, în condițiile în care pacienții consultați au tulburări psihice sau neurologice.</p> <p>Solicită majorarea cu 20% a numărului total de puncte și pentru psihologii clinicieni cu gradul de principal.</p>	
<p>AMBULATORIUL DE SPECIALITATE CLINIC</p>		
<p>ANEXA 8</p> <p>Art.11 (2) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 1.000 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.</p>	<p>CMDR</p> <p>Art.11 (2) Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național este de 5.000 lei, corespunzătoare unui program de 7 ore în medie/zi.</p>	<p>CMDR</p> <p>Suma propusă de CNAS reprezintă posibilitatea restaurării morfo-funcționale a unui pacient adult și 10 pacienți copii. Cu această sumă, practic nu se poate desfășura activitatea stomatologică.</p>
<p>ANEXA 8</p> <p>Art.12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către</p>	<p>CMDR</p> <p>Art.12 În tarifele tratamentelor protetice sunt incluse și cheltuielile</p>	<p>CMDR</p> <p>Pentru a îndeplini formele legale din punct de vedere</p>

<p>reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii.</p>	<p>aferente activităților de tehnică dentară. Plata acestora se face de către reprezentantul legal al cabinetului de medicină dentară direct către laboratorul de tehnică dentară autorizat conform legii, cu care cabinetul are contract de colaborare.</p>	<p>financiar este necesară existența unui contract de colaborare între cabinet și tehnicienii dentari și obligatoriu majorarea tarifelor.</p>
<p>ANEXA 8 Art.13 Casele de asigurări de sănătate țin evidența serviciilor de medicină dentară pe fiecare asigurat și pe fiecare cod din formula dentară prevăzută în anexa nr. 7 la ordin.</p>	<p>CMDR Art. 13 Radiografia retroalveolară și panoramică se decontează direct furnizorului de servicii medicale de medicină dentară autorizat, pe baza tarifelor prevăzute în Anexa nr.7 la ordin. Nu sunt necesare biletele de trimitere cu regim special ci numai indicații stomatologice. Pentru radiografia dentară retroalveolară nu este necesar aviz ISO.</p>	<p>CMDR Medicul stomatolog care posedă autorizațiile necesare și efectuează servicii de radiografie dentară nu trebuie să fie neapărat specialist ci autorizat, în conformitate cu dispozițiile în vigoare ale MS și CNCAN. Radiografia dentară face parte integrantă din serviciile medicale de medicină dentară și din curricula de pregătire a medicului stomatolog. Radiografia dentară este un act medical stomatologic și nu necesită competență.</p>
<p>ANEXA 10 3. Criteriul financiar Ponderea acestui criteriu este de 10%. Criteriul financiar se referă la tarifele propuse de furnizorii de analize medicale de laborator, cu încadrarea obligatorie în tarifele maximele</p>	<p>SC EUROMEDIC, SC GRAL MEDICAL, SC HIPERDIA, SC FOCUS LAB PLUS, SC MEDINST DIAGNOSTIC ROMANO-GERMAN, SC SANADOR, SC MEDICAL</p>	

<p>prevăzute în anexa nr. 7 la ordin.</p> <p>Furnizorii de servicii medicale de laborator care prezintă tarife ce depășesc tarifele maxime decontate de casele de asigurări de sănătate cuprinse în anexa nr. 7 la ordin sunt respinși de la contractare.</p> <p>1. Pentru încheierea contractului cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de analize medicale de laborator prezintă în ofertă procentul cu care propun diminuarea tarifelor maxime prevăzute în anexa nr. 7 la ordin; procentul de diminuare se propune distinct pentru fiecare categorie de analize (hematologie, biochimie, imunologie, microbiologie, histopatologie).</p> <p>2. Procentul de diminuare propus pentru fiecare categorie de analize se aplică pentru toate analizele cuprinse în categoria respectivă și nu poate depăși 20% din tariful maximal.</p> <p>3. Tarifele rezultate ca urmare a aplicării procentului de diminuare cel mai mare propus pentru fiecare categorie de analize medicale reprezintă tarifele care se contractează cu toți furnizorii de analize medicale de laborator.</p> <p>4. Acest criteriu este apreciat cu un punctaj de maximum 100. Punctajul 100 se acordă furnizorului care a oferit procentul de diminuare cel mai mare pentru fiecare categorie de analize medicale. Pentru furnizorii care au propus procente de diminuare mai mici față de procentul de diminuare cel mai mare se acordă un punctaj proporțional în funcție de primul clasat.</p>	<p>PRESTIGE, SC CENTRUL MEDICAL UNIREA, SC SYNEVO</p> <p>Propun ca fiecare furnizor să contracteze la prețul oferit.</p>	
<p>ANEXA 11 CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ</p>	<p>CMDR ANEXA 11 CAPITOLUL II Criterii privind repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - radiologie și imagistică medicală, stabilit pe total județ Se introduce pct.4:</p>	<p>CMDR În cabinetele de radiologie dentară retroalveolară și panoramică nu se pot face evaluările solicitate la serviciile mari de radiologie. Este necesar avizul CNCAN, MS și CMDR.</p>

	<p>4. excepție face radiografia dentară retroalveolară și panoramică pentru care medicul stomatolog trebuie să fie acreditat conform dispozițiilor în vigoare ale MS și CNCAN.</p> <p>SC EUROMEDIC, SC GRAL MEDICAL, SC HIPERDIA, SC FOCUS LAB PLUS, SC MEDINST DIAGNOSTIC ROMANO-GERMAN, SC SANADOR, SC MEDICAL PRESTIGE, SC CENTRUL MEDICAL UNIREA, SC SYNEVO</p> <p>Propun ca fiecare furnizor să contracteze la prețul oferat.</p>	
<p>ANEXA 16</p>	<p>ANEXA 16 INSTITUTUL ONCOLOGIC BUCUREȘTI</p> <p>Solicită introducerea următoarelor servicii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - simulare și plan de tratament 48,50 lei -brahiterapie 48,50 lei 	
<p>ANEXA 25 ART. 2 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 24 la ordin. (2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire se obține înmulțind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire la domiciliu cu tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu. Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu este 100 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse</p>	<p>ANEXA 25 CAS AOPRNAJ</p> <p>- modificarea (scăderea) tarifului/ o zi de îngrijire (și implicit a tarifului / caz) sau revenirea la plata prin tarif / serviciu, eventual cu modificarea tarifelor (creșterea cu 10 – 15%) sau</p>	

<p>costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu cu monitorizarea parametrilor fiziologici, toaleta totală sau parțială a pacientului la pat, manevre terapeutice conform recomandării, după caz.</p> <p>(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - contractarea unui tarif diferențiat, în funcție de gradul de dependență (pacientul de grad „total dependent” beneficiind de minimum 15 din cele 34 de servicii prevăzute în Anexa 24 iar cel „independent” minimum 4 servicii) sau - crearea unui cadru legal care să permită negocierea tarifului / zi de îngrijire și încheierea contractelor cu furnizorii care oferă+ cel mai mic preț / zi de îngrijiri la domiciliu (selecție de ofertă la tarif, conform modelului de la servicii paraclinice) - reducerea numărului de zile de îngrijiri de la 90 de zile la 30 de zile, având în vedere faptul că de 90 de zile au nevoie doar pacienții total dependenți, cu escare multiple și/sau plăgi suprainfectate (inclusiv tratamentul injectabil nu se administrează pe o perioadă continuă timp de 90 de zile, propun ca restul de până la 90 de zile să se efectueze și cu contribuție din partea asiguratului (coplată 50%). 	
	<p>CAS PRAHOVA</p> <p>Influente majore asupra fondului de îngrijiri medicale la domiciliu având în vedere tariful de 100 lei /zi de îngrijire de, ceea ce poate conduce la creșterea numărului de internari</p>	

CENTRALIZARE PROPUNERI LA PROIECTUL DE MODIFICARE A NORMELOR METODOLOGICE PENTRU ANUL 2010
(forma proiectului de act normativ din data de 02.06.2010)

PROPUNERILE EVIDENȚIATE CU CULOARE ALBASTRĂ SUNT ÎN PLUS FAȚĂ DE CELE STRICT AFERENTE
PREVEDERILOR AVUTE ÎN VEDERE ÎN PROIECTUL DE ORDIN DE MODIFICARE A NORMELOR, DAR AU FOST
TRANSMISE SPRE ANALIZĂ CU OCAZIA MODIFICĂRII NORMELOR

PROIECT MODIFICARE ORDIN 265/2010 – Iunie 2010 PUBLICAT PE SITE CNAS (02.06.2010)	PROPUNERI	OBSERVAȚII
<p>ANEXA 1 cap II lit B servicii medicale curative: consultatie pt afectiuni acute intercurente.....</p>	<p>CAS MTCT cap II lit B servicii medicale curative: consultatie pt afectiuni acute, intercurente....</p>	<p>CAS MTCT se introduce virgula pt a diferentia cele 2 tipuri de afectiuni</p>
<p>ANEXA 1 1. În Anexa nr.1, Nota de la Capitolul II se modifică și va avea următorul cuprins: Notă: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care cele 3 consultații au fost acordate de către medicul de familie, acesta nu mai poate elibera bilet de trimitere către alte specialități. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, celelalte consultații până la nivelul maxim de 3, pot fi acordate de către medicul / medicii de specialitate, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, pe care se va menționa numărul de consultații acordate. ”</p>	<p>CAS MTCT Cap II – Nota: pentru fiecare caz, casa de asigurari de sanatate deconteaza maximum 3 consultatii pt acelasi episod de boala acuta, respectiv afectiune intercurenta pe asigurat si pe an.....</p> <p>FEDERATIA SANITAS DIN ROMANIA</p> <p>„Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie (care poate acorda maximum 2 din cele 3 consultatii) cât și la nivelul medicului</p>	<p>CAS MTCT corelare cu tipurile de consultatii definite in cadrul serviciilor medicale curative; in situatia in care nu se modifica rugam a se preciza cate consultatii se pot deconta pt afectiuni intercurente</p>

	/ medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.	
	<p>ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU</p> <p>Propune să se renunțe la această formulare deoarece încalcă dreptul pacientului la asistența medicală, îngrădește libertatea profesională a medicilor de familie și a medicilor specialiști.</p>	
	<p>CMR:</p> <p>Solicita eliminarea sintagmei “si pe an” din textul primei fraze</p> <p>FNPMF și SNMF:</p> <p>Solicita eliminarea sintagmei “si pe an” din textul primei fraze</p>	<p>CMR</p> <p>Motivatie:</p> <p>pentru acelasi cod diagnostic pot exista mai multe episoade de boala acuta in timpul unui an si chiar episoade de acutizare a unor boli cornice, situatie in care activitatea n-ar putea fi inregistrata, cuantificata si decontata</p>

	<p>A.M.S.A. – C.M.I.</p> <p>1. Considera modificarea inacceptabila.</p> <p>2. Nu se poate condiționa nr. episoadelor de boală acută anuale. Medicul specialist are nevoie de minim 3 consultații / episod de boală acută pentru a-și urmări eficiența tratamentului acordat. Un pacient nu poate fi „programat” la un singur episod /an pentru aceeași boală acută.</p>	<p>A.M.S.A. – C.M.I. – motivație:</p> <p>1. Nu se poate planifica la copii (nici măcar la adulți) un singur episod de boală acută/an (ex: bronșite, bronșiolite, laringite, otite etc.).</p>
<p>ANEXA 1 Cap. III – lit. E. Servicii medicale de prevenție „2. În Anexa nr.1, literele c) și d) de la litera E din Capitolul III se modifică și vor avea următorul cuprins: „c) epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, ;” d) epicriză de etapă pentru afecțiunile cronice care necesită dispensarizare, în limita competențelor și la termenele stabilite de prevederile legale în vigoare, pentru care medicul de familie organizează evidența și raportarea distinctă către casa de asigurări de sănătate, altele decât cele de la litera c).”</p>	<p>CMR:</p> <p>- este absolut necesara detalierea sub forma unui listing a afecțiunilor cronice la care se face referire, precum si a termenelor stabilite pentru dispensarizare</p> <p>FNPMF și SNMF:</p> <p>- solicită detalierea sub forma unui listing a afecțiunilor cronice la care se face referire, precum si a termenelor stabilite pentru dispensarizare (și nu referiri la documente vechi de 30 de ani)</p>	

ANEXA 1 - cap III lit F Nota 2

„3. În Anexa nr.1, Nota 2 de la litera F din Capitolul III se completează și va avea următorul cuprins:

„Nota 2: Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Pentru același episod de boală acută, în situația în care cele 3 consultații au fost acordate de către medicul de familie, acesta nu mai poate elibera bilet de trimitere către alte specialități. Pentru același episod de boală acută, în situația în care au fost acordate de către medicul de familie una sau două consultații, celelalte consultații până la nivelul maxim de 3, pot fi acordate de către medicul / medicii de specialitate, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, pe care se va menționa numărul de consultații acordate”

CAS MTCT

Cap II lit F Nota 2 pentru fiecare caz, casa de asigurari de sanatate deconteaza maximum 3 consultatii pt acelasi episod de boala acuta, **respectiv afectiune intercurenta** pe asigurat si pe an.....

CMR:

- Eliminarea sintagmei “ **si pe an**” din textul primei fraze

ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU

Propune să se renunțe la această formulare deoarece încalcă dreptul pacientului la asistența medicală, îngreșează libertatea profesională a medicilor de familie și a medicilor specialiști.

CAS MTCT

corelare cu tipurile de consultatii definite in cadrul serviciilor medicale curative; in situatia in care nu se modifica rugam a se preciza cate consultatii se pot deconta pt afectiuni intercurente si cronice monitorizabile

CMR:

- pentru acelasi cod diagnostic pot exista mai multe episoade de boala acuta in timpul unui an si chiar episoade de acutizare a unor boli cornice, sitatie in care activitatea n-ar putea fi inregistrata, cuantificata si decontata.

	<p>FNPMF și SNMF: - Eliminarea sintagmei “ si pe an” din textul primei fraze</p> <p>FEDERATIA SANITAS DIN ROMANIA „Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie (care poate acorda maximum 2 din cele 3 consultatii) cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.</p>	
<p>Anexa 1 – Capitolul III – lit. J</p> <p>„4. În Anexa nr. 1, la capitolul III, litera J, se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>„J. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri.</p> <p>Medicul de familie poate emite prescripții medicale lunare pentru bolile cronice, aferente consultației efectuate în vederea dispensarizării/monitorizării bolnavilor cu afecțiuni cronice, inclusiv pentru afecțiunile cronice care se regăsesc în Anexa nr. 39 A și pentru care se decontează o consultație la un interval de timp de minimum 3 luni.”</p>	<p>CAS HARGHITA</p> <p>Anexa 1 – Capitolul III J. Activități de suport. Eliberare de acte medicale: certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat de deces, cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, actele medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului. (...)</p>	<p>CAS HARGHITA - motivație</p> <p>Din FNUASS , cabinetele medicale de medicină de familie beneficiază pentru plata „per capita” de o majorare de 5% pentru punctele acordate copiilor încredințați sau dați în plasament unui serviciu public specializat sau unui organism privat autorizat. Consideră că eliberarea actelor medicale necesare DGASPC pentru</p>

		<p>implementarea „Programului de intervenție specifică pentru sănătate” și implicit cunoașterea stării de sănătate a copiilor aflați în plasament, conform reglementărilor legale în domeniul respectiv, poate fi inclusă în activitățile de suport furnizate de cabinetele de medicină de familie, altfel nu este justificată acordarea plății suplimentare pentru această categorie de copii față de copii care nu sunt dați în plasament.</p>
	<p>CMR - propunere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - decontarea zilnică a maximum 20 consultații, indiferent dacă este vorba de o boală cronică care necesită consultații în cadrul monitorizării în vederea eliberării prescripției lunare de medicamente, dispensarizare, afecțiune acută, caz nou sau control. 	<p>CMR - motivatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - simplificarea gestionării costurilor cu servicii și medicamente aferente consultațiilor - asigurarea acoperirii costurilor consultațiilor peste procentul de 70% acoperit prin “per capita” având în vedere costul minim al unei consultații de cel puțin 20 Ron
	<p>ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU</p>	

	<p>Prescripția medicală lunară este însoțită de o discuție cu pacientul în legătură cu efectele medicației, toleranța pacientului la medicație, simptomele nou apărute, efectele secundare, astfel încât durata acestui demers medical poate să ajungă la 20 – 30 de minute iar conținutul să fie similar unei consultații obișnuite, încât consideră incorect ca pacientul să fie consultat lunar, dar medicului să-i fie decontată doar o consultație la 3 luni.</p>	
	<p>FNPMF și SNMF: Prescripția medicală nu este activitate de suport și presupune o consultație cu responsabilitatea profesională eferentă. În Protocolul semnat nu s-a discutat sub nici o formă consultarea o dată la 3 luni a pacienților și prescriere lunară de rețetă. Dacă nu se acceptă consultația pacientului cronic o dată la 1-3 luni, după caz, atunci să se elibereze lunar rețetele la farmacie pentru o prescripție dată pe 3 luni.</p>	
<p>Anexa 2</p> <p>„5. În Anexa nr.2, după articolul 18 se introduce un articol nou, articolul 19, cu următorul cuprins: „Art. 19 Criteriile pentru respectarea modalităților de prescriere respectiv de utilizare eficientă a fondurilor alocate pentru prescrierea</p>	<p>CMR:</p> <p>CMR NU POATE ACCEPTA instituirea de plafoane pentru prescriptii de medicamente in medicina de familie sub nici o forma</p>	

<p>medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu au în vedere următorii indicatori:</p> <p>a) consumul mediu de medicamente / grupă de boli / nr. de CNP-uri / lună calculat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate;</p> <p>b) numărul de CNP-uri beneficiare de prescripții medicale înscris la medicul de familie, la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate, pentru grupele de boli avute în vedere pentru calculul indicatorului de la lit.a);</p> <p>La calculul acestor indicatori se utilizează datele aferente trimestrului I 2010.”</p>	<p>pentru următoarele motive:</p> <ul style="list-style-type: none"> - legislația în vigoare respectiv Legea 95/2006 stabilește clar cine are dreptul să gestioneze astfel de fonduri și în nici un caz nu este vorba de medici de familie sau medici în general indiferent de forma de organizare în care își desfășoară activitatea - se introduce o discriminare crasă între furnizorii de servicii medicale în asistența primară, respectiv medicii de familie și ceilalți furnizori de servicii medicale în ambulator - aspecte etice privind eliberarea de rețete în regim gratuit sau compensat în condițiile în care fondurile cu această destinație devin insuficiente 	
	<p>FNPMF și SNMF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sub nici o formă nu se acceptă plafon la prescrierea de medicamente, indiferent de denumirea acestuia. - În ceea ce privește calculul indicatorilor utilizând datele aferente unui trimestru, se consideră că datele trebuie să fie aferente unui an de zile. - Considerăm o discriminare 	<p>FNPMF și SNMF:</p> <p>Se continuă refuzul spitalelor de a prescrie rețete compensate/gratuite. Vom fi puși în situația de a refuza prescrierea tratamentului necesar pacienților, ceea ce nu putem accepta.</p>

	inacceptabilă, deoarece dintre toți prescriptorii numai medicii de familie sunt nominalizați în această formă de plafonare.	
ANEXA 7 cap I lit B punctul b servicii medicale curative: consultatie pt afectiuni acute intercurrente	CAS MTCT cap I lit B punctul b servicii medicale curative: consultatie pt afectiuni acute, intercurrente	CAS MTCT se introduce virgula pt a diferentia cele 2 tipuri de afectiuni
ANEXA 7 „7. În Anexa nr. 7, ultima teză de la litera B din Capitolul I se modifică și va avea următorul cuprins: „Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel: - dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 2 consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Medicul de specialitate din ambulatoriul clinic care acordă o consultație pe baza biletului de trimitere eliberat de un alt medic de specialitate din ambulatoriu nu mai poate elibera bilet de trimitere către un alt medic de specialitate din	CAS MTCT cap I lit B ultima teza : pentru fiecare caz,casa de asigurari de sanatate deconteaza maximum 3 consultatii pt acelasi episod de boala acuta, respectiv afectiune intercurrenta ,pe asigurat si pe an,..... CMR: - eliminarea sintagmei “ si pe an ” din textul primei fraze	CAS MTCT corelare cu tipurile de consultatii definite in cadrul serviciilor medicale curative; in situatia in care nu se modifica rugam a se preciza cate consultatii se pot deconta pt afectiuni intercurrente si cronice monitorizabile CMR - motivatie: - pentru acelasi cod diagnostic pot exista mai multe episoade de boala acuta in timpul unui an si chiar episoade de acutizare a unor boli cornice, sitatie in

<p>ambulatoriul clinic.</p> <p>- dacă medicul de familie a acordat 2 consultații, medicul de specialitate mai poate acorda 1 singură consultație și nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.”</p>	<p>FNPMF și SNMF:</p> <p>- eliminarea sintagmei “ si pe an” din textul primei fraze</p>	<p>care activitatea n-ar putea fi inregistrata, cuantificata si decontata</p> <p>- <u>eliminarea restrictiei</u> de a trimite pacientul cu biliet catre alta specialitate sau catre sectiile cu paturi daca sau epuizat cele trei consultatii cumulate “medic de familie + medic de specialitate”</p>
	<p>ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU</p> <p>Sușține punctele de vedere prezentate anterior.</p>	
	<p>FEDERATIA SANITAS DIN ROMANIA</p> <p>„Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie (care poate acorda maxim 2 din cele 3 consultatii) cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:(...*“</p>	

ANEXA 7

„8. În Anexa nr.7, punctul 1 de la litera C din Capitolul I, la al treilea paragraf, prima teză după liniuța a 3-a, se modifică și va avea următorul cuprins:

„Pentru fiecare caz, casa de asigurări de sănătate decontează maximum 3 consultații pentru același episod de boală acută, pe asigurat și pe an, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului și a evoluției cazului. Numărul maxim de 3 consultații se poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:

- dacă medicul de familie a acordat o consultație, medicul de specialitate poate acorda maximum 2 consultații sau poate acorda o singură consultație și poate elibera bilet de trimitere, dacă este necesar, numai către un singur medic de o altă specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice. Medicul de specialitate din ambulatoriul clinic care acordă o consultație pe baza biletului de trimitere eliberat de un alt medic de specialitate din ambulatoriu nu mai poate elibera bilet de trimitere către un alt medic de specialitate din ambulatoriul clinic.

- dacă medicul de familie a acordat 2 consultații, medicul de specialitate mai poate acorda 1 singură consultație și nu poate elibera bilet de trimitere către o altă specialitate.”

CMR:

- eliminarea sintagmei “ si pe an” din textul primei fraze

ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU

Suține punctele de vedere prezentate anterior, cu solicitările aferente

FNPMF și SNMF:

- eliminarea sintagmei “ si pe an” din textul primei fraze

FEDERATIA SANITAS DIN ROMANIA

„Numărul maxim de 3 consultații se

CMR - motivatie:

- pentru acelasi cod diagnostic pot exista mai multe episoade de boala acuta in timpul unui an si chiar episoade de acutizare a unor boli cronice, situatie in care activitatea n-ar putea fi inregistrata, cuantificata si decontata

- eliminarea restrictiei de a trimite pacientul cu billet catre alta specialitate sau catre sectiile cu paturi daca sau epuizat cele trei consultatii cumulate “medic de familie + medic de specialitate”

	<p>poate acorda cumulativ atât la nivelul medicului de familie (care poate acorda maxim 2 din cele 3 consultatii) cât și la nivelul medicului / medicilor de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, astfel:(...)"</p>	
<p>ANEXA 7 cap I lit C a 5a teza: consultatiile pentru cazurile care necesita urmarirea evolutiei sub tratament .. Se acorda: Pentru afectiuni confirmate prevazute in anexa nr 9 si respectiv 39A la ordin....</p>	<p>CAS MTCT cap I lit C a 5a teza: consultatiile pentru cazurile care necesita urmarirea evolutiei sub tratament .. Se acorda: Pentru afectiuni confirmate prevazute in anexa nr 9 la ordin....</p>	<p>CAS MTCT se exclude anexa 39A deoarece pt acest tip de afectiuni se deconteaza o consultatie la-epicriza de etapa la 3 luni iar pentru cele prevazute in anexa nr 9 casele suporta contravaloarea a maximum 2 consultatii pt urmarirea evolutiei sub tratament</p>

ANEXA 7

„9. În Anexa nr. 7, la capitolul I, litera C, după punctul 2 se introduce un punct nou, punctul 2¹, cu următorul cuprins:

„2¹. Asistență medicală de urgență (anamneză, examen clinic și tratament) în limita competenței și a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia își desfășoară activitatea medicul de specialitate. În situația în care cazurile care nu pot fi rezolvate la nivelul cabinetului sau depășesc competența medicului de specialitate, acesta asigură trimiterea pacientului către structurile de urgență specializate.

Medicația pentru cazurile de urgență se asigură din trusa medicală de urgență, organizată conform legii.

Cazurile de urgență medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgență specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanță, sunt consemnate distinct de către medicul de specialitate în documentele de evidență de la nivelul cabinetului, inclusiv medicația și procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

Se raportează și se decontează o singură consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență constatată și rezolvată la nivelul cabinetului, fără a fi trimis pacientul către alte structuri specializate.”

CMR:

- solicita eliminarea ultimului paragraf

A.M.S.A. – C.M.I.:

- Consultațiile de urgență să poată fi asigurate, indiferent de număr, peste limita consultațiilor programate.

- Medicația din dulapul de urgență nu înseamnă folosirea celor mai eficiente forme de tratament.

- Urgențele medico-chirurgicale la pacienții asigurați trebuie să beneficieze obligatoriu de finalizarea

CMR - motivatie:

CMR considera injusta nerecunoasterea serviciului efectuat la nivelul cabinetului medical, daca pacientul este trimis inclusiv cu ambulanta catre alte structuri specializare

A.M.S.A. – C.M.I.:

- În pediatrie orice afecțiune acută constituie urgență, în special pentru grupa de vârstă 0-1an; În țările europene prezentarea pacientului pediatric la medicul specialist clinic nu este condiționată de biletul de trimitere; - În consecință se încalcă grav normele deontologiei medicale și poate fi considerată culpă medicală.

Prevederile actuale conduc la internarea pacienților și implicit la creșterea costurilor.

	<p>actului medical (prescripție medicală, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, bilet de trimitere pentru consult interdisciplinar, control la medicul specialist pentru evaluarea tratamentului prescris, după caz).</p> <p>FNPMF și SNMF:</p> <p>- solicita eliminarea ultimului paragraf, deoarece o urgență medico-chirurgicală rezolvată în cabinet poate avea nevoie de mai mult de 1 consultație și este nevoie de control.</p>	
<p>ANEXA 7 „10. În Anexa nr. 7, la capitolul I, litera C, pct. 2, Nota se modifică și va avea următorul cuprins: „Notă: Pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică - epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz”</p>	<p>CMR - propunere: - inregistrarea si decontarea inclusiv a episoadelor de decompensare pentru care pacientul are nevoie de consultatie nu numai epicriza de etape la 3 luni</p> <p>ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU Revine cu aceeași argumentație ca pentru pct. 4 din proiectul de act</p>	<p>CMR - motivatie: - epicriza de etape la 3 luni reprezinta o reevaluare in cazul in care evolutia este buna sub tratament dar afectiunile pot sa se complice sau sa apara episoade de decompensare in afara termenelor de dispensarizare.</p>

	<p>normativ, cu solicitarea de a fi decontată lunar consultația de control, conform realității și nu după criteriile arbitrare.</p> <p>FNPMF și SNMF: În Protocol s-a convenit decontarea ca și servicii a bolilor intercurrente (decompensări sau acutizarea bolilor cronice). Prin urmare solicităm, pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programe și afecțiuni cronice monitorizabile, a consultațiilor pentru episoadelor intercurrente sau pentru acutizarea bolilor cronice, în afara raportării la 3 luni.</p>	
<p>ANEXA 7 „11. În Anexa nr.7, la punctul 3 de la litera C din Capitolul I, se introduce un subpunct nou - subpunctul 34, cu următorul cuprins: „34. Chirurgie vasculară”.</p>	<p>CMR - propunere: - introducerea a încă unui subpunct: „35 chimioterapie în ambulator”</p>	
<p>ANEXA 7 „12. În Anexa nr.7, la Capitolul I, după Nota 3 se introduce o notă nouă, Nota 4 cu următorul cuprins: „Nota 4: „Medicul de specialitate poate emite prescripții medicale lunare pentru bolile cronice, aferente consultației efectuate în vederea dispensarizării/monitorizării bolnavilor cu afecțiuni cronice, inclusiv pentru afecțiunile cronice care se regăsesc în Anexa nr. 39 A și pentru care se decontează o consultație la un interval de timp de minimum 3 luni.”</p>	<p>CAS MTCT Solicita să se specifice că această prevedere este valabilă numai pentru pachetul de servicii de bază.</p>	<p>CAS MTCT nota 3 există doar la nivelul pachetului minimal iar pe pachet minimal nu se prescrie Rp în regim compensat, motiv pentru care <u>solicităm introducerea acestei note la pct C</u> - pachetul de servicii medicale de bază; există și</p>

	<p>ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU Sustine același puncte de vedere prezentate pentru pct. 4 și 10 din proiectul de act normativ.</p> <p>CMR - propunere: - decontarea fiecărei consultatie indiferent ca este in cadrul monitorizarii, dispensarizarii, episoade nou sau boala cronica</p> <p>A.M.S.A. – C.M.I.: - propune ca pacienții care au afecțiuni cronice, inclusiv cei din Anexa 39A, să fie consultați cel puțin lunar, să li se elibereze prescripție</p>	<p>alte afecțiuni cronice care se monitorizeaza de catre medicul specialist si care nu sunt cuprinse in anexa nr 9 sau 39A, motiv pentru care trebuie intarita afirmatia ca si pt afecțiunile din anexa 9 se pot emite prescripții lunare chiar daca se deconteaza doar 2 consultatii pe tip de afecțiune /asigurat</p> <p>CMR - motivatie: - eliminarea cuantificarii si decontarii oricarui alt serviciu aferent unei consultatii medicale, trebuie sa aduca ceva compensator</p> <p>A.M.S.A. – C.M.I. - observații: - Număr mare de bolnavi cronici care depind de prescripție lunară, iar</p>
--	---	---

	<p>lunară, iar acolo unde este posibil / necesar să se trimită către medicul de familie care să-l monitorizeze aproximativ 3 luni.</p>	<p>eliberarea de prescripții fără un minim control este periculoasă.</p> <p>- nu poate fi îngădit dreptul pacientului la consultații (de ce 3 luni și nu 4 sau 2?)</p>
	<p>ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU Propuneri generale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cele trei consultații medicale de specialitate pentru un episod acut de boală să fie decontate integral medicilor specialiști; 2. Cele două consultații pentru cazurile cu diagnostic confirmat să fie integral decontate medicilor specialiști; 3. Decontarea lunară a consultațiilor pentru bolile cronice aflate în monitorizarea CAS prin medicul de specialitate și a bolilor incluse în programele naționale de sănătate, în cazurile în care este necesară rețeta lunară, așa cum s-a convenit la negocierile din 08.04.2010; 4. Decontarea consultațiilor de urgență; 5. Excluderea de pe fila de buget a 	

	<p>medicinii de specialitate a consultațiilor de homeopatie, fitoterapie, acupunctură și planificare familială care nu sunt specialități medicale ci competențe medicale ale medicilor de familie, interzicerea prezentării directe, fără bilet de trimitere, la aceste consultații;</p> <p>6. Excluderea de pe lista de investigații paraclinice a celor interzise prin lege din anul 2006 – vezi radioscopia pulmonară;</p> <p>7. Introducerea la Capitolul II, nota 5 și a codului 191 referitor la DEXA segmentară. Așa cum îi arată și numele, DEXA segmentară se referă la diferite segmente ale corpului, care presupun poziționări diferite: coloană lombară, șolduri și treime medie antebraț – nu se poate deconta doar un singur segment când recomandările internaționale sunt de a scana obligatoriu coloana lombară și ambele șolduri sau dacă nu se poate unul din aceste segmente, a treimii medii a antebrațului.</p> <p>8. Eliminarea interdicției pentru medicii radiologi de a apărea pe mai multe contracte cu CAS, solicitare</p>	
--	---	--

	<p>justificată de deficitul de medici radiologi la nivel național, precum și a costurilor mari pentru aparatură, care sunt prohibitive pentru deschiderea de noi cabinete.</p> <p>9. Susțin în integralitatea lor, propunerile înaintate de AMSA – CMI.</p>	
<p>ANEXA 7 13. În anexa nr. 7, la pct. *3) de la Nota 1 de la Capitolul II, se modifică și va avea următorul cuprins:</p> <p>„*3) Se decontează numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialiști cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie. Se poate deconta fără recomandarea medicului specialist din ambulatoriul clinic, dacă este considerat necesar a fi efectuat, pe răspunderea medicului de laborator, respectiv a specialiștilor cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie, cu încadrarea în maxim 10% din numărul total al hemoleucogramelor raportate de furnizorul respectiv și decontate de casele de asigurări de sănătate pentru care nu a existat recomandarea de la medicul de specialitate pentru „examen citologic al frotiului sanguin”.</p>	<p>PALMED</p> <p>Se deconteaza numai daca este efectuat de medicul de laborator sau de specialisti cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie.</p> <p>Se poate deconta fara recomandarea medicului specialist din ambulatoriu clinic, daca are sustinere patologica, pe raspunderea medicului de laborator, respectiv a specialistilor cu studii superioare nemedicale care au specializare in hematologie, pentru hemoleocogramele pentru care nu a existat recomandarea de la medicul de specialitate pentru “examen citologic al</p>	

	frontiului”	
ANEXA 8 „14. În Anexa nr. 8, teza a doua de la alin. (2) al art. 3 se modifică și va avea următorul cuprins: „Numărul serviciilor conexe actului medical care pot fi raportate de medicul de specialitate care le-a solicitat și care se află într-o relație contractuală cu persoana fizică sau juridică autorizată să le efectueze, se decontează de către casele de asigurări de sănătate, luând în considerare faptul că un medic de specialitate poate raporta servicii conexe actului medical în valoare de maximum 52 lei pe zi, corespunzător unui număr întreg de servicii conexe.”	ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU Consideră corectă precizarea ca decontarea serviciilor conexe sa se faca prin fiecare medic de specialitate care raportează. Au existat numeroase demersuri în scopul acordării psihologilor clinicieni a dreptului de a încheia contracte directe cu CAS și de a le fi decontate consultația psihologică, psihoterapia și consilierea psihologică, însă nici până în prezent sistemul indirect de contractare nu a fost modificat.	ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATORIU Medicii specialiti accepta sa incheie contracte cu psihologii, din solidaritate profesionala, dar considera incomod, injust si hiperbirocratizat actualul sistem de contractare indirecta.
ANEXA 9 pct 27 – psihoze	CAS MTCT Anexa 9 pct 27 - boli psihice (schizofrenie, tulburari schizotipale si delirante,tulburari afective majore, tulburari psihotice acute si boli psihice copii, autism)	CAS MTCT corelare cu G15 din HG nr 720/2008; exista si alte boli psihice care nu se incadreaza in grupa psihozelor si pt care monitorizarea, conform protocoalelor de practica se face prin medicul specialist.
Anexa 10 A. Evaluarea capacității resurselor tehnice 1. Hematologie: 1.1. Morfologie*) „*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de	OBBC Propune completarea după cum urmează: „*) De menționat obligativitatea citirii frotiurilor sanguine de către medicul de	OBBC În coroborarea cu propunerea de la pct. *3) de la Nota 1 de la Capitolul II din Anexa 7

laborator cu specializare în hematologie.”	laborator cu specializare în hematologie, respectiv a specialistilor cu studii superioare nemedicale, care au specializare in hematologie.”	
ANEXA 25 Art. 9 (4) Casele de asigurări de sănătate decontează primele 30 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu la tariful prevăzut la art. 2 alin. (2), iar pentru zilele ce depășesc primele 30 de zile, la un tarif ce reprezintă 50% din tariful prevăzut la articolul mai sus menționat.	CAS HARGHITA ANEXA 25 Art. 9 (4) Casele de asigurări de sănătate decontează primele 30 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu la tariful prevăzut la art. 2 alin. (2), iar pentru zilele ce depășesc primele 30 de zile, la un tarif ce reprezintă 50% din tariful prevăzut la articolul mai sus menționat. La calculul primelor 30 de zile de îngrijiri se vor avea în vedere și zilele de îngrijiri la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate în episoadele de îngrijiri precedente.	CAS HARGHITA Considerăm că ar fi util să se precizeze exact modul de calcul a celor 30 de zile de îngrijiri la domiciliu în vederea evitării diverselor interpretări posibile.
ANEXA 30	ANEXA 30	
	Colegiul Farmaciștilor din România: 1. Probleme ridicate legate de metodologia de calcul a pretului de referinta: - neclaritati privind modul de aplicare a metodologiei de calcul (daca se aplica si asupra pretului de decontare; lipsa unor informatii suficiente) - efecte negative care vor afecta sistemul	

	<p>de asistenta cu medicamente a populatiei (cresterea coplatii pacientilor, discrepante intre produse, discrepanta fata de ghidurile terapeutice elaborate de MS, reorientarea medicilor/pacientilor spre alte tratamente)</p> <p>2. Propunere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revizuirea modului de folosire a DDD-urilor in interiorul unei grupe terapeutice astfel încât la calculul prețului de referință să nu se utilizeze un DDD specific pentru o altă terapie;; - ajustarea prețului de referință astfel încât să nu fie încurajată utilizarea de produse cu dozaj / concentrație mică; - prețul de referință să ia în calcul prețul flaconului și concentrația de substanță activă a acestuia; - să se ia ca referință concentrația de substanță activă și nu buc. / plasure 	
<p>ANEXA 39 A</p> <p>B. Afecțiuni pentru care unele medicamente specifice se aprobă prin comisie CAS/CNAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proceduri intervenționale percutane după implantarea unui stent (G3) 2. Hepatita cronică de etiologie virală (G4) 3. Ciroza hepatică (G7) 4. Leucemii, limfoame, aplazie medulară, gamapatii monoclonale maligne, mieloproliferări cronice și tumori maligne, sindroame mielodisplazice (G10) 	<p>CAS MTCT – solicita introducerea unor noi poziții:</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. ADHD (sublista C3) 18. obezitatea (sublista A) 	<p>CAS MTCT</p> <p>solicitam introducerea acestor afecțiuni pt care tratamentul se aproba prin comisia CNAS/CJAS pt mai mult de 3 luni/an</p>

<p>5. Epilepsie (G11) 6. Boala Parkinson (G12) 7. Scleroza multiplă (G14) 8. Demențe degenerative, vasculare, mixte (G16) 9. Boli endocrine (tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine) (G22) 10. Boala Gaucher (G29) 11. Boala cronică inflamatorie intestinală (G31a) 12. Poliartrita reumatoidă (G31b) 13. Artropatia psoriazică (G31c) 14. Spondilita ankilozantă (G31d) 15. Artrita juvenilă (G31e) 16. Psoriazisul cronic sever (G31f)</p>		
	<p>FNPMF și SNMF: „În afara proiectului în discuție, precizăm că legislația în vigoare permite taxarea consultației la cerere, cu menținerea drepturilor asiguraților. Pentru acest punct urmează a se aduce argumentație suplimentară la o întâlnire pe care o solicităm CNAS.”</p>	

