

Către: Consiliul Concurenței

Piața Presei Libere, nr. 1, corp D1, Sector 1, Cod Poștal 013701, București, Oficiul Poștal 33



În atenția: D-lui Bogdan Chirțoiu

Președinte

De la: Patronatul PALMED

Ref: Distorsiunea gravă a mediului concurențial generată de noile prevederi ale Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014

Data: 9 aprilie 2013

Nr. de pagini: 16 pagini, plus anexe

Stimate Domnule Președinte,

Sub egida Patronatului PALMED, entitate juridică privată având drept scop realizarea de activități de reprezentare, susținere și apărare a intereselor membrilor săi, activă în promovarea de politici constructive în domeniul medical („PALMED”), ne adresăm Consiliului Concurenței în vederea remedierii unei distorsiuni grave asupra mediului concurențial generată de prevederile noului Contract-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 („Contractul Cadru”), publicat în Monitorul Oficial nr. 166 din 28 martie 2013, și normele de implementare aferente, respectiv Normele metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013 – 2014 („Normele”), publicate în Monitorul Oficial nr. 174 din 29 martie 2013. De asemenea, vă supunem atenției noi prevederi discriminatorii incluse în legislația aplicabilă serviciilor medicale în ceea ce privește gestionarea programelor naționale.

Patronatul PALMED reunește la această dată un număr de 46 de prestatori privați de servicii medicale cu reputație pe piață din România, dintre care 18 sunt proprietari de spitale private și 2 au demarat lucrări aferente dezvoltării de noi spitale (lista completă a membrilor PALMED este atașată în Anexa nr. 1).

În această calitate, PALMED este profund îngrijorat de situația generată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate („CNAS”) și Ministerul Sănătății („MS”, „Ministerul”) prin modificarea principiilor statuite de Contractul Cadru.

În cazul în care autoritățile române competente nu vor lua măsurile necesare remedierii distorsiunilor concurențiale generate, atât funcționalitatea pieței serviciilor medicale, cât și drepturile pacienților vor fi grav și iremediabil afectate.

Menționăm că Alianța pentru Sănătate din România, precum și Uniunea Generală a Industriașilor din România subscriv la prezentele susțineri formulate de PALMED.

I. SITUAȚIA DE FAPT

A. Contractul Cadru – act administrativ cu caracter normativ în baza căruia Casele de asigurări de sănătate contractează cu furnizorii de servicii medicale

Conform art. 217 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății („Legea Sănătății”)¹, persoanele asigurate în sistemul public de sănătate (majoritatea populației României) au dreptul la un pachet de servicii de bază în condițiile Legii Sănătății. Drepturile acestora sunt reglementate prin Contractul Cadru.

Contractul Cadru este elaborat de Casa Națională de Asigurări Sănătate („CNAS”), avizat de Ministerul Sănătății și aprobat prin hotărâre a Guvernului. Contractul Cadru este elaborat și aprobat periodic, la fiecare 2 ani.

Acesta reglementează condițiile acordării asistenței medicale precum: (i) pachetul de servicii de bază la care au dreptul persoanele asigurate și 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; (ii) criteriile și standardele calității pachetului de servicii; (iii) alocarea resurselor și controlul costurilor sistemului de asigurări sociale de sănătate în vederea realizării echilibrului financiar al Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate („FNUASS”); (iv) tarifele utilizate în contractarea pachetului de servicii de bază, modul de decontare și actele necesare în acest scop; (v) internarea și externarea bolnavilor; (vi) condițiile acordării serviciilor la nivel regional și lista serviciilor care se pot contracta la nivel județean, precum și a celor care se pot contracta la nivel regional; sau (vii) coplata pentru unele servicii medicale.

În baza prevederilor din Contractul Cadru, Casele de asigurări de sănătate contractează cu furnizorii de servicii medicale eligibili (printre care se numără atât unitățile sanitare publice cu paturi - spitale publice, cât și cele private²) stabilind totodată condițiile decontării din FNUASS a activităților prestate de furnizorii de servicii medicale pacienților asigurați în sistemul public de sănătate³.

¹ Publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 372 din 28.04.2006, cu modificările și completările ulterioare.

² Conform art. 245 din Legea Sănătății, unitățile sanitare publice sau private, organizate conform prevederilor legale în vigoare, autorizate, evaluate și selectate pot fi furnizorii de servicii medicale și pot fi în relații contractuale cu casele de asigurări. Casele de asigurări de sănătate pot închide contracte pentru furnizarea de servicii numai cu unitățile care îndeplinesc criteriile de evaluare stabilite de CNAS și MS.

³ Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și Casele de asigurări de sănătate sunt de natură civilă și se desfășoară pe bază de contract (art. 246 din Legea Sănătății).

B. Cadrul normativ actual cu privire la decontarea serviciilor medicale spitalicești din FNUASS

În prezent, serviciile medicale (inclusiv cele spitalicești) furnizate asigurașilor din sistemul public de sănătate sunt decontate din bugetul FNUASS indiferent dacă acestea sunt furnizate de entități publice sau cele private sub condiția îndeplinirii unor criterii de calitate ce permit contractarea cu Casele de sănătate.

Pentru același tip de serviciu medical spitalicesc, furnizat de o unitate sanitată privată cu paturi sau una publică, din FNUASS se decontează aceeași contravaloare. Elementele necesare pentru calculul contravalorii decontabile per serviciu medical se stabilesc anual în cadrul Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, contravaloarea respectivă putând fi (i) o sumă fixă, tarifară, prestabilită per serviciu medical în lista inclusă în Normele Metodologice anexate la Contractul-cadru sau (ii) pentru anumite proceduri, o sumă determinată prin alocarea (în mod automat, de către un sistem electronic) a unui indice de complexitate (prestabilit de Norme în funcție de diverse particularități ale procedurii), după introducerea de către prestator a detaliilor procedurii efectuate.

Drept urmare, cadrul legal existent nu permite în niciun mod favorizarea la decontarea din FNUASS (din punct de vedere valoric sau în orice alt mod) a serviciilor prestate de unitățile private în detrimentul celor publice și viceversa.

Ca principiu general, la bugetul FNUASS contribuie, cu 5,5% din venit, toți cetățenii români cu domiciliu în țară, în calitate de asigurați. Ca atare, în baza principiului solidarității, cu toate că valoarea efectiv contribuită de persoanele cu venituri mari este mai mare decât cea contribuită de persoanele cu venituri mici (având în vedere că respectiva cotă de 5,5% se aplică la o sumă totală mai mare), ambele categorii de cetăteni beneficiază, pentru același tip de serviciu medical, de decontarea unei sume egale din FNUASS.

C. Procesul de aprobat a Contractului Cadru pentru perioada 2013 - 2014

În contextul procedurii de aprobat a Contractului Cadru pentru 2013 - 2014, CNAS și Ministerul au modificat principiile de funcționare a sistemului serviciilor medicale prin unități sanitare cu paturi, după cum urmează:

- Limitarea la 5% din totalul numărului de paturi disponibile la nivel județean a paturilor pentru care spitalele private pot contracta cu Casele de asigurări sănătate.
- Interdicția decontării de către Casele de asigurări sănătate a cazurilor transferate de la unitățile sanitare private cu paturi. Astfel, în eventualitatea unui transfer al unui pacient de la o unitate sanitată privată cu paturi la o unitate publică, unitățile private sunt obligate să plătească spitalelor publice costurile efectiv realizate pentru cazurile transferate. Contractul Cadru nu prevede nicio plafonare sau metodologie obiectiva de cenzurare a acestor costuri. De asemenea, obligația se aplică indiferent de patologie și de termenul ce curge de la momentul internării până la cel al transferului. Obligația nu este simetrică pentru cazurile de transfer de la spitale publice la spitale private.
- Stabilirea unor condiții pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești în baza unor valori arbitrale. Situație relativ similară măsurii adoptate de Minister privind înghețarea cursului de schimb pentru medicamentele de import eliberate cu prescripție medicală în perioada 1 septembrie 2007 – 31 octombrie 2008. De asemenea, sunt stabilite condiții discriminatorii pentru spitalele private care în anul 2012 nu au

contractat (indiferent de motiv, spre exemplu, constituie în anul 2013, lipsa unui interes în contractare în anul 2012, constituirea la finalul anului 2012) cu Casele de asigurări de sănătate. În acest caz, se aplică o reducere de 20% a sumelor decontate.

În plus față de cele de mai sus, dorim să atragem atenția autorității de concurență asupra unei discriminări grave între sistemul spitalicesc public și cel privat cu privire la implementarea programelor naționale de sănătate. Astfel, conform Legii Sănătății modificate prin Ordonație de Urgență a Guvernului nr. 91/2012 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății „*implementarea programelor naționale de sănătate se realizează prin unități de specialitate selectate în baza criteriilor aprobate în normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate. [...] unitățile de specialitate sunt: a) instituții publice; b) furnizori publici de servicii medicale; c) furnizori privați de servicii medicale pentru serviciile medicale care excedează capacitatea furnizorilor publici de servicii medicale; d) furnizori privați de medicamente și dispozitive medicale*”.

Prin această măsură, se limitează posibilitatea spitalelor private de a participa la programele naționale de sănătate, cu excepția situației în care furnizorii publici de servicii medicale nu au o capacitate suficientă. Prevederea a fost preluată și prin art. 4 din Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014.

II. NOILE PREVEDERI ALE CONTRACTULUI CADRU DISTORSIONEAZĂ ÎN MOD GRAV LIBERA CONCURENȚĂ. MAI MULT, ACESTE PREVEDERI ÎNCALCĂ ȘI PRINCIPIILE DIN TRATATUL PRIVIND FUNCȚIONAREA UNIUNII EUROPENE PRIVIND PIATA UNICĂ

A. Limitarea la 5% a numărului de paturi pentru care spitalele private pot contracta cu Casele de asigurări de sănătate constituie o distorsiune gravă a mediului concurențial. Această situație va conduce la ieșirea de pe piață a furnizorilor privați de servicii medicale care au realizat/demarat investiții în spitale private și la limitarea de noi investiții/jucători în domeniu.

Față de contractul-cadru aplicabil pentru perioada 2011-2012, noul Contract Cadru completează art. 61 cu o nouă prevedere (art. 61 alin. (8)) conform căreia „*Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești cu spitalele pentru numărul de paturi contractabile stabilite la nivelul fiecărui județ în conformitate cu Planul național de paturi, din care un procent de maxim 5% din paturile contractabile se contractează cu furnizori privați pentru spitalizare continuă. Paturile necontractate în limita de 5% cu furnizorii privați se redistribuie către furnizorii publici din județul respectiv. În situații justificate, cu aprobarea Ministerului Sănătății și a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, potrivit normelor, se poate depăși procentul de 5% al paturilor contractate cu furnizorii privați, fără a se depăși numărul de paturi contractabile stabilit la nivelul fiecărui județ*”.

i. Spitalele private concurează cu cele publice pentru contractarea cu Casele de asigurări de sănătate, precum și sub aspectul serviciilor decontate din FNUASS, inclusiv în ceea ce privește participarea la programele naționale de sănătate (indiferent de sursa de finanțare, de către MS sau CNAS)

Deși autoritatea de concurență a considerat în anumite ocazii că serviciile medicale spitalicești private și cele publice nu sunt substituibile (spre exemplu, Decizia Nr. 51 din 07.12.2010 privind operațiunea de concentrare economică realizată de către Centrul Medical Unirea SRL prin dobândirea controlului unic direct asupra Euroclinic Medical Centers SA și indirect asupra Euroclinic Hospital SA), cazul de față reprezintă o situație distinctă, cele două sisteme (public și privat) acționând pe aceeași piață a contractării cu Casele de asigurări de sănătate pentru decontarea din FNUASS a serviciilor medicale spitalicești pentru internare prin spitalizare continuă, respectiv participarea la programele naționale de sănătate. În acest sens, precizăm următoarele:

- Conform art. 188 din Legea Sănătății, spitalele publice, similar celor private, funcționează în baza principiului autonomiei financiare: „Spitalele publice sunt instituții publice finanțate integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe bază de contract, precum și din alte surse, conform legii”.
- Pentru a putea funcționa, ambele sisteme (atât cel public, cât și cel privat) necesită contractarea cu Casele de sănătate, în vederea decontărilor din FNUASS. Având în vedere condițiile economico-financiare din România și gradul de dezvoltare a sistemului privat de asigurări private de sănătate (ramură practic inexistentă, fiind foarte slab dezvoltată la acest moment), fondurile atrase de sistemul privat din alte surse decât decontările din FNUASS sunt extrem de reduse și, în orice caz, absolut insuficiente funcționării spitalelor private; practic, singurele surse alternative de venit pentru spitalele private sunt plățile serviciilor medicale realizate în beneficiul pacienților neasigurați în sistemul public sau cele aferente unor servicii/condiții neacoperite din sistemul public de asigurări sau venituri fixe rezultate din “abonamente” (în special de tip *corporate*) contractate direct cu diverși angajatori care doresc să ofere anumite beneficii suplimentare pentru angajați. La această fază a dezvoltării pieței private de servicii medicale decontarea din FNUASS este absolut esențială pentru subzistența spitalelor private.
- Atât spitalele publice, cât și cele private trebuie să respecte aceleași criterii de autorizare, calitate și siguranță pentru a putea contracta cu Casele de sănătate, respectiv pentru a participa la programele naționale de sănătate.
- În stabilirea regulilor generale de contractare, Contractul Cadru nu face distincție între spitalele publice și cele private „Spitalele [publice și private subl. ns.] încheie contract furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea asistenței medicale cu cel puțin două linii de gardă, din care cel puțin o linie de gardă asigurată la sediul unității sanitare cu paturi, organizate și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepția spitalelor pentru bolnavi cu afecțiuni cronice pentru care nu este obligatorie condiția menționată anterior. Spitalele de specialitate încheie contract

furnizare de servicii medicale spitalicești cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prezentului contract-cadru, dacă, la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri, asigură continuitatea activității medicale cu cel puțin o linie de gardă organizată și aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.” (Art. 61 alin. (7) din Contractul Cadru).

- De asemenea, (i) nici Hotărârea Guvernului nr. 151/2011 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2011-2013, (ii) nici Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1268/2012 privind aprobarea detaliierii pe județe a numărului total de paturi, pe anul 2013, nu cuprind vreo distincție (public/privat) cu privire la alocarea numărului de paturi pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare.
- Majoritatea cetățenilor României sunt asigurați în sistemul public de asigurări de sănătate, contribuția fiind obligatorie.
- Analiza pieței relevante trebuie realizată de la caz la caz în funcție de particularitățile speței⁴. Or, în cazul de față, spre deosebire de cazul concentrării economice analizat de Consiliul Concurenței prin Decizia nr. 51 din 07.12.2010 ce viza verificarea unor posibile distorsiuni pe piața prestării de servicii medicale către pacienți, Contractul Cadru are impact asupra exercitării liberei concurențe în ceea ce privește posibilitatea reală de contractare cu Casele de asigurări de sănătate.

ii. Noile prevederi incluse în Contractul Cadru restricționează în mod grav piața serviciilor medicale spitalicești decontate din FNUASS în temeiul Contractelor încheiate cu Casele de asigurări de sănătate

Măsurile adoptate de CNAS și MS pentru modificarea Contractului Cadru și implementarea unei limite în care Casele de asiguri de sănătate pot contracta cu spitale private serviciile de spitalizare continuă produc efecte negative atât pe piața contractării cu Casele de asigurări de sănătate, cât și pe piața furnizării de servicii spitalicești, ridicând bariere artificiale la intrarea pe piață a unităților sanitare private cu paturi. De asemenea, măsura va conduce la ieșirea de pe piață a unor astfel de unități private, cu impact și asupra serviciilor medicale ambulatorii furnizate de aceste instituții pe piața din România.

Astfel:

- La realizarea investițiilor din domeniul sanitar din România⁵, entitățile sanitare private s-au bazat pe planuri de afaceri ce au luat în calcul, printre altele, (i) posibilitățile de funcționare și dezvoltare oferite legislația existentă, (ii) o estimare rezonabilă asupra stabilității cadrului legal aplicabil, având în vedere inclusiv principiile de funcționare ale unui stat de drept modern, membru al Uniunii Europene („UE”) și având ca deziderat de bază al ultimilor 22 de ani trecerea la o economie de piață funcțională și liberalizarea

⁴ Conform Instrucțiunilor Consiliului Concurenței privind definirea pieței relevante „definirea pieței relevante este un instrument de identificare și de delimitare a cadrului în interiorul căruia se exercită concurența între întreprinderi. Scopul principal al definirii pieței relevante este acela de a identifica în mod sistematic constrângerile concurențiale cu care se confruntă întreprinderile în cauză”.

⁵ Conform datelor PALMED, în perioada 2010-2012 în sistemul spitalicesc privat s-au realizat investiții de peste 280 de milioane de Euro, depășind 130 milioane euro numai anul trecut, în timp ce cele 74 de spitale private aflate în contract cu casele de sănătate au primit în medie 635.135 euro/an pentru serviciile medicale prestate, inclusiv servicii efectuate în ambulatoriu (ce reprezintă cea mai mare parte din sumă).

serviciilor, (iii) perioada de amortizare a investiției. Or, măsura vizată de CNAS și Minister afectează radical orice plan de afaceri din domeniul spitalelor private ce are la bază prezumțiile rezonabile indicate mai sus. Investitorii afectați nu au altă alternativă decât să închidă afacerea și, pe cât posibil, să minimizeze pierderile suferite. Mai mult, având în vedere că entitățile private ce dețin spitale activează și pe alte piețe de servicii medicale (e.g. ambulatoriu, servicii paraclinice/de laborator etc.), operând o afacere integrată și interdependentă din punct de vedere financiar, eșecul unei investiții majore precum cea implicată de construirea/achiziționarea unui spital (ce necesită inclusiv atragerea de finanțări, constituirea de garanții etc.) va avea un impact imediat și direct asupra posibilității de a mai putea furniza în continuare orice alte servicii medicale. Investitorii vor fi supuși unei scăderi radicale a veniturilor totale, în condițiile existenței unor mari investiții neamortizate și ale unor debite semnificative, cu termene de rambursare către finanțatorii care au susținut construirea/dezvoltarea unității sanitare. Drept urmare, opțiunile pentru mareea majoritate a unor astfel de prestatori privați de servicii medicale se vor reduce la (i) închiderea voluntară a întregii afaceri din România în speranța minimizării pierderilor sau – și cel mai probabil - (ii) la faliment.

- De asemenea, măsura modificării principiilor de contractare din Contractul Cadru va determina, printre altele: (i) o scădere dramatică a oricărora noi investiții private în domeniul spitalelor private (din lipsa fezabilității economice a majorității unor astfel de proiecte, prin eliminarea unei surse de bază a venitului); (ii) o scădere dramatică a noilor investiții private în domeniul larg al sănătății.
- Măsura va afecta în mod direct pacienții și posibilitatea reală de tratament a acestora. Având în vedere nivelul actual de dotare (paturi, echipamente etc.) al spitalelor publice, este cert că acestea nu pot absorbi o creștere imediată a numărului de pacienți și a costurilor aferente generate de limitarea la 5% a numărului de paturi în sistemul privat. Afluxul de pacienți va destabiliza complet sistemul public (deja supraîncărcat) și va determina grave probleme financiare în condițiile în care creșterea numărului de pacienți va implica și o creștere a cheltuielilor spitalelor publice care, în lipsa unui management performant, nu vor putea fi acoperite doar din decontările FNUASS (ce au la bază valori de decontare foarte mici).
- Nu în ultimul rând, măsura va conduce la afectarea economiei naționale în general, prin creșterea riscului de țară, cu consecința scăderii generale a investițiilor străine în România (având în vedere instabilitatea cadrului legal în domeniile cheie, care presupun investiții mari și responsabilitate politică maximă – precum domeniul sănătății). De asemenea, prin multiplele ieșiri de pe piață, măsura va conduce la pierderea unor sume importante atrase în prezent la bugetul de stat din plata taxelor și impozitelor⁶ și la creșterea somajului⁷.

⁶ Astfel, din estimările PALMED în ultimii 4 ani spitalele private au contribuit direct la bugetul de stat cu peste 175 de milioane de Euro. La această sumă trebuie adăugate taxele și impozitele plătite de furnizorii și colaboratorii spitalelor private, ale căror venituri (și, ca atare, și cantumul impozitelor plătite la stat de aceștia) sunt direct influențate de situația financiară/existența spitalelor private, efectul negativ al Proiectului fiind unul "în lanț".

⁷ Creșterea somajului va avea impact în rândul personalului medical și auxiliar, precum și în rândul salariaților furnizorilor de spitale. Pierderea de specialiști care au beneficiat gratuit de școlarizare costisitoare și de durată din partea statului român în favoarea altor state. În ultimii 4 ani, membrii PALMED au angajat în sistemul spitalicesc privat aproximativ 19.500 de cadre medicale pentru care s-au plătit taxe de peste 9 milioane de euro. De asemenea, în majoritatea spitalelor private personalul medical funcționează exclusiv în cadrul spitalului privat fără a avea colaborări și în sistemul public. Acest fapt va conduce, printre altele, la creșterea numărului personalului medical ce pleacă în străinătate (în condițiile în care nivelul salarizării în sistemul public este foarte redus), precum și la creșterea ratei somajului.

- Excepția prevăzută de Contractul Cadru privind posibilitatea de extindere a procentului limită pentru anumite situații nu este de natură să înlăture problemele concurențiale generate pe piață întrucât (i) condițiile de extindere nu sunt detaliate și/sau aplicate în baza unor condiții obiective, în caz contrar, acestea urmând a fi aplicate în mod subiectiv; (ii) prevederea lasă loc de interpretare în sensul în care orice posibilă excepție se va aplica în situații excepționale.

Trebuie de asemenea subliniat că, din informațiile PALMED, în țări europene cu tradiție în domeniul medical, spitalele contractează servicii cu sistemul social de sănătate indiferent de forma de proprietate. În aceste state, ponderea sistemului privat în totalul serviciilor decontate ajunge până la cel puțin 20-30%, iar Benelux acest procent depășește un plafon de 60%. Aceste procente reflectă este efectul firesc al unui sistem concurențial, în care organizațiile private sunt mai eficiente și înregistrează costuri de achiziție mai mici decât cele de stat.

În plus, astfel cum vom detalia în cadrul Secțiunii III. de mai jos, măsura constituie o încălcare a prevederilor Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene („Tratatul”, „TFUE”) privind piața unică, cu impact direct asupra liberei circulații a capitalurilor și asupra dreptul de stabilire.

B. Sistemul propus de Contractul Cadru privind acoperirea costurilor în cazul transferului pacientului este discriminatoriu

Conform art. 71 din Contractul Cadru:

- a) „*Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitalicești, cu încadrarea în sumele contractate, în funcție de realizarea indicatorilor negociați conform normelor, în următoarele condiții: (a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialități, decontarea se face în funcție de numărul de cazuri externe, raportate și validate de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății; (b) pentru spitalele/secțiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiași cu cei avuți în vedere la contractare, cu condiția respectării criteriilor de internare și în condițiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite și în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătății; numărul de cazuri externe se raportează și se validează de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar București, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; [...] (h) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncționale organizate în structura spitalelor, finanțate din fondul alocat pentru asistența medicală spitalicească, în condițiile prevăzute prin norme, se decontează în limita sumei contractate;*
- b) *Cazurile interne în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi și au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări*

de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferența fiind suportată de asigurat.

- c) Decontarea cazurilor externe care se reinternează în aceeași unitate sanitată sau într-o altă unitate sanitată, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare.
- d) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitată, în același tip de îngrijire: acut-acut sau cronic-cronic, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează – la unitatea sanitată de la care a fost transferat cazul - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare.”
- e) Prin excepție de la criteriile indicate la pct. d) de mai sus, conform noilor prevederi ale Contractului Cadru pentru perioada 2013 – 2014, decontarea cazurilor transferate de la o unitate sanitată privată cu paturi către o unitate sanitată publică cu paturi se realizează – la unitatea sanitată privată cu paturi - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, Casele de asigurări de sănătate nu decontează unităților sanitare publice cu paturi cazurile transferate de la unitățile sanitare private cu paturi, indiferent de tipul de patologie și de intervalul de timp de la momentul internării până la momentul transferului, unitățile sanitare private fiind obligate să plătească unităților sanitare publice cu paturi costurile efectiv realizate în termen de maxim 30 de zile de la data emiterii facturii; nerespectarea acestei obligații conduce la rezilierea contractului încheiat de casa de asigurări de sănătate cu unitatea sanitată privată cu paturi. Contractul Cadru nu include o prevedere simetrică pentru cazul trimiterilor de la spitalele publice la cele private.

Deși putem înțelege rațiunile ce stau la baza intenției aplicării unor măsuri care să împiedice tratamentul întârziat sau eronat precum și nesoluționarea corespunzătoare a cazurilor medicale cu efecte asupra pacienților și a bugetului FNASS, orice modificare a sistemului existent trebuie să mențină două principii importante, respectiv:

- Necesitatea aplicării unui termen tampon în care să se ofere primul ajutor și să se întreprindă manevrele medicale inițiale de diagnostic și tratament. În acest sens trebuie să se țină cont și de necesitatea protejării pacientului ce nu poate fi trimis la un alt spital pe principii discriminatorii, ci trebuie să îi se asigure asistența medicală de urgență în vederea stabilizării acestuia. Conform art. 170 alin. (1) din Legea Sănătății, orice spital are obligația de a acorda primul ajutor și asistență medicală de urgență oricărei persoane care se prezintă la spital, dacă starea sănătății persoanei este critică. După stabilizarea funcțiilor vitale, spitalul va asigura, după caz, transportul obligatoriu medicalizat la o altă unitate medico-sanitară de profil.
- În practică, spitalele publice sunt cunoscute pentru plimbarea bolnavilor de la un spital la altul, activitate finalizată uneori inclusiv prin decesul pacientului. De asemenea, este în creștere numărul de trimiteri de la spitale publice la cele private, iar nu invers, de la privat la public.
- Orice sancțiune pecuniară trebuie să poate fi în mod obiectiv cuantificabilă și justificabilă și nu poate conduce la o înrăutățire semnificativă și disproportională a poverii aplicate agentului sancționat.

- Situația este disproportională cu atât mai mult cu cât costurile ce trebuie acoperite de spitalele private nu sunt plafonate și/sau datorate în baza unor criterii obiective direct legate de necesitate reală de realizare a costurilor respective. Nu există nicio procedură de validare a costurilor unităților publice ce ar trebui acoperite de cele private în baza noilor prevederi ale Contractului Cadru și/sau un organism/ o comisie independentă care să arbitreze pretențiile unităților publice față de cele private în baza noilor prevederi. Cu alte cuvinte, unitățile publice ar putea deconta orice costuri, până la orice limită chiar dacă respectivele costuri nu erau necesare în mod real sau nu au fost acoperite de unitatea publică respectivă (spre exemplu, situația în care în lipsa unui stoc de medicamente/a unor dispozitive specifice disponibile la unitatea publică pacientul achiziționează respectivele medicamente/dispozitive medicale din buzunarul propriu, urmând ca spitalul public să deconteze de la cel privat costurile respective în baza fișei medicale ce arată că pacientul a primit tratamentul acoperit în realitate de pacient din bugetul propriu.)
- În anumite condiții, se poate impune transferul pacientului în vedere asigurării asistenței medicale optime pentru pacient, în lipsa unei couple directe sau indirecte din partea spitalului de tratament inițial. Această nevoie poate rezulta ca urmare a intervenției unor evenimente ce țin de evoluția bolii pacientului sau de dezvoltarea unei boli/simptomatologii noi. În asemenea cazuri, se impune transferul pacientului în baza protocoalelor de transfer reglementate prin Ordinul Ministerului Sănătății Publice nr. 1091/2006 privind aprobatarea protocoalelor de transfer inter-clinic al pacientului critic. Or, având în vedere că necesitatea transferului este generată de o situație independentă de spitalul de tratament inițial, de personalul medical aferent, gradul de pregătire al acestuia, respectiv gradul de dotare, noua prevedere din Contractul Cadru nu aduce nici un beneficiu real sistemului medical. Măsura este vădită discriminatoare, iar situația generată nu are o justificare obiectivă.
- Mai mult, având în vedere premisa existenței unui contract în vigoare cu Casele de asigurări de sănătate atât pentru spitalul public, cât și pentru cel privat, un regim de excepție aplicabil doar pentru spitalele private nu este justificabilă.
- Măsura conduce la dezavantaje vădite pentru spitalele private aflate în relație contractuală cu Casele de asigurări de sănătate. Contractul Cadru aplică un sistem diferit, mai dezavantajos, pentru spitalele private. De asemenea, acesta nu prevede criterii obiective care să permită cuantificarea în avans a risurilor ce ar putea fi suportate de spitalele private. În acest context, se poate genera o reticenta a spitalelor private de a primi anumiți pacienți în sistemul de decontare de la FNUASS (cu excepția situațiilor de urgență pentru care există obligația de primire), reticență ce este în mod evident dăunătoare și pacientului.

Astfel, măsura inclusă în Contractul Cadru este discriminatoare, conduce la un dezechilibru vădit între tratamentul aplicat pentru unitățile sanitare publice și cele private.

C. Ministerul intenționează stabilirea unor condiții pentru decontarea serviciilor medicale spitalicești în baza unor criterii arbitrare ce nu țin cont de criterii obiective

Conform principiilor stabilite prin Contractul Cadru și Norme, precum și alte norme aplicabile sectorului medical, decontarea serviciilor medicale spitalicești din FNUASS se realizează în funcție de un tarif pe caz rezolvat (sistem DRG) în baza unor indicatori cu structură complexă ce țin cont de Indicele de Complexitate Medicală a cazurilor

(ICM) (art. 65 din Contractul Cadru). ICM-ul depinde de diagnosticul pacienților tratați (diagnostic format din diagnosticul principal, precum și dintr-un diagnostic secundar ce reflectă în mod direct costul suportat de spital per pacient tratat). Acesta este stabilit de Școala Națională de Management Sanitar în baza raportărilor efectuate de spitale și se actualizează periodic în baza Ordinului Ministerului Sănătății nr. 1199/2011 privind introducerea și utilizarea clasificării RO DRG v.1⁸.

Astfel, în cazul unui spital nou creat, cum este situația spitalelor private, ICM-ul crește anual (în mod dinamic) ca urmare a creșterii gradului de complexitate al cazurilor tratate, a achiziționării de aparatură din ce în ce mai performantă, precum și creșterea gradului de specializare al personalului medical ca urmare a programelor de perfecționare continuă. În sens contrar, în multe spitale publice, ICM-ul scade ca urmare a reducerii gradului de complexitate al cazurilor tratate, respectiv al aparaturii disponibile. Această situație este întâlnită mai ales în cazul spitalelor publice din teritoriu.

Prin Normele la Contractul Cadru, CNAS și MS au plafonat ICM-ul pentru anul 2013 (element cheie în structura valorii finale decontate de Casele de asigurări de sănătate) la nivelul celui rezultat din activitățile medicale prestate în anul 2011 (Anexa nr. 17A la Norme).

Conform art. 3 din Ordinul Ministerului Sănătății nr. 862/2011 privind stabilirea sumelor minime contractate de spitale cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile de spitalizare continuă pentru pacienți acuți, pe baza clasificării spitalelor în funcție de competență „*suma posibil de contractat în funcție de capacitatea maximă de funcționare a fiecărui spital se calculează astfel: Sp = Nr.pat x IUpat/DMSnat x ICM x TCP x F1.*”

Astfel, prin măsura adoptată de plafonare a ICM-ului la nivelul celui aplicabil activităților medicale desfășurate în anul 2011 CNAS și MS limitează posibilitatea spitalelor de a obține decontări la nivelul real de performanță medicală, respectiv a costurilor corelative (aparatură, programe de specializare a personalului medical). Spre exemplu, în cazul în care ICM-ul real al unui spital a crescut în anul 2012 față de anul 2011 de la un coeficient de 1,2 la 1,3, aplicarea ICM-ului din 2011 pentru decontare (1,2) în locul celui din 2012 (1,3) conduce la pierderi semnificative pentru spitalul respectiv.

Majorarea coeficientului se poate datora printre altele: (i) funcționării partiale în anul 2011 față de 2012; (ii) unor investiții tehnice suplimentare; (iii) încrederei sporite a pacienților ce preferă să recurgă la serviciile medicale ale respectivei unități pentru probleme din ce în ce mai complexe; (iv) atragerii de personal cu calificări superioare/investiții în trainingul personalului medical; (v) schimbării structurii autorizate a spitalului prin dezvoltarea unor secții ce se adresează unor patologii cu grad de complexitate mai mare. Or, în acest context, se impune actualizarea ICM-ului pentru a corespunde noii realități și poziției reale a spitalului.

Mai mult, conform prevederilor Anexei nr. 17C din Norme, „*pentru spitalele care nu au fost în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate în anul 2012, tariful maximal pe zi de spitalizare pentru 2012 este diminuat cu 20%.*”

O astfel de măsura nu este numai nejustificabilă de criterii obiective, dar și discriminatorie, nu doar între sistemul public și cel privat, dar și între unitățile sanitare private cu paturi.

⁸ Publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. nr. 543 din 01 august 2011.

Situată astfel generată de Minister pe piața serviciilor medicale este similară celei generate pe piața medicamentelor în perioada 1 septembrie 2007 - 31 octombrie 2008 ca urmare a înghețării cursului de schimb valutar pentru medicamentele de import eliberate cu prescripție medicală. Acest fapt a determinat distribuitorii de medicamente la adoptarea (în octombrie 2008) la măsuri extreme în vederea determinării MS la restabilirea unor condiții pro-concurențiale pe piață.

Astfel cum s-a reținut prin Ordinul Consiliului Concurenței nr. 248/13.03.2012 de închidere a investigației din oficiu, deschisă prin Ordinul nr. 406/2008 în cazul ADIM/ADMIR („*Ordinul 248/2012*”), „*Nicio autoritate publică nu poate acționa în afara unui cadru bine determinat, conturat de normele legale aplicabile, dar și pe principii cum este neafectarea operatorilor economici cu care interacționează*” (pct. 99 din Ordinul 248/2012). „*Or, în acea perioadă, atitudinea Ministerului Sănătății nu era justificată de existența unei situații economice extraordinare sau de o normă legală care să o oblige să refuze actualizarea cursului de schimb valutar la nivelul pieței bancare din acel moment, conform demersurilor anterioare ale ADIM și ADMR*” (pct. 100 din Ordinul 248/2012).

Față de cele de mai sus, este evident că măsura aplicată de CNAS și MS este discriminatorie. De asemenea, aceasta limitează libertatea comerțului și autonomia unităților sanitare cu paturi prin aplicarea unor condiții de decontare de la FNUASS ce nu țin cont de situația reală de pe piață.

Mentionăm că membrii PALMED, sub nicio formă nu intenționează adoptarea de măsuri anticoncurențiale în vederea determinării MS și/sau CNAS la actualizarea valorilor aplicabile. PALMED se va adresa instituțiilor competente în vederea restabilirii unor condiții concurențiale reale pe piață (Consiliul Concurenței, instanțele competente din România). În acest context, subliniem încrederea deplină a PALMED în intervenția pro-activă și constructivă a Consiliului Concurenței prin formularea de recomandări către CNAS, MS și Guvernul României în vederea stabilirii unui mediu propice concurenței în sectorul serviciilor medicale.

D. Restricționarea accesului spitalelor private la programele naționale este discriminatorie

Astfel cum am indicat mai sus, printr-o modificare adusă Legii Sănătății la finalul lunii decembrie 2012, spitalele private nu pot participa la programele naționale de sănătate decât în cazul în care furnizorii publici de servicii medicale nu dispun de capacitate suficientă. Prevederea a fost preluată în mod direct și prin Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014.

Or, prin măsura adoptată, se ridică bariere semnificative în calea desfășurării de activități de către unitățile sanitare private cu paturi. O astfel de măsură va atrage consecințe negative majore pentru sectorul serviciilor medicale în sensul indicat la Secțiunea II.A.ii de mai sus.

Mai mult, măsura discriminează pe criterii de proprietate publică versus proprietate privată. În cazul în care, datorită restricțiilor bugetare, era necesară limitarea numărului de spitale ce puteau participa la programele naționale, o asemenea prevedere trebuia bazată pe criterii obiective, de calitate, iar nu pe criterii de proprietate.

III. NOILE PREVEDERI ALE CONTRACTULUI CADRU ÎNCALCĂ PREVEDERILE DIN TRATATUL PRIVIND FUNCȚIONAREA UNIUNII EUROPENE ȘI NORMELE EUROPENE ADIACENTE CE AU CA OBIECT PROTEJAREA PIEȚEI UNICE. DE ASEMENEA, RESTRICȚIA PRIVIND PARTICIPAREA LA PROGRAMELE NAȚIONALE DE SĂNĂTATE ÎNCALCĂ PREVEDERILE TRATATULUI

Libera circulație a bunurilor, persoanelor, serviciilor și capitalului reprezintă principii fundamentale pentru funcționarea Uniunii Europene și a pieței unice, fiind consfințite de Tratat.

Conform art. 49 din Tratat sunt interzise restricțiile privind libertatea de stabilire a resortisanților unui stat membru pe teritoriul altui stat membru. Această interdicție vizează și restricțiile privind înființarea de agenții, sucursale sau filiale de către resortisanții unui stat membru stabiliți pe teritoriul altui stat membru. Libertatea de stabilire presupune accesul la activități independente și exercitarea acestora, precum și constituirea și administrarea întreprinderilor și, în special, a societăților în înțelesul art. 54 alin. (2), în condițiile definite pentru resortisanții proprii de legislația țării de stabilire, sub rezerva dispozițiilor capitolului privind capitalurile.

De asemenea, art. 56 alin. (1) din Tratat interzice restricțiile privind libera prestare a serviciilor în cadrul Uniunii cu privire la resortisanții statelor membre stabiliți într-un alt stat membru decât cel al beneficiarului serviciilor.

Desi anumite excepții pot fi permise pentru motive de sănătate publică, modificarea Contractului Cadru nu îndeplinește condițiile exceptării, astfel cum acestea au fost interpretate de Curtea de Justiție a Uniunii Europene („CJUE”).

Astfel cum am arătat mai sus, noile prevederi ale Contractului Cadru, precum și modificarea Legii Sănătății indicată la Secțiunea II.D. de mai sus, ridică bariere pentru prestarea de servicii medicale spitalicești, precum și în fața realizării de noi investiții în domeniul sănătății în România, inclusiv în ceea ce privește contractarea cu Casele de asigurări sănătate, respectiv în cadrul programelor naționale de sănătate, situație ce contravine principiilor sus-menționate din Tratat. Mai mult, prevederile Contactului Cadru discrimină între sistemul public și cel privat, în special în ceea ce privește regimul trimiterilor pacienților de la un spital privat la un spital public.

Prevederile din Tratat nu permit statelor membre să aplique norme ce permit exclusiv prestatorilor publici de anumite servicii medicale contractarea cu casele de sănătate pentru beneficiul decontării serviciilor prestate pacienților asigurați întrucât aceste bariere contravin principiilor pieței unice europene. De asemenea, prevederile Tratatului interzic discriminarea între sistemul public și cel privat.

Conform CJUE⁹, pentru ca anumite limitări impuse de statele membre să fie compatibile cu prevederile Tratatului, acestea trebuie să îndeplinească următoarele condiții: (i) să fie aplicate în mod nediscriminatoriu; (ii) să fie absolut necesare pentru interesul general, precum sănătatea publică și supraviețuirea populației; și (iii) să nu depășească ceea ce este obiectiv necesar pentru a atinge scopul propus (principiul proporționalității). Un scop de natură pur economică (cum este cel în cauză – prestarea anumitor servicii spitalicești exclusiv de spitale private în scopul manifest al „finanțării revitalizării” sistemului public) nu poate justifica stabilirea de bariere față de principiile de funcționare a pieței unice.

Astfel, noile prevederi ale Contractului Cadru încalcă prevederile Tratatului și poate genera măsuri corective din partea Comisiei, inclusiv un caz în fața CJUE.

⁹ Cu titlu de exemplu, menționăm Cazul C-55/94 *Gebhard*, Cazul C-385/99 *Müller-Fauré*.

Deși Consiliul Concurenței nu are competențe directe în ceea ce privește apărarea pieței unice, impactul negativ asupra mediului concurențial generat de restricțiile ridicate față de buna funcționare a pieței unice trebuie avute în vedere de autoritate în analiza sa asupra speței.

IV. FAJĂ DE MODIFICĂRILE ADUSE CONTRACTULUI CADRU PENTRU PERIOADA 2013 -2013, SE IMPUNE INTERVENȚIA DE URGENȚĂ A CONSILIULUI CONCURENȚEI ÎN VEDEREA RESTABILIRII UNUI MEDIU CONCURENȚIAL NORMAL. DE ASEMENEA, SE IMPUNE INTERVENȚIA AUTORITĂȚII FAJĂ DE NOILE PREVEDERI DISCRIMINATORII DIN LEGEA SĂNĂTĂȚII CU PRIVIRE LA GESTIONAREA PROGRAMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE PRIN UNITĂȚI SPITALICEȘTI

Modificările Contractului Cadru menționate mai sus fac parte dintr-un proiect mai amplu al MS ce vizează restrictionarea posibilității unităților sanitare private cu paturi de a contracta cu Casele de asigurări de sănătate în vederea decontării serviciilor medicale spitalicești furnizate pacienților asigurați în sistemul public de sănătate. Față de argumentele expuse de PALMED ca răspuns la proiectul MS, proiectul inițial a fost modificat.

Totuși, CNAS și Ministerul au menținut în Contractul Cadru pentru noua perioadă de contractare 2013 - 2014 prevederi menite să ridice bariere semnificative în calea accesului unităților sanitare private cu paturi la prestarea de servicii medicale spitalicești, precum și în calea dezvoltării rețelei private de unități sanitare cu paturi din România.

De asemenea, măsurile impuse prin Contractul Cadru discriminează între sistemul public și cel privat în ceea ce privește relația cu Casele de asigurări de sănătate și distorsionează libera concurență pe piață.

Noile prevederi din Contractul Cadru pentru 2013 – 2014 detaliate mai sus încalcă în mod grav principiile liberei concurenței statuate prin Legea Concurenței, în special, prevederile art. 9 din Legea Concurenței nr. 21/1996 („Legea Concurenței”, „Legea”)⁹. De asemenea, acestea încalcă principiile din Tratat privind funcționalitatea pieței unice.

Similar, modificarea Legii Sănătății implementată la finalul lunii decembrie 2012 discriminează între sistemul public și cel privat sub aspectul participării la programele naționale de sănătate.

Față de atribuțiile Consiliului Concurenței stabilite prin art. 26 din Legea Concurenței, autoritatea de concurență:

- * Efectuează investigațiile privind aplicarea prevederilor art. 9 din Legea Concurenței și ia deciziile aplicabile în urma investigațiilor efectuate. Art. 9 din Legea Concurenței interzice orice acțiuni sau inacțiuni ale autorităților și instituțiilor administrației publice centrale ori locale și ale entităților către care acestea își deleagă atribuțiile, care restrâng, împiedică sau denaturează concurența, precum: (a) limitarea libertății comerțului sau autonomiei întreprinderilor, exercitată cu respectarea reglementărilor legale; și/sau (b) stabilirea de condiții discriminatorii pentru activitatea întreprinderilor^{¹¹}. În spăta, prevederile din Contractul Cadru încalcă prevederile art. 9 din Lege.

^{¹⁰} Republicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 742 din 16.08.2005.

^{¹¹} În cazul în care autoritățile nu se conformează deciziei autorității de concurență în termenul stabilit de aceasta, Consiliul Concurenței poate introduce acțiune în contencios administrativ, la Curtea de Apel București, solicitând instanței, după caz, anularea, în tot sau în parte, a actului care a condus la restrângerea, împiedicarea ori denaturarea concurenței, obligarea autorității sau instituției în cauză să emită un act administrativ ori să efectueze o anumită operațiune administrativă.

- Sesizează Guvernului cazurile de imixtiune a organelor administrației publice centrale și locale în aplicarea Legii Concurenței. În cazul e față, CNAS și Ministerul au intervenit în mod negativ asupra liberei concurențe.
- Emite avize pentru proiectele de acte normative care pot avea impact anticoncurențial, autoritațile și instituțiile administrației publice centrale și locale fiind obligate să solicite acest aviz, și poate recomanda modificarea actelor normative care au un asemenea efect. Față de impactul noilor prevederi din Contractul Cadru, CNAS și Ministerul ar fi trebui să obțină avizul Consiliului Concurenței anterior supunerii proiectului spre aprobare Guvernului. Totuși, din datele PALMED susținute și de precizările cuprinse în Nota de fundamentare la Contractul Cadru, modificările propuse de CNAS și MS nu au fost supuse avizării autoritații de concurență. Conform informațiilor deținute de PALMED, proiectul Contractului Cadru a fost aprobat în ședința Guvernului din data de 28 martie 2013, urmând ca hotărârea de aprobare să fie publicată în Monitorul Oficial.
- Face recomandări Guvernului și organelor administrației publice locale pentru adoptarea de măsuri care să faciliteze dezvoltarea pieței și a concurenței. Față de problemele ridicate de modificarea principiilor stabilite prin Contractul Cadru, se impune emiterea de recomandări menite să asigure restabilirea mediului concurențial prin modificarea Contractului Cadru și înlăturarea prevederilor anticoncurențiale.

Prin practica sa, Consiliul Concurenței și dovedit aportul semnificativ la dezvoltarea economiei naționale, intervenind, acolo unde a fost cazul, prin sancționarea practicilor anticoncurențiale, dar și prin formularea în mod public de recomandări și puncte de vedere destinate altor autoritați ale statului pentru remedierea unor situații ce distorsionau un anumit sector de piață din România.

Drept urmare, PALMED se adresează Consiliului Concurenței solicitând intervenția rapidă a autoritații de concurență pentru remedierea situației de distorsiune generată de noul Contract Cadru pentru perioada 2013 – 2014 prin:

- Emiterea unei decizii în temeiul art. 9 din Legea Concurenței în vederea încetării distorsiunilor generate pe piață prin măsurile adoptate de CNAS și MS și implementate prin Contractul Cadru pentru anul 2013 – 2014, precum și formularea de recomandări pentru remedierea situației și evitarea repetării unei situații similare.
- Formularea unui punct de vedere public față de efecte anticoncurențiale vădite generate de noul Contract Cadru și normele de aplicare.
- Formularea unui punct de vedere public față de efectele anticoncurențiale generate de noile modificări aduse Legii Sănătății cu privire la gestionarea programelor naționale de sănătate prin unități spitalicești, precum și a unor recomandări către autoritațile competente pentru restabilirea mediului concurențial normal prin înlăturarea prevederilor discriminatorii și anticoncurențiale din Legea Sănătății și normele de implementare a programelor naționale pentru perioada 2013-2014.

Avem deplină încredere că intervenția Consiliului Concurenței în această problemă va aduce beneficii substanțiale pentru dezvoltarea mediului concurențial în sectorul serviciilor medicale, precum și la îndreptarea efectelor negative generate în cadrul sectorului medical din România prin măsurile adoptate de Guvern, Minister și CNAS.

În final, menționăm că susținerile de mai sus au în vedere o analiză de prim impact a modificărilor aduse sistemului aplicat prin Contractul Cadru, respectiv în ceea ce privește participarea unităților sanitare la programele naționale. În cazul în care vom identifica alte nereguli cu impact asupra mediului concurențial, ne vom adresa autorității în completarea prezentului demers.

De asemenea, față de problematica expusă mai sus, vă solicităm respectuos o întâlnire în vederea discutării chestiunilor ce fac obiectul prezentei adrese.

În speranța unui răspuns favorabil față de susținerile PALMED, rămânem la dispoziția autorității pentru orice informații suplimentare sau clarificări.

Cu deosebită considerație,

PALMED

Prin Cristian Hotoboc, Președinte



Uniunea Generală a Industriașilor din România

Prin George Constantin Păunescu, Președinte

Alianța pentru Sănătate din România

Lista membrilor PALMED

- 1 SC RTC RADIOLOGY THERAPEUTIC CENTER SRL – AMETHYST
- 2 SC ARCADIA HOSPITAL SRL
- 3 SC ATHENA HOSPITAL SA
- 4 SC CHE COSMETICA SRL
- 5 SC DELTA HEALTH CARE SRL
- 6 SC EUROMATERNA SA
- 7 SC EUROMEDICA HOSPITAL SA
- 8 SC EURO EYE SRL
- 9 GRAL MEDICAL
- 10 SC CLINICILE ICCO SRL
- 11 SC CENTRUL MEDICAL LASER SYSTEM SRL
- 12 SC MED LIFE SA
- 13 SC MUNTEANIA HOSPITAL SA
- 14 SC MEDICOVER
- 15 SC MEDISPROF SRL
- 16 SC ONCO CARD SRL
- 17 SC PELICAN IMPEX SRL
- 18 SC SANADOR SRL
- 19 SC TEO HEALTH SA - SPITALUL SF.CONSTANTIN
- 20 SC SPITALUL SF.SAVA SRL
- 21 SC TERAPEUTICA SA
- 22 SC BABEL MODEL SRL
- 23 SC BIOCLINICA SA
- 24 SC BIODEV MEDICAL CENTER SRL
- 25 SC CLINIC INVEST SRL
- 26 SC CMI DR.STOICA FLORISANDA
- 27 SC CENTRUL MEDICAL SANATATE UMANA SRL
- 28 SC DORNA MEDICAL SRL
- 29 SC ECOMED SRL
- 30 SC HIPERDIA SA
- 31 SC LABONERV SRL
- 32 SC LABORATOARELE BIOCLINICA SA
- 33 SC MEDCENTER SRL
- 34 SC MEDICAL COMPANY SRL
- 35 SC MEDICALTEST SRL
- 36 SC MEDICLIM A&M SRL
- 37 NEUROMED
- 38 SC NPA - LABORATOR ANALIZE MEDICALE SRL
- 39 SC OPTIMUS MEDICA SRL
- 40 SC PRODIA SRL
- 41 PRO LIFE CLINICS SRL
- 42 SC SAMA SRL
- 43 SC CLINICA SANTE SRL

-
- 44 SC SCANDIA IMAGISTICA SRL
 - 45 SC CLINICA ANIMA SRL
 - 46 SC VALCRI MEDICAL SRL

Lista membrilor Alianței pentru Sănătate din România

- ASOCIAȚIA MEDICALĂ ROMANĂ – AMR
- SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINĂ A FAMILIEI – SNMF
- ASOCIAȚIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR DE AMBULATOR – A.P.M.A
- SOCIETATEA ROMANĂ DE NEURO OFTALMOLOGIE – RONOS
- SOCIETATEA ROMANĂ DE MEDICINA DE LABORATOR – SRML
- SOCIETATEA ROMANĂ ALZHEIMER
- ASOCIAȚIA MEDICILOR REZIDENTI
- ASOCIAȚIA NAȚIONALĂ PENTRU PROTECȚIA PACENȚILOR – A.N.P.P.
- FUNDAȚIA CRUCEA ALB GALBENĂ DIN ROMÂNIA
-
- ASOCIAȚIA PAVEL
- ASOCIAȚIA UMANITARĂ EQUILIBRE
- ASOCIAȚIA DE AJUTOR MUTUAL ADAM BUCURESTI – ADAM
- ASOCIAȚIA MAME PENTRU MAME
- ASOCIAȚIA M.A.M.E.
- ASOCIAȚIA THE LITTLE PEOPLE ROMANIA
- ASOCIAȚIA SOS INFERTILITATEA
- FUNDAȚIA PENTRU PROTECȚIA ADULȚILOR CU BOLI CARDIACE – FUNDAȚIA PROTCARD
- ASOCIAȚIA SANO-HEP ROMANIA
- FUNDAȚIA FIII GORJULUI
- ASOCIAȚIA CHILDREN'S JOY
- ASOCIAȚIA HANDS ACROSS ROMANIA
- ASOCIAȚIA PENTRU DEZVOLTARE SI SANATATE MURIEL VASLUI
- ASOCIAȚIA COPIILOR CU BOLI CARDIACE CONGENITALE
- ASOCIAȚIA OSTEORE
- ASOCIAȚIA SPITALELOR DIN ROMANIA
- PATRONATUL FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE – PALMED
- PATRONATUL FARMACISTILOR DIN ROMANIA – P.F.D.R.
- ASOCIAȚIA DISTRIBUITORILOR DE MEDICAMENTE DIN ROMANIA – A.D.M.R.
- ASOCIAȚIA FURNIZORILOR DE PRODUSE MEDICALE – A.F.P.M.
- ASOCIAȚIA SERVICIILOR PRIVATE DE AMBULANTE DIN ROMANIA
- FEDERATIA PATRONATELOR FARMACEUTICE DIN ROMANIA
- ASOCIAȚIA AMURADIA (Brașov, bolnavii de cancer)
- **ASOCIAȚIA ROMÂNĂ DE CANCER - GRUPUL DESTINE COMUNE (Miercurea Ciuc – bolnavi de cancer)**