



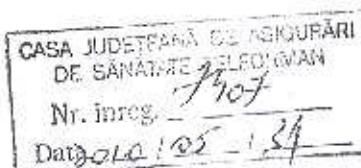
# CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

## CABINET PREȘEDINTE

Calea Călărășilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București  
E-mail: cabinet.presedinte@casan.ro. Tel. 0372 309270; Fax 0372 309251

Nr. HLA 4287, din 05.2010

*de afișat pe site  
1.06.2010  
M*



CĂTRE,

CASA DE ASIGURARI DE SANATATE TELEORMAN

In atenția domnului Președinte Dr. Marius NICA

Urmare a adresei dumneavoastră nr. 2654/2010, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. 5904/2010, adresă în care formulați o serie de întrebări, vă comunicăm următoarele:

➤ Referitor la pct. 1., 4. și 5. din adresa dvs.:

▪ În conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010 și cele ale Anexei nr. 1 și 2 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările și completările ulterioare,

pentru raportarea serviciilor medicale - consultații realizate de medicii de familie, se are în vedere:

- timpul mediu/consultație este de 15 minute;
- un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet;
- în medie, o consultație la domiciliu/zi,

și se coroborează cu programul de lucru al cabinetului medical.

În contextul celor de mai sus, la calculul numărului de consultații ce poate fi raportat, se ia ca referință programul cabinetului medical individual așa cum este prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară, raportul între programul la cabinet și programul pentru consultațiile la domiciliu, se coroborează programul de activitate la cabinet cu timpul mediu/consultație de 15 minute, și se are în vedere numărul mediu de consultații la domiciliu ce poate fi raportat, conform prevederilor legale în vigoare.

lqswd

La un program de 5 ore/zi la cabinet numărul consultațiilor a căror plată se realizează prin plata per serviciu - consultație este în medie de 20 de consultații și nu este un număr fix pe zi. Numărul de consultații /zi poate fi mai mic sau mai mare de 20, astfel încât într-o lună numărul de consultații a căror plată se realizează prin plata per serviciu - consultație să nu depășească numărul de zile în care medicul și-a desfășurat activitatea X nr. de ore la cabinet/zi (conform programului asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) X nr. de consultații/oră (în medie 4 consultații/oră).

În altă ordine de idei, medicul de familie are obligația de a-și organiza activitatea la nivelul cabinetului, respectiv la domiciliu, astfel încât să aloce timpul necesar pentru serviciile care sunt

incluse în plata „per capita”, respectiv pentru serviciile medicale-consultații pentru care plata se realizează prin plata per serviciu-consultație. Consultațiile incluse în plata per capita se pot finaliza la rândul lor cu eliberarea unor acte medicale, inclusiv prescripții medicale.

Numărul consultațiilor la domiciliu ce poate fi raportat este distinct de cel al consultațiilor acordate la cabinet; consultațiile la domiciliu se pot finaliza ca și în cazul consultațiilor la cabinet, cu eliberarea unor acte medicale: *certificat de concediu medical, bișete de trimitere, prescripții medicale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri.*

▪ Există posibilitatea ca numărul prescripțiilor medicale eliberate de medicul de familie să fie mai mare decât numărul de consultații a căror plată se realizează prin plata per serviciu-consultație, având în vedere următoarele aspecte:

- pot fi eliberate prescripții medicale și ca urmare a consultațiilor acordate de medicii de familie care sunt cuprinse în plata „per capita”;
- în cazul pacienților cu afecțiuni cronice ( pentru care casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică - episcriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz), dacă pacientul nu este de acord să i se prescrie medicația pentru 90 de zile deoarece nu își permite financiar se poate prezenta la medic lunar pentru prescrierea lunară a rețetei, aceasta reprezentând „prezentare pentru rețetă” și nu o altă consultație.

În consecință, se recunoaște de către casele de asigurări de sănătate prescripția medicală lunară, dar consultația pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, a cărei decontare se face prin plata pe serviciu, se decontează „o consultație la 3 luni”. Dacă pacientul are mai multe boli cronice, raționamentul de mai sus se aplică pentru fiecare cod de boală.

➤ În ceea ce privește pct. 2. din adresa dvs:

Conform prevederilor art. 2 alin. (2) din Anexa 30 și cele ale Anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010:

- Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în „Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună”; medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

Prin urmare, medicul de familie va prescrie medicația pentru bolnavii cu afecțiuni cronice menționați anterior pentru perioada stabilită de comun acord cu aceștia. Dacă bolnavul va solicita prescrierea lunară a medicației, de comun acord medicul de familie va întocmi lunar prescripția medicală.

➤ Referitor la pct. 3. din adresa dvs. facem următoarele observații:

În conformitate cu prevederile art. 237 alin. (1) lit. j) și n) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare și art. 15, art. 17 și art. 32 lit. m) din Contractul-cadru pentru anul 2010 aprobat prin HG 262/2010, în relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate:

- în categoria serviciilor ce nu sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unitățile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, se numără și:

- asistența medicală la cerere
- serviciile medicale solicitate de asigurat;

- *furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară în cadrul obligațiilor contractuale au și obligația de a întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul.*

- *furnizorii de servicii medicale au dreptul să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere, inclusiv pentru situațiile programabile, dacă asiguratul solicită efectuarea serviciilor respective înaintea datei programate.*

În consecință, dacă medicul consideră ca un pacient poate fi trecut pe lista de prioritate, în situația în care un pacient solicită acordarea serviciilor înainte programării, acestea vor fi considerate servicii la cerere, inclusiv actele medicale (*certificat de concediu medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri*) eliberate în urma acestor consultații. Prin urmare, nu pot fi eliberate prescripții medicale pentru medicamente compensate sau gratuite ca urmare a acestui tip de consultații.

PREȘEDINTE

Dr. Nicolae Lucian PUTA

