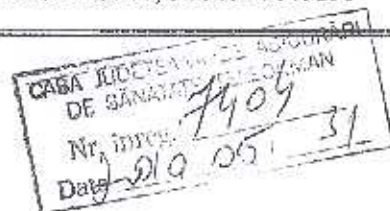




CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE

Calea Calărășilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
 E-mail: cabinet_președinte@casan.ro. Tel. 0372 309270; Fax 0372 309231

Nr. HLA 4284 / 31.05.2010



CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE TELEORMAN

*În atenția Domnului Președinte – Director general – Dr. Marius
 NICA*

Referitor la adresa dvs. nr. 3572/26.04.2010, înregistrată la Casa Națională cu nr. 6381/28.04.2010, vă comunicăm următoarele:

1. Potrivit prevederilor Cap. II, pct. 1. „Criteriul de evaluare a resurselor” – „Evaluarea capacității resurselor tehnice” din anexa nr. 10 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*, cu modificările și completările ulterioare, precizăm:

- La „Biochimie” precizarea - „în funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare investigație/oră se acordă câte 0,06 puncte” – se aplică numai în situația „analizărilor automate”.

- La „Imunologie” precizarea - „în funcție de capacitatea de lucru a aparatului, pentru fiecare probă/oră se acordă câte 0,6 puncte” - se aplică numai în situația „sistemelor speciale”.

2. Conform prevederilor *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*,

- art. 44 (5) „Fiecare medic de specialitate din specialitățile clinice, de medicină dentară, paraclinice și de recuperare-reabilitare a sănătății, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 42, își desfășoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-și majora programul de activitate în condițiile prevăzute la art. 47 alin. (3). (...)”;

- art. 47 „(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția:

a) cabinetelor medicale de specialitate din specialitățile clinice organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor;

b) zonelor/localităților deficiente din punctul de vedere al existenței medicilor de o anumită specialitate, numai pentru:

b1) cabinetele medicale ambulatorii de specialitate organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în care își desfășoară activitatea medicul de specialitate cu normă întreagă sau, după caz, cu integrare clinică într-o secție a unui spital aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care să nu depășească maximum 17,5 ore pe săptămână;

b2) situațiile în care medicul de specialitate din spital are contract cu timp parțial, acesta poate acorda servicii medicale ambulatorii de specialitate în cadrul unui program de activitate stabilit în afara celui din spital și care poate fi de până la 35 de ore pe săptămână, cu obligația ca întreaga activitate desfășurată de către medic, cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să nu depășească 70 de ore pe săptămână, cu respectarea legislației muncii;

c) în situațiile care se încadrează la lit. b), casele de asigurări de sănătate nu contractează și nu decontează servicii medicale efectuate de acești medici în cadrul ambulatoriului integrat al spitalului. (...)"

Art. 47 alin. (1) din *Contractul – cadru pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010*, se referă la posibilitatea cabinetelor medicale din specialitățile clinice de a funcționa cu un program mai mic de 35 de ore, astfel încât prevederile art. 44 alin. (5) rămân valabile și pentru cabinetele medicale care funcționează în zone deficitare.

În consecință, un medic care își desfășoară activitatea în ambulatoriu de spital sau în ambulatoriu integrat al unui spital își desfășoară activitatea într-un singur contract cu casa de asigurări de sănătate.

3. Potrivit prevederilor art. 103, alin. (7) din *Contractul – cadru pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010* și art. 2, alin. (1) și (2) din *Anexa nr. 30 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010*:

- perioada pentru care medicii pot prescrie medicamente pentru bolnavii cu afecțiuni cronice este de până la 30 de zile, cu excepția bolnavilor cuprinși în unele programe naționale de sănătate pentru care perioada de prescriere a medicamentelor poate fi de până la 90 de zile, în conformitate cu prevederile H.G. nr. 261/2010 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010 și a Normelor tehnice de realizare a acestora;

- 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, perioadă 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.

Excepția privind bolnavii cu afecțiuni pentru care prescrierea medicamentelor se realizează lunar, se referă la acele medicamente pentru care există precizări că pot fi prescrise numai la recomandarea medicilor de specialitate, în conformitate cu prevederile *Hotărârii de Guvern nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau*

fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

4. Periodicitatea de acordare a consultațiilor pentru bolnavii cronici care nu sunt cuprinși în Anexa nr. 9 și Anexa nr. 39 A la *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010*, cu modificările și completările ulterioare, este reglementată de prevederile *Ordinului nr. 1108/1993 pentru aprobarea Normelor de supraveghere medicală a unor bolnavi cu afecțiuni de lungă durată și stabilirea bolilor cronice care beneficiază de gratuitate în asistența medicală.*

Concediile medicale pentru bolnavii cu afecțiuni cronice (cu monitorizare la 3 luni) se pot elibera ca urmare a prezentării acestora la medic urmare a unui episod acut al bolii cronice.

PREȘEDINTE

Dr. Nicolae Lucian DUTĂ

