

Începând cu luna iulie 2021, în vederea întăririi activității de prevenție în asistența medicală primară, pentru adulții asimptomatici cu vârsta de peste 40 de ani se acordă un pachet comprehensiv de prevenție. În baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie în cadrul consultațiilor de prevenție, furnizorii de servicii paraclinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări au obligația efectuării investigațiilor recomandate pentru această categorie de vârstă și peste valoarea de contract. Astfel, în situația în care fondurile alocate de casa de asigurări de sănătate au fost epuizate la momentul în care asiguratul cu vârsta de peste 40 de ani solicită acordarea serviciilor recomandate de medicul de familie în cadrul unei consultații de prevenție, acesta va beneficia de investigații, urmând ca furnizorul să primească ulterior contravaloarea lor, peste valoarea de contract, prin încheierea unui act adițional, în baza documentelor care justifică acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie pentru evaluarea stării de sănătate a asiguratului asimptomatic cu vârsta de peste 40 de ani (*prevederile art. 2 alin. (4) din Anexa 18 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022*).

În baza biletului de trimitere pentru investigații paraclinice – analize medicale de laborator, recomandate de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază, în care este completată categoria 5 la secțiunea PREV, furnizorul de servicii paraclinice în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate va efectua investigațiile și peste valoarea de contract.

Această reglementare este menită să prevină apariția unor afecțiuni cronice, al căror debut se înregistrează de obicei între 40 și 50 de ani. Niciun furnizor de servicii paraclinice aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate nu are voie să refuze acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie în cadrul consultației de prevenție pentru asiguratul din lista proprie cu vârsta de peste 40 de ani, pe motiv că s-au epuizat fondurile. Contractul semnat cu casa de asigurări prevede obligativitatea respectării reglementărilor în vigoare. Sesizările primite de la asigurați vor fi verificate și vom lua măsurile care se impun în cazul în care vom constata că le-au fost încălcate drepturile.

*În speranța unei bune colaborări,  
Adrian Gheorghiu, președintele CNAS*

