

Nr. 1394...../2015

CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

ÎN ATENȚIA DOAMNEI / DOMNULUI PREȘEDINTE – DIRECTOR GENERAL

Conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, ordin ale cărui reglementări au intrat în vigoare începând cu data de 01.04.2015:

- **Anexa nr. 19** "CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații paraclinice - analize medicale de laborator pe furnizori de servicii medicale paraclinice - laboratoare de analize medicale";

La Capitolul II, la „Criteriul de evaluare a resurselor”, pct. A. *Evaluarea capacitatii resurselor tehnice*, lit. g), se precizează:

„g) Furnizoril au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru dispozitivele medicale din dotare achiziționate "second hand". Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut care efectuează servicii medicale paraclinice ce fac obiectul contractului de furnizare de servicii încheiat cu casa de asigurări de sănătate. **Aparatele mai vechi de 8 ani calculați de la data fabricării nu se punctează.**

- **Anexa nr. 20** „CRITERII privind selecția furnizorilor de servicii medicale paraclinice - radiologie și imagistică medicală, repartizarea sumelor și defalcarea numărului de investigații medicale paraclinice de radiologie-imagistică medicală”;

La Capitolul II, la „Criteriul de evaluare a resurselor”, pct. A. *Evaluarea capacitatii resurselor tehnice*, lit. h), se precizează:

„h) Furnizorii au obligația să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare și/sau buletinul de verificare periodică care să certifice că softurile sunt actualizate conform normelor producătorului, emise conform prevederilor legale în vigoare, pentru

aparatura din dotare. Această prevedere reprezintă condiție de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respective, în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei de mai jos, respectiv a menținerii sumelor rezultate din aplicarea acestuia.

Se acordă punctaj pentru fiecare aparat deținut. **Aparatele mai vechi de 9 ani calculati de la data fabricării nu se punctează.”**

Având în vedere cele de mai sus, aparatele “refurbished” nu se punctează în cadrul Criteriului de evaluare a resurselor tehnice, cerințele mai sus menționate fiind unele specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate prin care, alături de alte măsuri, se are în vedere creșterea calității serviciilor medicale acordate asiguraților în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

Cu stima,

PREȘEDINTE
Vasile CIURCHEA





Nr. 136/25...../...../...../2015

CĂTRE,**CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNATATE.....****ÎN ATENȚIA DOAMNEI / DOMNULUI PREȘEDINTE - DIRECTOR GENERAL**

I. Referitor la acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale începând cu data de 1 mai 2015, facem următoarele precizări:

Potrivit Hotărârii Guvernului nr. 400 /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015,

Furnizorii de servicii medicale au obligația:

„să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; asumarea serviciilor medicale acordate se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispozitivilor Legii nr. 455/2001, republicată. Serviciile medicale înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea. Serviciile medicale din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora îl se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuñător, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuñătorului sau carteau de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuñătorul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate; medicamentele din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

Furnizorii de medicamente au obligația:

„să solicite, începând cu data implementării cardului național de asigurări sociale de sănătate, acest document/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cei cărora îl se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul și să le utilizeze în vederea eliberării medicamentelor, dacă acestea se ridică din farmacie de către beneficiarul prescripției; în situația în care ridicarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuñător, se solicită cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuñătorului sau carteau de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuñătorul nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate; medicamentele din pachetul de bază acordate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;”

Furnizorii de dispozitive medicale au obligația:

„să folosească on-line sistemul național al cardului de asigurări sociale de sănătate din platforma informatică a asigurărilor de sănătate; în situații justificate în care nu se poate realiza comunicația cu sistemul informatic, se utilizează sistemul off-line; achiziția dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnatură electronică extinsă potrivit dispozitivilor Legii nr. 455/2001, republicată.

Dispozitivele medicale eliberate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul eliberării, pentru dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea. Dispozitivele medicale din pachetul de bază eliberate în alte condiții decât cele menționate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate; prevederile sunt valabile și în situațiile în care se utilizează adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverință înlocuitoare pentru cel cărora îl se va emite card național duplicat sau, după caz, documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea eliberării dispozitivelor medicale.”

Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face începând cu data de 1 mai 2015, potrivit prevederilor de la punctele 11, 12 și 13 din anexa 47 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400 /2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, astfel:

„11. Prezentarea și utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face la momentul acordării serviciului, astfel:

11.1 În asistența medicală primară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.2 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical pentru care nu este necesară prezentarea cardului.

11.3 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea reabilitare medicală și acupunctură utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet la momentul acordării

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament prezentarea cardului se face în fiecare zi de tratament / fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament

11.4 În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază.

11.5 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale paraclinice – analize de laborator prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, cu excepția serviciilor paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice. Pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale dacă sunt singurele investigații recomandate pe biletul de trimisere se utilizează cardul la momentul depunerii probelor la furnizorul de investigații paraclinice; dacă acestea sunt recomandate pe biletul de trimisere împreună cu alte analize de laborator se utilizează cardul la

momentul recoltării analizelor de laborator. Pentru examinările de histopatologie și citologie care nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice probele sunt transmise la furnizorii de servicii medicale paraclinice însoțite de biletele de trimisere fără a fi necesară prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate.

b) pentru serviciile medicale paraclinice – investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicală nucleară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

11.6 În asistența medicală spitalicească utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face, astfel:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internarea și externarea din spital, cu excepția următoarelor situații:

- la internare în spital dacă criteriul la internare este urgență medico-chirurgicală*
- la externare din spital pentru cazurile transferate la un alt spital și la internare ca și caz transferat*
- la externare pentru situațiile în care s-a înregistrat decesul asiguratului.*

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la flegare vizită, cu excepția situațiilor în care criteriul de internare este urgență medico-chirurgicală pentru serviciile acordate în structurile de urgență (camera de gardă/UPU/CPU) care nu sunt finanțate de Ministerul Sănătății/ministerele și instituțiile cu rețea sanitată proprie.

11.7 Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri palliative la domiciliu utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face în flegare zilnică în care se acordă îngrijirile.

11.8. În asistența medicală de reabilitare medicală și recuperare, în sanatorii și preventori utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la internare și externare.

11.9 Pentru dispozitive medicale, este necesară utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate dacă dispozitivul medical se rădăcă de către beneficiar de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale. În situația în care rădăcarea dispozitivului medical de la sediul lucrativ/punctul de lucru al furnizorului de dispozitive medicale se face de către apăraținătorul beneficiarului - membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/flică), împuternicit legal -, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul acestuia;

În situația în care dispozitivul medical se eliberează prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat prezentarea cardului nu este necesară; confirmarea primirii dispozitivului medical expediat de către furnizor prin poștă, curierat, transport propriu ori închiriat și primirea la domiciliu, se face sub semnatura beneficiarului sau ori a apăraținătorului acestuia - membru al familiei - părinte, soț/soție, fiu/flică, împuternicit legal, reprezentant legal - cu specificarea domiciliului la care s-a făcut livrarea, a actului de identitate și a codului numeric personal/codul unic de asigurare ale persoanel care semnează de primire.

11.10 Pentru medicamente cu și fără contribuție personală, utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate se face la momentul rădăcării medicamentelor din farmacie, dacă acestea se rădăcă de către beneficiarul prescris/jiel;

În situația în care rădăcarea medicamentelor de la farmacie se face de către un împuternicit, se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate al împuternicitului sau cartea de identitate/buletinul de identitate/pașaportul, dacă împuternicitul nu poate prezenta card.

12. Informații referitoare la utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către asigurați și fluxul de lucru pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt posteate pe site-ul www.cnas.ro.

13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt aplicabile de la data prevăzută la art. 2 alt. (2) din HG nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a

prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX "Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniu sănătății, cu modificările și completările ulterioare."

Având în vedere cele prezentate:

Vă rugăm să luați toate măsurile care se impun și să informați toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale cu privire la acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, începând cu data de 1 mai 2015 pe baza următoarelor documente:

- cardul național de asigurări sociale de sănătate
- adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință
- adeverință înlocuitoare pentru cărora îi se va emite card național duplicat
- documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul în vederea acordării serviciilor medicale..

În plus, serviciile medicale și dispozitivele medicale acordate pe baza documentelor de mai sus și înregistrate off-line se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării serviciului medical, pentru serviciile acordate în luna pentru care se face raportarea.

Subliniem că începând cu data de 1 mai 2015, serviciile medicale și dispozitivele medicale înregistrate off-line care nu se transmit în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în maximum 72 de ore de la momentul acordării, nu se decontează.

II. Referitor la stabilirea punctajului pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale", facem următoarele precizări:

▪ Potrivit prevederilor din Nota de la punctul 2 *Criteriul de calitate*, Cap. II din Anexa 19 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 pentru aprobaarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii de Guvern nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare:

„NOTĂ:

Fiecare cod de investigație din lista analizelor de laborator prevăzută în anexa nr. 17 la ordin, reprezintă o singură analiză chiar dacă analiza respectivă este compusă din mai mulți parametri.

b) 50% din suma corespunzătoare acestui criteriu se alocă pentru subcriteriul "participare la schemele de intercomparare laboratoare de analize medicale".

Punctajul obținut de fiecare furnizor se stabilește astfel:

b1) - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică și urinară și hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b2) - se acordă câte 2 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de imunologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior; La un număr de participări mai mare de

4 ori pe an, se acordă câte 1 punct în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

b3) - se acordă câte 3 puncte pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniul de microbiologie și din celealte domenii, altele decât cele menționate la lit. b1) și b2 pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior. La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 1,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii."

Prin urmare, punctajul care se acordă suplimentar peste cele 4 participări obligatorii la schemele de testare a competenței, pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize de laborator, pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior, depinde de tipul analizei, conform celor de mai sus și se acordă pentru maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii, respectiv:

- pentru analizele din domeniile de biochimie serică și urinară și hematologie - se acordă câte un punct pentru fiecare participare din anul calendaristic anterior a fiecărei analize din domeniile de biochimie serică și urinară și hematologie prevăzută în anexa nr. 17 la ordin pentru care se face dovada de participare la schemele de testare a competenței **cu condiția ca aceasta să se fi efectuat de cel puțin 4 ori în anul calendaristic anterior**; La un număr de participări mai mare de 4 ori pe an, se acordă câte 0,5 puncte în plus pentru fiecare participare, fiind punctate maxim 8 participări suplimentar față de cele 4 participări obligatorii.

Astfel pentru primele participări se acordă câte un punct pentru fiecare participare = 4 puncte; pentru a 5-a participare se acordă 0,5 puncte deci avem un punctaj total de 4,5 puncte; pentru a 6-a participare se acordă 0,5 puncte deci avem un punctaj total de 5 puncte; etc.

În mod similar se procedează și la stabilirea punctajului pentru analizele din domeniul de imunologie, precum și pentru analizele din domeniul de microbiologie și din celealte domenii.

