

Către: PressOne

În atenția: dnei. reporter Laura Andreea Popa

Stimată doamnă reporter,

Ca răspuns la solicitarea dvs. transmisă pe e-mail în baza Legii nr. 544/2001, înregistrată cu nr. VH 2693/23.04.2024, vă precizăm următoarele:

1. Serviciile medicale efectuate la cererea beneficiarului (pacientului) nu sunt decontate de CNAS în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Pentru ca pacientul, persoană asigurată, să beneficieze de servicii medicale decontate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, trebuie ca necesitatea acestor servicii să fie stabilită în mod obiectiv de medic. În cazul particular menționat de dvs., pacientul, persoană asigurată, nu poate beneficia de RMN gratuit din proprie inițiativă, ci numai dacă, în cursul consultației, medicul specialist consideră că această investigație de înaltă performanță este necesară pentru stabilirea diagnosticului. În acest caz, medicul de specialitate din ambulatoriu va emite conform competenței sale bilet de trimitere pentru investigații medicale paraclinice de înaltă performanță, valabil 90 de zile, la care va atașa, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigații efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului. În cazul pacientului persoană asigurată internat în spital, investigațiile de înaltă performanță se efectuează în cazul în care celelalte mijloace de diagnosticare sunt neconcludente, pentru o listă de patologii clar definite.

2 – 3. Responsabilitatea programărilor la investigații revine furnizorilor de servicii medicale paraclinice. Pacientul (persoană asigurată) nemulțumit de timpul lung de așteptare pe care i-l oferă un furnizor de servicii medicale paraclinice se poate adresa altor furnizori de același tip aflați în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, lista acestor furnizori putând fi găsită pe pagina de internet a casei respective. În practică s-a observat că mulți pacienți tind să se adreseze anumitor furnizori notorii de servicii paraclinice, fără a lua în considerare posibilitatea de a scurta timpul de așteptare adresându-se unui alt furnizor, ba chiar în unele cazuri insistând că numai un anumit furnizor este de încredere. În acest context, trebuie menționat că există nu doar o limită a fondurilor disponibile aprobate pentru servicii paraclinice, ci și o limită tehnică a numărului de investigații RMN pe care un furnizor le poate efectua cu aparatura din dotare, în timpul programului de lucru declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate. Faptul că la nivelul unei case de asigurări de sănătate precum cea a municipiului București (CASMB) s-au înregistrat, la finalul fiecărei luni din trimestrul I al anului 2024, fonduri neconsumate totalizând peste 3 milioane lei pentru serviciile paraclinice de radiologie-

imagistică medicală arată însă că nu limita financiară este cea care duce la un timp lung de așteptare pe listele de programare.

4. Beneficiile calității de asigurat sunt numeroase și ne-ar fi necesare minimum câteva zeci de pagini doar ca să le menționăm pe toate. Acestea nu trebuie privite doar prin prisma unui singur serviciu de nișă, fără a lua în considerare ansamblul tuturor serviciilor de care beneficiază o persoană asigurată, respectiv consultații gratuite, spitalizări gratuite, medicamente compensate, concedii medicale plătite, dispozitive medicale compensate etc. Chiar dacă la un moment dat o persoană asigurată poate fi contribuțoare netă la sistemul de asigurări sociale de sănătate, în sensul că aceasta plătește lunar dar nu beneficiază de niciun serviciu medical, deoarece este sănătoasă, productivă, și nu are nevoie de astfel de servicii, aceasta ar trebui să țină cont de faptul că în trecut a beneficiat de servicii medicale fără să achite vreo contribuție, în perioada copilăriei și a studenției, că în viitor, ca pensionar, va beneficia de asemenea de servicii medicale fără contribuție. De asemenea, în orice moment poate să apară o problemă de sănătate majoră care ar obliga-o, în absența asigurării, nu numai să rămână fără venituri întrucât n-ar mai avea capacitate de muncă, ci să și cheltuie subit pentru tratamente, din propriul buzunar gol, sume care pot ajunge la nivelul zecilor sau sutelor de mii de lei. Mai mult, beneficiile respective nu pot fi evaluate în mod individualist, în condițiile în care din contribuțiile plătite de unii asigurați beneficiază de servicii medicale și alți asigurați scutiți de plata contribuției, cum ar fi copiii din aceeași familie, bunicii pensionari sau soțul/soția coasigurat/ă. În acest context, trebuie menționat că printre principiile de bază ale sistemului de asigurări sociale de sănătate se numără cel al solidarității persoanelor asigurate. În ceea ce privește serviciul RMN, programarea se efectuează în cazurile în care nu există riscul agravării considerabile a stării de sănătate a pacientului, în situații de urgență medicală putând fi efectuat de îndată, în cadrul spitalizării de zi sau continue, pacientul accesând servicii medicale de urgență în camera de gardă/CPU/UPU.

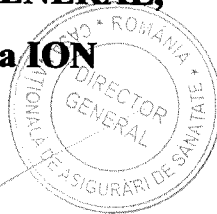
5. Referitor la programul de lucru al furnizorilor de servicii medicale paraclinice, CNAS nu impune acestora un anumit orar, ci doar ca programul în contractul cu casa de asigurări de sănătate să fie de minim 6 ore pe zi, de luni până vineri, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, cerințele fiind ca programul declarat să fie respectat și să fie acoperit de medic/medici de specialitate radiologie-imagistică medicală, medicină nucleară. Furnizorii care oferă un program de lucru de minim 12 ore pe zi, de luni până vineri, primesc un punctaj suplimentar la stabilirea valorii contractului cu casa de asigurări de sănătate, punctaj care se dublează în cazul în care programul de lucru de minim 12 ore pe zi este valabil și pentru zilele nelucrătoare (sâmbătă, duminică, sărbători legale). Un furnizor de astfel de servicii care și-a stabilit programul de lucru în timpul nopții poate oferi o alternativă acelor asigurați care nu se pot prezenta la investigații în timpul zilei din diverse motive. Dacă acest program de lucru nu este apreciat de asigurați, furnizorul se va penaliza singur, întrucât nu va efectua suficiente investigații încât să atingă valoarea de

contract, iar diferența neutilizată va fi redistribuită altor furnizori de servicii de același tip care și-au atins valoarea de contract.

6. CNAS nu încheie direct contracte cu furnizorii de servicii medicale. Aceste contracte sunt încheiate de casele de asigurări de sănătate aflate în subordinea CNAS. În ceea ce privește condițiile contractuale, nu se fac discriminări după forma de proprietate a furnizorului de servicii medicale. Prima condiție pentru ca un furnizor de servicii medicale/medicamente/dispozitive medicale să intre în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate este să-și exprime disponibilitatea în acest sens. Condițiile tehnice pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii menționați sunt prevăzute detaliat, pentru fiecare tip de furnizor în parte, în Contractul-cadru¹ și în Normele metodologice de aplicare a acestui act normativ². Tot în Normele metodologice menționate puteți găsi și modelele de contract pentru fiecare tip de furnizor în parte (de medicină primară, de medicină de specialitate clinică în ambulatoriu, de medicină dentară, de servicii paraclinice în ambulatoriu, de servicii spitalicești, de medicamente, de dispozitive medicale, de îngrijiri la domiciliu, de transport sanitar etc.). În ceea ce privește „încetarea colaborării”, precizăm că anual se semnează noi contracte cu furnizorii de servicii medicale. Dacă un furnizor nu mai dorește să continue relațiile contractuale sau nu mai îndeplinește condițiile tehnice, nu se mai semnează un nou contract. Contractul deja în vigoare poate înceta din mai multe motive, printre care: încetarea activității furnizorului, decesul titularului cabinetului medical individual, acordul de voință al părților, denunțarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, prin reziliere din motive imputabile furnizorului (între care se numără și abaterile grave de la disciplina contractuală) etc. Detaliile referitoare la aceste aspecte se pot regăsi de asemenea în Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023, în modelele de contract.

DIRECTOR GENERAL,

Dr. Mihaela ION



Intocmit

Augustus COSTACHE

¹ Hotărârea de Guvern nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;

² Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare.