



Casa Națională de Asigurări de Sănătate
 CABINET PREȘEDINTE
 Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
 E-mail: cabinet_presedinte@casan.ro. Tel. 0372 309270; Fax 0372 309231

Nr. P/8955/02.10.2015

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
 A JUDEȚULUI DAMBOVIȚA
 02 OCT 2015
 187 del.

CĂTRE

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE.....

Doamnei/Domnului Președinte - Director General

Copie PDG.

Dir. Rel. cu Furnizorii:

C.P. A.C.C

C.P. Jucădic

Medic Șef,

[Signature]

Având în vedere aspectele semnalate în scris și transmise Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, de Centrul Solvit România, ambasadele unor state membre ale Uniunii Europene pe teritoriul României, referitor la o posibilă încălcare a principiilor de drept ale regulamentelor europene cu privire la accesul la pachetul de servicii de bază în cazul asiguraților în sistemele de securitate socială din statele membre ale UE/SEE/Confederației Elvețiene - rezidenți în România, titulari de formulare europene S1 și înregistrați în evidențele caselor de asigurări de sănătate, vă comunicăm următoarele:

Potrivit prevederilor art. 337 și art. 343 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cardul național de asigurări sociale de sănătate este documentul care dovedește că titularul acestuia este asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România. Cardul național de asigurări sociale de sănătate se emite individual pentru fiecare asigurat cu vârsta de peste 18 ani, așa cum este reglementat la art. 222 alin. (1), art. 224 și 228 din același act normativ.

La art. 227 din Legea nr. 95/2006, republicată, se stipulează că persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății beneficiază de servicii medicale și alte prestații acordate pe teritoriul României, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

Prin urmare asigurații unui stat membru al UE/SEE/Confederației Elvețiene nu fac obiectul câmpului personal de aplicare al Legii nr. 95/2006, republicată, așa cum este reglementat la art. 222 alin.(1) și art. 224 și prin urmare pentru aceștia nu se emite card național de asigurări sociale de sănătate.

Asigurații statelor membre UE/SEE/Confederației Elvețiene se înregistrează în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în baza formularelor europene S1 / (E106, E109, E120, E121). În acest context aceste persoane figurează în evidența unei case de asigurări de sănătate fiind înregistrate în Sistemul Informatic Unic Integrat la categoria „Pacienții din statele membre ale UE/SEE/Elveția, beneficiari ai formularelor europene/documentelor europene (E106, E109, E120, E121/S1)” – codurile 401, 402, 403, 404.

Potrivit 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, cu modificările și completările ulterioare, în relațiile contractuale cu casele de asigurări

de sănătate, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale sunt obligați să asigure acordarea asistenței medicale și a dispozitivelor medicale și să elibereze medicamente din prescripțiile medicale eliberate de medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

De asemenea pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, furnizorii sunt obligați să solicite în vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, documentele prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 96/2006, republicată, respectiv: *documentul rezultat prin accesarea de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate a instrumentului electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate sau adeverința de asigurat eliberată prin grija casei de asigurări la care este înscris asiguratul.*

Potrivit art. 12 alin.(1) din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 581/2014 privind aprobarea Normelor metodologice pentru stabilirea documentelor justificative privind dobândirea calității de asigurat, adeverința de asigurat se eliberează de către casa de asigurări de sănătate în situația în care, în urma interogării instrumentului electronic, persoana nu apare în aplicația menționată anterior. Asigurații stațelor membre ale UE/SEE/Confederației Elvețiene nu se regăsesc printre categoriile de persoane pentru care potrivit actului normativ anterior menționat, se eliberează adeverința de asigurat.

Prin urmare în cazul unui asigurat al unui stat membru UE/SEE/Confederației Elvețiene, aflat în evidența unei case de asigurări de sănătate (înregistrarea efectuându-se pe baza documentului de deschidere de drepturi emis de către instituția competentă din statul membru respectiv), accesul la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face în urma accesării instrumentului electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, constituit în baza Registrului unic de evidență al asiguraților.

Menționăm că potrivit art. 13 din Anexa nr. 2, art. 12 din Anexa nr. 8, art. 8 din Anexa nr. 11, art. 10 din Anexa nr. 15, art. 10 din Anexa nr. 18, art. 19 din Anexa nr. 23, art. 9 din Anexa nr. 28, art. 12 din Anexa nr. 31, art. 8 din Anexa nr. 34, art. 18 din Anexa nr. 36 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 și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015, cu modificările și completările ulterioare, casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică au obligația de a organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu medicii de specialitate care își desfășoară activitatea la furnizorii de servicii medicale cu care se află în relație contractuală, respectiv cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu și cu furnizorii de medicamente, pentru a analiza aspecte privind calitatea serviciilor medicale, respectiv aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul ambulatoriu, precum și

respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu medicii de specialitate, respectiv cu furnizorii mai sus menționați măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor/furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

În contextul celor de mai sus, vă rugăm să luați măsurile necesare astfel încât în cazul asiguraților unui stat membru UE/SEE/Confederației Elvețiene, titulari de formulare de deschidere de drepturi și înregistrați în SIUI, furnizorii de servicii medicale, medicamente și de dispozitive medicale cu care vă aflați în relație contractuală să asigure accesul la servicii în urma interogării instrumentului electronic pus la dispoziție de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Cu stimă,

PREȘEDINTE

Vasile CIURCHEA

