



CNAS

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE
CASA JUDETEANA DE ASIGURARI DE SANATATE VASLUI
Vaslui, Str. Stefan cel Mare nr.131
Telefon 0235/369104 Fax 0235/369103
e-mail :cjasvs@vaslui.rdsnet.ro
Medic sef

Nr. 1075 / 21.08.2015

Către,

Spitale ✓
Ambulatorii de specialitate
Medici de familie ✓
Medici dentisti
Laboratoare de analize de laborator ✓
Imagistica medicala si radiologie
Ingrijiri la domiciliu ✓
Dispozitive medicale ✓

Va transmitem anexat in copie adresa CNAS – Directia suport sisteme informatice
nr. SI /1015 / 17.08.2015 inregistrata la CJAS Vaslui sub nr. 1075 / 18.08.2015 , spre stiinta si
conformare .

Presedinte – Director General ,
Ing. Mihaela Simona Polak



Medic sef ,
Dr. Carmen Irina

Carmen



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

DIRECTIA SUPT SISTEME INFORMATICE

Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București

E-mail: info@casan.ro, Tel. 0372 309 277; Fax 0372 309 244

SI/1015/17.08.2015

Către,

Casa de Asigurări de Sănătate VASLUI

În atenția,

Doamnei Mihaela POLAK- președinte Director General



Referitor la adresa dvs cu nr. 1061/13.08.2015, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. P/7680/13.08.2015 (SI/1015/17.08.2015), vă comunicăm că,

În prezent, conform reglementarilor 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 și cele ale Ordinului nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare, 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 semnătura electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, 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 cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverința înlocuitoare pentru cei cărora li 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 acordării serviciilor medicale.

În **Proiectul de hotărâre** de modificare și completare a H.G. nr. 400/2014 și în **Proiectul de ordin** de modificare și completare a Ordinului nr. 388/186/2015/ a fost prevăzută/introdusă o nouă obligație a furnizorilor de servicii medicale și dispozitive medicale, astfel:

- în H.G. nr. 400/2014, în Anexa nr. 2, după articolul 172¹, se introduce un articol nou, articolul 172*, cu următorul cuprins:

"Art. 172² - Începând cu data de 1 septembrie 2015, furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate, serviciile

medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art. 3 lit. aq), art. 24 lit. am), art. 42 lit am), art. 59 lit. ae), art. 74 lit. am), art. 92 lit f), art 119 lit. ab), art. 130 lit. af), art. 153 lit s). în maxim 72 de ore de la data acordării serviciilor medicale / eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate / dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea, în condițiile prevăzute în norme; asumarea serviciilor medicale acordate / dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătura electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații, serviciile medicale și dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate."

- În Ordinul nr. 388/186/2015, în Anexa 47, după punctul 11, se introduce un nou punct, pet. 12 cu următorul cuprins:

"12. Începând cu data de 1 septembrie 2015, furnizorii de servicii medicale și furnizorii de dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate au obligația să transmită în platforma informatică din asigurările de sănătate, serviciile medicale/dispozitivele medicale din pachetul de bază și pachetul minimal furnizate/eliberate - altele decât cele transmise în platforma informatică a asigurărilor de sănătate în condițiile art 3 lit. aq), art 24 lit am), art 42 lit am), art. 59 lit ae), art. 74 lit am), art. 92 lit f), art. 119 lit. ab), art. 130 lit af), art 153 lit. s) - din Anexa 2 la H.G. nr. 400/2015 cu modificările și completările ulterioare, în maximum 72 de ore de la data acordării serviciilor medicale / eliberării dispozitivelor medicale, pentru serviciile acordate / dispozitivele eliberate în luna pentru care se face raportarea; asumarea serviciilor medicale acordate / dispozitivelor medicale eliberate se face prin semnătura electronică extinsă potrivit dispozițiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situația nerespectării acestei obligații serviciile medicale și dispozitivele medicale nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate.

12.1 Transmiterea serviciilor medicale furnizate / dispozitivelor medicale eliberate în platforma informatică din asigurările de sănătate se face astfel:

În asistența medicală primară: în maximum 72 de ore de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

12.2 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice:

- în maximum 72 de ore de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal, cu excepția serviciilor de sănătate conexe actului medical.

12.3 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea reabilitare medicală și acupunctură - în maximum 72 de ore de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază, astfel:

a) pentru consultații și proceduri în cabinet: în maximum 72 de ore de la data acordării

b) pentru procedurile acordate în baza de tratament: în maximum 72 de ore pentru fiecare zi de tratament/fiecare zi în care se acordă servicii de acupunctură în cadrul curei de tratament.

12.4 În asistența medicală ambulatorie de specialitate de medicină dentară: în maximum 72 de ore de la data acordării serviciilor medicale prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

12.5 În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice:

a) pentru serviciile medicale paraclinice - analize de laborator : în maximum 72 de ore de la data recoltării probelor în punctele de recoltare proprii ale furnizorilor de investigații paraclinice, respectiv în maximum 72 de ore de la data primirii probelor pentru serviciile paraclinice de microbiologie, histopatologie și citologie

dacă probele nu se recoltează la furnizorii de investigații paraclinice și pentru serviciile paraclinice de microbiologie - examene de urină și examene de materii fecale;

b) pentru serviciile medicale paraclinice - investigații de radiologie, imagistică medicală, explorări funcționale și medicină nucleară: în maximum 72 de ore de la data efectuării investigațiilor prevăzute în pachetul de bază.

12.6 În asistența medicală spitalicească:

a) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă din pachetul de bază și pachetul minimal: în maximum 72 de ore de la externarea din spital, inclusiv pentru cazurile transferate în alt spital.

b) pentru serviciile medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi din pachetul de bază și pachetul minimal: pentru fiecare vizită în maximum 72 de ore de la data vizitei.

12.7 Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv îngrijiri paliative la domiciliu - în maximum 72 de ore pentru fiecare zi în care se acordă îngrijiri.

12.8 Pentru unitățile specializate - în maximum 72 de ore de la data acordării consultațiilor de urgență la domiciliu și serviciilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetul de bază și pachetul minimal.

Cu stimă,

Director DSSI,

Adriana CONSTANTINESCU

