



01.05.2015

COMUNICAT

În primele ore de funcționare a sistemului, cardul de sănătate nu a creat probleme pacienților

În prima zi de funcționare a cardului național de sănătate, casele de asigurări s-au organizat pentru a urmări modul în care funcționează acest sistem și pentru a răspunde solicitărilor venite din partea asiguraților și a furnizorilor de servicii medicale.

La nivelul fiecărei case de asigurări există personalul necesar pentru a elibera cardurile de sănătate acelor asigurați care vin să îl solicite. În funcție de numărul de carduri rămase nepredate, sunt deschise unul sau mai multe ghișee de eliberare a cardurilor, precum și a adeverințelor de înlocuire a cardului de sănătate pentru asigurații care solicită card duplicat sau refuză cardul de sănătate din motive religioase ori de conștiință.

De asemenea, pentru a da posibilitatea asiguraților să depună cereri pentru eliberarea unui card duplicat, sunt deschise casieriile unde asigurații pot efectua plata, în cazul în care solicitarea unui nou card este cauzată de pierderea sau deteriorarea cardului inițial.

Furnizorii pot apela oricând la helpdesk-ul pregătit să preia și să rezolve în cel mai scurt timp orice problemă întâmpinată în modul de funcționare a sistemului.

Asigurații au la dispoziție atât numărul de telefon inscripționat pe cardul de sănătate, cât și numerele de telefon ale caselor de asigurări, pentru a cere relații despre cardul de sănătate.

Până la orele 12.00, un număr redus de asigurați s-a adresat caselor de asigurări pentru a solicita eliberarea cardului de sănătate sau a adeverinței de înlocuire a cardului. În medie, o casă de asigurări a eliberat 20 de carduri. Excepție face CASMB, care până la orele prânzului a eliberat 44 de carduri.

Reprezentanții caselor de asigurări au fost prezenți în județ la furnizorii de servicii medicale și farmaceutice pentru a se asigura că introducerea cardului național de sănătate nu creează probleme asiguraților.

La spitale au fost efectuate internări validate cu cardul de sănătate, dar și în urma verificării asiguratului în sistem, în cazul în care acesta nu a intrat în posesia cardului de sănătate.

Serviciile medicale care nu vor fi validate cu cardul de sănătate vor fi monitorizate separat pentru a le analiza și a accelera predarea cardurilor către asigurați.

“Adresabilitatea pacienților, așa cum era de așteptat, este mai mică în această perioadă. Cu toate acestea, vom monitoriza în continuare foarte atent modul în care furnizorii de servicii medicale utilizează cardul de sănătate, pentru a ne asigura că pacienții au acces neîngrădit la serviciile de care au nevoie. Casele de asigurări vor raporta periodic sau ori de câte ori au de semnalat o problemă, pentru a găsi rezolvarea în cel mai scurt timp, fără a crea disconfort pacienților”, a declarat Vasile Ciurchea, președintele CNAS.

Biroul de presă