



---

**1. Prezentarea unor prevederi din H.G. 262/2010 pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010**

**Contractarea** serviciilor medicale anul 2010 s-a realizat în cursul lunii aprilie a.c., în baza prevederilor:

- ⇒ H.G.262/2010 din 31 martie 2010 pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010
- ⇒ Normelor metodologice de aplicare ale Contractului Cadru publicate în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.265/408/2010, cu modificările ulterioare.

Prevederile H.G. nr.262/2010 au intrat în vigoare în data de 01 aprilie a.c.

Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, inclusiv furnizorii prin care se derulează programele naționale de sănătate și casa de asigurări de sănătate, sunt raporturi juridice civile care vizează acțiuni multianuale și se stabilesc și se desfășoară pe bază de contract. În situația în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate și stipulate în acte adiționale. Angajamentele legale din care rezultă obligații nu pot depăși creditele de angajament și creditele bugetare aprobate.

Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente și unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu și de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme. Utilizarea modelelor este obligatorie, dar în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute și clauze suplimentare, negociate între părțile contractante, conform și în limita prevederilor legale în vigoare.

Condițiile acordării asistenței medicale și criteriile privind calitatea acestora se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât și celor privați.

În cazul în care contractul dintre furnizori și casa de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a medicului și/sau farmacistului, care desfășoară activitate sub incidența contractului cu casa de asigurări de sănătate la furnizorul respectiv, din motive imputabile acestora, casa de asigurări de sănătate nu va mai încheia contract pentru medicul și/sau farmacistul care prin activitatea lor au condus la modificarea contractului, până la următorul termen de contractare, dar nu mai puțin de 12 luni de la data modificării contractului. La reluarea relațiilor contractuale, în cazul în care contractul încetează/se modifică din nou, din motive imputabile furnizorului sau medicului/farmacistului, casa de asigurări de sănătate nu va mai încheia contract cu furnizorul respectiv pentru medicul/farmacistul care prin activitatea lor au condus la încetarea/modificarea contractului.

Conform H.G. nr.262/2010, C.A.S. Bihor a întocmit calendarul de activități a sesiunii de contractare de servicii medicale – anul 2010 și a îndeplinit toate formalitățile stipulate în Contractul cadru pentru desfășurarea perioadei de contractare:

- stabilirea perioadei de depunere a dosarelor de contractare
- mediatizarea în mass-media, pe pagina de internet a instituției și la avizierul acesteia a perioadei de depunere a dosarelor în vederea contractării (cererile însoțite de documentele prevăzute în actele normative în vigoare și a celorlalte documente necesare încheierii și negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale) și a condițiilor pe care furnizorii sunt obligați să le îndeplinească pentru a putea încheia contract cu CAS Bihor în anul 2010
- stabilirea datei limită de încheiere a contractelor pentru anul 2010: 30.04.2010

Situația numărului de contracte încheiate de către Casa de Asigurări de Sănătate Bihor pentru anul 2010, comparativ cu numărul de contracte încheiate în anul 2009, se prezintă astfel:

| <b>TIPUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ</b>                                                                                                                                                                            | <b>Număr contracte existente la 31.12.2009</b> | <b>Număr contracte an 2010</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| Asistența medicală primară<br><i>Centre de Permanență</i>                                                                                                                                                     | 330<br>4                                       | 330<br>4                       |
| Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialități clinice                                                                                                                                    | 38                                             | 36                             |
| Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară                                                                                                                          | 268                                            | 274                            |
| Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice (alții decât spitalele)<br><i>* acte aditionale încheiate cu spitalele pentru furnizare de servicii medicale paraclinice</i> | 25<br>12                                       | 16<br>8                        |
| Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice                                                                                                                           | 71                                             | 62                             |
| Medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu                                                                                                                                       | 170                                            | 174                            |
| Asistența medicală spitalicească                                                                                                                                                                              | 17                                             | 17                             |
| Asistența medicală de urgență și transport sanitar                                                                                                                                                            | 2                                              | 2                              |
| Asistență medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătății                                                                                                                                      | 12                                             | 7                              |
| Îngrijiri medicale la domiciliu                                                                                                                                                                               | 8                                              | 10                             |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>941</b>                                     | <b>928</b>                     |

➤ **Asistența medicală primară:**

Asistența medicală primară se asigură prin medicii de familie. Un medic de familie se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.

În actuala sesiune de contractări au fost depuse 327 de dosare de contractare de către medicii de familie care au fost și în anul 2009 în relații contractuale cu C.A.S. Bihor și 2 dosare de medici de familie care doresc să intre din acest an în relații contractuale. În urma verificării dosarelor depuse s-a constatat că îndeplinesc condițiile prevăzute în Contractul-cadru și în Normele metodologice de aplicare ale acestuia, asigurându-se astfel un bun acces al populației la serviciile specifice asistenței medicale primare.

Deconatarea activității desfășurate de către medicii de familie se realizează prin:

- plata prin tarif pe persoană asigurată - suma convenită se stabilește în funcție de numărul persoanelor înscrise pe listă și valoarea unui punct per capita. Această sumă se ajustează în funcție de gradul profesional și de condițiile în care își desfășoară activitatea medicul de familie;
- plata prin tarif pe serviciu medical-consultație – suma stabilită în funcție de numărul de servicii medicale și de valoarea minim garantată a unui punct per serviciu.

Dintre elementele de noutate stabilite prin Contractul-cadru și Normele metodologice pe anul 2010 menționăm:

-Pentru asigurarea calității asistenței medicale, numărul maxim de persoane beneficiare ale pachetelor de servicii medicale înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Excepție fac situațiile în care medicul desfășoară activitate într-o localitate în care numărul de medici este mai mic decât cel necesar.

-Modificarea raportului dintre procentul alocat din fondul asistenței medicale primare pentru plata per capita și cel alocat pentru plata pe serviciu: 30% pentru plata per serviciu și 70% pentru plata per capita, față de 10% pentru plata per serviciu și 90% pentru plata per capita raport existent pînă în 2009

-Activitatea desfășurată de către medicul de familie în cele 35 de ore/săptămână este împărțită astfel:

- ✓ un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet
- ✓ în medie, o consultație la domiciliu /zi
- ✓ timpul mediu alocat unei consultații este de 15 minute.

În situația în care numărul de persoane înscrise pe lista medicului de familie este mai mare de 2.200, programul de lucru poate fi prelungit corespunzător de către medicul în cauză.

-Organizarea la nivelul cabinetului medicului de familie a evidenței bolnavilor cronici și raportarea lunară a acestei evidențe la casa de asigurări de sănătate.

În județul Bihor funcționează un număr de 4 centre de permanență în Săcuieni, Suplacul de Barcău, Holod și Pomezeeu în care își desfășoară activitatea 28 de medici de familie în baza unor contracte distincte încheiate între CAS Bihor și medicii respectivi.



➤ **Asistența medicală din ambulatoriu pentru specialități clinice:**

Asistența medicală ambulatorie de specialitate se asigură de către medici de specialitate pentru specialități clinice împreună cu alt personal de specialitate.

Medicii de specialitate pot încheia un singur contract pe ambulatoriu de specialitate -specialități clinice cu o casa de asigurări de sănătate în afara contractului de bază care este pe spital.

Cabinetele medicale de specialitate din specialitățile clinice, indiferent de forma de organizare, își stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână.

În situația în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic, cu obligația ca întreaga activitate desfășurată de către medic, cu sau fără contract cu o casă de asigurări de sănătate, să nu depășească 70 de ore pe săptămână, cu respectarea legislației muncii.

În situația în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.

Ca o noutate a acestui an, cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriile integrate ale spitalelor, care desfășoară program de activitate sub 35 de ore pe săptămână, intră în relație contractuală pe bază de act adițional la contractul de furnizare servicii medicale spitalicești, serviciile realizate urmând a fi decontate din bugetul alocat serviciilor medicale spitalicești.

Tot din acest an, la nivelul cabinetului de specialitate se realizează monitorizarea stării de sănătate și tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Astfel, pentru bolnavii cu afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate și unele afecțiuni cronice monitorizabile la nivelul casei de asigurări de sănătate prin cabinetul medicului de specialitate, casa de asigurări de sănătate decontează o consultație - control/evaluare periodică – epicriză de etapă la 3 luni, pentru fiecare caz. Pentru acești pacienți, asemănător medicilor de familie, medicii specialiști întocmesc o listă care va cuprinde toți bolnavii aflați în evidența cabinetului de specialitate.

Având în vedere dezechilibrul între nevoia de servicii medicale clinice și ofertă, apreciem că vom încheia contracte cu toți furnizorii care își vor depune documentația necesară intrării în relație contractuală cu C.A.S. Bihor, urmând să se încheie contracte pe parcursul întregului an, la solicitarea noilor furnizori.

➤ **Asistența medicală pentru specialități paraclinice:**

Pentru specialitățile paraclinice, începând din acest an, furnizorilor din asistența medicală paraclinică prin Contractul Cadru li se impune respectarea mai multor obligații în desfășurarea activității lor. Dintre acestea pot fi enumerate următoarele:

-obligativitatea certificării ISO. Furnizorii de servicii medicale paraclinice care fac dovada că au demarat procedurile necesare implementării sistemului de management al calității (cerere și contract) până la data de 31.03.2010 încheie act



adițional pentru investigații paraclinice, act care va conține o clauză suspesivă până la data prezentării Certificatului de acreditare, dar nu mai târziu de 30.06.2010.

-să utilizeze numai reactivi care au declarații de conformitate CE emise de producători și să practice o evidență de gestiune cantitativ-valorică corectă și la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigații medicale paraclinice - analize medicale de laborator

-să asigure prezența unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist în fiecare laborator de analize medicale sau punct de lucru, respectiv a unui medic de radiologie și imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie și imagistică medicală, pe toată durata programului de lucru declarat

-să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigațiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate și limitele de normalitate ale acestora

-să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigațiilor medicale paraclinice de radiologie și imagistică medicală pentru asigurații cărora le-au furnizat aceste servicii

Având în vedere că nici un furnizor de servicii medicale paraclinice din județul Bihor nu a oferit spre contractare servicii medicale de:

- Scintigrafie
- Monitorizarea și managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței toracice
- Angiocardiorografie CT
- RMN cord cu substanță de contrast

CAS Bihor și-a anunțat intenția de contractare a acestor servicii cu furnizori autorizați și evaluați din alte județe, prin publicare pe pagina web a instituției a serviciilor mai sus menționate respectând procedurile stabilite în acest sens de către C.N.A.S.

➤ **Asistența medicală dentară**

Au fost depuse 268 de dosare de contractare, din care 216 dosare de medici dentiști care își desfășoară activitatea în mediul urban și 52 dosare de medici dentiști din mediul rural.

Condițiile contractării pe acest segment de asistență medicală au rămas aceleași ca și în anii precedenți.

➤ **Asistent medicală spitalicească**

Asistența medicală spitalicească se acordă în regim de:

- a) spitalizare continuă;
- b) spitalizare de zi.

Pentru toate spitalele, serviciile s-au contractat în funcție de indicatorii specifici, cantitativi și calitativi prevăzuți în Normele de aplicare ale Contractului Cadru.



Spitalele din județul Bihor finanțate prin sistem DRG beneficiază de tarife pe caz ponderat majorate cu un procent mediu de 9,7 %, respectiv între 3,84 și 19,05% conform Anexei 17 A la Normele de aplicare ale Contractului Cadru.

Pentru spitalele a căror finanțare se face prin tarif mediu pe caz rezolvat sau tarif pe zi de spitalizare, negocierea, care s-a încadrat în limitele de mai sus, a asigurat premise ca toate elementele de fundamentare a tarifelor să se regăsească în reglementările legale în vigoare la data negocierii.

La propunerea C.A.S. Bihor furnizorii și-au diversificat și celelalte tipuri de servicii spitalicești, în afara internării continue, în special a serviciului spitalizare de zi ca posibilitate de scădere a cazurilor rezolvate în spitalizare continuă .

În conformitate cu prevederile Contractului cadru, Casa de asigurări de sănătate poate accepta la contractare și servicii paraclinice oferite de spitale, în condițiile îndeplinirii criteriilor prevăzute în standardele de evaluare. Începând cu aceste an SC Pelican Impex contractează servicii medicale paraclinice în condițiile stabilite în Normele Contractului Cadru pentru unitățile sanitare cu paturi

Numărul de cazuri negociat, pe toate tipurile de servicii medicale spitalicești se va putea modifica pe parcursul derulării contractului ținând cont de nivelul de realizare al indicatorilor specifici: cazuri efectiv realizate și validate, durata de spitalizare efectiv realizată.

Repartiția trimestrială a indicatorilor contractați va fi inegală, acoperind necesarul pentru primele 2,5 trimestre, urmând ca la alocarea de fonduri suplimentare să se suplimenteze valoarea contractelor cu fiecare unitate în parte.

➤ **Servicii de urgență prespitalicești și transport medical:**

Acest tip de asistență medicală s-a contractat după criteriile prevăzute în Normele de aplicare a Contractului-cadru.

Numărul maxim de kilometri pentru anul 2010 este de 3.600.000, iar numărul maxim de solicitări este de 55.560 din care consultații la domiciliu 4.560.

Negocierea serviciilor de urgență a ținut cont de necesarul de servicii de urgență și transport sanitar pe total județ, fundamentările prezentate de cei 2 furnizori și de necesitatea încadrării în prevederile bugetare alocate.

Repartiția trimestrială a indicatorilor contractați a fost inegală, acoperind necesarul pentru primele primele 2,5 trimestre, urmând ca la alocarea de fonduri suplimentare să se suplimenteze valoarea contractelor cu fiecare unitate în parte.

➤ **Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății**

S-au încheiat contracte cu furnizorii de servicii medicale care îndeplinesc criteriile prevăzute în Contractul-cadru și în Normele de aplicare a acestuia.

Contractarea s-a efectuat conform condițiilor stabilite în Normele de aplicare a Contractului-cadru, iar valoarea contractului se va stabili în funcție de numărul de medici.

Datorită numărului mic de medici cu specialitatea balneo fizioterapie și a necesității respectării art 44(5) din Normele Contractului Cadru un număr de 2 unități



sanitare cu paturi, din teritoriu, nu au încheiat în acest moment contract pe acest domeniu, cu posibilitatea de a încheie contract în momentul asigurării cu personal.

Ca o noutate a acestui an, cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriile integrate ale spitalelor, care desfășoară program de activitate sub 35 de ore pe săptămână, intră în relație contractuală pe bază de act adițional la contractul de furnizare servicii medicale spitalicești, urmând a fi decontate din bugetul alocat serviciilor medicale spitalicești.

➤ **Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală**

Bugetul alocat acestui subcapitol anului 2010, a acoperit consumul lunilor decembrie 2009, ianuarie-februarie-martie și parțial luna aprilie 2010, urmând ca suplimentarea bugetului pentru acest segment să acopere consumul lunilor aprilie – decembrie 2010. La eventuala suplimentare, valorile ce vor fi alocate cu această destinație se vor defalca pe trimestre și luni.

Pentru eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare prescrise în tratamentul bolilor cronice din cadrul programelor naționale de sănătate cu scop curativ s-au încheiat acte adiționale adaptate după modelul de contract de furnizare de medicamente cu și fără contribuție personală, pentru perioada lunilor mai – decembrie 2010.

Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2010 se efectuează în ordine cronologică, până la 180 de zile calendaristice de la data validării facturilor, în limita fondurilor aprobate cu această destinație, iar în cazul medicamentelor din cadrul unor programe naționale de sănătate cu scop curativ se face în termen de până la 90 de zile calendaristice de la data validării facturilor, tot în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

Începând cu data de 1 iulie 2010 se va modifica metodologia de calcul al prețului de referință, modalitatea de prescriere, eliberare și decontare a medicamentelor, precum și reglementările corespunzătoare acestor modificări, inclusiv cele cu privire la drepturile și obligațiile furnizorilor, prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

După data de 01 iulie a.c., lista cu medicamente se poate modifica/completa trimestrial prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de sănătate ale populației, pe baza analizei Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, adoptându-se măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, avându-se în vedere sumele ce pot fi alocate cu această destinație.

➤ **Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe**

Și condițiile de contractare pe acest domeniu de asistență medicală au rămas aceleași ca și în anii anteriori.

Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale și asigurarea accesului asiguraților la toate categoriile de dispozitive medicale, casa de asigurări de sănătate analizează lunar numărul de cereri, respectiv numărul de



decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară și alcătuiește liste de prioritate pentru asigurați, pe categorii de dispozitive medicale.

Criteriile de prioritate, precum și cele pentru soluționarea listelor de prioritate țin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate și de nivelul de urgență, fiind stabilite de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administrație, și aprobate prin decizie de către președintele-director general. Aceste criterii sunt publicate pe pagina web a casei.

➤ **Îngrijiri medicale la domiciliu**

Condițiile de contractare pe acest domeniu de asistență medicală au rămas aceleași ca și în anii anteriori.

Pentru a sigura accesul unui număr cât mai mare de asigurați la serviciile de îngrijire la domiciliu în condițiile unui buget insuficient, care în condițiile consumului din primul trimestru s-ar epuiza în cursul lunii iunie s-a propus aprobarea unui singur tip de serviciu de îngrijire la domiciliu/decizie, iar numărul de zile pentru care pot fi efectuate acestea să fie redus de la 90 de zile la maxim 30 de zile .

**2.Prevederile O.U.G. nr.36/2010 și a ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.430/470/2010 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate**

Principalele noutăți aduse prin publicarea Ordinului MS/CNAS nr.430/470/11.05.2010, sunt:

-Medicii de familie au dreptul de a elibera certificate de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă cu durata de cel mult 10 zile calendaristice, în una sau mai multe etape, față de 14 zile calendaristice -cât erau prevăzute până acum. De asemenea, a fost modificat și numărul maxim de zile cumulate a concediilor medicale acordate de medicul de familie pentru un asigurat pentru incapacitate temporară de muncă de la 45 de zile la 30 de zile calendaristice în ultimul an, socotite de la prima zi de îmbolnăvire, indiferent de cauza acesteia.

-În momentul primirii certificatului pentru concediu medical, asiguratul are obligația de a completa și de a depune la medicul prescriptor o declarație-tip pe propria răspundere, în care se obligă să anunțe angajatorul în termen de 24 de ore de apariția stării de incapacitate temporară de muncă, datele de identificare a medicului prescriptor care a eliberat concediul medical (numele medicului și unitatea în care acesta funcționează), precum și adresa de reședință unde va locui pe perioada valabilității concediului medical. În situația în care apariția stării de incapacitate temporară de muncă a intervenit în zilele declarate nelucrătoare, asiguratul are obligația de a înștiința plătitorul în prima zi lucrătoare. Medicul prescriptor are obligația ca în declarația asiguratului, la rubrica <<Observațiile medicului prescriptor>>, să precizeze, dacă este cazul, recomandările legate de



procesul de recuperare și dacă este necesară efectuarea de tratamente de specialitate, analize paraclinice sau alte proceduri medicale.

-Lista persoanelor angajate aflate în incapacitate temporară de muncă, cu precizarea numelui medicilor prescriptori și unitățile în care funcționează aceștia, împreună cu declarațiile date de asigurați -dacă le-au solicitat de la medicul prescriptor, vor fi transmise de către angajatori casei de asigurări sociale de sănătate, în termen de maximum 6 zile de la data la care au fost înștiințați cu privire la apariția stării de incapacitate temporară de muncă.

-Sumele reprezentând indemnizații, care se plătesc asiguraților de către angajator dar care se suportă din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se rețin de către angajator din contribuțiile pentru concedii și indemnizații datorate bugetului fondului pentru luna respectivă. Dacă aceste sume depășesc suma contribuțiilor datorate de angajator în luna respectivă, se recuperează din contribuțiile datorate pentru lunile următoare sau din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate din creditele bugetare prevăzute cu această destinație. În acest ultim caz, indemnizațiile pot fi solicitate de la casa de asigurări de sănătate pe baza actelor justificative, în termen de 90 de zile de la data de la care beneficiarul era în drept să le solicite.

Pentru verificarea prezenței asiguratului la domiciliu sau reședința menționată în declarație, angajatorul poate solicita o copie a declarației dată de către angajat de la medicul prescriptor, numai în baza unei împuterniciri date de conducătorul unității.

Verificarea prezenței asiguraților aflați în concediu medical la adresa de domiciliu sau la reședința indicată, se efectuează de către plătitorii de indemnizații, însoțiți, dacă este cazul, de un reprezentant al poliției, avându-se în vedere programul individual de recuperare recomandat de către medicul specialist. Solicitarea prezenței reprezentantului poliției se poate face pentru desfășurarea controlului în condiții corespunzătoare și pentru preîntâmpinarea unor situații de risc ce ar putea aduce atingerea ordinii și liniștii publice.

Prezența reprezentantului poliției poate fi solicitată:

-în scris, anterior deplasării reprezentanților plătitorului de indemnizații la adresa de domiciliu sau la reședința indicată de asigurat, cu minimum 24 de ore înainte de efectuarea verificării

-prin apelarea numărului unic de urgență 112, în timpul procedurii de verificare a prezenței asiguratului la adresa de domiciliu, de către reprezentanții plătitorului de indemnizații

Verificarea prezenței asiguraților nu va afecta drepturile și libertățile cetățenești garantate de Constituția României, persoanele desemnate să efectueze verificarea având obligația de a respecta garanțiile constituționale privind inviolabilitatea domiciliului, respectarea dreptului la viață intimă, familială și privată. Este interzisă pătrunderea echipei de verificare sau a reprezentantului poliției în locuință sau în locul împrejmuit ținând de aceasta. Prin excepție, pot pătrunde în locuință sau în locul împrejmuit ținând de aceasta, numai reprezentanții plătitorului, dacă au consimțământul expres al persoanei care le folosește. Consimțământul se



obține, în scris, sub semnătură, anterior pătrunderii în locuință, prin procesul verbal de constatare. Această măsură este aplicabilă numai în situația în care asiguratul, din cauza stării sale de sănătate, nu se poate deplasa în exteriorul locuinței sau al locului împrejmuit ținând de aceasta.

Verificarea prezenței asiguraților aflați în incapacitate temporară de muncă la adresa de domiciliu sau la reședința indicată se poate efectua numai în intervalul orar 8,00 - 11,00, 12:00 - 17:00, 18:00 - 20:00, prilej cu care se va încheia un proces-verbal semnat de membrii comisiei și de asigurat.

Pentru persoanele aflate în concediu medical care vor refuza verificarea prezenței la domiciliu, plata indemnizației încetează de la data la care s-a constatat acest fapt.

Potrivit metodologiei unitare de control pentru concediile medicale, emisă de către Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, situațiile posibile de efectuare a misiunilor de control de către reprezentanții caselor județene de asigurări de sănătate sunt:

1. Ca urmare a sesizărilor, memoriilor, reclamațiilor scrise ale diferitelor instituții, organizații sau persoane fizice/juridice care au relație contractuală conform legii (contract de asigurare și plata indemnizației) cu casele de asigurări de sănătate;
2. La solicitarea scrisă a unor instituții/autorități (C.N.A.S., C.M.R., M.S., C.N.P.A.S. etc)
3. În situațiile în care se poate autosesiza casa de asigurări de sănătate

Efectuarea acțiunii de control se va realiza:

- la medicul prescriptor
- la beneficiarul certificatului de concediu medical

Efectuarea acțiunii de control la medicul prescriptor:

Acțiunea de control are ca scop constatarea, consemnarea aspectelor care vizează iregularități și/sau disfuncționalități tinându-se cont de respectarea clauzelor contractuale valabile pentru perioada controlată.

Controlul efectiv constă în verificarea unor documente, date, informații și are ca scop identificarea elementelor de respectare a unor reguli (ex. verificarea documentelor primare: registru de consultații, fișa medicală/fișa de observație clinică generală a bolnavului, documentele medicale care susțin diagnosticul; verificarea adevărului emisă de către plătitor cu mențiunea numărului de zile de incapacitate temporară de muncă avute în ultimele 12 luni, în baza căreia se poate elibera certificatul medical; concordanțele dintre datele menționate în certificatul medical și consemnările din documentele medicale primare care susțin diagnosticul; respectarea prevederilor legale în vigoare referitoare la concediile medicale; etc)

La finalul controlului se va emite un proces verbal de constatare.

În situația constatării nerespectării prevederilor O.U.G. nr.158/2005 cu modificările și completările ulterioare, vor fi sesizate comisiile de disciplină din cadrul Colegiului Medicilor, sau după caz, din cadrul Colegiului Medicilor Dentiști, pe domeniul de competență.



**CASA de ASIGURĂRI de SĂNĂTATE BIHOR**  
ORADEA, Șos. Borșului km. 4, Tel. 0259/476830  
Fax. 0259/454184, E-mail: e-mail@casbh.rdsor.ro

Efectuarea acțiunii de control la beneficiarul certificatului de concediu medical:

În vederea stabilirii adresei unde se va desfășura verificarea, echipa constituită în acest scop, va solicita un exemplar din declarația depusă de către beneficiar la cabinetul medicului la momentul eliberării certificatului de concediu medical și ulterior se va deplasa la adresa declarată de către asigurat, în intervalul orar prevăzut de lege.

În situația în care, în momentul controlului, asiguratul este găsit la adresa declarată, după ce echipa de control se va legitima și va prezenta ordinul de serviciu va solicita persoanei verificate să se legitimeze la rândul său. Se va completa un proces-verbal de constatare în 2 exemplare, câte un exemplar pentru fiecare persoană verificată, semnat de către membrii echipei și de către persoana verificată.

Dacă asiguratul nu va fi găsit la adresa indicată, se va încheia un Raport de control care va fi semnat de către membrii echipei și de către cel puțin un martor (pentru care se vor consemna datele de identificare și de contact), în 2 exemplare, un exemplar urmând a fi transmis prin poștă, la domiciliul persoanei verificate, în termen de max. 24 de ore de la data constatării.

În condițiile în care, echipa de control constată că adresa declarată nu corespunde realității, va completa corespunzător formularul de proces verbal consemnând neconcordanța adresei declarate cu realitatea, iar pentru aplicarea prevederilor legale, se va proceda la sesizarea organelor competente să soluționeze fapte care intră sub incidența art.292 Cod Penal.

La procesul verbal încheiat de către echipa de verificare și transmis prin poștă, în situația în care persoana verificată nu este găsită la adresa declarată, se poate depune contestație în termen de 30 de zile de la comunicare.

Situațiile care constituie refuzuri justificate la plată a indemnizațiilor sunt:

-necompletarea tuturor rubricilor din certificatul de concediu medical de către medicul care a eliberat/vizat respectivul certificat

-acordarea retroactivă a certificatelor de concediu medical în afara situațiilor prevăzute de lege

-certIFICATELE de concediu medical ce depășesc duratele maxime prevăzute de normele de aplicare ale O.U.G. nr.158/2005

-dacă se constată că asiguratul nu este prezent la adresa declarată, în intervalele orare prevăzute de lege

-dacă asiguratul refuză să se legitimeze și refuză verificarea la adresa declarată

PREȘEDINTE-DIRECTOR GENERAL,  
Jr. VARGA GHEORGHE-LUDOVIC