



CABINET PREȘEDINTE

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

E-mail: cabinet_președinte@casan.ro; Tel. 0372 309270; Fax 0372 309231

Nr. 124/16 / 2015

CĂTRE

SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIE

ÎN ATENȚIA DOAMNEI PREȘEDINTE DR. RODICA TĂNĂȘESCU

FEDERAȚIA NAȚIONALĂ A PATRONATELOR MEDICILOR DE FAMILIE

ÎN ATENȚIA DOAMNEI PREȘEDINTE DR. DOINA MIHĂILĂ

Referitor la adresa dumneavoastră nr. 70/2015, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. P 5416/2015, vă comunicăm:

În conformitate cu reglementările Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare:

▪ **art. 212:** (1) Documentele prin care se atestă calitatea de asigurat sunt, după caz, adeverința de asigurat eliberată prin grila casei de asigurări la care este înscris asiguratul sau documentul rezultat prin necesarea 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. După implementarea dispozițiilor din cuprinsul titlului IX, aceste documente justificative se înlocuiesc cu cardul național de asigurări sociale de sănătate, respectiv cu adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, pentru persoanele care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință primirea cardului național. Data de la care urmează a se utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate se stabilește prin hotărâre a Guvernului.

(2) **Metodologia și modalitățile de gestionare și de distribuire ale cardului de asigurat se stabilesc de către CNAS.**

▪ **art. 335:** „(1) Furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, precum și titularii cardului național de asigurări sociale de sănătate au obligația de a solicita și, respectiv, de a prezenta acest document, la data acordării asistenței medicale, în condițiile prevăzute de contractul-cadru și de normele metodologice de aplicare a acestui contract. (...)”

▪ **art. 336:** „(1) 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. 211 alin. (1), art. 213 și 215.

(2) Asigurații cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale decontate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în baza documentelor care atestă că se încadrează în categoria de asigurați, prevăzută la art. 213 alin. (1) lit. a).

(3) Persoanele asigurate prevăzute la alin. (1) au obligația prezentării cardului național de asigurări sociale de sănătate sau, după caz, a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, în vederea acordării serviciilor medicale de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de

asigurări de sănătate. Neprezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate sau a adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni conduce la acordarea acestor servicii numai contra cost, cu excepția serviciilor prevăzute la art. 220."

Potrivit reglementărilor **H.G. nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX "Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, cu modificările și completările ulterioare:

▪ **art. 2:** (1) Începând cu data de 1 februarie 2015, în sistemul de asigurări sociale de sănătate se utilizează cardul național de asigurări sociale de sănătate de către asigurații și furnizorii de servicii medicale, medicamente și, după caz, de furnizorii de dispozitive medicale în condițiile actelor normative în vigoare.

(2) **Până la data de 1 mai 2015**, pentru dovedirea calității de asigurat pot fi utilizate și documentele prevăzute la art. 212 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Persoanele prevăzute la art. 336 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, pentru care nu a fost emis cardul național fac dovada calității de asigurat pe baza documentelor prevăzute la art. 212 alin. (1) din aceeași lege, până la data la care asiguratul intră în posesia cardului, dar nu mai târziu de 30 de zile de la data emiterii acestuia.

(4) Informațiile privind emiterea cardului național se verifică prin intermediul serviciilor web sau prin intermediul unui instrument electronic care poate fi accesat pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>."

(5) După expirarea perioadei prevăzute la alin. (2), persoanele prevăzute la art. 336 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, care refuză în mod expres, din motive religioase sau de conștiință, primirea cardului național, fac dovada calității de asigurat pe baza adeverinței de asigurat cu o valabilitate de 3 luni, eliberată la solicitarea asiguratului de către casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență. Adeverința de asigurat cu o valabilitate de 3 luni se eliberează asiguratului pe baza unei cereri adresate casei de asigurări de sănătate la care acesta este luat în evidență. Cererea, pentru prima solicitare de eliberare a adeverinței, va fi însoțită de declarația pe propria răspundere privind refuzul cardului, precum și de cardul național, în situația în care acesta a fost distribuit. (...) "

În conformitate cu reglementările art. 172¹ alin. (1) din Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin HG nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare:

„Prezentarea cardului național de asigurări sociale de sănătate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale se face în condițiile prevăzute în norme.”

- În aplicarea prevederilor mai sus menționate prin ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 557/246/2015 au fost modificate Normele metodologice de aplicare a Contractului cadru pentru anul 2015 și s-a reglementat faptul că - **prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale sunt aplicabile de la data prevăzută la art. 2 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX «Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății**, cu modificările și completările ulterioare, **cu excepția situațiilor în care asigurații nu pot prezenta/utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate.**

Menționăm că:

1. Prin **Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 557/246/2015** s-a modificat punctul 13 din anexa nr. 47 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea *Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a 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*, astfel:

„13. Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt aplicabile de la data prevăzută la art.2 alin (2) din HG nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX „Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, **cu excepția situațiilor în care asigurații nu pot prezenta/utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate.**”

2. Prin **Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 248/29.04.2015** s-a modificat alin. (10) al art. 3 din capitolul I din *Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative pentru anii 2015 și 2016*, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 185/2015, astfel:

„(10) Prevederile privind acordarea serviciilor medicale, medicamentelor materialelor sanitare specifice precum și a dispozitivelor medicale și altora asemenea prin utilizarea cardului național de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, sunt aplicabile de la data prevăzută la art.2 alin (2) din HG nr. 900/2012 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la cardul național de asigurări sociale de sănătate din titlul IX „Cardul european și cardul național de asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, **cu excepția situațiilor în care asigurații nu pot prezenta/utiliza cardul național de asigurări sociale de sănătate**”

Pentru punerea în aplicare unitară a celor mai sus menționate, în baza dispozițiilor art. 270 alin. (1) lit. e) din Legea nr. 95/2006 potrivit căreia **Casa Națională de Asigurări de Sănătate îndrumă metodologic și controlează modul de aplicare a dispozițiilor legale de către casele de asigurări coroborat cu art. 9 alin. (1) din Codul civil, aprobat prin Legea nr. 287/2009 potrivit căruia cel care a adoptat norma civilă este competent să facă și interpretarea ei oficială, Casa Națională de Asigurări de Sănătate a transmis caselor de asigurări precizări, în sensul:**

- asigurații care nu necesită asistență medicală nu sunt obligați să se adreseze unui furnizor de servicii medicale doar pentru activarea cardului. Acest lucru se poate efectua în perioada următoare, cu ocazia vizitelor la medic, în caz de necesitate, conform drepturilor statuate prin normele legale în vigoare.
- la prezentarea unui cetățean pentru acordarea de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, furnizorii aflați în contract cu o casa de asigurări de sănătate vor solicita acestuia dovada calității de asigurat, respectiv **cardul național de asigurări sociale de sănătate/adeverința de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cel care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință /adeverința înlocuitoare pentru cel cărora li se va emite card național duplicat, și vor acorda serviciile prevăzute în pachetul de bază sau minimal, după caz.**

În situația în care persoana nu poate prezenta cardul (fie că nu a intrat în posesie fie nu îl poate prezenta la furnizor) sau din motive tehnice cardul nu poate fi utilizat se va proceda la

verificarea calității de asigurat prin intermediul aplicației instalate pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>. În cazul în care persoana figurează neasigurată, se vor acorda serviciile din pachetul minimal, iar pacientul va fi îndrumat către casa de asigurări de sănătate pentru a întocmi procedurile necesare în vederea dobândirii calitatii de asigurat. În cazul în care persoana figurează asigurată, se vor acorda serviciile prevăzute în pachetul de bază.

Pentru persoanele cărora nu li s-a emis cardul, situațiile ce se poate verifica prin intermediul aplicației instalate pe site-ul CNAS la adresa <http://www.cnas.ro/page/verificare-asigurat.html>, se vor acorda serviciile medicale corespunzătoare în baza calității de asigurat/neasigurat, după caz.

Totodată **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** a recomandat caselor de asigurări de sănătate completarea contractelor de furnizare de servicii medicale încheiate cu furnizorii în sensul introducerii unei clauze suplimentare pentru situațiile în care pacientul nu prezintă cardul, având în vedere dispozițiile art. 247 din Legea nr. 95/2006 potrivit cărora casele de asigurări de sănătate pot încheia cu furnizorii clauze suplimentare în limita prevederilor legale în vigoare.

O clauză suplimentară în contract care respectă prevederile legale în vigoare și asumată de ambele părți (case de asigurări de sănătate – furnizori), reprezintă legea părților într-un contract civil.

Având în vedere cele de mai sus, dispozițiile Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, reglementează cadrul general în ceea ce privește acordarea / utilizarea cardului de asigurări sociale de sănătate, iar actele normative subsecvente Legii nr. 95/2006 vin să detalieze condițiile acordării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe baza cardului de asigurări sociale de sănătate / documentelor prevăzute de reglementările legale în vigoare.

Cu stimă,


**PREȘEDINTE
VASILE CIURCHEA**