



Nr. *P.1864 / 11.10.2015*

Către,

FEDERAȚIA NAȚIONALĂ A PATRONATELOR MEDICILOR DE FAMILIE
SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINA FAMILIEI

Urmare adresei dumneavoastră înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. P10167/06.11.2015, vă comunicăm următoarele:

Bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, inclusiv alocarea pe segmente de asistență medicală, se aprobă de Parlament la propunerea Guvernului, ca anexă la legea bugetului de stat.

În bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate aprobat prin Legea nr. 186/2014 privind bugetul de stat pe anul 2015, cu modificările și completările ulterioare, au fost aprobate credite de angajament pentru asistența medicală primară și pentru asistența medicală pentru specialități clinice, după cum urmează:

- Asistența medicală primară, din care:	1.515.718 mii lei
- pentru finanțarea controlor de permanență	60.000 mii lei
- pentru plata punctelor realizate și a medicilor nou-veniți	1.455.718 mii lei
- Asistența medicală pentru specialități clinice	680.156 mii lei

Situația "Evoluția bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate la 31.07.2015" afișată pe site-ul web al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prezintă **plățile realizate lunar** pe fiecare segment de asistență medicală în perioada ianuarie-iulie 2015. În ceea ce privește segmentul de asistență medicală primară, plățile în valoare de 881.200 mii lei includ suma de 33.767,2 mii lei, utilizată pentru finanțarea centrelor de permanență în primele șapte luni ale anului curent.

Menționăm că în anul 2015, modalitatea de plată în asistența medicală primară și asistența medicală pentru specialități clinice este reglementată de prevederile 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 anul 2014 - 2015, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului 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 Hotărârii Guvernului nr. 400/2014, cu modificările și completările ulterioare.

Astfel, conform prevederilor legale în vigoare, fondul asistenței medicale primare aprobat la nivel național se utilizează în proporție de 50% pentru **plata punctelor per capita realizate** și 50% pentru **plata punctelor realizate pe serviciu medical**, după reținerea sumelor destinate plății **veniturilor cabinetelor medicale** în care își desfășoară activitatea **medicii de familie nou-veniți** într-o localitate - unitate administrativ-teritorială/zona urbană, pentru o perioadă de maximum 3 luni. Sumele aferente cheltuielilor cu medicii nou veniți într-o localitate, reprezentând cheltuieli de

personal și sume pentru cheltuieli de administrare și funcționare ale cabinetului, la data de 30.09.2015, sunt de 849,97 mii lei.

De asemenea, erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru/după expirarea unui trimestru sau după încheierea anului financiar, se corectează la sfârșitul trimestrului în care s-a produs eroarea sau în trimestrul în care s-a constatat eroarea, o dată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicului de familie.

În ceea ce privește segmentul de asistență medicală pentru specialități clinice, conform prevederilor legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif exprimat în puncte, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice. De asemenea, erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru/după expirarea unui trimestru sau după încheierea anului financiar, se corectează la sfârșitul trimestrului în care s-a produs eroarea sau în trimestrul în care s-a constatat eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

Având în vedere cele mai sus prezentate, conform prevederilor legale în vigoare, sumele alocate anual pentru asistența medicală primară și asistența medicală pentru specialități clinice în cadrul bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, sunt utilizate în totalitate de către casele de asigurări de sănătate pentru plata activității medicilor de familie și a medicilor de specialitate din specialitățile clinice, având în vedere numărul de puncte realizat trimestrial, veniturile medicilor nou veniți (în cazul asistenței medicale primare), precum și sumele rezultate în urma regularizărilor trimestriale.

Cu stimă,


PREȘEDINTE
Vasile CIURCHEA