



(685A)

ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI FAMILIEI
CABINET MINISTRU

Nr. 5057 / M.R.P.
Data 17.10.2002

Nr. 10.802...Data...17.10.2002

DOMNULUI MINISTRU ACSINTE GASPAR

MINISTERUL PENTRU RELAȚIA CU PARLAMENTUL

Referitor la adresa MRP nr.4494/25.09.2002 privind întrebarea domnului deputat Cornel Popa (685A), referitoare la acordarea medicamentelor în regim compensatoriu și gratuit, vă comunicăm următorul răspuns:

În conformitate cu prevederile art.4 alin.(1) din Ordinul nr.72/44/2002 al Ministrului Sănătății și Familiei și al Președintelui CNAS pentru aprobarea listelor cuprinzând denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul de medicamente și produse biologice de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu și fără contribuție personală și a sistemului de compensare a prețurilor cu amănuntul la unele medicamente de uz uman, cu modificările și completările ulterioare, din bugetul asigurărilor sociale de sănătate este alocat un fond care este utilizat pentru acoperirea costurilor medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise de către medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru încadrarea în sumele alocate pentru medicamentele acordate în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, cu sau fără contribuție personală, în anii anteriori a existat practica de a se stabili un plafon valoric fiecărui medic de familie, în limita căruia acesta putea să elibereze prescripții medicale. Prin acest sistem era afectat dreptul persoanelor asigurate la medicamente cu sau fără contribuție personală.



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI FAMILIEI
CABINET MINISTRU

Pentru a remedia această situație, începând cu anul 2002 s-a stabilit că fiecare medic de familie poate prescrie medicamentele necesare pentru refacerea stării de sănătate a asiguratului, fără o limitare a valorii totale a medicamentelor prescrise.

În conformitate cu prevederile art.6 lit.b) din Anexa nr.6 a Ordinului nr.629/4233 al Președintelui CNAS și al Președintelui Colegiului Medicilor din România pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Contractului-cadru privind condițiile acordării dispozitivelor medicale destinate corectării și recuperării deficiențelor organice sau funcționale ori corectării unor deficiențe fizice, în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze farmaciilor contravaloarea medicamentelor prescrise cu și fără contribuție personală, în limita sumelor negociate și contractate cu aceste unități.

Pentru evitarea unor abuzuri sau prescrieri nejustificate de medicamente cu sau fără contribuție personală, prin Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale primare în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, aprobat prin H.G.1244/2001. s-a stabilit că atunci când se constată astfel de situații la unii medici de familie, de către casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor, se aplică o diminuare cu 10% a sumelor convenite medicului respectiv în raport cu numărul și structura pe grupe de vârstă a asiguraților înscrși pe lista proprie. Suma astfel obținută se folosește pentru întregirea fondului aferent consumului de medicamente cu sau fără contribuție personală.

Având în vedere nivelul ridicat al consumului de medicamente prescrise cu și fără contribuție personală, precum și caracterul limitat al sumelor alocate, Ministerul Sănătății și Familiei, în calitate de autoritate publică centrală în



ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI FAMILIEI
CABINET MINISTRU

domeniul asigurării, promovării și ocrotirii sănătății populației, va aduce în discuție în cadrul negocierilor pentru elaborarea Contractului-cadru pentru anul 2003 necesitatea modificării și completării reglementărilor susmenționate în sensul rezolvării situației semnalate în textul întrebării.

În vederea aplicării acestei prevederi, prin Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru s-a prevăzut ca la nivelul caselor de asigurări de sănătate se stabilește un nivel valoric orientativ, trimestrial, privind prescrierea de medicamente pe asigurat, diferențiat pe grupe de vârstă. În cazul depășirii substanțiale și repetate a nivelului valoric orientativ, casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică, împreună cu consiliile județene ale Colegiului Medicilor verifică modul de prescriere a medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților și numai atunci când se constată abuzuri sau prescrieri de medicamente nejustificate din punct de vedere medical pot fi luate măsuri de sancționare a medicului respectiv.

Unii medici de familie, pentru a nu fi controlați cu privire la modul de prescriere a medicamentelor cu sau fără contribuție personală, refuză dreptul asiguraților la astfel de medicamente atunci când au ajuns la nivelul valoric orientativ, ceea ce este în afara reglementărilor în vigoare.

Față de cele prezentate, Ministerul Sănătății și Familiei va acționa cu fermitate pentru respectarea drepturilor persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări de sănătate și va propune măsuri de sancționare a celor ce nesocotesc aceste drepturi.

Cu deosebită considerație,

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI FAMILIEI



DANIELA BARTOȘ