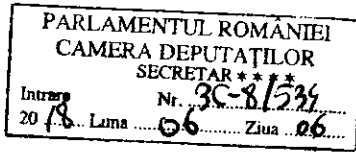
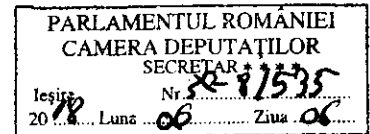




MINISTERUL PENTRU RELAȚIA CU PARLAMENTUL



Nr. 7195, 7196, 7220, 7234, 7235, 7236, 7237, 7238, 7239, 7240, 7241, 7242, 7243, 7244, 7245, 7246, 7247, 7248, 7249, 7250, 7251, 7252, 7253, 7254, 7255, 7256, 7257, 7258, 7280/ **05. IUN. 2018**



Către: Domnul Cristian BUICAN
Secretar al Camerei Deputaților

Ref. la: Răspunsuri la întrebările formulate de deputați

Stimate domnule secretar,

Vă transmitem, alăturat, răspunsurile instituțiilor vizate cu privire la unele întrebări formulate de deputați, potrivit tabelului anexat.

Cu stimă,

pentru Viorel ILIE, Ministrul pentru Relația cu Parlamentul, semnează

Ștefania BÎRLIBESCU, Secretar de Stat



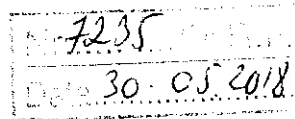


- 4080A -

ROMÂNIA
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
SECRETAR DE STAT

Nr. SP 5205/23.05.2018

Stimate domnule deputat,



Referitor la întrebarea/interpelarea dvs. privind “îngrijirea la domiciliu”, vă comunicăm alăturat în copie răspunsul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Potrivit dispozițiilor art. 276 din Legea nr.95/2006 republicată, modificată și completată:

„ (1) CNAS, instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, este organ de specialitate al administrației publice centrale, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate.”

Cu deosebită considerație,

SECRETAR DE STAT
DAN DUMITRESCU

Camera Deputaților
Domnului deputat Roman Claudiu Florin



Casa Națională de Asigurări de Sănătate
PREȘEDINTE
Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
E-mail: cabinet.președinte@casan.ro
Tel. 0372.309.270, Fax 372.309.231



Nr. *RV* / *2941* / *22.05.2018*

CĂTRE,

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
În atenția Domnului Secretar de Stat Dan DUMITRESCU

Urmare a adresei dumneavoastră nr.5205/15.05.2018, înregistrată la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu nr. RV3941/17.05.2018, prin care solicitați un punct de vedere referitor la întrebarea domnului deputat ROMAN FLORIN CLAUDIU, vă comunicăm următoarele:

▪ Condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România sunt reglementate prin:

- **Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (Titlul VIII – Asigurările sociale de sănătate)**, republicată, cu modificările și complementările ulterioare, și actele normative subsecvente, respectiv

- **Hotărârea de Guvern nr.140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018– 2019 și**

- **Ordinul ministrului sănătății și președintelui CNAS nr.397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a prevederilor H.G. nr.140/2018, acte normative în vigoare începând cu 1 aprilie 2018.**

Conform prevederilor art. 258 alin.(1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, **casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale contracte pentru furnizarea de servicii și pentru plata acestora, urmărind realizarea echilibrului financiar.** Casele de asigurări de sănătate încheie contracte de furnizare de servicii medicale cu furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale **autorizați și evaluați** conform prevederilor legale în vigoare.

Față de prevederile în vigoare până la 31 martie 2018 (H.G. nr.161/2016, cu modificările și completările ulterioare, respectiv Ordinul MC/CNAS nr.196/139/2017, cu modificările și completările ulterioare) și cu referire la cele expuse de domnul deputat Florin-Claudiu Roman, în H.G. nr.140/2018 și Ordinul MS/CNAS nr. 397/836/2018, sunt prevăzute următoarele:

✓ Pentru serviciile de îngrijire la domiciliu (ca și pentru serviciile de îngrijire paliativă la domiciliu) **s-a prevăzut valoare de contract.** Sumele contractate se stabilesc în funcție de fondul aprobat pentru îngrijiri la domiciliu pe baza unui punctaj acordat pentru resursa umană, luând în calcul și programul de activitate al persoanelor care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor. Prin urmare, valoarea de contract stabilită pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere resursele umane (medici, asistenți medicali, fiziokinetoterapeuți/kinetoterapeuți/profesori de cultură fizică medicală) care pot acorda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

✓ Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu a fost **prevăzută obligativitatea existenței a cel puțin 1 medic** care să își desfășoare activitatea într-o formă legală la furnizor (**pentru asigurarea calității serviciilor medicale**).

✓ Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu are obligația de a asigura de luni până vineri, începând cu data de 1 mai 2018, pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) **acoperirea programului cu medic/medici** care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu. Pentru activitatea desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiția ca **programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici și asistent/asistenți medicali** care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

✓ Pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu (și îngrijiri paliative la domiciliu) a fost prevăzută **obligația de a transmite, caselor de asigurări de sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri efectuate** în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate, în ziua următoare efectuării acestora. Obligația a avut în vedere faptul că pentru anul 2018 este prevăzută valoare de contract pentru aceste tipuri de servicii, asiguratul putând fi astfel informat asupra furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu care mai au valoare de contract la momentul prezentării asiguratului la casa de asigurări de sănătate.

✓ În sistemul de asigurări sociale de sănătate, un asigurat poate beneficia de maxim 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu / în ultimele 11 luni (*conform prevederilor Anexei 31A la Ordinul nr. 397/836/2018*), care pot fi acordate în mai multe etape (episoade de îngrijire). Prin urmare, **reglementările actuale nu sunt diferite față de cele aflate în vigoare anterior datei de 1 aprilie 2018.**

Un episod de îngrijiri medicale la domiciliu este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea.

În consecință, durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", cu mențiunea că medicul poate recomanda de la început un episod de 30 de zile de îngrijiri, pentru situații justificate medical.

Prin stabilirea unui număr maxim de **90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu în ultimele 11 luni**, de care poate beneficia un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, și a tarifelor aferente serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, se realizează respectarea prevederilor art. 219 alin.(2) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, conform cărora **unul dintre obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate este acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat, în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.**

✓ **Recomandarea pentru îngrijiri la domiciliu se prezintă casei de asigurări de sănătate care va certifica** – la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul. Prezentarea recomandării la casa de asigurări de sănătate se poate face de către asigurat, **unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului.**

✓ **Termenul de valabilitate al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea.** Termenul în care asiguratul are obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea

serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu se începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

✓ Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna și lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală cu datele de contact ale acestora (se respectă astfel dreptul asiguraților de a-și alege furnizorul de servicii medicale, drept prevăzut în Legea nr.95/2006).

Cu stimă,

P. PRESEDINTE
RĂZVAN TEOHARI VULCANESCU
VICEPRESEDINTE

