



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

DIRECTOR GENERAL

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

E-mail: dorin.ionescu@casan.ro. Tel. 0372 309274; Fax 0372 309288

Nr. DG 2028

27.05.2011

CASA DE ASIGURĂRI DE
SĂNĂTATE A JUD. GORJ
REGISTRATURĂ

Nr. 8393
AN 2011 LUNA 5 ZIUA 27

CĂTRE,

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În atenția Doamnei / Domnului Președinte - Director General

Dna Ec. Ghimoiu E
Dna Fauru. Gorun
Dna. Ec. Stănescu A

Potrivit reglementărilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010, precum și reglementărilor Anexei 30 din Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010:

* În relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au obligația:
- să verifice prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora și a decontării contravalorii medicamentelor de către casele de asigurări de sănătate;

- să verifice dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic;

- să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile reglementărilor legale în vigoare; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia;

- să nu elibereze medicamentele și materialele sanitare din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

- să nu elibereze prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă (excepție fac prescripțiile medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asigurând și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută), precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei.

* În relațiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au obligația să nu deconteze contravaloarea prescripțiilor medicale care nu conțin datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripții medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută. În această situație casele de asigurări de sănătate atenționează medicul care prescrie rețete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora și încasează de la medicul respectiv valoarea decontată pentru fiecare prescripție medicală la care s-au constatat astfel de deficiențe.

* Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii și fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală cu regim special, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

În ceea ce privește sanjeciunile aplicabile furnizorilor de medicamente în relațiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate pentru unele aspecte legate de prescripțiile medicale, acestea se referă la:

o Nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligațiilor:

o de a nu elibera prescripțiile medicale care nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum și dacă nu au fost respectate condițiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și la durata terapiei,

NOTĂ

4

de a nu elibera medicamentele și materialele sanitare din prescripțiile medicale care și-au încetat valabilitatea;

de a respecta modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, în condițiile stabilite prin norme, și de a nu elibera medicamente pentru care este necesară prescripție medicală, în lipsa acesteia.

conduc la rezilierea contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

Nerespectarea de către furnizorii de medicamente a obligației de a verifica dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic, suma cvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situații se diminuează cu 10% (la prima constatare), 20% (la a doua constatare), 30% (la a treia constatare), iar la a patra constatare se reziliează contractul de furnizare de medicamente.

În situația în care prescripțiile medicale nu conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, furnizorii de medicamente nu eliberează medicamentele cuprinse în aceste prescripții (excepție fac prescripțiile medicale care nu conțin toate datele, dar numai pentru afecțiuni acute și dacă se poate identifica medicul, asiguratul și dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecțiune acută). Iar casele de asigurări de sănătate nu decontează medicamentele cuprinse în astfel de prescripții.

Având în vedere cele de mai sus, furnizorii de medicamente, în relația contractuală cu casele de asigurări de sănătate, au obligația de a verifica prescripțiile medicale în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, fără a avea obligația verificării corectitudinii acestor date, precum și obligația de a verifica dacă au fost respectate condițiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripțiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente și durata terapiei în funcție de tipul de afecțiune: acut, subacut, cronic.

În condițiile în care, prescripțiile medicale conțin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă și respectă celelalte condiții prevăzute de reglementările legale în vigoare, farmacia eliberează medicamentele înscrise pe prescripție, în limita fondurilor cu această destinație, urmând ca prescripțiile respective să fie înaintate casei de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală.

Ateșeșp Dacă în procesul de validare a prescripțiilor medicale la nivelul caselor de asigurări de sănătate se constată completarea incorectă a unora dintre câmpurile completate de medicul prescriptor sau se constată că nu CNP nu figurează în baza de date privind registrul asiguraților, aceste prescripții vor fi supuse controlului și analizei caselor de asigurări de sănătate urmând ca, după caz, să fie aplicate măsurile ce se impun.

În plus față de cele de mai sus, în conformitate cu reglementările Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, casa de asigurări de sănătate validează facturile depuse de farmaciile în sensul acordării vizei „bun de plată”, în termen de 30 de zile calendaristice de la data depunerii facturilor.

DIRECTOR GENERAL
CONF. UNIV. DR. DOIN IONEL

