

Analiza sistemului informațional al activității de evidență asigurați în perspectiva introducerii cardului electronic de asigurat

Autor:
ec. **Radu Țibichi**, CAS Iași

Cadrul legal – O.U.G. nr.150/2002 -

CAP. 2

Asigurații

Secțiunea 1

Persoanele asigurate

ART. 4

(1) Sunt asigurați, potrivit prezentei ordonanțe de urgență, toți cetățenii români cu domiciliul în țara, precum și cetățenii străini și apatrizii care au domiciliul sau reședința în România. În aceasta calitate au obligația plății contribuției de asigurare potrivit prevederilor prezentei ordonanțe de urgență.

(2) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de reședință în România.

(3) Documentele justificative privind dobândirea calității de asigurat se stabilesc prin ordin al ministrului sănătății, la propunerea CNAS.

ART. 5

(1) Calitatea de asigurat se dovedește cu un document justificativ - adeverința sau carnet de asigurat - eliberat prin grija casei la care este înscris asiguratul. Aceste documente justificative vor fi înlocuite cu cardul electronic de asigurat, care se suporta din fond.

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

(3) Datele minime care vor fi înregistrate și accesate pe cardul de asigurat sunt:

- a) datele de identitate și codul numeric personal;
- b) dovada achitării contribuției pentru asigurările sociale de sănătate;
- c) înregistrarea numărului de solicitări de servicii medicale, prin codul furnizorului;
- d) diagnostice medicale cu risc vital;
- e) consimțământul referitor la donarea de țesuturi și organe;
- f) grupa sanguina și Eh.

Alin. (1) al art. 5 a fost modificat de ORDONANTA nr. 93 din 26 august 2004 publicata in MONITORUL OFICIAL nr. 798 din 30 august 2004. ,,

ART. 51

(1) Persoana asigurata are obligația plății unei contribuții banești lunare pentru asigurările de sănătate, cu excepția persoanelor prevăzute la art. 6 alin. (1).”

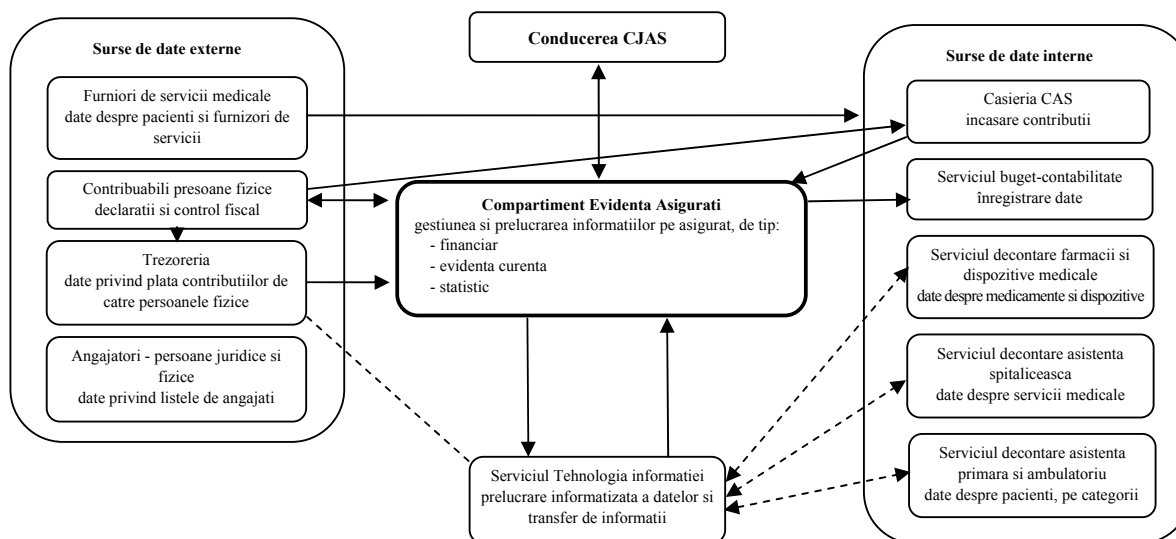
ART. 52

(1) Persoanele juridice sau fizice la care își desfășoară activitatea asigurării au obligația să calculeze și să vireze casei de asigurări o contribuție de 7% datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă; acestea au obligația să anunțe casei de asigurări orice schimbare care are loc în nivelul veniturilor;

(2) -----

(3) Nerespectarea prevederilor art. 51 alin. (1) și ale art. 52 alin. (1) duce la diminuarea pachetului de servicii de bază, potrivit prevederilor art. 13. Diminuarea pachetului de servicii de bază are loc după 3 luni de la ultima plată a contribuției și se stabilește pe baza de documente justificative, stabilite prin contractul-cadru.”

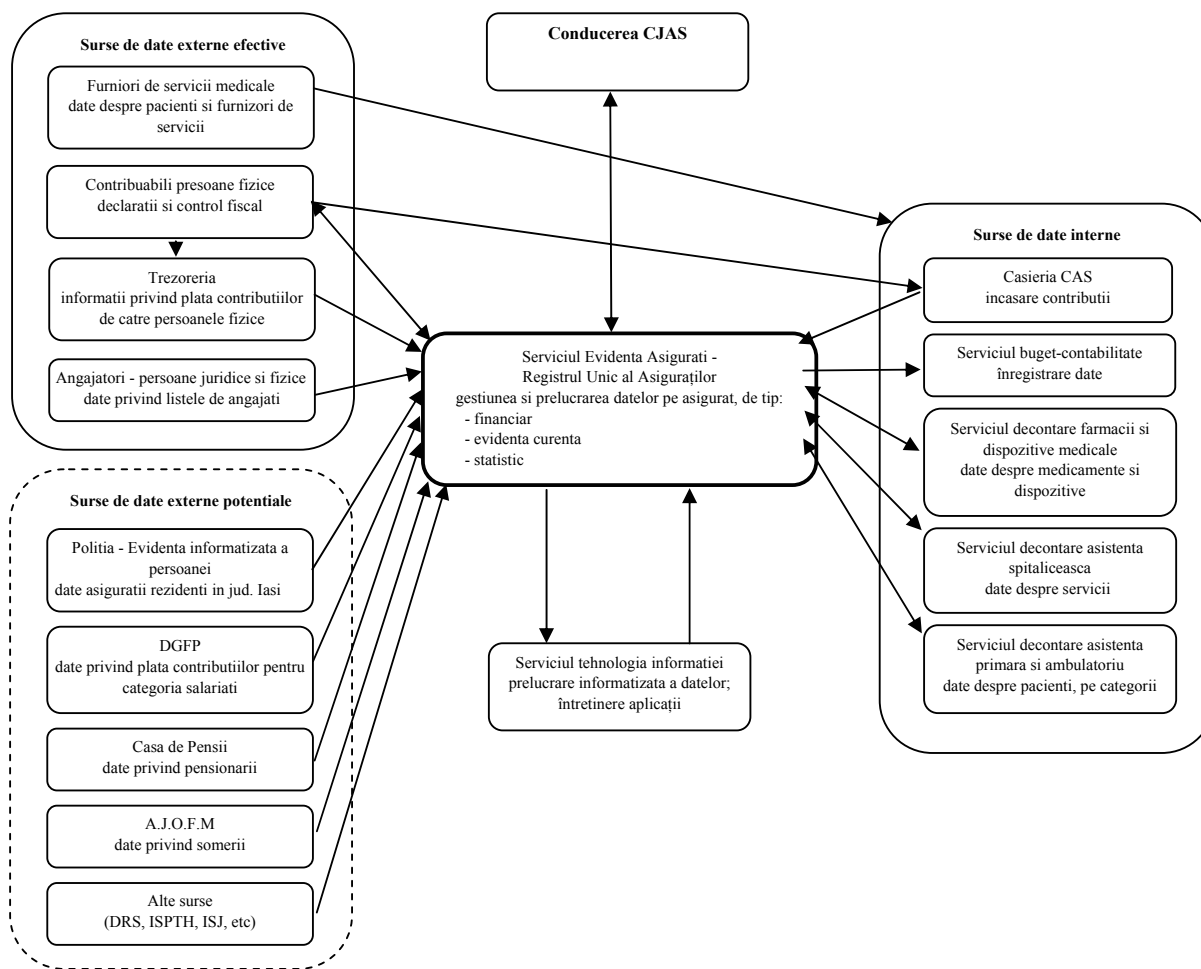
Situația actuală a fluxului informațional al activității de evidență asigurați în CJAS



Nu suntem în măsură să utilizăm și să furnizăm datele prevăzute de O.U.G. nr.150/2002 din următoarele motive:

- ♦ datorită preluării de către Ministerul Finanțelor a activităților de colectare a contribuțiilor de asigurări de sănătate datorate de angajați și angajatori, nu există o situație clară pe asigurat privitoare la sumele datorate și plătite pentru această categorie.
- ♦ în cazul unor categorii de persoane asigurate fără plata contribuției sau cu plata din alte surse, informațiile privind încadrarea în diverse categorii legale sunt fie inaccesibile, fie inexistente în formă utilă la nivelul instituțiilor care le gestionează.
- ♦ referitor la datele de tip medical - sistemul actual de preluare și gestionare a informației permite identificarea serviciilor medicale de care beneficiază fiecare persoană dar nu la nivelul necesar pentru punerea în practică a prevederilor legale menționate – ne referim aici la lipsa de integrare a informației la nivel intern și la varietatea prea mare a modurilor de prezentare de la furnizorii de servicii medicale.

Propuneri privind sistemul informațional al activității de evidență asigurați



Propuneri :

- ◆ Reglementarea relațiilor între CJAS și instituțiile din teritoriu, în legătură cu accesul la informațiile clasificate din baza de date a fiecărei instituții care gestionează date despre asigurați, prin încheierea protocoalelor de colaborare între CNAS și celelalte instituții centrale ;
- ◆ Organizarea activității de evidență asigurați în cadrul unui serviciu cu atribuții stricte de colectare, prelucrare, gestionare și transmitere date; Validarea listelor de asigurați și a serviciilor medicale prestate să se efectueze pe baza informațiilor transmise de acest serviciu conform datelor primite atât din surse interne cât și din surse externe;
- ◆ Reglementarea depunerii de către angajatori a listelor privind evidența nominală a salariaților și a persoanelor aflate în întreținerea acestora; stabilirea de sancțiuni contravenționale pentru nerespectarea obligațiilor ce le revin;
- ◆ Codificarea și clasificarea informațiilor de tip medical și includerea acestora în formularele de raportare.