GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenţa medicală transfrontalieră

    În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată, şi al art. 872 alin. (3) şi (4), art. 873 alin. (1) lit. d), art. 874 alin. (3) lit. b) şi alin. (4), art. 876 alin. (1) lit. a) pct. (i) şi alin. (2), art. 877 alin. (1) şi art. 880 alin. (2) şi (4) din titlul XVIII "Asistenţa medicală transfrontalieră" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

    Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. - Se aprobă Normele metodologice privind asistenţa medicală transfrontalieră, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. - (1) La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, dispoziţiile art. 8 din anexa la Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea şi recuperarea cheltuielilor reprezentând asistenţa medicală acordată în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi orice alte dispoziţii contrare, se abrogă.

(2) Cererile înregistrate la casele de asigurări de sănătate până la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, pentru asiguraţii din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România care s-au deplasat într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical, se soluţionează în vederea rambursării contravalorii serviciilor medicale de care au beneficiat, conform dispoziţiilor legale în vigoare la data înregistrării cererilor la casele de asigurări de sănătate.

(3) Asiguraţii din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România care au primit tratament medical într-un stat membru al Uniunii Europene şi nu au depus cerere de rambursare a contravalorii serviciilor medicale anterior intrării în vigoare a prezentei hotărâri au dreptul la rambursarea contravalorii serviciilor medicale de care au beneficiat, conform dispoziţiilor legale în vigoare în ultima zi a intervalului în care asiguraţii au beneficiat de servicii medicale.

(4) Cererile pentru valorificarea dreptului prevăzut la alin. (3) pot fi înregistrate la casele de asigurări de sănătate începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, dar nu mai târziu de 31 decembrie 2014.

PRIM - MINISTRU

VICTOR - VIOREL PONTA

Contrasemnează:

Ministrul sănătăţii,

Nicolae Bănicioiu

Ministrul finanţelor publice,

Ioana - Maria Petrescu

Ministrul delegat pentru buget,

Liviu Voinea

Ministrul afacerilor externe,

Titus Corlăţean

Bucureşti, 16 aprilie 2014.

Nr. 304.

ANEXĂ

NORME METODOLOGICE

privind asistenţa medicală transfrontalieră

CAPITOLUL I Asistenţa medicală ce face obiectul autorizării prealabile, condiţiile de autorizare şi termenul de răspuns la cererile de autorizare

CAPITOLUL II Metodologia de rambursare a preţurilor/tarifelor reprezentând contravaloarea asistenţei medicale transfrontaliere, inclusiv nivelul acestora

CAPITOLUL III Dispoziţii finale

ANEXE

CAPITOLUL I

Asistenţa medicală ce face obiectul autorizării prealabile, condiţiile de autorizare şi termenul de răspuns la cererile de autorizare

Art. 1. - Tipul de asistenţă medicală ce face obiectul autorizării prealabile şi criteriile ce trebuie îndeplinite în vederea obţinerii autorizării prealabile:

Nr. crt.

Tipul de asistenţă medicală ce face obiectul autorizării prealabile

Criterii de îndeplinit pentru obţinerea autorizării prealabile

1.

PET - CT în regim ambulatoriu

Bilet de trimitere însoţit de decizia de aprobare emisă de comisia de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate conform prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

2.

Servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore - pentru următoarele tipuri de tratament:

    a) implant sau înlocuire de defibrilator cardiac;

    b) endoprotezare articulară tumorală;

    c) implant segmentar de coloană;

    d) bypass coronarian cu/fără investigaţii cardiace invazive;

    e) naşterea

Nu poate fi acordat de nicio unitate sanitară cu paturi într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ţinând seama de starea de sănătate actuală şi de evoluţia probabilă a bolii asiguratului şi deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătăţii sale sau primirea de tratament medical. În acest caz se va prezenta un raport medical întocmit de un medic dintr-un spital clinic sau, după caz, judeţean aflat în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

Modelul raportului medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere este prevăzut în anexa nr. 1.

3.

Medicamente în tratamentul ambulatoriu pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

Prescripţia medicală - componenta prescriere a prescripţiei medicale electronice, în copie, însoţită de documentul de aprobare a comisiilor de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

Art. 2.

[{\*}] (1) În vederea obţinerii autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere, asiguratul, un membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) sau o persoană împuternicită de acesta va depune la casa de asigurări de sănătate unde este luat în evidenţă asiguratul o cerere însoţită de:

a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naştere;

b) documentele prevăzute la art. 1, după caz.

    (alineat modificat prin art. unic pct. 1 din H.G. nr. 853/2016, în vigoare de la 23 noiembrie 2016)

(2) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

a) verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante;

b) analizează documentele prevăzute la alin. (1);

c) dacă constată îndeplinirea condiţiilor prevăzute la lit. a) şi b), eliberează autorizaţia prealabilă pentru rambursarea asistenţei medicale transfrontaliere, al cărei model este prevăzut în anexa nr. 2, în termen de 5 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii;

d) dacă constată neîndeplinirea oricăreia dintre condiţiile prevăzute la lit. a) şi b), cererea de autorizare prealabilă pentru rambursarea asistenţei medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 5 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal.

(3) Termenul maxim de valabilitate a autorizaţiei prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere se stabileşte conform prevederilor din anexa nr. 2 şi reprezintă intervalul maxim de timp în care asiguratul se poate prezenta la furnizorul de servicii medicale din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistenţă medicală transfrontalieră.

(4) Casele de asigurări de sănătate îşi organizează evidenţa autorizaţiilor prealabile. Autorizaţiile prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere se emit de către casele de asigurări de sănătate în două exemplare, din care un exemplar rămâne la nivelul casei de asigurări de sănătate, iar cel de-al doilea exemplar se pune la dispoziţia asiguratului.

CAPITOLUL II

Metodologia de rambursare a preţurilor/tarifelor reprezentând contravaloarea asistenţei medicale transfrontaliere, inclusiv nivelul acestora

Art. 3.

[{\*}] (1) La solicitarea scrisă a asiguratului, a unui membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) sau a unei persoane împuternicite de acesta, însoţită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea asistenţei medicale transfrontaliere acordate pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene şi plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la art. 4, dacă: (parte introductivă modificată prin art. unic pct. 2 din H.G. nr. 853/2016, în vigoare de la 23 noiembrie 2016)

a) serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale se regăsesc printre prestaţiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislaţiei asigurărilor sociale de sănătate şi sunt decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia:

(i) tratamentului bolnavilor care necesită izolare sau internare obligatorie şi tratamentului persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar spital;

(ii) îngrijirilor medicale la domiciliu şi îngrijirilor paliative la domiciliu;

(iii) alocării de organe şi accesului la organe în scopul transplantului de organe;

(iv) cu excepţia cap. V din titlul XVIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, programelor de vaccinare a populaţiei împotriva bolilor infecţioase, care sunt exclusiv menite să protejeze sănătatea populaţiei şi care fac obiectul unor măsuri specifice de planificare şi implementare;

(v) tipurilor de asistenţă medicală prevăzute la art. 1 acordate într-un stat membru al Uniunii Europene şi pentru care nu există autorizare prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere;

(vi) medicamentelor ce fac obiectul unei prescripţii medicale speciale, astfel cum se prevede la art. 781 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare;

b) sunt respectate următoarele criterii de eligibilitate:

[{\*}] (i) serviciile medicale spitaliceşti au fost acordate întrun alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unui bilet de internare, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 1 nr. crt. 2 şi a situaţiilor care se încadrează în criteriile care permit internarea fără bilet de internare prevăzute în Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate; (punct modificat prin art. unic pct. 3 din H.G. nr. 853/2016, în vigoare de la 23 noiembrie 2016)

[{\*}] (ii) medicamentele în tratamentul ambulatoriu au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unei prescripţii medicale în condiţiile prevăzute în Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi în normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate publică, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 1 nr. crt. 3; (punct modificat prin art. unic pct. 3 din H.G. nr. 853/2016, în vigoare de la 23 noiembrie 2016)

(iii) dispozitivele medicale în tratamentul ambulatoriu au fost acordate într-un alt stat membru al Uniunii Europene, ca urmare a unei evaluări medicale efectuate de către un cadru medical care furnizează servicii medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, finalizată prin emiterea unei prescripţii medicale şi pentru care casa de asigurări de sănătate a emis o decizie de aprobare, în condiţiile prevăzute în Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

[{\*}] (2) Prin documente justificative prevăzute la alin. (1) se înţelege orice document medical, inclusiv biletul de internare, prescripţia medicală pentru medicamente şi dispozitive medicale - în copie, din care rezultă că asiguratul a beneficiat de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, datat şi asumat de către cadrul medical care l-a acordat, precum şi documente de plată din care să rezulte că serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale au fost achitate integral de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, nivelul tarifelor/preţurilor distinct pentru fiecare serviciu medical, medicament, dispozitiv medical, inclusiv data achitării acestora; traducerea în limba română a documentelor justificative de către un traducător autorizat este în responsabilitatea casei de asigurări de sănătate. (alineat modificat prin art. unic pct. 4 din H.G. nr. 853/2016, în vigoare de la 23 noiembrie 2016)

(3) După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

a) verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante;

b) analizează dacă din documentele justificative rezultă îndeplinirea prevederilor alin. (1);

c) analizează documentele de plată din punctul de vedere al clarităţii conţinutului; în situaţia în care există neclarităţi în ceea ce priveşte conţinutul documentelor de plată, casele de asigurări de sănătate se adresează punctului naţional de contact din România. Punctul naţional de contact din România se adresează punctului naţional de contact din statul membru al Uniunii Europene în care s-a întocmit documentul de plată în vederea clarificării conţinutului documentului respectiv.

(4) Dacă sunt îndeplinite prevederile alin. (3), casa de asigurări de sănătate întocmeşte nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3.

(5) După întocmirea notei de calcul prevăzute la alin. (4), casa de asigurări de sănătate va solicita Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate alocarea de prevederi bugetare utilizând modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în anexa nr. 4.

(6) Rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere se efectuează de către casa de asigurări de sănătate care a întocmit solicitarea de acordare de prevedere bugetară, în lei, în termen de maximum 60 de zile de la data alocării de prevedere bugetară.

(7) Rambursarea nu trebuie să depăşească contravaloarea în lei a asistenţei medicale transfrontaliere achitate de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, la cursul Băncii Naţionale a României din data efectuării plăţii, comparând tariful achitat cu nivelul stabilit pentru rambursare conform prevederilor art. 4, distinct pentru fiecare serviciu medical/medicament/dispozitiv medical. Cursul Băncii Naţionale a României este stabilit de către Banca Naţională a României în fiecare zi bancară. Acest curs este valabil pentru ziua următoare, implicit pentru toate tranzacţiile ce urmează a fi făcute în ziua următoare.

(8) În situaţia în care casa de asigurări de sănătate constată neîndeplinirea prevederilor alin. (3), cererea de rambursare a contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 30 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate s-a adresat, în acest interval de timp, punctului naţional de contact din România pentru clarificarea conţinutului documentelor de plată, aceasta va comunica în scris solicitantului acest fapt în termen de 3 zile lucrătoare de la formularea solicitării către punctul naţional de contact din România, dar nu mai târziu de 30 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii de rambursare. În situaţia în care după primirea răspunsului de la punctul naţional de contact din România se constată neîndeplinirea prevederilor alin. (3), cererea de rambursare a contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii răspunsului de la punctul naţional de contact din România, cu indicarea temeiului legal.

Art. 4. - (1) Nivelul la care se realizează operaţiunea de rambursare a contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere prevăzute la art. 3 alin. (1) se stabileşte după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum şi dispozitivele în ambulatoriu: tarife exprimate prin valoarea definitivă a punctului, stabilită în trimestrul anterior datei la care s-a plătit serviciul, tarife, procent din tarife, preţuri de referinţă, sume de închiriere, sume corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra preţurilor de referinţă, preţuri de decontare - preţ cu ridicata maximal de decontare la care se adaugă TVA, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plăţii serviciului de către asigurat, de un membru al familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta.

    Pentru medicamentele de care au beneficiat asiguraţii în cadrul asistenţei medicale transfrontaliere şi care nu sunt cuprinse în Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale, dar ale căror denumiri comune internaţionale sunt prevăzute a fi decontate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, rambursarea se realizează astfel:

(i) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra preţului de referinţă corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeaşi concentraţie şi formă farmaceutică asimilabilă în funcţie de sublista în care se regăseşte denumirea comună internaţională respectivă şi grupa de boală, după caz;

(ii) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra preţului de referinţă corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeaşi formă farmaceutică asimilabilă şi cea mai apropiată concentraţie în funcţie de sublista în care se regăseşte denumirea comună internaţională respectivă şi grupa de boală, după caz; în această situaţie calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unităţi terapeutice achitate;

(iii) la nivelul preţului de decontare - preţ cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeaşi concentraţie şi formă farmaceutică asimilabilă;

(iv) la nivelul preţului de decontare - preţ cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă TVA - corespunzător medicamentului - denumire comercială cu aceeaşi formă farmaceutică asimilabilă şi cea mai apropiată concentraţie; în această situaţie calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unităţi terapeutice achitate;

b) servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă: ICM x TCP, unde ICM este cel mai mare indice de case - mix dintre toate ICM-urile aferente spitalelor din România, iar TCP este tariful pe caz ponderat al spitalului cu cel mai mare indice de case - mix, prevăzute în actele normative care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plăţii serviciului medical; serviciile spitaliceşti cuprind: consultaţii, investigaţii, stabilirea diagnosticului, tratament medical şi/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente şi materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă;

c) servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe caz rezolvat: o treime din suma rezultată în urma aplicării procedurii prevăzute la lit. b); serviciile spitaliceşti cuprind: consultaţii, investigaţii, stabilirea diagnosticului, tratament medical şi/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente şi materiale sanitare, dispozitive medicale;

d) servicii medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare de zi, pentru care plata se face pe baza tarifului pe serviciu: tariful maximal prevăzut de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plăţii serviciului medical.

(2) În cazul în care achitarea serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale a fost efectuată în mai multe tranşe, nivelul de rambursare se va stabili considerând ca dată a efectuării plăţii data ultimei tranşe.

(3) Nu se suportă alte costuri, cum ar fi contravaloarea serviciilor de cazare şi de călătorie suportate de persoanele asigurate, precum şi costuri suplimentare suportate de persoanele cu handicap din cauza unuia sau a mai multor handicapuri atunci când beneficiază de asistenţă medicală transfrontalieră.

Art. 5. - Anexele nr. 1 - 4 fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

CAPITOLUL III

Dispoziţii finale

Art. 6. - Dosarul medical prevăzut la art. 872 alin. (3) şi (4) din titlul XVIII al Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, conţine toate informaţiile privind starea pacientului, rezultatele investigaţiilor efectuate, diagnosticul şi tratamentul acordat şi se transmite cu respectarea prevederilor Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

Art. 7. - (1) Furnizorii de servicii medicale care îşi desfăşoară activitatea pe teritoriul României sunt obligaţi să acorde asistenţă medicală transfrontalieră în mod nediscriminatoriu din motive de naţionalitate tuturor pacienţilor din celelalte state membre ale Uniunii Europene.

[{\*}] (2) Prin excepţie de la prevederile alin. (1), în situaţia în care un furnizor de servicii medicale nu are capacitatea şi resursele necesare să acopere volumul serviciilor medicale solicitate, se va asigura cu prioritate accesul la asistenţă medicală pacienţilor cetăţeni români. (alineat modificat prin art. unic pct. 5 din H.G. nr. 853/2016, în vigoare de la 23 noiembrie 2016)

Art. 8. - (1) În cazul în care o prescripţie este emisă în statul membru în care se efectuează tratamentul pentru medicamente sau dispozitive medicale disponibile în România şi în cazul în care se solicită eliberarea prescripţiei în România, se va asigura continuitatea tratamentului. În acest sens, documentul medical emis de către medicul din statul membru în care se efectuează tratamentul care a eliberat şi prescripţia constituie documentul cu care pacientul se prezintă ulterior la un medic având aceeaşi specialitate cu cel din statul membru în care se efectuează tratamentul, în vederea evaluării schemei terapeutice în scopul menţinerii sau modificării acesteia în funcţie de starea pacientului la momentul prezentării, respectiv monitorizării medicale, dacă se dovedeşte a fi necesar acest lucru.

(2) În situaţia în care pacientul, persoană asigurată, doreşte continuarea tratamentului în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, acesta trebuie să se prezinte la un medic care îşi desfăşoară activitatea la un furnizor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În acest caz prima prezentare la medic se face cu documentul prevăzut la alin. (1), fără a fi necesar biletul de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării. Serviciile medicale necesare ulterior se acordă în condiţiile reglementate de Contractul - cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi de normele metodologice de aplicare a acestuia, respectiv de hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naţionale de sănătate şi de normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

SUMAR:

ANEXA Nr. 1 Raport medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere

ANEXA Nr. 2 Autorizaţia prealabilă pentru rambursarea asistenţei medicale transfrontaliere, nr . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . .

ANEXA Nr. 3 Notă de calcul privind rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere

ANEXA Nr. 4 Solicitare pentru acordare de prevedere bugetară

ANEXA Nr. 1

la normele metodologice

Număr de înregistrare în unitatea sanitară . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . .

AVIZAT

Casa de asigurări de sănătate

Medic - şef

(data, semnătura, ştampila)

RAPORT

medical al pacientului care solicită autorizarea prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere

    1. Medicul . . . . . . . . . . (numele şi prenumele), medic specialist în specialitatea . . . . . . . . . . , secţia . . . . . . . . . . , din Spitalul Clinic/Judeţean . . . . . . . . . .

    2. Pacientul . . . . . . . . . . (numele şi prenumele), CNP . . . . . . . . . . , cu domiciliul . . . . . . . . . .

    3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data de . . . . . . . . . .

    4. A fost internat cu ultima Foaie de observaţie nr . . . . . . . . . .

    5. A fost diagnosticat cu . . . . . . . . . .

    . . . . . . . . . .

    . . . . . . . . . .

    6. Prezentarea unui scurt istoric al afecţiunilor şi al tratamentelor efectuate:

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

    7. Tipul de asistenţă medicală recomandat\*):

o Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac

o Endoprotezare articulară tumorală

o Implant segmentar de coloană

o Bypass coronarian cu/fără investigaţii cardiace invazive

o Naşterea

    În contextul prezentat consider că pacientul poate beneficia de asistenţă medicală transfrontalieră, deoarece:

a) nu poate fi acordată de nicio unitate sanitară cu paturi din România într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ţinând seama de starea de sănătate actuală şi de evoluţia probabilă a bolii asiguratului (se explicitează şi se argumentează motivele pentru care serviciul solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util):

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

b) deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătăţii sale sau primirea de tratament medical (se explicitează şi se argumentează):

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

    La prezentul raport medical se ataşează următoarele înscrisuri\*\*) medicale care susţin tipul de asistenţă medicală recomandat:

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

    Prezentul raport se întocmeşte de către un medic dintr-un spital clinic/judeţean aflat în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

    8. Întocmit de - MEDIC

    Nume . . . . . . . . . . Semnătură şi parafă . . . . . . . . . .

    9. Pentru conformitate - ŞEF SECŢIE

    Nume . . . . . . . . . . Semnătură şi parafă . . . . . . . . . .

    10. Pentru avizare - MANAGER SPITAL

    Nume . . . . . . . . . .

Semnătură şi ştampila spitalului

. . . . . . . . . .

NOTĂ:

Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.

OBSERVAŢII (se motivează refuzul avizării de către medicul - şef al casei de asigurări de sănătate):

\*) Se bifează tipul de asistenţă medicală recomandat.

\*\*) Înscrisurile medicale trebuie să fie datate, semnate şi ştampilate.

ANEXA Nr. 2

la normele metodologice

AUTORIZAŢIA PREALABILĂ

pentru rambursarea asistenţei medicale transfrontaliere, nr . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . .

    Casa de Asigurări de Sănătate . . . . . . . . . . , cu sediul în . . . . . . . . . . , prin reprezentantul său legal, . . . . . . . . . . , preşedinte - director general, autorizează rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere pentru asiguratul . . . . . . . . . . , (numele şi prenumele) CNP . . . . . . . . . . , cu domiciliul . . . . . . . . . . , conform cererii de autorizare nr . . . . . . . . . . din data de . . . . . . . . . .

    Tipul\*) de asistenţă medicală transfrontalieră pentru care se acordă autorizarea este:

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

. . . . . . . . . .

    Termenul maxim de valabilitate al autorizaţiei este de la data prezentei . . . . . . . . . . până la data de . . . . . . . . . . \*\*) şi reprezintă intervalul maxim de timp în care asiguratul se poate prezenta la furnizorul de servicii medicale din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistenţă medicală transfrontalieră.

Preşedinte - director general,

. . . . . . . . . .

\*) Se completează tipul de asistenţă medicală conform art. 1 alin. (1) din Normele metodologice privind asistenţa medicală transfrontalieră, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr . . . . . . . . . .

    În cazul medicamentelor se completează denumirea comună internaţională conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare.

\*\*) 1. Pentru PET - CT şi medicamente termenul maxim de valabilitate este termenul maxim de valabilitate a deciziei de aprobare emise de comisia de experţi de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

2. Pentru celelalte tipuri de asistenţă medicală care fac obiectul autorizării prealabile, termenul maxim de valabilitate este de 30 de zile.

ANEXA Nr. 3

la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate . . . . . . . . . .

Nr. . . . . . . . . . /data . . . . . . . . . .

Aprobat

Preşedinte - director general

NOTĂ DE CALCUL

privind rambursarea contravalorii asistenţei medicale transfrontaliere

Numele şi prenumele asiguratului . . . . . . . . . .

CNP/CID asigurat . . . . . . . . . .

Statul membru UE în care a fost acordată asistenţa medicală transfrontalieră . . . . . . . . . .

Serviciul medical/ Medicamentele/ Dispozitivele medicale

Data acordării/eliberării

Numărul şi data documentului de plată

Valoarea achitată în valuta statului membru UE

Contravaloarea în lei a sumei achitate

(lei)

Nivelul tarifelor/preţurilor în România

(lei)

Valoarea de rambursat

(lei)

Observaţii

Medic - şef,

. . . . . . . . . .

Director relaţii contractuale,

. . . . . . . . . .

Întocmit

. . . . . . . . . .

ANEXA Nr. 4

la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate . . . . . . . . . .

Nr . . . . . . . . . . din data . . . . . . . . . .

SOLICITARE

pentru acordare de prevedere bugetară

    Vă rugăm să aprobaţi majorarea bugetului Casei de Asigurări de Sănătate . . . . . . . . . . cu suma de . . . . . . . . . . lei, pentru a putea efectua plăţile conform prevederilor din anexa la Hotărârea Guvernului nr . . . . . . . . . . pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenţa medicală transfrontalieră.

    Această sumă este necesară pentru efectuarea plăţii sumei de . . . . . . . . . . lei asiguratului . . . . . . . . . . pentru asistenţa medicală transfrontalieră de care a beneficiat acesta în ţara . . . . . . . . . . , conform Notei de calcul nr . . . . . . . . . . din data de . . . . . . . . . . , anexată la prezenta.

    În acest sens s-a primit solicitarea scrisă a asiguratului însoţită de documentele justificative, conform prevederilor legale în vigoare.

    Menţionăm că s-au parcurs toate procedurile conform prevederilor legale în vigoare şi documentaţia existentă la sediul nostru îndeplineşte toate condiţiile de realitate, legalitate şi regularitate pentru efectuarea plăţii.

Preşedinte - director general,

. . . . . . . . . .

Director executiv economic,

. . . . . . . . . .

    Lista actelor modificatoare:

1. 23 noiembrie 2016 - H.G. nr. 853/2016 pentru modificarea Normelor metodologice privind asistenţa medicală transfrontalieră, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 304/2014, publicată în Monitorul Oficial nr. 941 din 23 noiembrie 2016.