

Informații privind investigațiile și tratamentele pentru care se percepe coplată și investigațiile și tratamentele care sunt decontate de către casa de asigurări.

Extras din :

HOTĂRÂRE

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 – 2022

ART. 98 (1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi și după caz, din sumele corespunzătoare contribuției personale a asiguratului, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI -

structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c), cu excepția:

a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;
b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spitalele publice, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli

la cererea asiguraților.

93

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor publice și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituției.

(4) Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate. Această prevedere se aplică

și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.

ART. 99 (1) Spitalele încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății astfel:

a) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secțiile/compartimentele cu paturi din unitățile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare și aflate în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate;

b) pentru serviciile medicale spitalicești, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepție fac serviciile medicale spitalicești acordate în secțiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitalicești pentru internările bolnavilor aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009, cu modificările și completările ulterioare, și în cazurile dispuse prin ordonanță a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie și tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanța de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitalicești

de lungă durată - ani - și serviciile medicale spitalicești pentru care criteriul de internare este urgența medico-chirurgicală, precum și tratamentul pacienților din penitenciare ale căror afecțiuni necesită monitorizare și reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;

c) pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplății este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplății este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul consiliului de administrație al unității sanitare respective.

(2) Furnizorii publici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) și (4). Nerespectarea acestei obligații conduce la aplicarea

sanctiunilor prevăzute la art. 102 alin. (1).

(3) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile

competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.

(4) Spitalele încasează de la asigurați contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare și/sau masă - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, în condițiile stabilite prin norme.

ART. 100 (1) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG, pot încasa din partea asiguratului sumele prevăzute la art. 99 alin. (1) și (4).

(2) Furnizorii privați aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG, pot încasa din partea asiguratului o sumă reprezentând contribuția personală, cu consimțământul exprimat în scris al asiguratului sau reprezentantului legal al acestuia cu privire la serviciile medicale și nemedicale pe care urmează să le primească și costurile asociate acestora;

(3) Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG se detaliază în devizul estimativ înaintat pacientului la prezentarea acestuia la furnizor, cu valabilitatea de 5 zile lucrătoare de la data înmânării acestuia pacientului.

Devizul estimativ cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiții hoteliere standard:

94

a.1 suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a. 2 contribuția personală a asiguratului calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului și suma prevăzută la litera a.1.

b) costurile serviciilor suplimentare estimate:

b.1 medicale – servicii medicale suplimentare, nenesare pentru rezolvarea cazului;

b.2 nemedicale – servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard.

Devizul estimativ se poate modifica pe perioada internării asiguratului în funcție de evoluția clinică, cu consimțământul acestuia sau al reprezentantului legal.

Modelul devizului estimativ este prevăzut în Norme.

(4) Contribuția personală a asiguratului pentru serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă în secțiile de acuți finanțate prin sistem DRG prevăzută la alin. (3) este afișată pe pagina de internet a furnizorilor privați de servicii medicale și la sediu, într-un loc vizibil.

(5) Contribuția personală a asiguratului se plătește de către asigurat în mod direct sau printr-o asigurare încheiată în baza unui contract cu o societate de asigurări. Contribuția personală reprezintă diferența dintre tariful serviciului medical acordat de furnizorul privat și suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului.

Valoarea relativă a cazului și tariful pe caz ponderat propriu spitalului sunt prevăzute în Normele metodologice de aplicare a prezentei hotărâri.

(6) Decontul eliberat la externare cuprinde următoarele rubrici:

a) costurile medicale directe estimate pentru rezolvarea cazului, în condiții hoteliere standard:

a.1 suma rezultată din înmulțirea valorii relative a cazului cu tariful pe caz ponderat propriu spitalului;

a. 2 contribuția personală a asiguratului, calculată ca diferența dintre tariful practicat de furnizorul privat pentru rezolvarea cazului și suma prevăzută la litera a.1.

b) costurile serviciilor suplimentare furnizate:

b.1 medicale – servicii medicale suplimentare, nenesare pentru rezolvarea cazului;

b.2 nemedicale – servicii hoteliere suplimentare sau de confort sporit față de standard

SECȚIUNEA a 6-a Contractarea și decontarea serviciilor medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare

ART. 49 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale - consultații, respectiv tariful pe consultație și numărul de servicii medicale - zile de tratament, respectiv tariful pe zi de

tratament. Pentru prestația medicului primar, tariful consultației se majorează cu 20%. Suma contractată

se stabilește conform normelor și se defalcă pe trimestre și luni, ținându-se cont și de activitatea specifică

sezonieră.

(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical - consultație/serviciu medical - zi de tratament, exprimate în lei.

(3) Contractarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare se face din fondul alocat asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare.

ART. 50 Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare, în condițiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii

de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital la externare, aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția afecțiunilor care permit prezentarea direct la

medicul de medicină fizică și de reabilitare, stabilite în norme.

ART. 51 (1) Casele de asigurări de sănătate au obligația să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare, furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de medicină fizică și de reabilitare și casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

(2) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare încasează de la asigurați suma corespunzătoare coplății pentru serviciile de medicină fizică și de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asigurații, pe seria de proceduri; nivelul minim al coplății este de 5 lei pe seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe seria de proceduri. Valoarea

coplății este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(3) Categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fac dovada acestei calități cu documente eliberate de autoritățile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum și cu documente și/sau, după caz, cu declarație pe propria răspundere că îndeplinesc condițiile privind realizarea sau nerealizarea unor venituri, conform modelului prevăzut în norme.