

NOTĂ DE FUNDAMENTARE

Secțiunea 1	
Titlul proiectului de act normativ	Hotărâre pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră
Secțiunea a 2-a Motivul emiterii actului normativ: - Potrivit art. 21 din Directiva UE nr. 24/2011 a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, statele membre asigură intrarea în vigoare a actelor cu putere de lege și a actelor administrative necesare pentru a se conforma prevederilor directivei; - în baza dispozițiilor art. VII din OUG nr. 2/2014 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, Hotărârea Guvernului prevăzută la art. 872 alin. (3) și alin. (4), art. 873 alin. (1) lit. d) și alin. (5), art. 874 alin. (3) lit. b) și alin. (4), art. 876 alin. (1) lit. a) pct. (i) și alin. (2), art. 877 alin. (1) și art. 880 alin. (2) și alin. (4) din același act normativ se elaborează în termen de 30 de zile de la data publicării ordonanței de urgență.	
1. Descrierea situației actuale	<p>Reglementările propuse prin prezentul act normativ au ca determinante principale:</p> <ul style="list-style-type: none">- diminuarea riscului declanșării unei acțiuni în constatarea neîndeplinirii obligațiilor de stat membru, potrivit art. 258 din Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene, având în vedere că doar la comunicarea tuturor actelor de transpunere ale directivei se consideră că România, ca stat membru, și-a îndeplinit obligația de a se asigura transpunerea completă a prevederilor directivei- facilitarea accesului la asistență medicală transfrontalieră sigură și de înaltă calitate și promovarea cooperării în domeniul asistenței medicale între România și statele membre ale Uniunii Europene,- îmbunătățirea accesului la serviciile de asistență medicală transfrontalieră acordate pacienților, fără a ține seama de modul de organizare, de furnizare și de finanțare a furnizorilor de servicii de asistență medicală.- îmbunătățirea utilizării fondurilor aprobate cu destinația <i>Prestații medicale în baza documentelor internaționale</i>;
2. Schimbări preconizate	<p>Tipurile de asistență medicală ce fac obiectul autorizării prealabile, condițiile de autorizare și termenul de răspuns la cererile de autorizare</p> <p>La stabilirea tipurilor de asistență medicală ce fac obiectul autorizării prealabile și a criteriilor ce trebuie îndeplinite în vederea obținerii autorizării prealabile, s-au avut în vedere prevederile Directivei UE nr. 24/2011, potrivit cărora:</p> <ul style="list-style-type: none">- sistemul de autorizare prealabilă, inclusiv criteriile și aplicarea acestor criterii, precum și deciziile individuale de a refuza acordarea autorizației prealabile, se limitează la ceea ce este necesar și proporțional cu obiectivul care trebuie atins și nu poate constitui un mijloc de discriminare arbitrară sau un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a pacienților;- asistența medicală ce poate face obiectul autorizării prealabile se limitează la asistența medicală care face obiectul unor cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane. <p>În acest context, în sistemul de autorizare prealabilă, au fost stabilite acele tipuri de asistență medicală, respectiv PET-CT-ul în regim ambulatoriu, serviciile medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore (pentru tipurile de tratament: implant sau înlocuire de defibrilator cardiac, endoprotezare articulară tumorală, implant segmentar de coloană, bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive, nașterea), medicamentele în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale în tratamentul ambulatoriu, pentru care sunt prevăzute:</p> <ul style="list-style-type: none">- niveluri ridicate ale tarifelor/prețurilor decontate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România și care în condițiile aplicării Directivei UE nr. 24/2011 ar avea drept consecință o mare presiune asupra fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;- anumite condiții de acordare pe teritoriul României și care în condițiile aplicării Directivei UE nr. 24/2011, nu pot constitui un mijloc de discriminare sau un obstacol nejustificat în calea liberei circulații a pacienților;

	<p>Metodologia de rambursare a prețurilor/tarifelor reprezentând contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv nivelul acestora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere acordată pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de asigurat se realizează dacă serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale se regăsesc printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislației asigurărilor sociale de sănătate și sunt decontate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate; - nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere, nu depășește nivelul la care ar fi fost suportată dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul României, dar nu mai mult decât contravaloarea achitată de asigurat; - rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere acordată pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de asigurat se realizează pe baza unor criterii de eligibilitate stabilite în conformitate cu prevederile H.G. pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în H.G. pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare ale acestora; Pentru acest aspect s-au avut în vedere prevederile Directivei UE nr. 24/2011 potrivit căroră statul membru de afiliere poate impune unei persoane asigurate care solicită rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv asistența medicală primită prin intermediul telemedicinii, aceleași condiții, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative, la nivel local, regional sau național, pe care le-ar impune dacă asistența medicală respectivă ar fi acordată pe teritoriul său. Aceste criterii de eligibilitate nu pot fi discriminatorii sau nu pot constitui un obstacol în calea liberei circulații a pacienților, serviciilor sau bunurilor, cu excepția cazului în care acest lucru este justificat în mod obiectiv de cerințe de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane. <p>Dispoziții generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - au fost introduse reglementări privind accesul pacienților la dosarul medical, continuitatea tratamentului în România, respectiv situațiile în care furnizorii de servicii medicale care își desfășoară activitatea pe teritoriul României asigură cu prioritate accesul la asistență medicală, pacienților – cetățeni români.
3. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 3-a Impactul socioeconomic al proiectului de act normativ	
1. Impactul macroeconomic	Nu este cazul
1 ¹ . Impactul asupra mediului concurențial și domeniului ajutoarelor de stat	Nu este cazul
2. Impactul asupra mediului de afaceri	Nu este cazul
3. Impactul social	-
4. Impactul asupra mediului	Nu este cazul
5. Alte informații	Nu este cazul
Secțiunea a 4-a Impactul financiar asupra bugetului general consolidat, atât pe termen scurt, pentru anul curent, cât și pe termen lung.	
1. Modificări ale veniturilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
2. Modificări ale cheltuielilor bugetare, plus/minus	Nu este cazul
3. Impact financiar, plus/minus	Nu este cazul, având în vedere că în practică, prevederile esențiale ale Directivei UE nr. 24/2011 sunt deja aplicate în România, conform art. 8 din Anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729 din 17 iulie 2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul

	sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare ; În baza acestui ordin, asigurații care se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde sunt luați în evidență ca persoane asigurate, beneficiază de rambursarea contravalorii serviciilor medicale la nivelul tarifelor din România, fără a depăși contravaloarea în lei a serviciilor achitate de asigurați;
4. Propuneri pentru acoperirea creșterii cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.
5. Propuneri pentru a compensa reducerea veniturilor bugetare.	Nu este cazul.
6. Calcule detaliate privind fundamentarea modificărilor veniturilor și/sau cheltuielilor bugetare.	Nu este cazul.
7. Alte informații.	Nu este cazul
Secțiunea a 5-a Efectele proiectului de act normativ asupra legislației în vigoare.	
1. Măsuri normative necesare pentru aplicarea prevederilor proiectului de act normativ:	
a) acte normative în vigoare ce vor fi modificate sau abrogate, ca urmare a intrării în vigoare a proiectului de act normativ;	Art. 8 din Anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate nr. 729 din 17 iulie 2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009
b) acte normative ce urmează a fi elaborate în vederea implementării noilor dispoziții	Nu este cazul.
2. Conformitatea proiectului de act normativ cu legislația comunitară în materie.	Nu este cazul.
3. Măsuri normative necesare aplicării directe a actelor normative comunitare	Nu este cazul.
4. Hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene	Nu este cazul.
5. Alte acte normative și/sau documente internaționale din care decurg angajamente.	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 6-a Consultările efectuate în vederea elaborării proiectului de act normativ	
1. Informații privind procesul de consultare cu organizații neguvernamentale, institute de cercetare și alte organisme implicate	Nu este cazul.
2. Fundamentarea alegerii organizațiilor cu care a avut loc consultarea, precum și a modului în care activitatea acestor organizații este legată de obiectul proiectului de act normativ	
3. Consultările organizate cu autoritățile administrației publice locale, în situația în care proiectul de act normativ are ca obiect activități ale acestor autorități, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 521/2005 privind procedura de consultare a structurilor asociative ale autorităților administrației publice locale la elaborarea proiectelor de acte normative.	Nu este cazul.
4. Consultările desfășurate în cadrul consiliilor interministeriale, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente	Nu este cazul.
5. Informații privind avizarea de către:	Se supune avizului Consiliului Legislativ.
a) Consiliul Legislativ	
b) Consiliul Suprem de Apărare a Țării	Nu este cazul.
c) Consiliul Economic și Social	Nu este cazul.
d) Consiliul Concurenței	Nu este cazul.
e) Curtea de Conturi	Nu este cazul.
6. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 7-a	
Activități de informare publică privind elaborarea și implementarea proiectului de act normativ	
1. Informarea societății civile cu privire la necesitatea elaborării proiectului de act normativ.	Prezentul act normativ a respectat prevederile Legii nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică fiind afișat

	pe site-ul Ministerului Sănătății și al C.N.A.S. și va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I-a.
2. Informarea societății civile cu privire la eventualul impact asupra mediului în urma implementării proiectului de act normativ, precum și efectele asupra sănătății și securității cetățenilor sau diversității biologice.	Nu este cazul
3. Alte informații	Nu este cazul.
Secțiunea a 8-a	
Măsuri de implementare	
1. Măsurile de punere în aplicare a proiectului de act normativ de către casele de asigurări de sănătate, Casa Națională de Asigurări de Sănătate	
2. Alte informații	Nu este cazul.

În acest sens, a fost întocmit proiectul de hotărâre pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră

**Ministrul sănătății,
Nicolae BĂNICIOIU**



Avizăm favorabil:

Ministrul finanțelor publice

Ioana Maria PETRESCU

Ministrul Justiției

Robert Marius CAZANCIUC

Ministrul afacerilor externe

Titus CORLĂȚEAN

Ministrul delegat pentru Buget

Liviu VOINEA

p. Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

**Radu TIBICHI
Director General**



HOTĂRÂRE Nr. _____ din _____
pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicala
transfrontaliera

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 872 alin. (3) și alin. (4), art. 873 alin. (1) lit. d), art. 874 alin. (3) lit. b) și alin. (4), art. 876 alin. (1) lit. a) pct. (i) și alin. (2), art. 877 alin. (1) și art. 880 alin. (2) și alin. (4) din titlul XVIII "Asistenta medicala transfrontaliera" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

ART. 1

Se aprobă Normele metodologice privind asistenta medicala transfrontaliera prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

ART. 2

(1) La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, își încetează aplicabilitatea dispozițiile art. 8 din Anexa la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurari de Sanatate nr. 729 din 17 iulie 2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, cu modificările și completările ulterioare, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009, precum și orice alte dispoziții contrare.

(2) Cererile înregistrate la casele de asigurari de sănătate până la data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, pentru asigurații 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 fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate, se soluționează în vederea rambursării contravalorii serviciilor medicale conform dispozițiilor legale în vigoare la data înregistrării cererilor la casele de asigurări de sănătate.

(3) Cererile înregistrate la casele de asigurari de sănătate începând cu data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, dar nu mai târziu de 90 de zile de la această dată, pentru asigurații 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 fara aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate, pentru rambursarea contravalorii serviciilor medicale de care au beneficiat anterior intrării în vigoare a prezentei hotărâri, se soluționează în vederea rambursării contravalorii serviciilor medicale, conform dispozițiilor legale în vigoare în ultima zi a intervalului in care asigurații au beneficiat de servicii medicale.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

NORME METODOLOGICE
privind asistența medicală transfrontalieră

CAPITOLUL I

Asistența medicală ce face obiectul autorizării prealabile, condițiile de autorizare și termenul de răspuns la cererile de autorizare

ART. 1

Tipul de asistență medicală ce face obiectul autorizării prealabile și criteriile ce trebuie îndeplinite în vederea obținerii autorizării prealabile:

Nr. Crt.	Tipul de asistență medicală ce face obiectul autorizării prealabile	Criterii de îndeplinit pentru obținerea autorizării prealabile
1	PET-CT în regim ambulatoriu	Bilet de trimitere însoțit de decizia de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
2	Servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă - spitalizare mai mare de 24 de ore – pentru următoarele tipuri de tratament: <ul style="list-style-type: none"> a. Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac b. Endoprotezare articulară tumorală c. Implant segmentar de coloană d. Bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive e. nașterea 	Nu poate fi acordat de nicio unitate sanitară cu paturi într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția probabilă a bolii asiguratului și deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății 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, județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România. Modelul raportului medical și condițiile de completare sunt prevăzute în Anexa nr.1 la prezentele norme metodologice
3	Medicamente în tratamentul ambulatoriu pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate	Prescripția medicală – componenta prescriere a prescripției medicale electronice, în copie, însoțită de documentul de aprobare a comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
4	Dispozitive medicale în tratamentul ambulatoriu	Prescripție medicală, în copie, însoțită de decizia de aprobare emisă de casa de asigurări de sănătate conform prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

ART. 2

(1) În vederea obținerii autorizării prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței medicală transfrontaliere asiguratul, un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau o persoană împuternicită de acesta va depune la casa de asigurări de sănătate unde este luat în evidență asiguratul, o cerere însoțită de:

- a) copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere;
- b) confirmarea scrisă din partea furnizorului de servicii medicale din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistență medicală transfrontalieră, cu privire la disponibilitatea acestuia de a acorda respectiva asistență medicală transfrontalieră în perioada indicată de persoana solicitantă- pentru situațiile prevăzute la art.1 punctele 1 și 2;
- c) document eliberat de Punctul Național de Contact pentru asistență medicală transfrontalieră din statul membru al Uniunii Europene în care urmează să se acorde asistență medicală transfrontalieră, din care să rezulte că furnizorul de servicii medicale prevăzut la lit b) nu generează preocupări serioase și specifice legate de respectarea standardelor și a orientărilor privind calitatea îngrijirii medicale și siguranța pacienților, inclusiv dispoziții privind supravegherea;
- d) documentele prevăzute la art. 1, după caz.

(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 condițiilor prevăzute la lit. a) și b), eliberează autorizația prealabilă pentru rambursarea asistenței medicale transfrontaliere al cărui model este prevăzut Anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice, în termen de 5 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii.

d) dacă constată neîndeplinirea oricăreia dintre condițiile prevăzute la lit. a) și b) cererea de autorizare prealabilă pentru rambursarea asistenței 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 autorizației prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere se stabilește conform prevederilor din Anexa nr. 2 la prezentele norme metodologice și 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 asistență medicală transfrontalieră.

(4) Casele de asigurări de sănătate își organizează evidența autorizațiilor prealabile. Autorizațiile prealabile pentru rambursarea contravalorii asistenței 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 dispoziția asiguratului.

CAPITOLUL II

Metodologia de rambursare a prețurilor/tarifelor reprezentând contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere, inclusiv nivelul acestora

ART. 3

(1) La solicitarea scrisă a asiguratului, a unui membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau a unei persoane împuternicite de acesta, însoțită de documente justificative traduse în limba română de către un traducător autorizat, casa de asigurări de sănătate

rambursează contravaloarea asistenței medicale transfrontaliere acordată pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene și plătite de acesta, la nivelul tarifelor prevăzute la art. 4, dacă:

1. serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale se regăsesc printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată conform legislației asigurărilor sociale de sănătate și sunt decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, cu excepția:

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

b) îngrijirilor medicale la domiciliu și îngrijirilor paliative la domiciliu;

c) alocării de organe și accesului la organe în scopul transplantului de organe;

d) cu excepția cap. V din titlul XVIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, programelor de vaccinare a populației împotriva bolilor infecțioase, care sunt exclusiv menite să protejeze sănătatea populației și care fac obiectul unor măsuri specifice de planificare și implementare.

e) tipurilor de asistență medicală prevăzute la art. 1 acordate într-un stat membru al Uniunii Europene și pentru care nu există autorizare prealabilă pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere;

f) medicamentelor ce fac obiectul unei prescripții medicale speciale, astfel cum se prevede la articolul 781 alineatul (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

2. sunt respectate următoarele criterii de eligibilitate:

a) serviciile medicale spitalicești 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 unui bilet de internare, cu excepția situațiilor care se încadrează în criteriile care permit internarea fără bilet de internare prevăzute în Anexa la H.G. pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

b) medicamentele și 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 prescripții medicale în condițiile prevăzute în Anexa la H.G. pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și în H.G. pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare ale acestora;

(2) Prin documente justificative menționate la alin. (1) se înțelege orice document medical, inclusiv biletul de internare, prescripția medicală pentru medicamente și dispozitive medicale – în copie, din care rezultă că asiguratul a beneficiat de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, datat și asumat de către cadrul medical care l-a acordat, precum și documente de plată din care să rezulte că serviciile medicale, medicamentele și dispozitivele medicale au fost achitate integral de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, nivelul tarifelor/prețurilor distinct pentru fiecare serviciu medical, medicament, dispozitiv medical, inclusiv data achitării acestora.

(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 punct de vedere al clarității conținutului; în situația în care există neclarități în ceea ce privește conținutul documentelor de plată, casele de asigurări de sănătate se adresează Punctului Național de Contact din România. Punctul Național de Contact din România se adresează Punctului Național de Contact din statul membru al Uniunii Europene în care s-a întocmit documentul de plată în vederea clarificării conținutului documentului respectiv.

(4) Dacă sunt îndeplinite prevederile alin.(3), casa de asigurări de sănătate întocmește nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere utilizând modelul notei de calcul prevăzut în Anexa nr. 3 la prezentele norme metodologice.

(5) După întocmirea notei de calcul prevăzută la alin. (4), casa de asigurări de sănătate va solicita Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, alocarea de prevederi bugetare utilizând modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în Anexa nr. 4 la prezentele norme metodologice.

(6) Rambursarea contravalorii asistenței 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 depășească contravaloarea în lei, a asistenței medicale transfrontaliere achitate de asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta, la cursul Băncii Naționale a României din data efectuării plății, comparând tariful achitat cu nivelul stabilit pentru rambursare conform art.4, distinct pentru fiecare serviciu medical/ medicament/ dispozitiv medical. Cursul Băncii Naționale a României este stabilit de către Banca Națională a României în fiecare zi bancară. Acest curs este valabil pentru ziua următoare, implicit pentru toate tranzacțiile ce urmează a fi făcute în ziua următoare.

(8) Dacă casa de asigurări de sănătate constată neîndeplinirea prevederilor alin. (3), cererea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 30 zile lucrătoare de la data înregistrării cererii, cu indicarea temeiului legal; În situația în care casa de asigurări de sănătate s-a adresat, în acest interval de timp, Punctului Național de Contact din România pentru clarificarea conținutului documentelor de plată, aceasta va comunica în scris solicitantului acest fapt în termen de 3 zile lucrătoare de la formularea solicitării către Punctul Național de Contact din România, dar nu mai târziu de 30 de zile lucrătoare de la data înregistrării cererii de rambursare. În situația în care după primirea răspunsului de la Punctul Național de Contact din România se constată neîndeplinirea prevederilor alin. (3), cererea de rambursare a contravalorii asistenței 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 Național de Contact din România, cu indicarea temeiului legal.

Art.4

(1) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere prevăzută la art. 3 alin. (1) se stabilește după cum urmează:

a) pentru serviciile medicale de specialitate din ambulatoriu, medicamentele în tratamentul ambulatoriu, precum și 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, prețuri de referință, sume de închiriere, sume corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețurilor de referință, prețuri de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare la care se aduagă TVA, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului de către asigurat, de un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau de către o persoană împuternicită de acesta;

Pentru medicamentele de care au beneficiat asigurații în cadrul asistenței medicale transfrontaliere, și care nu sunt cuprinse în Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale, dar ale căror denumiri comune internaționale sunt prevăzute a fi decontate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, rambursarea se realizează astfel:

1) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului-denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz;

2) la nivelul sumei corespunzătoare aplicării procentului de compensare asupra prețului de referință corespunzător medicamentului-denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație în funcție de sublista în care se regăsește denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz; În această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;

3) la nivelul prețului de decontare – preț cu ridicata maximal de decontare, la care se aduagă TVA - corespunzător medicamentului-denumire comercială cu aceeași concentrație și formă farmaceutică asimilabilă ;

4) la nivelul prețului de decontare – preț cu ridicata maximal de decontare, la care se aduagă TVA - corespunzător medicamentului-denumire comercială cu aceeași formă farmaceutică asimilabilă și cea mai apropiată concentrație; în această situație calculul sumei de rambursat se face pentru numărul de unități terapeutice achitate;

b) servicii medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă: $ICM \times TCP$, 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 plății serviciului medical;

Serviciile spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă;

c) servicii medicale spitalicești 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 spitalicești cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale;

d) servicii medicale spitalicești 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 plății serviciului medical;

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

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

ART. 5

(1) Înregistrarea în contabilitate a operațiunii de rambursare a contravalorii asistenței medicale transfrontaliere de care au beneficiat persoanele asigurate în sistemul de asigurări

sociale de sănătate din România, se realizează de către casele de asigurări de sănătate potrivit monografiei contabile prevăzute în Anexa nr.5 la prezentele norme metodologice

(2) Anexele nr. 1 - 5 fac parte integrantă din prezentele norme metodologice.

CAPITOLUL III

Dispoziții finale

ART. 6

Dosarul medical prevăzut la art. 872 alin.(3) și alin.(4) din titlul XVIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, conține toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor efectuate, diagnosticul și tratamentul acordat și se transmite cu respectarea prevederilor Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003.

ART. 7

(1) Furnizorii de servicii medicale care își desfășoară activitatea pe teritoriul României sunt obligați să acorde asistență medicală transfrontalieră în mod nediscriminatoriu din motive de naționalitate tuturor pacienților din celelalte state membre ale Uniunii Europene.

(2) Prin excepție de la alin.(1), în situația în care un furnizor de servicii medicale nu are capacitatea și resursele necesare să acopere volumul serviciilor medicale solicitate, existând liste de prioritate, se va asigura cu prioritate accesul la asistență medicală, pacienților – cetățeni români.

ART.8

(1) În cazul în care o prescripție este emisă în statul membru de tratament pentru medicamente sau dispozitive medicale disponibile în România și în cazul în care se solicită eliberarea prescripției în România, se va asigura continuitatea tratamentului.

În acest sens, documentul medical emis de către medicul din statul membru de tratament care a eliberat și prescripția, constituie documentul cu care pacientul se prezintă ulterior la un medic având aceeași specialitate cu cel din statul membru de tratament, în vederea evaluării schemei terapeutice în scopul menținerii sau modificării acesteia în funcție de starea pacientului la momentul prezentării, respectiv monitorizării medicale dacă se dovedește a fi necesar acest lucru.

(2) În situația în care pacientul, persoană asigurată dorește continuarea tratamentului în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, acesta trebuie să se prezinte la un medic care își desfășoară activitatea la un furnizor aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate. În acest caz prima prezentare la medic se face cu documentul menționat la alin.(1), fără a fi necesar biletul de trimitere către alte specialități sau în vederea internării. Serviciile medicale necesare ulterior se acordă în condițiile reglementate de Contractul cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și de normele metodologice de aplicare a acestuia, respectiv de hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și de normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 9

Prevederile prezentei hotărâri a Guvernului nu se aplică persoanelor asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România cu reședința într-un stat membru al Uniunii Europene pentru asistență medicală acordată în statul membru de reședință.

ANEXA 1
la normele metodologice

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

AVIZAT*) Casa de Asigurări de Sănătate Medic-șef (data, semnătura, ștampila)

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

1. Medicul, medic specialist în specialitatea,
(nume, prenume)
secția, din Spitalul clinic/județean
 2. Pacientul, CNP,
(nume, prenume)
cu domiciliul
 3. Pacientul se află în supravegherea clinicii din data de
 4. A fost internat cu ultima Foaie de observație nr.
 5. A fost diagnosticat cu
 6. Prezentarea unui scurt istoric al afecțiunilor și al tratamentelor efectuate:
.....
.....
.....
.....
 7. Tipul de asistență medicală recomandat**
 - Implant sau înlocuire de defibrilator cardiac
 - Endoprotezare articulară tumorală
 - Implant segmentar de coloană
 - Bypass coronarian cu/fără investigații cardiace invazive
 - Nașterea
- ** se bifează tipul de asistență medicală recomandat

În contextul prezentat consider că pacientul poate beneficia de asistență 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, ținând seama de starea de sănătate actuală și de evoluția probabilă a bolii asiguratului (se explicitează și se argumentează motivele pentru care serviciul solicitat nu se poate realiza într-un interval de timp util):

.....
.....
.....
.....

.....;
b) deplasarea persoanei solicitante nu prejudiciază starea sănătății sale sau primirea de tratament medical (se explicitează și argumentează):

.....
.....;

La prezentul raport medical se atașează următoarele înscrisuri medicale care susțin tipul de asistență medicală recomandat:

.....
.....
.....

*) *Înscrisurile medicale trebuie să fie date, semnate și stampilate*

Prezentul raport se întocmește de către un medic dintr-un spital clinic /județean aflat în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

8. Întocmit de - MEDIC

Nume Semnătură și parafă

9. Pentru conformitate - ȘEF SECȚIE

Nume Semnătură și parafă

10. Pentru avizare - MANAGER SPITAL

Nume
Semnătură și ștampila spitalului
.....

NOTĂ:

Necompletarea tuturor rubricilor invalidează prezentul raport.

OBSERVAȚII (se motivează refuzul avizării de către medicul-șef al casei de asigurări de sănătate):

--

ANEXA 2
la normele metodologice

**Autorizația prealabilă pentru rambursarea asistenței medicale transfrontaliere,
nr.....din data.....**

Casa de Asigurări de Sănătate....., cu sediul în, prin reprezentantul său legal,, președinte-director general, autorizează rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere pentru asiguratul, CNP,

(nume, prenume)

cu domiciliul, conform cererii de autorizare nr. din data de

Tipul* de asistență medicală transfrontalieră pentru care se acordă autorizarea este:

.....
.....
.....
.....
.....

**) Se completează tipul de asistență medicală conform art. 1 alin.(1) din Normele metodologice privind asistența medicală transfrontalieră aprobate prin H.G. nr.....*

În cazul medicamentelor și al dispozitivelor medicale se completează denumirea comună internațională conform HG nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, respectiv denumirea dispozitivului medical conform prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Termenul maxim de valabilitate al autorizației este de la data prezenteipână la data de..... **) și 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 asistență medicală transfrontalieră.

***))1. pentru PET-CT și medicamente termenul maxim de valabilitate este termenul maxim de valabilitate al deciziei de aprobare emisă de comisia de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate*

2. pentru dispozitivele medicale termenul maxim de valabilitate este termenul maxim de valabilitate al deciziei de aprobare emisă de casa de asigurări de sănătate conform prevederilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

3. pentru celelalte tipuri de asistența medicală care fac obiectul autorizării prealabile, termenul maxim de valabilitate este de 30 de zile.

Președinte-director general,
.....

ANEXA 3
la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate.....
Nr...../data.....

Aprobat
Președinte-Director General

Notă de calcul
Privind rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere

Nume, prenume asigurat.....
CNP/CID asigurat.....
Statul membru UE în care a fost acordată asistența medicală transfrontalieră:.....

Serviciul medical /medicamentele /dispozitivele medicale	Data acordării/ eliberării	Numărul și data documentului de plată	Valoarea achitată în valuta statului membru UE	Contravaloarea în lei a sumei achitate (lei)	Nivelul tarifelor/ Prețurilor în România (lei)	Valoarea de rambursat (lei)	Observații

Medic Șef
.....

Director Relații Contractuale
.....

Întocmit
.....

ANEXA 4
la normele metodologice

Casa de Asigurări de Sănătate.....
Nr.....din data.....

SOLICITARE
pentru acordare de prevedere bugetară

Vă rugăm să aprobați majorarea bugetului Casei de Asigurări de Sănătate cu suma de lei, pentru a putea efectua plățile conform prevederilor din anexa la H.G. nr. pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră.

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

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

Menționăm că s-au parcurs toate procedurile conform prevederilor legale în vigoare și documentația existentă la sediul nostru îndeplinește toate condițiile de realitate, legalitate și regularitate pentru efectuarea plății.

Președinte-director general,
.....

Director executiv economic,
.....

ANEXA 5
la normele metodologice

MONOGRAFIE
privind înregistrarea în contabilitate a operațiunilor de rambursare a contravalorii
asistenței medicale transfrontaliere de care au beneficiat pe teritoriul unui stat membru
al Uniunii Europene, persoanele asigurate în sistemul de asigurări sociale de sănătate
din România

Efectuarea plății către asigurat de către casele de asigurări de sănătate

Înregistrarea cheltuielii aferente asistenței medicale transfrontaliere	628	462
Efectuarea plății către asigurat prin numerar	581	7705
	531	581
	462	531
Efectuarea plății către asigurat prin virament	462	7705