

ORDIN Nr. 163 din 13 martie 2015

pentru modificarea și completarea 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, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009

EMITENT: CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 225 din 2 aprilie 2015

Având în vedere Referatul de aprobare al Direcției generale relații contractuale nr. DRC/103 din 11 martie 2015,

în temeiul dispozițiilor art. 236, art. 270 alin. (1) lit. s), art. 271 lit. k), art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. I

Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 545 din 5 august 2009, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 6, alineatele (1) și (2) se modifică și vor avea următorul cuprins:

"ART. 6

(1) Casa de asigurări de sănătate virează în contul deschis de Casa Națională de Asigurări de Sănătate la o instituție de credit echivalentul în lei al sumelor în valută, reprezentând cheltuielile ocazionate de acordarea prestațiilor de boală și maternitate asiguraților aflați în evidența acestora de către furnizori de servicii medicale din alte state, în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății. În acest caz se utilizează cursul valutar de vânzare al instituției de credit respective din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. În situația în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb de către instituția de credit, se utilizează cursul comunicat de Banca Națională a României din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. În situația în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb nici la Banca Națională a României, se utilizează cursul de schimb al acestei valute în raport cu euro, comunicat pe website-ul băncii centrale a statului respectiv (accesibil din pagina de internet www.bnr.ro/Link-uri-utile/Bănci-centrale), din ziua completării solicitării pentru acordare de prevedere bugetară. În situația cererilor de rambursare transmise de statele membre care ulterior emiterii acestora au aderat la zona euro, se utilizează cursul de schimb al valutei statului respectiv în raport cu euro, comunicat pe site-ul Băncii Centrale Europene la rubrica «The euro» - «Procese de introducere a monedei euro» (accesibil din pagina de internet www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html). Pe baza cursului de schimb anterior menționat, suma avută în vedere se convertește în euro, ulterior transformându-se în lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro și comunicat de Banca Națională a României la aceeași dată.

(2) Pentru alocarea de prevederi bugetare se utilizează, după caz, modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în anexa nr. 1, respectiv în anexa nr. 1a, însoțit de centralizatorul privind solicitarea de acordare de prevedere bugetară completat conform modelului prevăzut în anexa nr. 1b, respectiv în anexa nr. 1c."

2. Articolul 7 se modifică și va avea următorul cuprins:

"ART. 7

(1) În situația în care o persoană asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România beneficiază de asistență medicală devenită necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv Confederației Elvețiene, fără să prezinte cardul european de asigurări sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate sau dacă acesta nu este recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere, persoana respectivă suportă contravaloarea asistenței medicale acordate.

(2) În situația în care legislația aplicată de către instituția de la locul de ședere prevede posibilitatea rambursării contravalorii asistenței medicale acordate unei persoane asigurate, aceasta poate trimite o cerere de rambursare instituției de la locul de ședere. În acest caz, instituția respectivă rambursează în mod direct acelei persoane contravaloarea asistenței medicale acordate în limitele și în condițiile aplicabile nivelurilor de rambursare prevăzute de legislația sa națională. În această situație nu se va mai solicita casei de asigurări de sănătate în evidența căreia se află asiguratul rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate.

(3) În cazul în care asiguratul nu a solicitat direct instituției de la locul de ședere rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate sau dacă legislația aplicată de instituția de la locul de ședere nu prevede posibilitatea rambursării contravalorii asistenței medicale, acesta are dreptul la o rambursare efectuată de casa de asigurări de sănătate la care se află în evidență ca persoană asigurată.

(4) În vederea rambursării contravalorii asistenței medicale devenite necesară, asiguratul, un membru al familiei (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau o persoană împuternicită în acest sens de acesta, denumit în continuare solicitant, va depune la casa de asigurări de sănătate care are în evidență persoana asigurată respectivă o cerere în formatul prevăzut în anexa nr. 3a, însoțită de documente justificative.

Solicitantul are dreptul de a opta pentru nivelul la care se va realiza rambursarea contravalorii asistenței medicale acordate, drept exprimat prin cererea adresată casei de asigurări de sănătate care are în evidență persoana asigurată, după cum urmează:

a) la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de ședere, conform procedurii instituite prin utilizarea formularului E 126 sau similar; sau

b) la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare la data efectuării plății, prevăzut la art. 7[^]1; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil procedura prin utilizarea formularului E 126 sau similar în vederea determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

(5) Nivelul de rambursare prevăzut la alin. (4) lit. b) se utilizează, fără acordul persoanei asigurate, și în situația în care legislația statului pe teritoriul căruia persoana asigurată a beneficiat de asistență medicală devenită necesară nu prevede tarife pentru asistența medicală acordată, situație confirmată prin completarea de către instituția de la locul de ședere a formularului E 126 sau similar, fapt ce va fi adus la cunoștință asiguratului, în scris, de către casa de asigurări de sănătate.

(6) Prin «documente justificative», menționate la alin. (4), se înțelege:

a) orice document medical datat și asumat de către cadrul medical care l-a acordat, în copie - certificate «conform cu originalul» și semnate de solicitant - din care să rezulte serviciile de care a beneficiat asiguratul; în situația prevăzută la alin. (4) lit. b) documentele solicitate sunt însoțite și de traducerea acestora în limba română de către un traducător autorizat; în situația prevăzută la alin. (5) traducerea în limba română a documentelor medicale de către un traducător autorizat este în responsabilitatea casei de asigurări de sănătate;

b) documente de plată, în original, din care să rezulte că serviciile 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, inclusiv data/datele plății/plăților acestora; în situația prevăzută la alin. (4) lit. a) și b) și alin. (5) documentele depuse de asigurat sunt însoțite și de traducerea acestora în limba română de către un traducător autorizat.

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

a) verifică statutul de asigurat al persoanei care a beneficiat de asistență medicală devenită necesară la data/datele acordării acesteia;

b) analizează documentele de plată din punct de vedere al clarității conținutului; documentele de plată trebuie să conțină informațiile privind suma/sumele achitată/achitate și data/datele efectuării plății/plăților.

(8) Dacă sunt îndeplinite prevederile alin. (7), casa de asigurări de sănătate demarează procedura instituită prin utilizarea formularului E 126 sau similar, în vederea rambursării. După primirea răspunsului la formularul E 126 sau similar din partea instituției de la locul de ședere, casa de asigurări de sănătate întocmește, după caz, nota de calcul privind rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară, utilizând modelul notei de calcul prevăzut în anexa nr. 3b. În situațiile prevăzute la alin. (4) lit. b) și alin. (5), casa de asigurări de sănătate analizează în prealabil informațiile înscrise de instituția de la locul de ședere în formularul E 126 sau similar, precum și documentele medicale din punctul de vedere al clarității conținutului în vederea identificării serviciilor medicale și a domeniului de asistență medicală în cadrul căruia acestea au fost acordate.

(9) După finalizarea activităților prevăzute la alin. (8), casa de asigurări de sănătate va solicita Casei Naționale de Asigurări de Sănătate alocarea de prevedere bugetară, utilizând modelul de solicitare pentru acordare de prevedere bugetară prevăzut în anexa nr. 3.

(10) Rambursarea contravalorii asistenței medicale suportate pentru asiguratul din sistemul de asigurări sociale de sănătate din România 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.

(11) În cazurile prevăzute la alin. (4) lit. a) rambursarea se realizează către solicitant, în lei, la cursul Băncii Naționale a României de la data efectuării plății serviciului medical. Suma rambursată nu trebuie să depășească în niciun caz contravaloarea în lei a asistenței medicale 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.

(12) În cazurile prevăzute la alin. (4) lit. b) și alin. (5) rambursarea se realizează către solicitant, la nivelul tarifelor prevăzute la art. 7¹, fără a depăși în niciun caz contravaloarea în lei a tarifului/prețului achitat pentru fiecare serviciu medical acordat, la cursul Băncii Naționale a României din data efectuării plății.

(13) 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. În situația în care valuta utilizată nu are stabilit un curs de schimb la Banca Națională a României, se utilizează cursul de schimb al acestei valute în raport cu euro, comunicat pe website-ul băncii centrale a statului respectiv (accesibil din pagina de internet www.bnr.ro/Link-uri-utile/Bănci-centrale), din data achitării serviciului medical de către asigurat. În situația în care, ulterior achitării de către asigurat a contravalorii asistenței medicale, statul membru a aderat la zona euro, se utilizează cursul de schimb al valutei statului respectiv în raport cu euro, comunicat pe site-ul Băncii Centrale Europene la rubrica «The euro» - «Procese de introducere a monedei euro» (accesibil din pagina de internet www.ecb.europa.eu/euro/changeover/html/index.ro.html). Pe baza cursului de schimb anterior menționat, suma avută în vedere se convertește în euro, ulterior transformându-se în lei, la cursul de schimb stabilit pentru euro și comunicat de Banca Națională a României la aceeași dată.

(14) Cursul de schimb valutar utilizat în vederea rambursării, în cazul în care achitarea serviciilor medicale, medicamentelor, dispozitivelor medicale a fost efectuată în mai multe tranșe, se va stabili considerând ca dată a efectuării plății data plății ultimei tranșe.

(15) În situația în care casa de asigurări de sănătate constată neîndeplinirea prevederilor alin. (7), cererea de rambursare a contravalorii asistenței medicale 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.

(16) În situația în care din formularul E 126 sau similar primit de la instituția de la locul de ședere rezultă că nu se efectuează nicio rambursare, casa de asigurări de sănătate nu va efectua nicio rambursare și acest lucru se comunică în scris solicitantului în termen de 30 de zile lucrătoare de la data primirii răspunsului la formularul E 126 sau similar, cu indicarea temeiului legal."

3. După articolul 7 se introduce un nou articol, articolul 7¹, cu următorul cuprins:

"ART. 7¹

(1) Nivelul la care se realizează operațiunea de rambursare a contravalorii asistenței medicale devenite necesară, prevăzută la art. 7 alin. (4) lit. b), precum și la art. 7 alin. (5), 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 adaugă TVA, prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate în vigoare la data efectuării plății serviciului.

Pentru medicamentele de care au beneficiat asigurații în cadrul asistenței medicale devenite necesară 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:

(i) 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 regăsesc denumirea comună internațională respectivă și grupa de boală, după caz;

(ii) 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 regăsesc 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;

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

(iv) la nivelul prețului de decontare - preț cu ridicata maximal de decontare, la care se adaugă 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) pentru serviciile medicale spitalicești 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 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) pentru serviciile 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) pentru serviciile 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 asistenței medicale a fost efectuată în mai multe tranșe, nivelul de rambursare se va stabili considerând ca dată a efectuării plății data plății ultimei tranșe."

4. Anexa nr. 1 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 1, care face parte integrantă din prezentul ordin.

5. Anexa nr. 1a se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 2, care face parte integrantă din prezentul ordin.

6. După anexa nr. 1a se introduc două noi anexe, anexele nr. 1b și 1c, prevăzute în anexele nr. 3 și 4, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

7. Anexa nr. 3 se modifică și se înlocuiește cu anexa nr. 5, care face parte integrantă din prezentul ordin.

8. După anexa nr. 3 se introduc două noi anexe, anexele nr. 3a și 3b, prevăzute în anexele nr. 6 și 7, care fac parte integrantă din prezentul ordin.

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
Vasile Ciurchea

București, 13 martie 2015.
Nr. 163.

ANEXA 6
(Anexa nr. 3a la normele metodologice)

CERERE-TIP
pentru rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene, Spațiului Economic European, respectiv Confederației Elvețiene

Către Casa de Asigurări de Sănătate

Adresa

Data

Stimate domnule/Stimată doamnă președinte-director general,

Prin prezenta, subsemnatul(a)*1), domiciliat în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon, în calitate de:

—
|_| asigurat, codul numeric personal

—
|_| membru de familie (părinte, soț/soție, fiu/fiică) sau persoană împuternicită al/a asiguratului*2), având următoarele date de identificare: codul numeric personal, domiciliul în localitatea, str. nr., bl., sc., et., ap., județul/sectorul, telefon

solicit rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară în timpul șederii temporare pe teritoriul statului, asistență medicală acordată fără a se prezenta cardul european de asigurări sociale de sănătate/certificatul provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate sau în cazul în care acesta nu a fost recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere.

Solicit ca rambursarea contravalorii asistenței medicale să se realizeze:

—
1. |_| la nivelul tarifelor prevăzute de legislația statului membru de ședere, conform procedurii instituite pentru utilizarea formularului E 126 sau similar;

—
2. |_| la nivelul tarifelor prevăzute de actele normative în vigoare care reglementează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România în vigoare la data efectuării plății; casa de asigurări de sănătate instituie în prealabil procedura prin utilizarea formularului E 126 sau similar în vederea determinării serviciilor medicale devenite necesare în conformitate cu legislația statului membru respectiv.

Anexez prezentei următoarele documente:

- a) documente în original, care dovedesc efectuarea plății, însoțite de traduceri în limba română;
- b) copiile*3) documentelor medicale din care rezultă serviciul medical de care am beneficiat; pentru situația prevăzută la pct. 2 aceste documente sunt însoțite de traduceri în limba română.

Prezenta cerere reprezintă în același timp și o declarație pe propria răspundere prin care, cunoscând dispozițiile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, certific faptul că serviciile medicale au fost de natura celor devenite necesare și că deplasarea nu a avut ca scop beneficierea de tratament medical, precum și faptul că nu am solicitat direct instituției de la locul de ședere rambursarea contravalorii asistenței medicale devenite necesară.

Rambursarea va fi efectuată în numerar sau în contul nr.*4), deschis la*5), numele/prenumele beneficiarului contului, CNP beneficiar cont

Semnătura solicitantului

.....

- *1) Numele și prenumele solicitantului.
- *2) Numele și prenumele asiguratului care a beneficiat de asistența medicală devenită necesară.
- *3) Certificate "conform cu originalul" și semnate de solicitant.
- *4) Codul IBAN aferent contului în care se solicită rambursarea; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.
- *5) Banca la care este deschis contul în care se solicită rambursarea sumei; în cazul în care se optează pentru rambursarea sumei în numerar, spațiul se va bara cu o linie orizontală.
