**ANEXA 18**

**MODALITĂŢILE DE PLATĂ**

**în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice**

 ART. 1

 Plata serviciilor din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei.

 ART. 2

 (1) La stabilirea sumei contractate pentru investigaţiile medicale paraclinice prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, de către:

 - furnizorii de servicii medicale paraclinice (de analize medicale de laborator, de anatomie patologică, de investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară),

 - furnizorii de servicii medicale clinice (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale clinice),

 - medicii de familie (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară),

 - furnizorii de servicii de medicină dentară (prin act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară), cu casa de asigurări de sănătate, se au în vedere criteriile prevăzute în Anexa 19, respectiv Anexa 20 la ordin privind repartizarea sumelor.

 (2) Repartizarea fondului alocat la nivelul fiecărei case de asigurări de sănătate pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie-imagistică medicală şi medicină nucleară, se stabileşte de către casa de asigurări de sănătate.

Sumele contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii medicale paraclinice se defalchează pe trimestre şi pe luni.

 (3) Lunar, casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice serviciile furnizate cu obligaţia încadrării în limita valorii lunare de contract stabilită pe tipuri, respectiv analize medicale de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară.

 (4) În situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea lunară contractată iniţial pe tipuri de investigaţii aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de servicii medicale paraclinice care în aceeaşi lună şi-au epuizat valoarea de contract. Sumele rezultate din economii nu pot fi contractate cu medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriu care au încheiate acte adiţionale pentru furnizare de servicii medicale paraclinice dacă suma contractată de aceştia este la maximum posibil potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

 (5) Prin consum mediu lunar se înţelege contravaloarea serviciilor medicale paraclinice - pe tipuri de investigaţii paraclinice, decontate de casa de asigurări de sănătate.

 Dacă din valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice - analize de laborator a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

 Dacă din valoarea lunară de contract pentru servicii de anatomie patologică a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

 Dacă din valoarea lunară de contract pentru servicii medicale paraclinice de radiologie, imagistică medicală şi medicină nucleară a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

 Prin excepţie, pentru trimestrul IV al anului calendaristic, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale paraclinice se înregistrează la sfârşitul unei luni sume neconsumate, faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de servicii medicale paraclinice care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în prezentele norme.

 (6) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia servicii medicale paraclinice se contractează de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv acte adiţionale la contractele/actele adiţionale iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere criteriile de selecţie şi contractare prevăzute în prezentele norme, precum şi reevaluarea punctajului tuturor furnizorilor, în situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului iniţial al acestora s-a/s-au modificat. Pentru actele adiţionale ce au ca obiect serviciile medicale paraclinice efectuate de medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice din ambulatoriu, se pot contracta sume din fondurile suplimentare numai în situaţia în care nu se depăşeşte numărul maxim de servicii ce se pot efectua potrivit programului de lucru stabilit pentru furnizarea acestor servicii.

 (7) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator, investigaţii medicale paraclinice de radiologie - imagistică medicală şi medicină nucleară, pot efectua servicii medicale paraclinice peste valoarea lunară de contract/act adiţional în limita a maxim 10%, cu excepţia lunii decembrie, cu condiţia ca această depăşire să influenţeze corespunzător, în sensul diminuării valorii de contract/act adiţional a lunii următoare, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

 (8) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale paraclinice, conform prevederilor din anexele nr. 19 şi 20 la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

 Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare şi a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

 Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

 ART. 3

 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor medicale paraclinice prezentate în anexa nr. 17 la ordin.

 Tarifele decontate de casele de asigurări de sănătate pentru investigaţiile paraclinice sunt cele prevăzute în anexa nr. 17 la ordin.

 Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care sunt în relaţii contractuale contravaloarea serviciilor de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) numai dacă furnizorul face dovada interpretării investigației în maximum 5 zile lucrătoare de la efectuarea acesteia, prin semnătura medicului radiolog.

 (2) Casele de asigurări de sănătate decontează ecografii furnizorilor de servicii medicale clinice, ecografii generale (abdomen şi pelvis) furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară, precum și radiografii și tomografii dentare furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, cuprinse în anexa nr. 17 la ordin, în condiţiile prevăzute în anexa nr. 17 la ordin, la tarifele prevăzute în aceeaşi anexă, cu încadrare în valoarea de contract.

Pentru investigațiile paraclinice pentru care medicii de familie, medicii cu specialităţi medicale clinice, inclusiv medicii de medicină dentară încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale, programul de lucru se prelungeşte corespunzător.

 Pentru medicii cu specialităţi medicale clinice, aceste investigaţii medicale paraclinice pot fi efectuate atât ca urmare a actului medical propriu, cât şi ca urmare a trimiterii de către alţi medici de specialitate în cadrul unui program suplimentar faţă de cel contractat pentru serviciile medicale din asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice.

 Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate într-o oră de medicii de familie, medicii cu specialităţile medicale clinice, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale clinice, nu poate fi mai mare de 3.

Numărul maxim de radiografii ce pot fi efectuate într-o oră de medicii de medicină dentară, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară nu poate fi mai mare de 6.

 Numărul maxim de tomografii dentare ce pot fi efectuate într-o oră de medicii de medicină dentară, care încheie acte adiţionale la contractele de furnizare de servicii medicale de medicină dentară nu poate fi mai mare de 3.

 ART. 4

 (1) Biletul de trimitere pentru investigaţiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare şi are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

 Pentru toate bolile cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice este de până la 90 zile calendaristice.

 Biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice - examinări histopatologice, citologice şi imunohistochimice are termen de valabilitate 90 de zile calendaristice având în vedere specificul recoltării şi transmiterii probei/probelor către un furnizor de servicii de anatomie patologică. Biletul de trimitere pentru investigaţii paraclinice recomandate de medicul de familie/medicul de specialitate din ambulatoriu, care are evidenţiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice.

 Un exemplar al biletului de trimitere rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului. În situaţia în care, din motive obiective, investigaţiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentării, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligaţia de a-l programa în perioada de valabilitate a biletului de trimitere, consemnând pe verso-ul exemplarului de bilet de trimitere data prezentării pentru programare şi data programării, dacă asiguratul refuză programarea, furnizorul va restitui asiguratului biletul de trimitere pentru ca acesta să se poată prezenta la alt furnizor de investigaţii medicale paraclinice.

 Pentru investigaţii paraclinice - examinări histopatologice, citologice, imunohistochimice şi de microbiologie, dacă recoltarea probei/probelor se face de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul care a făcut recoltarea probei/probelor din care un exemplar însoţeşte proba/probele recoltate şi se transmite furnizorului de servicii de anatomie patologică împreună cu aceasta/acestea.

 La momentul prezentării la furnizorul de investigaţii paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigaţiilor, cu excepţia examinărilor histopatologice, citologice şi imunohistochimice, asiguratul va declara pe proprie răspundere pe verso-ul biletului de trimitere, că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigaţiilor.

 Dacă recoltarea probei/probelor se face într-un laborator aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în vederea efectuării unor examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice în regim ambulatoriu, asiguratul declară pe proprie răspundere că la momentul recoltării nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

 Furnizorul de servicii medicale paraclinice care efectuează investigaţiile paraclinice recomandate prin biletul de trimitere păstrează biletul de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

 Furnizorul de servicii medicale paraclinice transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale paraclinice efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa biletelor de trimitere aferente serviciilor paraclinice raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

 Furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

 (2) Dacă în perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice un asigurat se internează în spital fără ca investigaţiile recomandate să fie efectuate în ambulatoriu anterior internării, biletul de trimitere îşi pierde valabilitatea, cu excepţia biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă, dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, cu obligaţia prezentării de către asigurat a biletului de externare/scrisorii medicale din care să rezulte că aceste investigaţii nu au fost făcute pe perioada internării.

 Investigaţiile medicale paraclinice efectuate unui asigurat în ambulatoriu pe perioada în care acesta a fost internat, precum şi în perioada de la data externării până la data expirării termenului de valabilitate a biletului de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate sau dacă acestea au fost decontate se recuperează de la furnizorul de investigaţii medicale paraclinice - dacă pe versoul biletului de trimitere nu este consemnată declaraţia asiguratului prevăzută la alin. (1), cu excepţia investigaţiilor medicale paraclinice de înaltă performanţă, dacă acestea nu au fost efectuate în timpul spitalizării, şi numai dacă se prezintă de către asigurat biletul de externare/scrisoarea medicală din care să rezulte că aceste investigaţii nu au fost făcute pe perioada internării.

 În situaţia în care casa de asigurări de sănătate constată că, pe perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice, asiguratul a fost internat într-un spital şi declaraţia pe propria răspundere consemnată pe versoul biletului de trimitere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

 Prevederile de mai sus nu se aplică biletelor de trimitere pentru examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice.

 În situaţia în care casa de asigurări de sănătate constată că, la data recoltării probei/probelor pentru examinări histopatologice/citologice/imunohistochimice la nivelul laboratorului sau de către medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, asiguratul a fost internat într-un spital şi declaraţia pe propria răspundere este contrară celor constatate, prejudiciul se recuperează de la asigurat.

 (3) Este interzisă înlocuirea sau adăugarea altor investigaţii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

 (4) Fiecare casă de asigurări de sănătate îşi organizează modul de verificare a biletelor de trimitere pentru investigaţiile paraclinice.

 (5) Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004, investigaţiile medicale paraclinice se acordă numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepţia situaţiei în care pacienţii respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord.

 Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate în perioada de valabilitate a cardului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigaţiilor medicale paraclinice. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au dreptul şi beneficiază de servicii medicale acordate pe teritoriul României furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţi paraclinice solicită bilet de trimitere pentru acordarea investigaţiilor medicale paraclinice.

 ART. 5

 Serviciile de înaltă performanţă (RMN, CT, scintigrafie şi angiografie) se acordă în baza biletului de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice de înaltă performanţă care se întocmeşte în 2 exemplare, din care unul rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi unul la furnizorul care a efectuat serviciul/serviciile de înaltă performanţă, pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. La biletul de trimitere completat distinct pentru fiecare cod de investigație, se ataşează de către medicul trimiţător, acolo unde este cazul, rezultatele celorlalte investigaţii efectuate anterior pentru stabilirea diagnosticului. Biletul de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice este formular cu regim special, unic pe ţară şi are valabilitate 90 de zile. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

 Valabilitatea biletului de trimitere pentru investigații paraclinice recomandate ca urmare a acordării consultațiilor medicale pentru prevenție de către medicul de familie este de până la 60 zile calendaristice.

 ART. 6

 Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale paraclinice facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentelor norme.

 Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor medicale prestate pentru perioada respectivă.

 ART. 7

 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizaţiilor judeţene ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice din ambulatoriu întâlniri cu furnizorii de servicii medicale paraclinice pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii.

 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.