**ANEXA 11**

**MODALITĂŢILE DE PLATĂ**

**în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru**

**specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare**

ART. 1(1) Unităţile ambulatorii de medicină fizică şi de reabilitare din structura unor unităţi sanitare sau unităţile ambulatorii în care îşi desfăşoară activitatea medici angajaţi într-o unitate sanitară, cabinetele medicale de specialitate organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, cabinetele medicale de specialitate din structura unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor publice centrale din sistemul de apărare, ordine publică, siguranţă naţională şi autoritate judecătorească încheie contracte de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu cu casele de asigurări de sănătate, a căror plată se face prin tarif în lei pe servicii medicale - consultaţii/zi de tratament pentru seria de proceduri specifice de medicină fizică şi de reabilitare din pachetul de servicii medicale de bază prevăzut în anexa nr. 10 la ordin.

(2) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere: numărul de servicii medicale - consultaţii, respectiv tariful pe consultaţie, care este de 30 lei iar tariful pe consultaţie cu efectuare de proceduri este de 40 lei precum şi numărul de servicii medicale - zi de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament, care este de 28 de lei sau 42 de lei. Tariful pe zi de tratament este de 28 de lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu excepţia poziţiilor 1, 26 - 29, 32 - 34 şi 38 şi este de 42 lei pentru 4 proceduri pe zi dintre cele prevăzute la subpunctul 1.3 de la punctul 1 lit. A din anexa 10 la ordin, cu condiţia ca cel puţin o procedură pe zi să fie dintre cele prevăzute la poziţia 1, 26 - 29, 32 - 34 şi 38.

Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultaţiei se majorează cu 20%. În cadrul unei zile de tratament se are în vedere un număr de maximum 4 proceduri pe zi.

(3) Suma contractată se stabileşte conform anexei nr. 11 B la ordin şi se defalchează pe trimestre şi pe luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.

(4) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare conform prevederilor din anexa nr. 11 B la ordin se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, în termen de maxim 15 zile lucrătoare de la data de la care survine modificarea, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract. Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

Neanunţarea acestor situaţii şi constatarea ulterior producerii lor duc la aplicarea prevederilor privind nerespectarea obligaţiilor contractuale din contractul de furnizare de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare .

(5) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră şi se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate asiguraţilor de la data încheirii actului adiţional.

În trimestrul IV 2018, în situaţia în care la unii furnizori de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare se înregistrează la sfârşitul fiecărei 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 de medicină fizică şi de reabilitare care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 40 de lei reprezentând contravaloarea unei consultaţii cu proceduri, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract.

Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare 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 şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

Consum mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare decontate de casa de asigurări de sănătate.

(6) Pentru încadrarea în suma defalcată trimestrial cabinetele de specialitate clinică medicină fizică şi de reabilitare pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de medicină fizică şi de reabilitare, dacă este cazul.

(7) În vederea contractării numărului de servicii medicale - consultaţii şi a numărului de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare se au în vedere următoarele:

a) numărul de servicii medicale - consultaţii de medicină fizică şi de reabilitare acordate în cabinetul medical nu poate depăşi numărul de servicii medicale - consultaţii rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că pentru o consultaţie medicală este necesară o durată în medie de 15 minute, iar pentru o consultaţie în cadrul căreia se efectuează în cabinetul medical proceduri diagnostice/terapeutice/tratamente este necesară în medie o durată de 30 minute.

Dacă programul de lucru este mai mic sau mai mare de 7 ore pe zi, numărul de consultaţii poate scădea sau creşte corespunzător;

b) serviciile medicale zi de tratament care se acordă în bazele de tratament, se contractează şi raportează în vederea decontării pentru un număr de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi, cu excepţia copiilor 0-18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale terapeutice pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, după care bolnavul plăteşte integral serviciile medicale.

(8) Tarifele au în vedere cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultaţii şi zilelor de tratament de medicină fizică şi de reabilitare .

(9) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2018 cu destinaţia de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte, respectiv de acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor medicale - consultaţii şi numărul de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare 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 anexa nr. 11 B la ordin, 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.

(10) Decontarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de medicină fizică şi de reabilitare .

(11) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale - consultaţii şi a numărului de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare acordate numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate sau de medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia consultațiilor pentru afecţiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin care permit prezentarea direct la medicul de specialitate medicină fizică şi de reabilitare.

(12) Biletele de trimitere pentru tratament în staţiunile balneoclimaterice se emit de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de specialitate clinică medicină fizică şi de reabilitare.

(13) Trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate către un alt medic de specialitate din ambulatoriu, aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, se face pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special unic pe țară utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, numai în situaţia în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care eliberează biletul de trimitere respectiv.

(14) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate în limita sumelor contractate se face în funcţie de:

a) numărul de servicii medicale - consultaţii şi tarifele pe consultaţii prevăzute la alin. (2);

b) numărul de zile de tratament de medicină fizică şi de reabilitare realizat atât în cabinetele medicale, cât şi în bazele de tratament, înmulţit cu tarifele prevăzute la alin. (2). Aceste tarife se decontează numai dacă numărul procedurilor recomandate şi efectuate este de 4/zi, în caz contrar tarifele se reduc proporţional conform formulei: număr proceduri recomandate şi efectuate pe zi/4 x tarif pe zi de tratament.

ART.2 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare 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.

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

ART. 3 (1) Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare care nu se regăsesc în anexa nr. 10 la ordin se suportă de către asiguraţi la tarifele stabilite de furnizori şi afişate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate.

(2) Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate şi numai pentru afecţiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum şi pentru asiguraţii care au bilet de trimitere sau a căror afecţiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigaţii paraclinice/bilet de internare/prescripţii medicale, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate şi dacă prezentarea la medic se face în cadrul unor consultaţii realizate peste valoarea de contract.

ART. 4 (1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pot fi angajaţi medici, precum şi alte categorii de personal. Medicii angajaţi nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente. Întreaga activitate a cabinetului se desfăşoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare, cabinetele medicale individuale organizate conform reglementărilor în vigoare pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv.

ART. 5 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale de medicină fizică şi de reabilitare acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialităţile clinice, cu excepţia consultaţiilor pentru afecţiunile prevăzute în anexa nr. 13 la ordin, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, respectiv beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate medicină fizică și reabilitare acordă servicii medicale 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/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană.

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 solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialităţile clinice este utilizat şi pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare şi este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare şi are o valabilitate de maximum 60 de zile calendaristice de la data emiterii.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea şi un exemplar este înmânat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare. Furnizorul de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare păstrează biletul de trimitere şi îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialităţile clinice de la data la care acesta se implementează.

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

(4) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare 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.

(5) Medicii de specialitate medicină fizică şi de reabilitare recomandă investigaţii paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe ţară, care se întocmeşte în două exemplare din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigaţiile şi un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigaţii paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acesta se implementează.

(6) Medicii de specialitate medicină fizică şi de reabilitare aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri la domiciliu ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 C la ordin.

ART. 6 (1) Furnizorii de servicii medicale de medicină fizică şi de reabilitare încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii pentru serviciile de medicină fizică şi de reabilitare - serii de proceduri din pachetul de servicii de bază de care au beneficiat asiguraţii pe seria de proceduri; nivelul minim al coplăţii este de 5 lei pe toată seria de proceduri, iar nivelul maxim este de 10 lei pe toată seria de proceduri. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare furnizor pe bază de criterii proprii.

(2) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 225 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, fac dovada acestei calităţi cu documente eliberate de autorităţile competente că se încadrează în respectiva categorie, precum şi cu documente şi/sau, după caz, cu declaraţie pe propria răspundere că îndeplinesc condiţiile privind realizarea sau nu a unor venituri, conform modelului prevăzut în anexa nr. 23 D la ordin.

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 medicilor de specialitate întâlniri cu medicii de specialitate din ambulatoriu 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 medicii de specialitate din ambulatoriu de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.