

Servicii medicale paraclinice

Reglementarile privind serviciile medicale oferite de catre furnizorii de servicii medicale paraclinice aflati in relatie contractuala cu Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti (CASMB) sunt prevazute in Legea nr. 95/2006, privind reforma in sanatate, Hotararea de Guvern nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului -cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurari sociale de sanatate si Ordinul MS/CNAS nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

Persoanele asigurate au dreptul la investigatii paraclinice decontate de catre CASMB numai pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicul de familie sau de catre medicul specialist aflati in relatii contractuale cu casa de asigurari de sanatate.

Biletul de trimitere pentru investigatiile paraclinice este formular cu regim special, unic pe tara, care se intocmeste in trei exemplare si are o valabilitate de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Prin exceptie, biletele de trimitere pentru efectuarea de investigatii paraclinice specifice pentru afectiunile cuprinse in unele programe nationale de sanatate: diabetul si bolile de nutritie precum si cele pentru afectiunile oncologice, au valabilitate de pana la 90 de zile calendaristice, in conditiile in care pentru afectiunea respectiva si medicatia a fost prescrisa pentru acelasi interval de timp. Pentru celelalte boli cronice, valabilitatea biletului de trimitere pentru investigatii paraclinice specifice este de pana la 60 zile.

Casa de asigurari de sanatate deconteaza furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au incheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguratilor, indiferent de casa de asigurari de sanatate la care este luat in evidenta asiguratul, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeaasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale paraclinice.

Serviciile medicale de inalta performanta (CT, RMN, scintigrafie, angiografie) se deconteaza numai pe baza de recomandare medicala asiguratilor in urmatoarele conditii:

- o urgente medico-chirurgicale majore;
- o afectiuni in care au fost epuizate toate celelalte posibilitati de explorare.

La momentul prezentarii asiguratului in vederea efectuării investigatiilor, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a consemna pe versoul exemplarului de bilet de trimitere care se depune la casa de asigurari de sanatate :data prezentarii, data programarii, precum si de a semna si stampila acest exemplar indiferent daca investigatiile recomandate sunt sau nu efectuate la momentul prezentarii.

In situatia in care, din motive obiective, investigatiile nu au putut fi efectuate la momentul prezentarii, furnizorul de servicii medicale paraclinice are obligatia de a-l programa iar daca asiguratul refuza programarea va restitui asiguratului ambele exemplare ale biletului de trimitere pentru ca acesta sa se poata prezenta la alt furnizor de investigatii medicale paraclinice.

Asiguratul are obligatia de a se programa si de a accepta programarea la unul dintre furnizori, In primele 10 zile calendaristice de la emiteria biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice in caz contrar biletul de trimitere isi pierde valabilitatea.

Daca in perioada de valabilitate a biletului de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice un asigurat se interneaza in spital fara ca investigatiile recomandate sa fie efectuate in ambulatoriu anterior internarii, biletul de trimitere isi pierde valabilitatea, cu exceptia biletelor de trimitere pentru investigatii medicale paraclinice de inalta performanta daca acestea nu au fost efectuate in timpul spitalizarii, cu reconfirmarea pe biletul de trimitere a necesitatii efectuării acestor investigatii de catre medicul care a facut trimiterea.

Este interzisă infocuirea sau adaugarea altor investigatii paraclinice pe biletul de trimitere prin completarea acestuia la nivelul laboratorului/punctului de lucru.

Pentru pacientii titulari ai cardului european de asigurari sociale de sanatate, in perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiari ai formularelor europene precum si pacientilor din alte state cu care Romania a incheiat acorduri, intelegeri, conventii sau protocoale internationale cu prevederi in domeniul sanatatii, investigatiile medicale paraclinice se acorda pe baza biletului de trimitere.

Contravaloarea serviciilor medicale paraclinice care nu se regasesc lista de servicii decontate de casa de asigurari de sanatate, precum si a serviciilor medicale acordate la cererea asiguratului (fara recomandare medicala) sau in situatia in care asiguratul nu accepta programare pe listele de prioritate se suporta de catre asigurati la tarifele stabilite de furnizori si afisate la cabinetul/laboratorul medical, pentru care se elibereaza chitanta fiscala, cu indicarea serviciului prestat.

Furnizorii de servicii medicale paraclinice au urmatoarele obligatii:

sa respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare;

sa informeze asiguratii cu privire la obligatiile furnizorului de servicii medicale paraclinice si ale

asiguratului referitoare la actul medical;

sa respecte confidentialitatea tuturor datelor si informatiilor privitoare la asigurati, precum si intimitatea si demnitatea acestora;

sa respecte dreptul la libera alegere de catre asigurat a medicului si a furnizorului;

sa respecte programul de lucru;

sa afiseze intr -un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala, precum si datele de contact ale acesteia: adresa, telefon, fax, e-mail, pagina web;

sa asigure acordarea asistentei medicale in caz de urgenta ori de cate ori se solicita in timpul programului de lucru, la sediul furnizorului, in limita competentei si a dotarilor existente;

a acorde cu prioritate asistenta medicala femeii gravide si sugarilor;

sa transmita rezultatul investigatiilor paraclinice medicului de familie care a facut recomandarea si la care este inscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriul care a facut recomandarea investigatiilor medicale paraclinice, acesta avand obligatia de a transmite rezultatele investigatiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicala, medicului de familie pe lista caruia este inscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face si prin intermediul asiguratului;

sa infocmeasca liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, daca este cazul;

sa efectueze investigatiile medicale paraclinice numai in baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat in sistemul asigurarilor sociale de sanatate, cu conditia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere sa se afle in relatie contractuala cu aceeasi casa de asigurari de sanatate cu care se afla in relatie contractuala furnizorul de servicii medicale parclinice;

sa incaseze sumele reprezentand fie contributia personala pentru unele servicii medicale, fie coplata pentru alte servicii medicale de care au beneficiat asiguratii, cu respectarea prevederilor legale in vigoare.