



**INSTITUTUL REGIONAL DE ONCOLOGIE
IAȘI**

Str. G-ral Henri Mathias Berthelot nr.2 – 4
Cod Fiscal 29067408
Operator date cu caracter personal:21677
Tel. 0374278810, Fax 0374278802
www.iroiasi.ro; e-mail: oncoiasi@iroiasi.ro



DECIZIA nr. 142 din 03.04.2018

Ec. Mirela Grosu, Manager al Institutului Regional de Oncologie Iași, numit prin Ordinul Ministrului Sănătății nr. 892/17.11.2015;

Avand in vedere prevederile art. 98, din Ordinul nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019;

Avand in vedere prevederile art. 12, Anexa 23 din Ordinul nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor Metodologice din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019;

Avand in vedere prevederile Ordinului nr. 400 / 2015 pentru aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice;

Avand in vedere prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii;

Avand in vedere prevederile Regulamentului Intern si a Regulamentului de Organizare si Functionare a unitatii;

DECIDE:

Art.1 Se aproba **Metodologia proprie de rambursare** la cererea asiguratilor a cheltuielilor suportate de catre acestia pe perioada internarii, in conditiile prevazute de art. 12, Anexa 23 din Ordinul nr. 397/836/2018, in cadrul Institutului Regional de Oncologie Iasi.

Art.2 Metodologia de rambursare prevazuta la art.1 este urmatoarea:

- Pacientul care a suportat pe perioada spitalizarii (internare continua sau internare de zi) cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare,



investigatii paraclinice la care ar fi fost indreptatiti fara contributie personala, in conditiile art. 12, Anexa 23 din Ordinul nr. 377/2016, **va formula o cerere** si o va depune la Secretariatul institutului.

- Cererea va contine obligatoriu numele, prenumele, CNP, adresa de domiciliu, contul bancar, banca si datele de contact (numar de telefon, sau e-mail) ale asiguratului.
- Cererea va fi in prealabil avizata de catre medicul curant din sectia unde pacientul a fost internat si va avea atasate documentele medicale din care sa rezulte tratamentul prescris si efectuat.
- Anexat cererii se va depune factura fiscala/ bonul fiscal care atesta cheltuiala efectuata si perioada.
- Spitalul, va analiza cererea si va verifica daca sunt întrunite condițiile rambursării, respectiv cele prevazute la art. 12, Anexa 23 din Ordinul nr. 377/2016. **Nu se vor deconta materialele sanitare si medicamentele pentru afectiunile din programele nationale de sanatate si pentru bolile care necesita aprobarea comisiilor CAS.** Decontarea se va efectua in limita listei care a stat la baza contractarii cu CAS.
- Rambursarea cheltuielii se va efectua prin virament, in contul bancar indicat de pacient in cerere, sau in numerar in situatia in care pacientul nu detine cont, in maxim 30 zile calendaristice de la data inregistrarii solicitării.

Art.3 Prezenta metodologie va fi afisata pe site-ul institutului.



Manager,
Ec. Mirela Grosu

Director Financiar Contabil,
Ec. Mihaela Cucu

Compartiment Juridic,
Jr. Daniela Mînăstireanu



An 2018

Ordinul nr. 397/836/2018 privind aprobarea NORMELOR METODOLOGICE din 27 martie 2018 de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019

ANEXA 23

CONDIȚIILE ACORDĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN UNITĂȚI SANITARE CU PATURI ȘI MODALITĂȚILE DE PLATĂ ALE ACESTORA

ART. 12

(1) Spitalele, inclusiv centrele de sănătate multifuncționale cu și fără personalitate juridică, sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru investigații paraclinice și pentru medicamente - în limita listei prezentată la contractare -, materiale sanitare, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 10 lit. a), b) și c), **cu excepția:**

a. medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;

b. dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic acordate în cadrul programelor naționale de sănătate pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile H.G. nr. 140/2018 și ale prezentelor norme, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile proprii ale acestora, pe baza unei **metodologii proprii** aprobată prin decizie a conducătorului instituției; metodologia va fi pusă la dispoziția casei de asigurări de sănătate și va fi adusă la cunoștință și pacienților la internarea acestora în spital.

HOTĂRÂRE nr. 140 din 21 martie 2018

pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2018-2019

ART. 98

(1) Spitalele sunt obligate să suporte din suma contractată pentru furnizarea de servicii medicale spitalicești pentru asigurații **internați în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi** toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv cheltuielile din secțiile/compartimentele de ATI - structuri care nu internează/externează direct cazuri, precum și pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, precum și toate cheltuielile necesare pentru situațiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) și c), **cu excepția:**

a) medicamentelor și materialelor sanitare, pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate;

b) dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic pentru unele afecțiuni din programele naționale de sănătate.

(2) În situația în care asigurații, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secția în care aceștia sunt internați, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală, în condițiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraților.

(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligație exclusivă a spitalelor și se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituției.

(4) Unitățile sanitare care acordă servicii medicale spitalicești **în regim de spitalizare de zi** autorizate de Ministerul Sănătății sunt obligate să suporte pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare și investigații paraclinice, **cu excepția medicamentelor și materialelor sanitare pentru afecțiunile din programele naționale de sănătate.** Această prevedere se aplică și centrelor de sănătate multifuncționale pentru asigurații internați în regim de spitalizare de zi.