Contractul cadru pe anii 2014 – 2015

CUPRINS

HG 400 / 2014, art. 1 – 22	**4**
ANEXA Nr. 1: Pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază	**10**
CAPITOLUL I: Pachetul minimal de servicii	**10**
A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ	10
B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE	11
C. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ	11
D. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT	11
E. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ	12
CAPITOLUL II: Pachetul de servicii de bază	**12**
A. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ	12
B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE	15
C. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICĂ DE REABILITARE MEDICALĂ	21
D. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ	24
E. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE	25
F. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ	31
G. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT	33
H. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ŞI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU	33
I. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ÎN SANATORII BALNEARE ŞI RECUPERARE MEDICALĂ ÎN ALTE SANATORII ŞI PREVENTORII	35
J. PACHETUL DE BAZĂ PENTRU MEDICAMENTE CU ŞI FĂRĂ CONTRIBUŢIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU	35
K. PACHETUL DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU	35
CAPITOLUL III: Pachetul de servicii pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene …	**43**
A. - K. …	43
ANEXA Nr. 2: Contractul-cadru pentru anii 2014-2015	**47**
CAPITOLUL I: Asistenţa medicală primară	**47**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	47
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	48
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale	48
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	51
SECŢIUNEA a 5-a: Condiţii specific	53
SECŢIUNEA a 6-a: Decontarea serviciilor medicale	54
SECŢIUNEA a 7-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	55
CAPITOLUL II: Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice	**57**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	57
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	58
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale	59

SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	61
SECŢIUNEA a 5-a: Condiţii specifice	62
SECŢIUNEA a 6-a: Decontarea serviciilor medicale	63
SECŢIUNEA a 7-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	65
CAPITOLUL III: Asistenţa medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală	**67**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	67
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	67
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale	68
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	71
SECŢIUNEA a 5-a: Condiţii specifice	72
SECŢIUNEA a 6-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	73
SECŢIUNEA a 7-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	73
CAPITOLUL IV: Asistenţa medicală dentară	**75**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	75
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	76
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale	77
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	78
SECŢIUNEA a 5-a: Condiţii specifice	79
SECŢIUNEA a 6-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	80
SECŢIUNEA a 7-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	80
CAPITOLUL V: Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice	**82**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	82
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	84
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale	84
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	87
SECŢIUNEA a 5-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	88
SECŢIUNEA a 6-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	88
CAPITOLUL VI: Servicii medicale în unităţi sanitare cu paturi	**90**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	90
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	91
SECŢIUNEA a 3-a: Condiţii specifice	92
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile şi drepturile spitalelor	94
SECŢIUNEA a 5-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	98
SECŢIUNEA a 6-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	99
SECŢIUNEA a 7-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	102
CAPITOLUL VII: Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat	**103**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	103
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	103
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat	104
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	105
SECŢIUNEA a 5-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	106
SECŢIUNEA a 6-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	106
CAPITOLUL VIII: Îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu	**107**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	107
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	107
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile furnizorilor de servicii medicale	108
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	110
SECŢIUNEA a 5-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	110
SECŢIUNEA a 6-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	111
CAPITOLUL IX: Asistenţa medicală de reabilitare medicală şi recuperare în sanatorii şi preventorii	**112**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	112
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	112
SECŢIUNEA a 3-a: Obligaţiile furnizorilor de servicii medicale	113
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	115
SECŢIUNEA a 5-a: Contractarea şi decontarea serviciilor medicale	116
SECŢIUNEA a 6-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii	116

CAPITOLUL X: Medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu	**117**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	117
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	118
SECŢIUNEA a 3-a: Drepturile și obligaţiile furnizorilor de medicamente	119
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	121
SECŢIUNEA a 5-a: Modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare	122
SECŢIUNEA a 6-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor	124
CAPITOLUL XI: Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu	**125**
SECŢIUNEA 1: Condiţii de eligibilitate	125
SECŢIUNEA a 2-a: Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale	126
SECŢIUNEA a 3-a: Drepturile și obligaţiile furnizorilor	126
SECŢIUNEA a 4-a: Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate	128
SECŢIUNEA a 5-a: Decontarea dispozitivelor medicale	128
SECŢIUNEA a 6-a: Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor	130
CAPITOLUL XII: Dispoziţii finale	**133**

HG nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 366 din 19.05.2014.

În temeiul art. 108 din Constituţia României, republicată, al art. 210 alin. (1) lit. c) şi d) şi al art. 217 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. -
(1) Se aprobă pachetele de servicii medicale, respectiv pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, acordate pentru perioada 2014-2015, prevăzute în anexa nr. 1.
(2) Se aprobă Contractul-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, prevăzut în anexa nr. 2.
Art. 2. -
(1) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate elaborează, în temeiul art. 217 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, normele metodologice de aplicare a contractului-cadru, denumite în continuare norme, cu consultarea Colegiului Medicilor din România, a Colegiului Medicilor Dentişti din România, a Colegiului Farmaciştilor din România, a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, a Ordinului Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, precum şi a organizaţiilor patronale, sindicale şi profesionale reprezentative din domeniul medical, norme care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
(2) Casa Naţională de Asigurări de Sănătate avizează normele proprii de aplicare a contractului-cadru, adaptate la specificul organizării asistenţei medicale, elaborate în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a normelor prevăzute la alin. (1) de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al miniştrilor şi conducătorilor instituţiilor centrale cu reţele sanitare proprii.
Art. 3. -
(1) Serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu se acordă în baza contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, precum şi între furnizori şi Casa Naţională de Asigurări de Sănătate. Furnizorii negociază contractele cu casele de asigurări de sănătate în conformitate şi în limitele prevăzute de legislaţia în vigoare, cu respectarea modelelor de contracte prevăzute în norme.
(2) Repartizarea fondurilor destinate serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale pe casele de asigurări de sănătate se face, în condiţiile legii, de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după reţinerea la dispoziţia sa a unei sume suplimentare reprezentând 3% din fondurile prevăzute cu această destinaţie. Această sumă se utilizează în situaţii justificate, în condiţiile legii, şi se repartizează până la data de 30 noiembrie a fiecărui an.
Art. 4. -
Criteriile privind calitatea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, elaborate de către structuri de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii, au caracter obligatoriu pentru toţi furnizorii care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate.
Art. 5. -
Condiţiile acordării asistenţei medicale şi criteriile privind calitatea acestora se aplică în mod unitar atât furnizorilor publici, cât şi celor privaţi.
Art. 6. -
(1) Raporturile dintre furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi casele de asigurări de sănătate prevăzute la art. 3 alin. (1) sunt raporturi juridice civile care vizează acţiuni multianuale şi se stabilesc şi se desfăşoară pe bază de contract. În situaţia în care este necesară modificarea sau completarea clauzelor, acestea sunt negociate şi stipulate în acte adiţionale. Angajamentele legale din care rezultă obligaţii nu pot depăşi creditele de angajament şi creditele bugetare aprobate.
(2) Creditele bugetare aferente acţiunilor multianuale reprezintă limita superioară a cheltuielilor care urmează a fi ordonanţate şi plătite în cursul exerciţiului bugetar. Plăţile respective sunt aferente angajamentelor efectuate în limita creditelor de angajament aprobate în exerciţiul bugetar curent sau în exerciţiile bugetare anterioare.

(3) Sumele nedecontate pentru serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie personală şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, pentru care documentele justificative nu au fost înregistrate pe cheltuiala anului precedent, sunt considerate angajamente legale ale anului în curs şi se înregistrează atât la plăţi, cât şi la cheltuieli în anul curent, cu aprobarea ordonatorului principal de credite, în limita creditelor bugetare şi de angajament aprobate cu această destinaţie prin legile bugetare anuale.
(4) Totalul angajamentelor legale aferente serviciilor medicale, medicamentelor cu şi fără contribuţie personală şi unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, efectuate în luna decembrie a anului precedent, la nivelul casei de asigurări de sănătate, nu poate depăşi media lunară a primelor 11 luni ale aceluiaşi an.

Art. 7. -

Pentru aplicarea prevederilor prezentei hotărâri, termenii şi expresiile de mai jos semnifică după cum urmează:
a) case de asigurări de sănătate - casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti şi Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti;
b) norme - normele metodologice de aplicare a contractuluicadru;
c) Fond - Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate;
d) dispozitive medicale - dispozitivele medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu;
e) pachetul de servicii de bază - se acordă asiguraţilor şi cuprinde serviciile medicale, serviciile de îngrijire a sănătăţii, medicamentele, materialele sanitare, dispozitivele medicale şi alte servicii la care au dreptul asiguraţii;
f) pachetul minimal de servicii - în sistemul asigurărilor sociale de sănătate - se acordă persoanelor care nu fac dovada calităţii de asigurat şi cuprinde servicii de îngrijire a sănătăţii, medicamente şi materiale sanitare numai în cazul urgenţelor medico-chirurgicale şi al bolilor cu potenţial endemoepidemic, monitorizarea evoluţiei sarcinii şi a lăuzei, servicii de planificare familială, servicii de prevenţie;
g) niveluri generale de prioritate - indicaţia privind durata maximă a timpului de programare la acelaşi segment de asistenţă medicală sau trimitere către un alt segment de asistenţă, într-un interval de timp corespunzător nivelului de prioritate pentru fiecare condiţie clinică. Nivelurile de prioritate sunt utilizate în vederea întocmirii listelor de prioritate, cu excepţia nivelului de prioritate 0:
(i) nivel de prioritate 0 - afecţiuni cu potenţial imediat ameninţător de viaţă pentru care se impune trimiterea imediată pentru spitalizare de urgenţă, fiind obligatorie acordarea primului ajutor şi asigurarea asistenţei medicale de urgenţă adecvată prin apelarea la 112 sau internarea pacientului, dacă cabinetul se află în structura unui spital care deţine capacitatea şi competenţele necesare pentru tratarea cazului respectiv;
(ii) nivel de prioritate 1 - afecţiuni cu impact potenţial semnificativ al intervenţiei precoce de a preveni complicaţii severe pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate/spital, după caz; se recomandă trimiterea în maximum 7-28 zile;
(iii) nivel de prioritate 2 - situaţii clinice neameninţătoare de viaţă, dar cu un orizont de timp limitat pentru ca intervenţia să prevină deteriorarea funcţională pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate; se recomandă trimiterea în maximum 1-3 luni;
(iv) nivel de prioritate 3 - evaluare complexă/precizare de diagnostic pentru pacienţi stabili a căror afecţiune nu prezintă potenţial de deteriorare rapidă sau afectare uşoară ori moderată a statusului funcţional pentru care se impune trimiterea către ambulatoriul de specialitate; se recomandă trimiterea în maximum 3-6 luni;
h) frecvenţă/plafon - frecvenţa exprimă regularitatea cu care se acordă serviciile medicale, iar plafonul reprezintă numărul maxim de servicii acordate;
i) ghiduri de practică clinică - recomandări dezvoltate în mod transparent şi sistematic prin metodele medicinii bazate pe dovezi, cu scopul orientării deciziei privind intervenţiile în sănătate;
j) traseu sau circuit clinic - planuri de management al cazului care conţin actele medicale necesare, ordinea realizării lor în cadrul procesului de îngrijire, frecvenţa de repetare, după caz, secvenţa acestora, roluri şi responsabilităţi specifice, precum şi condiţiile de trimitere a cazului între profesioniştii implicaţi, la toate nivelele de îngrijire ale sistemului de sănătate pentru o afecţiune sau un grup de afecţiuni specificate. Planurile de management al cazului se întocmesc de către medici pentru pacienţii cu afecţiuni cronice utilizând clasificarea tipurilor de consultaţii prevăzute mai jos. Traseele clinice reprezintă principalul instrument operaţional pentru integrarea şi coordonarea serviciilor de sănătate;
(i) consultaţie de tip A - consultaţie scurtă: îngrijirea pentru o afecţiune cronică confirmată, în relaţie cu una sau mai multe boli, pentru care se aplică deja un plan de management, caracterizată prin sarcini simple şi care poate include următoarele: anamneză, examinare clinică, management limitat al bolii - prescriere medicaţie, concediu medical, urmărire indicaţii igieno-dietetice, bilet de trimitere, înregistrare informaţii clinice în dosarul electronic al pacientului, de la data implementării acestuia;
(ii) consultaţie de tip B - consultaţie standard - având două subcategorii, consultaţie de nivel B1 şi consultaţie de nivel B2;
1. consultaţia de tip B1 - constă în îngrijirea pentru o afecţiune care nu este confirmată, în relaţie sau nu cu una sau mai multe boli preexistente, şi poate include următoarele: anamneză detaliată, examinarea clinică specifică specialităţii, inclusiv manevrele uzuale din practica curentă, stabilirea planului de investigaţii cu interpretare, stabilirea planului de management al bolii, inclusiv activităţi de suport;

2. consultaţia de tip B2 - constă în îngrijirea pentru monitorizarea pacientului cu una sau mai multe afecţiuni cronice, pentru care există periodicitate menţionată în planul de management şi poate include următoarele: bilanţul stării de sănătate, examen clinic, investigaţii, urmărirea şi/sau actualizarea planului de management, activităţi de suport;
k) cazurile de urgenţă medico-chirurgicală - cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare;
l) spitalizarea evitabilă - spitalizarea continuă care apare pentru afecţiuni care pot fi abordate şi rezolvate prin servicii medicale eficace şi acordate la timp la alte nivele ale sistemului de sănătate: medic de familie, ambulatoriu de specialitate, spitalizare de zi;
m) episodul de boală pentru afecţiuni acute este iniţiat la primul contact al pacientului cu sistemul de sănătate pentru o problemă de sănătate şi este limitat în timp, de regulă la 3 luni - fie prin evoluţia cu durata limitată a bolii către vindecare, fie prin transformarea în boală cronică - problema de sănătate nouapărută primeşte un diagnostic de boală cronică;
n) serviciu medical - caz - totalitatea serviciilor acordate unui asigurat pentru o cură de servicii de acupunctură.

Art. 8. -

(1) Furnizorii şi casele de asigurări de sănătate aflaţi în relaţie contractuală au obligaţia să respecte prevederile prezentei hotărâri şi ale normelor.
(2) Nerespectarea obligaţiilor contractuale de către părţi conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractele încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate.

Art. 9. -

(1) Modelele de contract pentru furnizarea de servicii medicale, de medicamente şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi de dispozitive medicale în ambulatoriu sunt prevăzute în norme.
(2) Utilizarea acestor modele de contract este obligatorie; în cuprinsul contractelor pot fi prevăzute clauze suplimentare negociate între părţile contractante, potrivit prevederilor art. 247 din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 10. -

(1) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Naţională de Asigurări de Sănătate comunică termenele de depunere a cererilor însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii şi negocierii contractelor de furnizare de servicii medicale, de medicamente şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, de dispozitive medicale în ambulatoriu, inclusiv termenul-limită de încheiere a contractelor, prin afişare la sediile instituţiilor, publicare pe paginile web ale acestora şi anunţ în mass-media, cu minimum 5 zile lucrătoare înainte de expirarea termenelor stabilite pentru fiecare dintre situaţiile de mai sus.
(2) În cazul în care furnizorii de servicii medicale, furnizorii de medicamente şi unele materiale sanitare şi de dispozitive medicale depun cererile însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii şi negocierii contractelor, la alte termene decât cele stabilite şi comunicate de către casele de asigurări de sănătate, respectiv de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi nu participă la negocierea şi încheierea contractelor în termenele stabilite de către acestea, furnizorii respectivi nu vor mai desfăşura activitatea respectivă în sistemul de asigurări sociale de sănătate până la termenul următor de contractare, cu excepţia situaţiilor ce constituie cazuri de forţă majoră, confirmate de autoritatea publică competentă, potrivit legii, şi notificate de îndată casei de asigurări de sănătate, respectiv Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
(3) Casele de asigurări de sănătate, respectiv Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pot stabili şi alte termene de contractare, în funcţie de necesarul de servicii medicale, de medicamente şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu sau de dispozitive medicale în ambulatoriu, în limita fondurilor aprobate fiecărui tip de asistenţă.

Art. 11. -

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale, a medicamentelor şi a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum şi a dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, conform contractelor încheiate cu furnizorii.
(2) Refuzul caselor de asigurări de sănătate de a încheia contracte cu furnizorii, denunţarea unilaterală a contractului, precum şi răspunsurile la cererile şi la sesizările furnizorilor se vor face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal, în termen de 30 de zile.
(3) Litigiile legate de încheierea, derularea şi încetarea contractelor dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate se soluţionează de către Comisia de arbitraj care funcţionează pe lângă Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, organizată conform reglementărilor legale în vigoare, sau de către instanţele de judecată, după caz.

Art. 12. -

(1) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate a încetat prin reziliere ca urmare a nerespectării obligaţiilor contractuale asumate de furnizori prin contractul încheiat, casele de asigurări de sănătate nu vor mai intra în relaţii contractuale cu furnizorii respectivi până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data încetării contractului.
(2) În cazul în care contractul dintre furnizori şi casele de asigurări de sănătate se modifică prin excluderea din contract a uneia sau mai multor persoane înregistrată/înregistrate în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate şi care desfăşoară activitate sub incidenţa acestuia la furnizorii respectivi, din motive imputabile acestora şi care au condus la nerespectarea obligaţiilor contractuale de către furnizor, casele de asigurări de sănătate nu vor accepta înregistrarea în niciun alt contract de acelaşi tip a persoanei/persoanelor respective până la următorul termen de contractare, dar nu mai puţin de 6 luni de la data modificării contractului.

(3) După reluarea relaţiei contractuale, în cazul în care noul contract se reziliază/se modifică potrivit prevederilor alin. (1) şi (2), casele de asigurări de sănătate nu vor mai încheia contracte cu furnizorii respectivi, respectiv nu vor mai accepta înregistrarea persoanelor prevăzute la alin. (2) în contractele de acelaşi tip încheiate cu aceşti furnizori sau cu alţi furnizori pentru aceste persoane care prin activitatea lor au condus la rezilierea/modificarea contractului.
(4) În cazul în care furnizorii intră în relaţii contractuale cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate pentru mai multe sedii secundare/puncte secundare de lucru, nominalizate în contract, prevederile alin. (1)-(3) se aplică în mod corespunzător pentru fiecare dintre sediile secundare/punctele secundare de lucru.

Art. 13. -

(1) Organizarea şi efectuarea controlului furnizării serviciilor medicale, medicamentelor şi a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu şi a dispozitivelor medicale acordate asiguraţilor în ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate se realizează de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi casele de asigurări de sănătate. La efectuarea controlului pot participa şi reprezentanţi ai Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentişti din România, Colegiului Farmaciştilor din România şi ai Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România.
(2) La efectuarea controlului de către reprezentanţii Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv ai caselor de asigurări de sănătate, în cazul în care se solicită participarea reprezentanţilor Colegiului Medicilor din România, Colegiului Medicilor Dentişti din România, Colegiului Farmaciştilor din România şi ai Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România, după caz, aceştia participă la efectuarea controlului.
(3) Controlul calităţii serviciilor medicale acordate asiguraţilor de către furnizori se organizează de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi casele de asigurări de sănătate pe baza criteriilor de calitate elaborate de către structuri de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii, în condiţiile legii.
(4) Controlul privind respectarea obligaţiilor contractuale ale furnizorilor se organizează şi se efectuează de către casele de asigurări de sănătate şi/sau de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, după caz.
(5) În cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate.

Art. 14. -

(1) Furnizorii au obligaţia de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor efectuate şi raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control.
(2) Refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control toate documentele justificative care atestă furnizarea serviciilor raportate în relaţia contractuală cu casele de asigurări de sănătate, respectiv toate documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documente medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control, conform solicitării scrise a organelor de control, se sancţionează conform legii şi poate conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii.

Art. 15. -

(1) Furnizorii de servicii medicale, cu excepţia unităţilor sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, şi a secţiilor de boli profesionale, precum şi a cabinetelor de medicina muncii aflate în structura spitalelor, au obligaţia să întocmească evidenţe distincte pentru cazurile ce reprezintă accidente de muncă şi boli profesionale şi să le comunice lunar caselor de asigurări de sănătate cu care sunt în relaţie contractuală. Până la stabilirea caracterului "de muncă" al accidentului sau a caracterului "profesional" al bolii, conform prevederilor legale în vigoare, contravaloarea serviciilor medicale, precum şi a medicamentelor şi unor materiale sanitare acordate persoanelor în cauză se suportă din bugetul Fondului, urmând ca, ulterior, sumele decontate să se recupereze de casele de asigurări de sănătate din contribuţiile de asigurări pentru accidente de muncă şi boli profesionale, după caz. Sumele încasate de la casele de pensii pentru anul curent reconstituie plăţile. Sumele încasate de la casele de pensii pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuţie bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, şi nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăţi.
(2) Furnizorii de servicii medicale au obligaţia să întocmească evidenţe distincte ale cazurilor prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane şi au obligaţia să comunice lunar casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală aceste evidenţe, în vederea decontării, precum şi cazurile pentru care furnizorii de servicii medicale au recuperat cheltuielile efective, în vederea restituirii sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate pentru cazurile respective. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru anul curent reconstituie plăţile. Sumele restituite către casele de asigurări de sănătate de către furnizorii de servicii medicale pentru perioadele anterioare anului curent se raportează în conturile de execuţie bugetară, partea de cheltuieli, cu semnul minus, şi nu pot fi utilizate pentru efectuarea de plăţi.

Art. 16. -

(1) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu au obligaţia:

a) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate şi decontate din bugetul Fondului, 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; în cadrul acestor evidenţe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane şi pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2);
b) să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a), însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la tarifele/preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi.
(2) Furnizorii de servicii medicale, de medicamente şi unele materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale în ambulatoriu au obligaţia:
a) să întocmească evidenţe distincte pentru serviciile acordate şi decontate din bugetul Fondului, 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 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială; în cadrul acestor evidenţe se vor înregistra distinct cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care le-au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane şi pentru care sunt aplicabile prevederile art. 15 alin. (2);
b) să raporteze lunar/trimestrial, în vederea decontării, caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile pentru serviciile prevăzute la lit. a) însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la tarifele/preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi.
(3) Pentru cazurile la care s-a infirmat caracterul profesional al bolii, unităţile sanitare de medicina muncii - boli profesionale, cu personalitate juridică, secţiile de boli profesionale, aflate în relaţie contractuală directă cu casele teritoriale de pensii, întocmesc distinct, în vederea validării şi decontării ulterioare de către casele de asigurări de sănătate, documentele justificative pentru serviciile acordate pacienţilor din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, respectiv pacienţilor beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004.

Art. 17. -

Potrivit prevederilor prezentei hotărâri, atribuţiile care revin direcţiilor de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti sunt exercitate şi de către direcţiile medicale sau de structurile similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie, precum şi de către autorităţile publice locale care au preluat managementul asistenţei medicale spitaliceşti conform legii.

Art. 18. -

(1) Toate documentele depuse în copie, necesare încheierii contractelor, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi semnătura reprezentantului legal al furnizorului, pe fiecare pagină.
(2) Toate documentele necesare decontării serviciilor medicale, a medicamentelor şi a unor materiale sanitare în tratamentul ambulatoriu, precum şi a dispozitivelor medicale în ambulatoriu se certifică pentru realitatea şi exactitatea datelor raportate prin semnătura/semnătura electronică extinsă a reprezentanţilor legali ai furnizorilor.

Art. 19. -

(1) Serviciile care nu sunt decontate din Fond, contravaloarea acestora fiind suportată de asigurat, de unităţile care le solicită, de la bugetul de stat sau din alte surse, după caz, sunt următoarele:
a) serviciile medicale acordate în caz de boli profesionale, accidente de muncă şi sportive, asistenţa medicală la locul de muncă, asistenţa medicală a sportivilor;
b) unele servicii medicale de înaltă performanţă, altele decât cele prevăzute în norme;
c) unele servicii de asistenţă stomatologică, altele decât cele prevăzute în norme;
d) serviciile hoteliere cu grad înalt de confort;
e) corecţiile estetice efectuate persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cu excepţia reconstrucţiei mamare prin endoprotezare în cazul intervenţiilor chirurgicale oncologice;
f) unele medicamente, materiale sanitare şi tipuri de transport, altele decât cele prevăzute în norme;
g) serviciile medicale solicitate şi eliberarea actelor medicale solicitate de autorităţile care prin activitatea lor au dreptul să cunoască starea de sănătate a asiguraţilor şi eliberarea de acte medicale la solicitarea asiguraţilor, cu excepţia celor prevăzute în norme;
h) fertilizarea in vitro;
i) asistenţa medicală la cerere, inclusiv pentru serviciile solicitate în vederea expertizei capacităţii de muncă, a încadrării şi reevaluării gradului de handicap;
j) contravaloarea unor materiale necesare corectării văzului şi auzului;
k) contribuţia personală din preţul medicamentelor, al unor servicii medicale şi al dispozitivelor medicale;
l) serviciile medicale solicitate de asigurat;
m) unele servicii şi proceduri de reabilitare, altele decât cele prevăzute în norme;

n) cheltuielile de personal aferente medicilor şi asistenţilor medicali, precum şi cheltuielile cu medicamente şi materiale sanitare din unităţile medico-sociale;
o) serviciile acordate în cadrul secţiilor/clinicilor de boli profesionale şi cabinetelor de medicină a muncii;
p) serviciile hoteliere solicitate de pacienţii ale căror afecţiuni se tratează în spitalizare de zi;
q) cheltuielile de personal pentru medici, farmacişti şi medici dentişti pe perioada rezidenţiatului;
r) serviciile de planificare familială acordate de medicul de familie în cabinetele de planning familial din structura spitalului;
s) cheltuielile de personal pentru medicii şi personalul sanitar din unităţile sau secţiile de spital cu profil de recuperare a distroficilor, recuperare şi reabilitare neuropsihomotorie sau pentru copiii bolnavi de HIV/SIDA, reorganizate potrivit legii;
ş) activităţile care prezintă un interes deosebit pentru realizarea strategiei de sănătate publică: dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie;
t) cheltuielile prevăzute la art. 93 alin. (5) şi, după caz, alin. (5^1) şi (5^6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, pentru unităţile de primire a urgenţelor şi compartimentele de primire a urgenţelor cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgenţă, aprobate în condiţiile legii.
(2) Contribuţia personală prevăzută la alin. (1) lit. k) se stabileşte prin norme.

Art. 20. -

(1) Pentru categoriile de persoane prevăzute în legi speciale, care beneficiază de asistenţă medicală gratuită suportată din Fond, în condiţiile stabilite de reglementările legale în vigoare, casele de asigurări de sănătate decontează suma aferentă serviciilor medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază, care cuprinde atât contravaloarea serviciilor medicale acordate oricărui asigurat, cât şi suma aferentă contribuţiei personale prevăzute pentru unele servicii medicale ca obligaţie de plată pentru asigurat, în condiţiile prevăzute în norme.
(2) Pentru asiguraţii prevăzuţi la art. 218 alin. (3) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, din Fond se suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate acestora ca oricărui alt asigurat.

Art. 21. -

(1) Prezenta hotărâre intră în vigoare la data de 1 iunie 2014.
(2) La data intrării în vigoare a prezentei hotărâri, Hotărârea Guvernului nr. 117/2013 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2013- 2014, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 166 din 28 martie 2013, cu modificările ulterioare, se abrogă.

Art. 22. -

Anexele nr. 1 şi 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
VICTOR-VIOREL PONTA

Contrasemnează:
Ministrul sănătăţii,
Nicolae Bănicioiu
Ministrul finanţelor publice,
Ioana-Maria Petrescu
Ministrul delegat pentru buget,
Liviu Voinea

Bucureşti, 13 mai 2014.

Nr. 400.

ANEXA Nr. 1

Pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază

CAPITOLUL I
Pachetul minimal de servicii

A. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;
1.2. supraveghere şi depistare de boli cu potenţial endemoepidemic;
1.3. consultaţii de monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lehuziei;
1.4. consultaţiile de planificare familială;
1.5. servicii de prevenţie - de la data intrării în vigoare a art. 220 şi 262[1] din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare;
1.6. activităţi de suport.

1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical, atât pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele beneficiare de pachet minimal înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

1.1.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.

1.2. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei, depistare de boli cu potenţial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1.186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgenţele medico-chirurgicale, precum şi bolile infecto-contagioase din grupa A, pentru care asiguraţii beneficiază de indemnizaţie pentru incapacitate temporară de muncă fără condiţii de stagiu de cotizare.

1.2.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemoepidemic suspicionată şi confirmată.

1.3. Consultaţii de monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lehuziei:
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a;
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere.

1.3.1. În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minimum 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, precum şi consiliere pre- şi posttestare HIV şi lues a femeii gravide.

1.3.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.

1.4. Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială constau în:
a) consilierea persoanei privind planificarea familială;
b) indicarea unei metode contraceptive.

1.4.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) şi b) şi se acordă două consultaţii pe an calendaristic, pe persoană.

1.5. Serviciile de prevenţie pentru unele boli cronice şi condiţiile acordării acestora de către medicul de familie - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispoziţiilor art. 220 şi 262[1] din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

1.6. Activităţile de suport - eliberare de acte medicale: eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale.
2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie, precum şi costurile altor activităţi de suport, altele decât cele de la pct. 1.6.

B. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;
1.2. consultaţii pentru supravegherea şi depistarea de boli cu potenţial endemoepidemic;
1.3. consultaţii de monitorizare a evoluţiei sarcinii şi lehuziei - se aplică de la data intrării în vigoare a art. 220 şi 262[1] din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare;
1.4. consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială - se aplică de la data intrării în vigoare a art. 220 şi 262[1] din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.
1.1. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor şi, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.
1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.
1.1.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.2. Depistarea bolilor cu potenţial endemoepidemic - include, după caz, examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1.186/2000.
1.2.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemoepidemic suspicionată şi confirmată.
1.3. Consultaţii pentru monitorizarea evoluţiei sarcinii şi lehuziei - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispoziţiilor art. 220 şi 262[1] din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.
1.4. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială - se detaliază în norme de la data intrării în vigoare a dispoziţiilor art. 220 şi 262[1] din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.
2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de specialitate.

C. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1. Pachetul minimal cuprinde servicii medicale acordate în regim de spitalizare continuă şi de zi şi se acordă în situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat.
1.1. Criteriile pe baza cărora se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare continuă sunt:
a) urgenţă medico-chirurgicală în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care are acest potenţial până la rezolvarea situaţiei de urgenţă;
b) boli cu potenţial endemoepidemic până la rezolvarea completă a cazului;
c) naşterea.
1.2. Criteriul pe baza căruia se efectuează internarea pacienţilor în regim de spitalizare de zi este situaţia de urgenţă medico-chirurgicală.
1.3. Pentru criteriul urgenţă medico-chirurgicală, spitalul acordă serviciile medicale având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să îl externeze dacă serviciile medicale de urgenţă nu se mai justifică. La solicitarea pacientului se poate continua internarea în regim de spitalizare continuă cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale spitaliceşti de către pacient pentru perioada în care serviciile acordate nu mai reprezintă urgenţă.

D. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, al centrului de permanenţă sau prin sistemul de consultaţii de urgenţă la domiciliu sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenţă sau a celor integrate.
2. Transport sanitar neasistat
Transportul sanitar neasistat include:

2.1. transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale pentru eliberarea certificatului constatator al decesului în condiţiile prevăzute de lege;
2.2. transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;
2.3. bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major şi stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări caşectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian şi revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienţii cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienţi oxigenodependenţi, cu malformaţii vasculare cerebrale - anevrisme, malformaţii arteriovenoase - rupte neoperate, malformaţii arteriovenoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată, şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ;
2.4. transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei;
2.5. transportul persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective.

E. PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic
6.	Tratamentul paradontitelor apicale cu anestezie prin infiltraţie
7.	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului cu anestezie prin infiltraţie
10.*)	Chiuretaj alveolar şi tratamentul hemoragiei
	*) În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.
11.	Decapuşonarea la copii
12.	Reducerea luxaţiei articulaţiei temporo-mandibulare
14.**)	Reparaţie/rebazare proteză
	**) Se acordă o dată pe an.
22.***)	Reparaţie aparat ortodontic
	***) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonţie şi ortopedie dento-facială.

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul minimal de servicii pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentişti, cu excepţia celor de la pct. 22.
2. Dentiştii acordă numai serviciul prevăzut la pct. 4.
3. Condiţiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.

CAPITOLUL II
Pachetul de servicii de bază

A. PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ
1. Pachetul de servicii medicale în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale curative pentru urgenţe medico-chirurgicale, afecţiuni acute, subacute, acutizările unor afecţiuni cronice şi pentru afecţiuni cronice;
1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilaxie;
1.3. servicii medicale la domiciliu;
1.4. servicii medicale adiţionale;

1.5. activităţi de suport.
1.1. Servicii medicale curative pentru urgenţe medico-chirurgicale, afecţiuni acute, subacute, acutizările unor afecţiuni cronice şi pentru afecţiuni cronice
1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru care medicul de familie acordă primul ajutor şi, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.
1.1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a asigurat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu, atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.
1.1.1.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizările unor afecţiuni cronice, care cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;
- manevre de mică chirurgie, după caz;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulator sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;
- recomandare pentru tratament de reabilitare medicală în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;
- recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii şi preventorii, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, după caz;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz.
1.1.2.1. Consultaţiile la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizările unor afecţiuni cronice se vor acorda conform recomandărilor medicale în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la pct. 1.3.
1.1.3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice se vor realiza pentru:
a) supravegherea evoluţiei bolii;
b) continuitatea terapiei;
c) screeningul complicaţiilor;
d) educaţia asiguratului privind autoîngrijirea.
1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, în condiţiile stabilite prin norme, iar la domiciliu, conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor pct. 1.3.
1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boală cronică respiratorie obstructivă şi boală cronică de rinichi.
1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:
a) evaluarea iniţială a cazului nou-depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include 4 consultaţii la medicul de familie - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului - recomandare pentru investigaţii paraclinice şi bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;
b) monitorizarea pacientului se face trimestrial şi cuprinde 1-3 consultaţii programate, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, investigaţii paraclinice şi tratament.
1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boală cronică respiratorie obstructivă (BPOC) şi managementul bolii cronice de rinichi se detaliază în norme.
1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice sunt:
1.2.1. Consultaţiile preventive sunt consultaţii periodice active, oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani, privind:
a) creşterea şi dezvoltarea;
b) starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;
c) depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă şi sex, conform normelor.
1.2.1.1. Consultaţiile se acordă după cum urmează:
a) la externarea din maternitate şi o lună - la domiciliul copilului;

b) la 2, 4, 6, 9, 12,15,18, 24 şi 36 de luni;
c) o dată pe an de la 4 la 18 ani.
1.2.1.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:
a) luarea în evidenţă în primul trimestru;
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.
În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naştere.
1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face şi promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minimum 12 luni, testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, precum şi consiliere pre- şi post testare HIV şi lues a femeii gravide.
1.2.2.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală - se vor realiza după cum urmează:
1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată la 3 ani, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform normelor. Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani depistate cu risc înalt, consultaţiile preventive de evaluare se acordă anual, conform prevederilor pct. 1.2.3.2.
1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta > 40 ani - anual, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform normelor.
1.2.3.3. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.2.4. Supraveghere - evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentaţiei şi depistare de boli cu potenţial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1.186/2000.
1.2.4.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemoepidemic suspicionată şi confirmată.
1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:
a) consilierea femeii privind planificarea familială;
b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.
1.2.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) şi b) şi se acordă două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.
1.3. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie asiguraţilor înscrişi pe lista proprie sunt consultaţii acordate în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu, asiguraţilor nedeplasabili, copiilor 0-1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infectocontagioase, lehuzelor şi persoanelor în vederea constatării decesului.
1.3.1. Consultaţiile la domiciliu se acordă de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie, astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum 4 consultaţii/an pentru bolile cronice şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă.
1.3.2. Consultaţiile acordate la domiciliul asiguraţilor - maximum 21 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise, dar nu mai mult de 3 consultaţii pe zi.
1.3.3. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.4. Serviciile medicale adiţionale reprezintă servicii care se oferă opţional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie. Aceste servicii sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare, iar medicul de familie are competenţă dobândită prin parcurgerea unui program educaţional specific, certificat suplimentar, după caz.
1.4.1. Serviciile adiţionale sunt:
a) efectuare şi interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate;
b) ecografie generală - abdomen şi pelvis.
1.4.1.1. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme, în limita sumei contractate conform actului adiţional încheiat cu casa de asigurări de sănătate, din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice.
1.4.2. Servicii medicale de consultaţii şi diagnostic ce pot fi furnizate la distanţă prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătăţii
1.4.2.1. Condiţiile acordării acestor servicii se stabilesc prin norme.
1.5. Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu medical, bilete de trimitere, prescripţii medicale - certificat medical constatator al decesului - cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale - scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri, acte medicale necesare copiilor aflaţi în plasament din

cadrul sistemului de asistenţă socială şi protecţia copilului, documente medicale eliberate pentru copii, solicitate la intrarea în colectivitate.
1.5.1. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.

B. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

1. Pachetul de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale - consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;
1.2. servicii medicale curative - consultaţii pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale bolilor cronice;
1.3. servicii medicale curative - consultaţii pentru afecţiuni cronice;
1.4. depistarea de boli cu potenţial endemoepidemic;
1.5. servicii de planificare familială;
1.6. servicii diagnostice şi terapeutice;
1.7. servicii de sănătate conexe actului medical.
1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de specialitate. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008 pentru care medicul de specialitate acordă primul ajutor şi, dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.
1.1.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-a acordat primul ajutor sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical.
1.1.2. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
1.2. Consultaţia medicală de specialitate pentru afecţiuni acute şi subacute, precum şi acutizări ale bolilor cronice cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- bilet de internare, după caz;
- bilet de trimitere către alte specialităţi, după caz;
- eliberare de concediu medical, după caz.
1.2.1. Pentru acelaşi episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice se acordă maximum 3 consultaţii pe asigurat, necesare pentru stabilirea diagnosticului, a tratamentului şi a evoluţiei cazului.
1.2.2. Consultaţia medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate, numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare cazurile de urgenţă medico-chirurgicală şi consultaţiile pentru afecţiunile stabilite prin norme, serviciile de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.
1.2.3. Prezentarea pacientului la medicul de specialitate la solicitarea acestuia, pentru a doua şi a treia consultaţie, în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau tratamentului, se face direct, fără alt bilet de trimitere.
1.2.4. Pentru asiguraţii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acordă maximum două consultaţii pentru:
- urmărirea evoluţiei sub tratamentul stabilit în cursul internării;
- efectuarea unor manevre terapeutice;
- după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.
1.2.4.1. Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit iniţial, precum şi orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.
1.2.4.2. Pentru situaţiile prevăzute la pct. 1.2.4. nu este necesar bilet de trimitere.
1.3. Consultaţia medicală de specialitate pentru afecţiuni cronice cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea protocolului de explorări şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

- stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;
- recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, după caz;
- recomandare pentru dispozitive medicale, după caz;
- evaluare clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei bolnavilor cu afecţiuni cronice, în limita competenţelor, trimestrial sau, după caz, lunar, conform prevederilor legale în vigoare;
- bilet de trimitere către alte specialităţi/internare, după caz;
- eliberare de concediu medical, după caz.

1.3.1. Pentru evaluarea clinică şi paraclinică, prescrierea tratamentului şi urmărirea evoluţiei asiguraţilor cu afecţiuni cronice, pentru una sau mai multe boli cronice monitorizate în cadrul aceleiaşi specialităţi, se acordă o consultaţie pe lună sau pe trimestru pe asigurat, după caz.

1.3.2. Consultaţia medicală de specialitate se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la alt medic de specialitate numai pentru cazurile în care asiguratul a avut biletul de trimitere iniţial eliberat de medicul de familie şi numai în condiţiile în care medicul trimiţător se află în relaţie contractuală - contract sau convenţie - cu casa de asigurări de sănătate. Fac excepţie de la prevederile anterioare consultaţiile pentru afecţiunile stabilite prin norme şi serviciile de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.3.3. Prezentarea asiguratului la medicul de specialitate la solicitarea medicului, pentru a doua şi a treia consultaţie în cadrul unui trimestru, se face direct, fără alt bilet de trimitere.

1.3.4. Pentru asiguraţii cu diagnostic deja confirmat la externarea din spital se acordă maximum două consultaţii pentru:
- urmărirea evoluţiei sub tratamentul stabilit în cursul internării;
- efectuarea unor manevre terapeutice;
- după o intervenţie chirurgicală sau ortopedică, pentru examenul plăgii, scoaterea firelor, scoaterea ghipsului.

1.3.4.1. Medicul de specialitate are obligaţia de a informa medicul de familie, prin scrisoare medicală, despre planul terapeutic stabilit iniţial, precum şi orice modificare a acestuia, la momentul în care aceasta a survenit.

1.3.4.2. Pentru situaţiile de mai sus nu este necesar bilet de trimitere.

1.3.5. Pentru asiguraţii care au bilet de trimitere de la medicul de familie, în cadrul managementului integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2, al bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi BPOC şi al bolii cronice de rinichi, medicul de specialitate efectuează în cabinet proceduri/recomandă, după caz, investigaţii paraclinice suplimentare faţă de cele recomandate de medicul de familie.

1.3.6. Condiţiile acordării consultaţiilor prevăzute la pct. 1.3 se stabilesc prin norme.

1.4. Depistarea de boli cu potenţial endemoepidemic - examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimiterea la spitalele de specialitate pentru confirmare şi tratament. Bolile cu potenţial endemoepidemic sunt cele prevăzute la pct. II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 1.186/2000.

1.4.1. Se acordă o singură consultaţie per persoană asigurată pentru fiecare boală cu potenţial endemoepidemic suspicionată şi confirmată.

1.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a) consilierea femeii privind planificarea familială;

b) indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la lit. a) sau serviciile prevăzute la lit. a) şi b) şi se acordă două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.5.2. Serviciile de planificare familială permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.

1.5.3. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.

1.6. Servicii diagnostice şi terapeutice

1.6.1. Interpretarea ecografiei generale - abdomen şi pelvis - şi a EKG-ului standard. Aceste servicii pot fi furnizate la distanţă prin sisteme de telemedicină rurală dezvoltate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile stabilite prin norme; în vederea acordării nu este necesar bilet de trimitere.

1.6.2. Procedurile diagnostice şi terapeutice care se realizează în ambulatoriul de specialitate sunt nominalizate în tabelul de mai jos. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.

Nr. crt.	Denumire procedură diagnostică/terapeutică/tratamente/terapii
A. **Proceduri diagnostice simple**	
1	biomicroscopia; gonioscopia; oftalmoscopia
2	biometrie
3	explorarea câmpului vizual (perimetrie computerizată)
4	recoltare pentru test Babeş-Papanicolau

5	EKG standard
6	peak-flowmetrie
7	spirometrie
8	pulsoximetrie
9	teste cutanate (prick sau idr) cu seturi standard de alergeni (maximum 8 teste inclusiv materialul pozitiv şi negativ)
10	teste de provocare nazală, oculară, bronşică
11	teste cutanate cu agenţi fizici (maximum 4 teste)
12	test la ser autolog
13	testare cutanată la anestezice locale
14	testare cutanată alergologică patch (alergia de contact)
15	examinare cu lampa Wood
16	determinarea indicelui de presiune gleznă/braţ, respectiv deget/braţ
17	măsurarea forţei musculare cu dinamometrul
18	teste de sensibilitate (testul filamentului, testul diapazonului, testul sensibilităţii calorice şi testul sensibilităţii discriminatorii)
19	teste clinice (eds, scor miastenic, updrs, mms, raisberg)
B. **Proceduri diagnostice de complexitate medie**	
1	determinarea refracţiei (skiascopie, refractometrie, autorefractometrie), astigmometrie
2	tonometrie; pahimetrie corneeană
3	explorarea funcţiei binoculare (test Worth, Maddox, sinoptofor), examen pentru diplopie
4	foniatrie
5	audiogramă
6	examinarea ORL cu mijloace optice (fibroscop, microscop)
7	dermatoscopie
8	electrocardiografie continuă (24 de ore, holter)
9	holter TA
10	EKG de efort la persoanele fără risc cardiovascular înalt
11	EEG standard
12	spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
13	osteodensitometrie segmentară cu ultrasunete
C. **Proceduri diagnostice complexe**	
1	examen electroneuromiografic
2	determinarea potenţialelor evocate (vizuale, auditive, somatoestezice)
3	examen electroencefalografic cu probe de stimulare şi/sau mapping
4	examen doppler vase extracraniene segment cervical (echotomografic şi duplex)
5	examen doppler transcranian al vaselor cerebrale şi tehnici derivate
6	endoscopie digestivă superioară (esofag, stomac, duoden) cu sau fără biopsie, după caz
7	endoscopie digestivă inferioară (rect, sigmoid, colon) cu sau fără biopsie, după caz

8	colposcopia
9	monitorizare hemodinamică prin metoda bioimpedanţei toracice
D. **Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale simple**	
1	extracţie de corpi străini - conjunctivă, cornee, scleră, segment anterior
2	incizia glandei lacrimale şi a sacului lacrimal
3	tratamentul chirurgical al pingueculei
4	tratamentul chirurgical al pterigionului
5	sutura unei plăgi de pleoapă, conjunctivă;
6	injectare subconjunctivală, retrobulbară de medicamente
7	criocoagularea (crioaplicaţia) conjunctivală
8	cauterizarea conjunctivei, corneei, ectropionului
9	tamponament posterior şi/sau anterior ORL
10	extracţie corpi străini: coduct auditiv extern, nas, faringe;
11	aspiraţia şi lavajul sinusului nazal prin puncţie
12	tratament chirurgical al traumatismelor ORL
13	oprirea hemoragiei nazale prin crioterapie, cauterizare sau diatermie
14	terapia chirurgicală a afecţiunilor mamare superficiale
15	inserţia dispozitivului intrauterin
16	fotocoagularea cu laser a leziunilor cutanate
17	crioterapia în leziuni cutanate
18	tratamentul chirurgical al leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, dehiscenţe plăgi (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament)
19	terapia chirurgicală a arsurilor termice < 10%
20	terapia chirurgicală a degerăturilor de grad I şi II
21	terapia chirurgicală a leziunilor externe prin agenţi chimici < 10%
22	terapia chirurgicală a panariţiului (eritematos, flictenular, periunghial, subunghial, antracoid, pulpar)
23	terapia chirurgicală a tumorilor mici, chisturilor dermoide sebacee, lipoamelor neinfectate
24	terapia chirurgicală a furunculului, furunculului antracoid, furunculozei
25	terapia chirurgicală a abcesului (de părţi moi, perianal, pilonidal)
26	terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval
27	terapia chirurgicală a hidrosadenitei
28	terapia chirurgicală a edemului dur şi seromului posttraumatic
29	terapia chirurgicală a flebopatiilor varicoase superficiale; ruptură pachet varicos
30	terapia chirurgicală a granulomului ombilical
31	terapia chirurgicală a supuraţiilor postoperatorii
32	tratamentul plăgilor
33	terapia chirurgicală a fimozei (decalotarea, debridarea)
E. **Proceduri terapeutice/tratamente chirurgicale complexe**	

1	tratamentul chirurgical al unor afecţiuni ale anexelor globului ocular (şalazion, tumori benigne care nu necesită plastii întinse, chist conjunctival, chist al pleoapei, orjelet, flegmon, abces, xantelasme)
2	tratament cu laser al polului anterior, polului posterior
3	tratament chirurgical ORL colecţie: sept, flegmon periamigdalian, furuncul căi aeriene externe, furuncul vestibul nazal, othematom
4	extragere fibroscopică de corpi străini din căile respiratorii superioare
5	manevre de mică chirurgie pentru abces şi/sau chist vaginal sau bartholin cu marsupializare, polipi, vegetaţii vulvă, vagin, col
6	cauterizare de col uterin
7	diatermocoagularea colului uterin
8	electrochirurgia/electrocauterizarea tumorilor cutanate/leziune
9	terapia chirurgicală a panariţiului osos, articular, tenosinoval
10	terapia chirurgicală a flegmoanelor
11	terapia chirurgicală a hematomului
12	dilataţia stricturii uretrale
13	criocoagularea (crioaplicaţia) transsclerală
F. **Proceduri terapeutice/tratamente medicale simple**	
1	aerosoli/şedinţă (maximum 3 şedinţe)
2	toaleta auriculară unilateral (două proceduri)
3	administrare tratament prin injectarea părţilor moi (intramuscular, intradermic şi subcutanat)
G. **Proceduri terapeutice/tratamente medicale de complexitate medie**	
1	fotochimioterapie (UVA) cu oxoralen locală sau generală/şedinţă (maximum 4 sedinţe)
2	fotochimioterapie (UVB cu spectru îngust)/şedinţă (maximum 4 sedinţe)
3	mezoterapia - injectare terapeutică paravertebrală şi peri articulare
4	probe de repoziţionare vestibulară
5	imunoterapie specifică cu vaccinuri alergenice standardizate
6	administrare tratament prin puncţie intravenoasă
7	infiltraţii nervoase regionale
8	instalare dispozitiv de administrare a analgeziei controlată de pacient
H. **Proceduri terapeutice/tratamente medicale complexe**	
1	puncţii şi infiltraţii intraarticulare
2	instilaţia uterotubară terapeutică
3	blocaje chimice pentru spasticitate (toxină botulinică)
I. **Tratamente ortopedice medicale**	
1	tratamentul ortopedic al luxaţiei, entorsei sau fracturii antebraţului, pumnului, gleznei, oaselor carpiene, metacarpiene, tarsiene, metatarsiene, falange
2	tratamentul ortopedic al entorsei sau luxaţiei patelei, umărului; disjuncţie acromioclaviculară; tratamentul fracturii gambei, coastelor, claviculei, humerusului, scapulei; rupturii tendoanelor mari (achilian, bicipital, cvadricipital); instabilitate acută de genunchi; ruptură musculară
3	tratamentul ortopedic al fracturii femurului; luxaţiei, entorsei de genunchi, fracturii de gambă cu aparat cruropedios; tratamentul scoliozei, cifozei, spondilolistezisului, rupturii musculare

4	tratament în displazia luxantă a şoldului în primele 6 luni de viaţă
5	tratamentul piciorului strâmb congenital în primele 3 luni de viaţă
6	tratamentul la copii cu genu valgum, genu varum, picior plat valg
J. **Terapii psihiatrice**	
1	consiliere psihiatrică nespecifică individuală şi familială
2	psihoterapie de grup (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii)
3	psihoterapie individuală (psihoze, tulburări obsesiv-compulsive, tulburări fobice, tulburări de anxietate, distimii, adicţii, tulburări din spectrul autist)
4	terapia cognitiv-comportamentală

1.7. Serviciile de sănătate conexe actului medical sunt furnizate de psihologi în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie şi psihopedagogie specială - logopezi şi kinetoterapeuţi şi pot face obiectul contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate cu medicii de specialitate, cu următoarele specialităţi clinice:
- neurologie şi neurologie pediatrică;
- otorinolaringologie;
- psihiatrie şi psihiatrie pediatrică;
- reumatologie;
- ortopedie şi traumatologie şi ortopedie şi traumatologie pediatrică;
- oncologie medicală;
- diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice;
- hematologie;
- nefrologie.

1.7.1. Lista serviciilor de sănătate conexe actului medical:
a) Neurologie şi neurologie pediatrică:
a1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:
a1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic;
a1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulţi;
a2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped;
a3) servicii conexe furnizate de kinetoterapeut:
a3.1) kinetoterapie individuală;
a3.2) kinetoterapie de grup;
a3.3) kinetoterapie pe aparate speciale:
- dispozitive mecanice;
- dispozitive electromecanice;
- dispozitive robotizate.

b) Otorinolaringologie:
b1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:
b1.1) investigarea psihoacustică a vocii;
b1.2) psihoterapie sugestivă armată în afonii psihogene;
b2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:
b2.2) consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială - logoped;
b2.3) exerciţii pentru tulburări de vorbire (şedinţă).
c) Psihiatrie şi psihiatrie pediatrică:
c1) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie:
c1.1) evaluare psihologică clinică şi psihodiagnostic;
c1.2) consiliere psihologică clinică pentru copii/adulţi;
c1.3) consiliere psihologică clinică pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;
c1.4) psihoterapia copilului şi familiei - pentru copii (numai la recomandarea medicului cu specialitatea psihiatrie pediatrică) - într-o metodă psihoterapeutică aplicabilă copilului diagnosticat cu tulburări din spectrul autist;
c2) serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihopedagogie specială - logoped:
- consiliere/intervenţie de psihopedagogie specială - logoped.

d) Reumatologie:
- servicii furnizate de kinetoterapeut:

d1) kinetoterapie individuală;
d2) kinetoterapie de grup;
d3) kinetoterapie pe aparate speciale;
- dispozitive mecanice;
- dispozitive electromecanice;
- dispozitive robotizate.
e) Ortopedie şi traumatologie şi ortopedie şi traumatologie pediatrică:
- servicii furnizate de kinetoterapeut:
e1) kinetoterapie individuală;
e2) kinetoterapie de grup;
e3) kinetoterapie pe aparate speciale:
- dispozitive mecanice;
- dispozitive electromecanice;
- dispozitive robotizate.
f) Oncologie medicală:
- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice.
g) Diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice:
- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu diagnostic confirmat de diabet zaharat.
h) Hematologie:
- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu afecţiuni oncologice.
i) Nefrologie:
- serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică şi psihoterapie: consiliere psihologică clinică pentru copii şi adulţi cu insuficienţă renală cronică - dializă.
1.7.2. Serviciile de kinetoterapie se acordă conform unui plan recomandat de medicul de reabilitare medicală prin scrisoare medicală.
1.7.3. Condiţiile acordării se stabilesc prin norme.
2. Lista specialităţilor clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate este prevăzută în norme.

C. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ACORDATE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA CLINICĂ DE REABILITARE MEDICALĂ

1. Servicii medicale - consultaţii, serii de proceduri - în specialitatea clinică de reabilitare medicală
1.1. Consultaţia medicală de specialitate iniţială cuprinde:
- anamneza, examenul clinic general, examenul clinic specific specialităţii respective, stabilirea şi recomandarea explorărilor necesare şi/sau interpretarea integrativă a explorărilor şi a analizelor de laborator disponibile efectuate la solicitarea medicului de familie şi/sau a medicului de specialitate, în vederea stabilirii diagnosticului;
- bilanţul articular anatomic şi funcţional, bilanţul muscular, bilanţul global gestual şi întocmirea planului de recuperare;
- unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;
- stabilirea conduitei terapeutice, prescrierea tratamentului medical igieno-dietetic şi fizical şi de reabilitare medicală, precum şi instruirea în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice generale şi specifice balneoclimatice - terapii cu factori naturali terapeutici: apele minerale terapeutice, lacurile şi nămolurile terapeutice, gazele terapeutice, ansamblul elementelor fizico-chimice ale climatului, inclusiv microclimatul de saline şi peşteri, avizate de Ministerul Sănătăţii conform legislaţiei în vigoare.
1.2. Consultaţia de reevaluare se acordă înainte de începerea unei serii de proceduri specifice de reabilitare medicală, în timpul seriei de proceduri sau la finalul fiecărei serii de proceduri, la un interval ce nu poate să depăşească 10 zile calendaristice de la momentul finalizării acesteia.
1.3. Procedurile specifice de reabilitare medicală care se pot acorda în cadrul unei serii de proceduri sunt:

PROCEDURI SPECIFICE DE REABILITARE MEDICALĂ
1. Kinetoterapie de grup pe afecţiuni
2. Galvanizare
3. Ionizare
4. Curenţi diadinamici
5. Trabert
6. TENS

7. Curenţi interferenţiali
8. Unde scurte
9. Microunde
10. Curenţi de înaltă frecvenţă pulsatilă
11. Ultrasunet
12. Combinaţie de ultrasunet cu curenţi de joasă frecvenţă
13. Magnetoterapie
14. Laserterapie
15. Solux
16. Ultraviolete
17. Curenţi cu impulsuri rectangulare
18. Curenţi cu impulsuri exponenţiale
19. Contracţia izometrică electrică
20. Stimulare electrică funcţională
21. Băi Stanger
22. Băi galvanice
23. Duş subacval
24. Aplicaţii cu parafină
25. Băi sau pensulaţii cu parafină
26. Masaj regional
27. Masaj segmentar
28. Masaj reflex
29. Limfmasaj
30. Aerosoli individuali
31. Pulverizaţie cameră
32. Hidrokinetoterapie individuală generală
33. Hidrokinetoterapie parţială
34. Kinetoterapie individuală
35. Tracţiuni vertebrale şi articulare
36. Manipulări vertebrale
37. Manipulări articulaţii periferice
38. Kinetoterapie cu aparatură specială cu dispozitive mecanice, electromecanice şi robotizate
39. Băi minerale (sulfuroase, cloruro-sodice, alcaline)
40. Băi de plante
41. Băi de dioxid de carbon şi bule
42. Băi de nămol
43. Mofete naturale
44. Mofete artificiale
45. Împachetare generală cu nămol
46. Împachetare parţială cu nămol

47. Aplicaţie de unde de şoc extracorporale
48. Aplicaţie de oscilaţii profunde
49. Speleoterapia/Salinoterapia

1.3.1. Perioada pentru care se acordă procedurile specifice de reabilitare medicală este de maximum 21 de zile/an/asigurat atât la copii, cât şi la adulţi, cu excepţia copiilor cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de reabilitare medicală pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracţionate în maximum două fracţiuni, în funcţie de afecţiunea de bază, la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală.
1.3.2. În cazul unor perioade de tratament fracţionate la recomandarea medicului de specialitate reabilitare medicală, pentru fiecare perioadă de tratament se vor acorda o consultaţie iniţială şi o consultaţie de reevaluare, dar nu mai mult de două consultaţii iniţiale şi două consultaţii de reevaluare pe an/asigurat.
1.3.3. Seria de proceduri specifice de reabilitare medicală stabilită de medicul de specialitate, reabilitare medicală include maximum 4 proceduri/zi. Pentru o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală ce se desfăşoară în bazele de tratament din staţiunile balneoclimatice se decontează în medie 4 proceduri/zi, din care două proceduri specifice de reabilitare medicală cu factori terapeutici naturali.
1.4. Pentru situaţiile în care unui asigurat nu i se recomandă o serie de proceduri specifice de reabilitare medicală, asiguratul beneficiază de 3 consultaţii/trimestru pentru aceeaşi afecţiune.
1.5. Pentru grupele de boli cronice G18, G19, G31b, G31c, G31d, G31e - nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, pentru care tratamentul se poate prescrie şi monitoriza de către medicul în specialitatea reabilitare medicală din unităţile sanitare nominalizate de către Ministerul Sănătăţii, pentru un bolnav cu una sau mai multe afecţiuni cronice, se acordă o consultaţie şi prescripţia/prescripţiile medicală/medicale aferentă/aferente, trimestrial sau lunar, cu condiţia ca aceste servicii să nu se fi efectuat de către un alt medic de specialitate pentru aceeaşi perioadă.
1.6. Consultaţiile de specialitate reabilitare medicală se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic, cu excepţia consultaţiilor pentru afecţiunile prevăzute în norme, care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu.
1.7. Lista specialităţilor clinice pentru care se încheie contract de furnizare de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală este prevăzută în norme.
1.8. Lista afecţiunilor care pot fi tratate în ambulatoriu în specialitatea clinică de reabilitare medicală este:

Nr. crt.	Afecţiuni
1.	Atrofii sistemice afectând în special sistemul nervos central
2.	Tulburări extrapiramidale şi ale motricităţii
3.	Boli demielinizante ale sistemului nervos central
4.	Afecţiunile nervilor, rădăcinilor şi plexurilor nervoase
5.	Polineuropatii şi alte afecţiuni ale sistemului nervos periferic
6.	Afecţiuni ale joncţiunilor mioneurale şi musculare
7.	Paralizia cerebrală şi alte sindroame paralitice
8.	Status post infarct miocardic acut
9.	Status post accident vascular cerebral
10.	Insuficienţa cardiacă clasa NYHA I şi II
11.	Boală pulmonară obstructivă cronică clasa I şi II
12.	Poliartropatii inflamatorii
13.	Artroze
14.	Dorsopatii
15.	Afecţiuni ale ţesuturilor moi
16.	Status post leziuni traumatice
17.	Status post intervenţii chirurgicale majore cardiovasculare, neurochirurgicale, ortopedice

1.9. Condiţiile acordării serviciilor de reabilitare medicală se stabilesc în norme.
2. Servicii de acupunctură - consultaţii, cură de tratament
2.1. Consultaţia de acupunctură: se acordă o singură consultaţie pentru fiecare cură de tratament.
2.2. Cura de tratament: se acordă maximum două cure/an calendaristic pe asigurat. O cură de tratament reprezintă în medie 10 zile de tratament.
2.3. Consultaţiile de acupunctură se acordă pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul de specialitate din ambulatoriul clinic.
2.4. Condiţiile acordării serviciilor de acupunctură se stabilesc în norme.

D. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU MEDICINA DENTARĂ

Cod	Acte terapeutice
1. *)	Consultaţie - include modelul de studiu, controlul oncologic şi igienizarea.
	*) Se acordă o singură consultaţie la un interval de 12 luni pentru un asigurat.
2.	Tratamentul cariei simple
3.	Tratamentul afecţiunilor pulpare cu anestezie prin infiltraţie
4.	Pansament calmant/drenaj endodontic
5.	Tratamentul gangrenei pulpare
6.	Tratamentul paradontitelor apicale (prin incizie) cu anestezie prin infiltraţie
7.	Tratamentul afecţiunilor parodonţiului cu anestezie prin infiltraţie
8.	Extracţia dinţilor temporari cu anestezie prin infiltraţie
9.	Extracţia dinţilor permanenţi cu anestezie prin infiltraţie
10.**)	Chiuretaj alveolar şi tratamentul hemoragiei
	**) În situaţia în care se efectuează în aceeaşi şedinţă în care a fost extras dintele respectiv, nu este decontat de casa de asigurări de sănătate.
11.	Decapuşonarea la copii
12.	Reducerea luxaţiei articulaţiei temporo-mandibulare
13.***)	Proteza acrilică mobilizabilă pe arcadă
	***) Se acordă o dată la 10 ani.
14.****)	Reparaţie/Rebazare proteză
	****) Se acordă o dată pe an.
15.	Element acrilic copii până la 18 ani
16.	Element metalo-acrilic copii până la 18 ani
17.	Reconstituire coroană radiculară copii până la 18 ani
18.*****)	Decondiţionarea tulburărilor funcţionale prin aparate ortodontice, inclusiv tratamentul angrenajului invers prin inel/gutiere + bărbiţă şi capelină
19.	Tratamentul angrenajului invers prin exerciţii cu spatula/şedinţă
20.*****)	Aparate şi dispozitive utilizate în tratamentul malformaţiilor congenitale
21.	Şlefuirea în scop ortodontic/dinte
22.*****)	Reparaţie aparat ortodontic
23.	Menţinătoare de spaţiu mobile
	*****) Se acordă numai de medicii de specialitate în ortodonţie şi ortopedie dento-facială.
24.******)	Sigilare/dinte

	******) O procedură decontată la 2 ani.

1. Serviciile de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii de bază pot fi efectuate de oricare dintre medicii dentişti, cu excepţia celor de la pct. 18, 20 şi 22.
2. Serviciile de medicină dentară de urgenţă sunt prevăzute la pct. 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14 şi 22.
3. Dentiştii acordă numai serviciile prevăzute la pct. 1, 2, 4 şi 24.
4. Condiţiile acordării serviciilor de medicină dentară se stabilesc în norme.
5. Formula dentară este prevăzută în norme.

E. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE

1. Lista investigaţiilor paraclinice - analize de laborator

Nr. crt.	Cod	Denumirea analizei de laborator
		Hematologie
1	2.6001	Hemoleucogramă completă - hemoglobină, hematocrit, numărătoare eritrocite, numărătoare leucocite, numărătoare trombocite, formulă leucocitară, indici eritrocitari
2	2.6002	Numărătoare reticulocite
3	2.6003	Examen citologic al frotiului sanguin
4	2.6040	VSH
5	2.60501	Determinare la gravidă a grupului sanguin ABO
6	2.60502	Determinare la gravidă a grupului sanguin Rh
7	2.6059	Anticorpi specifici anti Rh la gravidă
8	2.6101	Timp Quick şi INR (International Normalised Ratio)
9	2.6102	APTT
10	2.6103	Fibrinogenemie
		Biochimie - serică şi urinară
11	2.1002	Proteine totale serice
12	2.1003	Electroforeza proteinelor serice
13	2.10062	Transferină
14	2.10063	Feritină serică
15	2.1011	Uree serică
16	2.1012	Acid uric seric
17	2.1014	Creatinină serică
18	2.1015	Bilirubină totală
19	2.1016	Bilirubină directă
20	2.1020	Glicemie
21	2.10303	Colesterol seric total
22	2.10304	HDL colesterol
23	2.10305	LDL colesterol
24	2.10306	Trigliceride serice
25	2.10402	TGP
26	2.10403	TGO

27	2.10404	Creatinkinaza CK
28	2.10406	Gama GT
29	2.10409	Fosfatază alcalină
30	2.10500	Sodiu seric
31	2.10501	Potasiu seric
32	2.10503	Calciu seric total
33	2.10504	Calciu ionic seric
34	2.10505	Magneziemie
35	2.10506	Sideremie
36	2.10507	Fosfor (fosfat seric)
37	2.1066	Bicarbonat seric (EAB)
38	2.2600	Examen complet de urină (sumar + sediment)
39	2.2604	Dozare proteine urinare
40	2.2612	Microalbuminuria (albumină urinară)
41	2.2622	Dozare glucoză urinară
42	2.2623	Creatinină urinară
Imunologie		
43	2.2500	TSH
44	2.2502	FT4
45	2.2507	Parathormonul seric (PTH)
46	2.2509	Hormonul foliculinostimulant FSH
47	2.2510	Hormonul luteinizant (LH)
48	2.2514	Cortizol
49	2.2521	Testosteron
50	2.2522	Estradiol
51	2.2523	Progesteron
52	2.2525	Prolactină
53	2.327091	Anti-HAV IgM
54	2.327092	Ag HBs (screening)
55	2.327093	Anti HCV
56	2.32710	Testare HIV la gravidă
57	2.40000	ASLO
58	2.40010	VDRL sau RPR
59	2.40013	Confirmare TPHA
60	2.40203	Antigen Helicobacter Pylori
61	2430011	Complement seric C3
62	2430012	Complement seric C4
63	2.43010	IgG seric
64	2.43011	IgA seric
65	2.43012	IgM seric
66	2.43014	IgE seric

67	2.40053	Proteina C reactivă
68	2.43040	Factor reumatoid
69	2.43044	ATPO
70	2.43135	PSA
71	2.43136	free PSA
Microbiologie		
Exsudat faringian		
72	2.3025	Examen bacteriologic exsudat faringian - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
73	2.50102	Examen fungic exsudat faringian - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examen urină		
74	2.3100	Urocultură - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
75	2.50116	Examen fungic urină - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examene materii fecale		
76	2.3062	Coprocultură - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
77	2.50120	Examen micologic materii fecale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
78	2.5100	Examen coproparazitologic (3 probe)
79	2.2701	Depistare hemoragii oculte
Examene din secreţii vaginale		
80	2.3074	Examene din secreţii vaginale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
81	2.50114	Examene din secreţii vaginale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examene din secreţii uretrale		
82	2.3080	Examene din secreţii uretrale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
83	2.50115	Examene din secreţii uretrale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examene din secreţii otice		
84	2.3050	Examen bacteriologic din secreţii otice - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
85	2.50119	Examen fungic din secreţii otice - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examene din secreţii nazale		
86	2.3022	Examen bacteriologic din secreţii nazale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
87	2.50103	Examen fungic din secreţii nazale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examene din secreţii conjunctivale		
88	2.3040	Examen bacteriologic din secreţii conjunctivale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană

89	2.50110	Examen fungic din secreţii conjunctivale - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Examene din colecţie purulentă		
90	2.5032	Examen bacteriologic din colecţie purulentă - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare bacteriană
91	2.50120	Examen fungic din colecţie purulentă - Examen microscopic nativ şi colorat, cultură şi identificare fungică
Testarea sensibilităţii la substanţe antimicrobiene şi antifungice		
92	2.313	Antibiogramă
93	2.502	Antifungigramă
Examinări histopatologice şi citologice		
94	2.9000	Piesă prelucrată la parafină
95	2.9021	Bloc inclus la parafină cu histopatologic
96	2.9020	Diagnostic histopatologic pe lamă
97	2.9010	Examen histopatologic cu coloraţii speciale
98	2.9022	Citodiagnostic spută prin incluzii parafină
99	2.9023	Citodiagnostic secreţie vaginală
100	2.9024	Examen citohormonal
101	2.9025	Citodiagnostic lichid de puncţie
102	2.9030	Teste imunohistochimice
103	2.9160	Examen Babeş-Papanicolau

Condiţiile acordării investigaţiilor paraclinice - analize de laborator se stabilesc prin norme.

2. Lista investigaţiilor paraclinice - radiologie, imagistică, medicină nucleară şi explorări funcţionale

Nr. crt.	Denumire examinare radiologică/imagistică medicală/explorare funcţională
I. Radiologie - Imagistică medicală	
A. Investigaţii convenţionale	
1. Investigaţii cu radiaţii ionizante	
1	Examen radiologic cranian standard
2	Examen radiologic cranian în proiecţie sinusuri anterioare ale feţei
3	Examen radiologic părţi schelet în 2 planuri
4	Radiografie de membre
5	Examen radiologic centură scapulară
6	Examen radiologic părţi coloană dorsală
7	Examen radiologic părţi coloană lombară
8	Examen radiologic coloană vertebrală completă, fără coloana cervicală
9	Examen radiologic coloana cervicală 1 incidenţă
10	Examen radiologic torace ansamblu
11	Examen radiologic torace osos (sau părţi) în mai multe planuri/Examen radiologic torace şi organe toracice
12	Examen radiologic vizualizare generală a abdomenului nativ

13	Examen radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast
14	Examen radiologic tract digestiv până la regiunea ileo-cecală, cu substanţă de contrast
15	Examen radiologic colon dublu contrast
16	Examen radiologic colon la copil, inclusiv dezinvaginare
17	Examen radiologic tract urinar (urografie minutată) cu substanţă de contrast
18	Cistografie de reflux cu substanţă de contrast
19	Pielografie
20	Examen radiologic retrograd de uretră sau vezică urinară cu substanţă de contrast
21	Examen radiologic uretră, vezică urinară la copil cu substanţă de contrast
22	Examen radiologic uter şi oviduct cu substanţă de contrast
23	Radiografie retroalveolară
24	Radiografie panoramică
25	Mamografie în două planuri/pentru un sân
26	Sialografia, galactografia sinusuri, fistulografie cu substanţă de contrast
27	Osteodensitometrie segmentară (DXA)
2. Investigaţii neiradiante	
28	Ecografie generală (abdomen + pelvis)
29	Ecografie abdomen
30	Ecografie pelvis
31	Ecografie transvaginală
32	Ecografie de vase (vene)
33	Ecografie de vase (artere)
34	Ecografie ganglionară
35	Ecografie transfontanelară
36	Ecografie de organ/articulaţie/părţi moi
37	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul II
38	Ecografie obstetricală anomalii trimestrul I cu TN
39	Senologie imagistică - ecografie
40	Ecocardiografie
41	Ecocardiografie + Doppler
42	Ecocardiografie + Doppler color
43	Ecocardiografie transesofagiană
B. Investigaţii de înaltă performanţă	
44	CT craniu nativ
45	CT regiune gât nativ
46	CT regiune toracică nativ
47	CT abdomen nativ
48	CT pelvis nativ
49	CT coloană vertebrală nativ/segment

50	CT membre nativ/membru
51	CT craniu nativ şi cu substanţă de contrast
52	CT regiune gât nativ şi cu substanţă de contrast
53	CT regiune toracică nativ şi cu substanţă de contrast
54	CT abdomen nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos
55	CT pelvis nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos
56	CT coloană vertebrală nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos/segment
57	CT membre nativ şi cu substanţă de contrast administrată intravenos/membru
58	CT ureche internă
59	Uro CT
60	Angiografie CT membre
61	Angiografie CT craniu
62	Angiografie CT regiune cervicală
63	Angiografie CT torace
64	Angiografie CT abdomen
65	Angiografie CT pelvis
66	Angiocoronarografie CT
67	RMN cranio-cerebral nativ
68	RMN torace nativ
69	RMN regiune cervicală nativ
70	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracică, lombosacrată) nativ
71	RMN abdominal nativ
72	RMN pelvin nativ
73	RMN extremităţi nativ/segment (genunchi, cot, gleznă etc.)
74	RMN umăr nativ
75	RMN umăr nativ şi cu substanţă de contrast
76	RMN torace nativ şi cu substanţă de contrast
77	RMN regiune cervicală nativ şi cu substanţă de contrast
78	RMN cranio-cerebral nativ şi cu substanţă de contrast
79	RMN regiuni coloana vertebrală (cervicală, toracală, lombosacrată) nativ şi cu substanţă de contrast
80	RMN abdominal nativ şi cu substanţă de contrast
81	RMN pelvin nativ şi cu substanţă de contrast
82	RMN extrem. nativ/seg. (genunchi, cot, gleznă etc.) cu substanţă de contrast
83	RMN cord nativ
84	RMN cord cu substanţă de contrast
85	Uro RMN cu substanţă de contrast
86	Angiografia RMN trunchiuri supraaortice
87	Angiografia RMN artere renale sau aorta
88	Angiografie RMN/segment (craniu, abdomen, pelvis, membre etc.)
89	Angiografia carotidiană cu substanţă de contrast

II. Explorări funcţionale	
90	EKG
91	Holter TA
92	Spirometrie
93	Spirogramă + test farmacodinamic bronhomotor
94	Peak-flowmetrie
95	Electroencefalografia (EEG)
96	Electromiografie (EMG)
97	Testul de efort pentru evaluarea funcţiei respiratorii
98	Spirometrie de efort
99	Bronhospirometrie
100	Teste de provocare inhalatorii
101	Înregistrare ECG continuă ambulatorie, holter
III. Medicină nucleară	
102	Scintigrafia renală
103	Scintigrafia cerebrală (scintigrafie SPECT perfuzie cerebrală -30/90 min de la inj.)
104	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică la efort (scintigrafie spect perfuzie miocardică efort)
105	Studiu radioizotopic de perfuzie miocardică în repaus (scintigrafie spect perfuzie miocardică repaus)
106	Studiu radioizotopic de perfuzie pulmonară/scintigrafie perfuzie pulmonară
107	Scintigrafia osoasă localizată
108	Scintigrafia osoasă completă
109	Scintigrafia hepatobiliară
110	Scintigrafia tiroidiană
111	Scintigrafia paratiroidiană

Condiţiile/Criteriile acordării investigaţiilor paraclinice-radiologie, imagistică, medicină nucleară şi explorări funcţionale se stabilesc prin norme.

F. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1. Serviciile spitaliceşti sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative şi cuprind: consultaţii medicale de specialitate, investigaţii, tratamente medicale şi/sau chirurgicale, îngrijire, medicaţie, monitorizare şi supraveghere, cazare şi masă.
2. În funcţie de durata de spitalizare, asistenţa medicală spitalicească se acordă în regim de:
a) spitalizare continuă;
b) spitalizare de zi.
3. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic şi se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:
a) naştere;
b) urgenţe medico-chirurgicale şi situaţiile în care este pusă în pericol viaţa pacientului sau care au acest potenţial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
c) boli cu potenţial endemoepidemic care necesită izolare;
d) bolnavi aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelorspital;

e) afecţiuni pentru care diagnosticul şi/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.
4. Factorii de care trebuie să se ţină cont cumulativ în luarea deciziei de internare în regim de spitalizare continuă sunt:
a) severitatea semnelor şi simptomelor prezentate de pacient;
b) predictibilitatea medicală a unei evoluţii negative, nedorite a pacientului;
c) nevoia pentru şi disponibilitatea analizelor/investigaţiilor diagnostice;
d) epuizarea resurselor diagnostice şi terapeutice în celelalte domenii de asistenţă medicală.
5. Pacienţii care prezintă un bilet de internare pentru spitalizare continuă vor putea fi programaţi pentru internare, în funcţie de afecţiune şi de gravitatea semnelor şi simptomelor prezentate şi de disponibilitatea serviciilor unităţii spitaliceşti solicitate.
6. Prevenirea spitalizărilor continue considerate evitabile se va realiza prin diagnosticare precoce, abordare, tratament şi monitorizare, respectiv supraveghere corespunzătoare, în ambulatoriu şi în spitalizarea de zi, după caz.
7. Lista diagnosticelor principale considerate spitalizări continue evitabile şi criteriile specifice aferente diminuării/eliminării acestora din spitalizarea continuă se detaliază în norme.
8. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic şi se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:
a) urgenţe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condiţiile stabilite în norme;
b) diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu.
9. Serviciile necesare pentru diagnosticarea, tratarea sau monitorizarea pacientului care se efectuează în regim de spitalizare de zi pot avea caracter plurispecializat şi/sau multidisciplinar, pot fi invazive, pot fi urmate de reacţii adverse sau risc de urgenţă pe timpul efectuării lor sau corelate cu starea de sănătate a pacientului, impunând supraveghere medicală care nu poate fi efectuată în ambulatoriu.
10. Afecţiunile care pot fi diagnosticate şi tratate în regim de spitalizare de zi:
- afecţiunile şi procedurile prevăzute în norme;
- afecţiuni pentru care se acordă servicii de chimioterapie, radioterapie, brahiterapie, litotriţie, implant de cristalin, întrerupere de sarcină cu recomandare medicală, amniocenteză, biopsie de vilozităţi coriale, administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei;
- instalarea de gastrostome sau jejunostome percutane pentru administrarea nutriţiei enterale;
- proceduri specifice de terapia durerii, conform normelor;
- instalarea de catetere intravenoase pentru utilizare îndelungată, tunelizate şi/sau cu cameră implantabilă pentru diverse metode terapeutice, conform normelor;
- afecţiuni care necesită administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experţi constituite la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
- HIV/SIDA care necesită monitorizarea bolnavilor.
11. Serviciile medicale spitaliceşti în regim de spitalizare continuă şi de zi se acordă pe baza biletului de internare eliberat de:
- medicul de familie;
- medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare;
- medicii din unităţile de asistenţă medico-socială;
- medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;
- medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică;
- medicii de medicina muncii.
12. Nu se solicită bilet de internare în următoarele situaţii:
- naştere;
- urgenţe medico-chirurgicale;
- boli cu potenţial endemoepidemic, care necesită izolare şi tratament;
- bolnavi aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie, şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelorspital;
- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situaţia în care se schimbă tipul de îngrijire;
- transferul interspitalicesc;
- spitalizare de zi, dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie şi administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experţi constituite la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA, administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei, monitorizarea bolnavilor cu talasemie;
- pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană beneficiază de servicii medicale spitaliceşti programate şi acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii

Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, respectiv de servicii medicale spitaliceşti acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, precum şi de servicii medicale spitaliceşti 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.

G. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT

1. Consultaţii de urgenţă la domiciliu pentru urgenţele medico-chirurgicale - cod verde - prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2.021/691/2008, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical, al centrului de permanenţă sau prin sistemul de consultaţii de urgenţă la domiciliu, sub coordonarea dispeceratelor medicale de urgenţă sau a celor integrate."

2. Transport sanitar neasistat

Transportul sanitar neasistat include:

2.1. transportul medicului dus-întors în vederea constatării unui deces în zilele de vineri, sâmbătă, duminică şi în zilele de sărbători legale, pentru eliberarea certificatului constatator al decesului, în condiţiile prevăzute de lege;

2.2. transportul echipajului de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi, după caz, transportul pacientului care nu se află în stare critică şi nu necesită monitorizare şi îngrijiri medicale speciale pe durata transportului la unitatea sanitară, dacă se impune asistenţă medicală de specialitate ce nu poate fi acordată la domiciliu;

2.3. transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0- 18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, de la centrul de dializă până la domiciliul acestora şi retur, în vederea efectuării dializei în unităţile sanitare situate în alt judeţ decât cel de domiciliu al persoanei respective; transportul copiilor dializaţi cu vârsta cuprinsă între 0-18 ani şi a persoanelor peste 18 ani cu nanism, care nu pot fi preluate în centrele de dializă de adulţi, se efectuează în baza contractelor încheiate între casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au domiciliul persoanele dializate şi unităţile medicale specializate aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate din judeţul de domiciliu;

2.4. bolnavii cu fracturi ale membrelor inferioare imobilizate în aparate gipsate, ale centurii pelviene, coloanei vertebrale, bolnavii cu deficit motor neurologic major şi stări post accidente vasculare cerebrale, bolnavii cu amputaţii recente ale membrelor inferioare, bolnavii cu stări caşectice, bolnavii cu deficit motor sever al membrelor inferioare, arteriopatie cronică obliterantă stadiul III şi IV, insuficienţă cardiacă clasa NYHA III şi IV, status post revascularizare miocardică prin by-pass aorto-coronarian şi revascularizare periferică prin by-pass aortofemural, pacienţii cu tumori cerebrale operate, hidrocefalii interne operate, pacienţii oxigenodependenţi, cu malformaţii arterio-venoase - rupte neoperate, malformaţii vasculare cerebrale - anevrisme, malformaţii arterio-venoase - operate, hemoragii subarahnoidiene de natură neprecizată şi care necesită transport la externare, nefiind transportabili cu mijloace de transport convenţionale, pot fi transportaţi inclusiv în alt judeţ.

2.5. transportul de la şi la domiciliu al bolnavilor cu talasemie majoră în vederea efectuării transfuziei;

2.6. transportul la spital pentru internare pe baza biletului de internare în unităţile sanitare de reabilitare medicală şi recuperare, cu avizul prealabil al unităţii de recuperare - reabilitare confirmat la internare pe fişa de transport, a copiilor nedeplasabili cu vârsta între 0-18 ani cu tetrapareze sau insuficienţă motorie a trenului inferior;

2.7. transportul dus-întors la cabinetul de specialitate din specialităţile clinice şi de la cabinet la domiciliu, pentru asiguraţii imobilizaţi la pat, pentru consultaţie în vederea evaluării, monitorizării şi prescrierii tratamentului în cazul afecţiunilor cronice pentru care medicaţia poate fi prescrisă numai de medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

H. PACHET DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ PENTRU ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ŞI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Nr. crt.	Serviciu de îngrijire medicală la domiciliu/îngrijire paliativă la domiciliu
1.	Măsurarea parametrilor fiziologici: temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun *****)
	*****) Recomandarea serviciului se face de către medici pentru toţi parametri prevăzuţi, respectiv temperatură, respiraţie, puls, TA, diureză şi scaun.
2.	Administrarea medicamentelor:
	2.1. intramuscular*)
	2.2. subcutanat*)
	2.3.intradermic*)
	2.4. oral
	2.5. pe mucoase

	*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană.
3	Administrarea medicamentelor intravenos sub supravegherea medicului*) ****)
	*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană. ****) Se efectuează sub supravegherea medicului care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
4.	Sondaj vezical şi administrarea medicamentelor intravezical pe sondă vezicală***)
	***) La bărbaţi se efectuează de către medicul care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri medicale paliative.
5.	Administrarea medicamentelor prin perfuzie endovenoasă sub supravegherea medicului*) ****)
	*) În afara injecţiilor şi perfuziilor cu produse de origine umană. ****) Se efectuează sub supravegherea medicului care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
6.	Recoltarea produselor biologice
7.	Alimentarea artificială pe gastrostomă/sondă gastrică şi educarea asiguratului/aparţinătorilor
8.	Alimentarea pasivă, inclusiv administrarea medicamentelor per os, pentru bolnavii cu tulburări de deglutiţie
9.	Clismă cu scop evacuator
10.	Spălătură vaginală în cazuri de deficit motor
11.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit: mobilizare, masaj, aplicaţii medicamentoase, utilizarea colacilor de cauciuc şi a rulourilor
12.	Manevre terapeutice pentru evitarea complicaţiilor pulmonare: posturi de drenaj bronşic, tapotaj, fizioterapie respiratorie
13.	Îngrijirea plăgilor/determinate de arsuri/simple/suprimarea firelor
14.	Îngrijirea plăgilor suprainfectate
15.	Îngrijirea escarelor multiple
16.	Îngrijirea stomelor
17.	Îngrijirea fistulelor
18.	Îngrijirea tubului de dren/sondei urinare
19.	Îngrijirea canulei traheale şi instruirea asiguratului
20.	Monitorizarea dializei peritoneale
21.	Aplicarea de ploscă, bazinet, condom urinar
22.	Aplicarea de mijloc ajutător pentru absorbţia urinei**)
	**) Este inclus şi mijlocul ajutător pentru absorbţia urinei, minimum două mijloace ajutătoare pentru absorbţia urinei/zi.
23.	Evaluarea asiguratului: stabilirea şi aplicarea unui plan de îngrijiri în controlul durerii şi altor simptome asociate bolii şi reevaluarea periodică
24.	Evaluarea mobilităţii, a capacităţii de autoîngrijire, a riscului de apariţie a escarelor sau gradul escarelor, identificarea nevoilor nutriţionale, implementarea intervenţiilor stabilite în planul de îngrijiri şi reevaluarea periodică - de către asistentul medical
25.	Masaj limfedem şi contenţie elastică
26.	Masaj limfedem cu pompa de compresie

27.	Montare TENS
28.	Supravegherea şi îngrijirea administrării prin dispozitiv a analgeziei controlate de pacient
29.	Administrare medicaţie prin nebulizare
30.	Aspiraţie gastrică
31.	Aspiraţie căi respiratorii
32.	Paracenteză
33.	Ventilaţie noninvazivă ****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului pneumolog sau a medicului cu specialitatea anestezie şi terapie intensivă care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
34.	Alimentaţie parenterală - alimentaţie artificială pe cateter venos central sau periferic****) ****) Se efectuează sub supravegherea medicului cu specialitatea anestezie şi terapie intensivă care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. Serviciul nu include alimentele specifice.

Condiţiile acordării îngrijirilor medicale la domiciliu/îngrijirilor paliative la domiciliu se stabilesc în norme.

I. PACHETUL DE SERVICII MEDICALE DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ÎN SANATORII BALNEARE ŞI RECUPERARE MEDICALĂ ÎN ALTE SANATORII ŞI PREVENTORII

1. Serviciile de reabilitare medicală şi recuperare sunt servicii acordate în regim de spitalizare în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

1.1. Servicii medicale de reabilitare medicală acordate în sanatorii balneare

Tipul de asistenţă balneară	Durata maximă*)
Servicii de reabilitare medicală	14-21 zile/an/asigurat acordate într-un singur episod care cuprinde minimum 4 proceduri/zi

*) Serviciile medicale acordate peste durata de spitalizare de 21 de zile se suportă în întregime de către asiguraţi. Serviciile medicale se acordă şi pentru durate mai mici de 14 zile. Condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

1.1.1. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală în sanatorii balneare, eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Criteriile de eliberare a biletelor de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală vor fi prevăzute în norme.

1.1.2. Serviciile se acordă pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate de reabilitare medicală, cu încadrarea în prevederile mai sus menţionate.

1.2. Servicii medicale de recuperare acordate în sanatorii, altele decât balneare şi preventorii

1.2.1. Serviciile medicale de recuperare acordate în alte sanatorii decât cele balneare şi în preventorii sunt servicii acordate în regim de spitalizare, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicii de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.

1.2.2. Serviciile se acordă în baza biletelor de trimitere pentru tratament de recuperare eliberate de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Condiţiile acordării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.

J. PACHETUL DE BAZĂ PENTRU MEDICAMENTE CU ŞI FĂRĂ CONTRIBUŢIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

Medicamentele de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală sunt prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare, prevăzută în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare.

K. PACHETUL DE BAZĂ PENTRU DISPOZITIVELE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU

1. Dispozitive de protezare în domeniul ORL

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză auditivă		5 ani
2	Proteză fonatorie	a) vibrator laringian	5 ani
		b) buton fonator (shunt-ventile)	2/an
3	Proteză traheală	a) canulă traheală simplă	4/an
		b) canulă traheală Montgomery	2/an

1.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se pot acorda două proteze auditive dacă medicii de specialitate recomandă protezare bilaterală.
1.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.
2. Dispozitivele pentru protezare stomii

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	A. Sistem stomic unitar (sac stomic de unică utilizare)	a) sac colector pentru colostomie/ileostomie	un set*)/lună(30 de bucăţi)
		b) sac colector pentru urostomie	un set*)/lună(15 bucăţi)
2	B. Sistem stomic cu două componente	a) pentru colostomie/ileostomie (flanşă-suport şi sac colector)	un set**)/lună
		b) pentru urostomie (flanşă-suport şi sac colector)	un set**)/lună

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.
**) Un set de referinţă este alcătuit din 4 flanşe-suport şi 15 saci colectori. În situaţii speciale, la recomandarea medicului de specialitate, componenţa setului de referinţă poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set de referinţă.

2.1. Se va prescrie doar unul dintre sistemele A sau B, pentru fiecare tip.
2.2. Pentru asiguraţii cu urostomie cutanată dublă, la recomandarea medicilor de specialitate, se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru urostomie.
2.3. Pentru asiguraţii cu colostomie/ileostomie dublă, la recomandarea medicilor de specialitate, se pot acorda două seturi/lună de sisteme stomice pentru colostomie/ileostomie.
3. Dispozitivele pentru incontinenţă urinară

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Condom urinar		un set*)/lună (30 de bucăţi)
2	Sac colector de urină		un set*)/lună (6 bucăţi)
3	Sonda Foley		un set*)/lună (4 bucăţi)

4	Cateter urinar**)		un set*)/lună (120 de bucăţi)
5	Bandă pentru incontinenţă urinară		

*) În situaţii speciale, având în vedere starea fizică, ocupaţia, gradul de mobilitate a asiguratului şi complexitatea dispozitivului, la recomandarea medicului de specialitate şi cu acordul asiguratului consemnat pe prescripţia medicală, atât pe exemplarul depus la casa de asigurări de sănătate, cât şi pe exemplarul predat furnizorului de dispozitive medicale, componenţa setului poate fi modificată în limita preţului de referinţă decontat lunar pentru un set.
**) Se recomandă numai pentru retenţie urinară, pentru vezică neurogenă şi obstrucţie canal uretral, la recomandarea medicului de specialitate neurologie, urologie, reabilitare medicală şi oncologie.

4. Protezele pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de picior	a) LISEFRANC	2 ani
		b) CHOPART	2 ani
		c) PIROGOFF	2 ani
2	Proteză pentru dezarticulaţia de gleznă	SYME	2 ani
3	Proteză de gambă	a) convenţională, din material plastic, cu contact total	2 ani
		b) geriatrică	2 ani
		c) modulară	4 ani
4	Proteză pentru dezarticulaţia de genunchi	Modulară	4 ani
5	Proteză de coapsă	a) combinată	2 ani
		b) din plastic	2 ani
		c) cu vacuum	2 ani
		d) geriatrică	2 ani
		e) modulară	4 ani
		f) modulară cu vacuum	4 ani
6	Proteză de şold	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani
7	Proteză parţială de bazin hemipelvectomie	a) convenţională	2 ani
		b) modulară	4 ani

4.1. Termenul de înlocuire de 2, respectiv 4 ani se consideră de la momentul în care asiguratul a intrat în posesia protezei definitive, dacă acesta a beneficiat şi de proteză provizorie.
4.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire, prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.
4.3. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

5. Protezele pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire

C1	C2	C3	C4
1	Proteză parţială de mână	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională	2 ani
2	Proteză de dezarticulaţie de încheietură a mâinii	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric	8 ani
3	Proteză de antebraţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie pasivă	8 ani
		e) funcţională acţionată mioelectric cu pro-supinaţie activă	8 ani
4	Proteză de dezarticulaţie de cot	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
5	Proteză de braţ	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
6	Proteză de dezarticulaţie de umăr	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani
		e) funcţională mioelectrică	8 ani
7	Proteză pentru amputaţie inter- scapulo-toracică	a) funcţională simplă	2 ani
		b) funcţională acţionată pasiv	2 ani
		c) funcţională acţionată prin cablu	2 ani
		d) funcţională atipic electric	8 ani

5.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă proteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima protezare.
5.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.
6. Orteze
6.1. Pentru coloana vertebrală

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Orteze cervicale	a) colar	12 luni
		b) Philadelphia/Minerva	12 luni
		c) Schanz	12 luni
2	Orteze cervicotoracice		12 luni
3	Orteze toracice		12 luni
4	Orteze toracolombosacrale		12 luni
		a) corset Cheneau	12 luni
		b) corset Boston	12 luni
		c) corset Euroboston	12 luni
		d) corset Hessing	12 luni
		e) corset de hiperextensie	12 luni
		f) corset Lyonnais	12 luni
		g) corset de hiperextensie în 3 puncte pentru scolioză	12 luni
5	Orteze lombosacrale		12 luni
		lombostat	12 luni
6	Orteze sacro-iliace		12 luni
7	Orteze cervicotoraco-lombosacrale	a) corset Stagnara	2 ani
		b) corset Milwaukee	12 luni

Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.

6.2. Pentru membrul superior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de deget		12 luni
2	Orteze de mână	a) cu mobilitatea/fixarea degetului mare	12 luni
		b) dinamică	12 luni
3	Orteze de încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni
4	Orteze de încheietura mâinii - mână - deget	fixă/mobilă	12 luni
5	Orteze de cot	cu atelă/fără atelă	12 luni
6	Orteze de cot - încheietura mâinii - mână		12 luni
7	Orteze de umăr		12 luni
8	Orteze de umăr - cot		12 luni
9	Orteze de umăr - cot - încheietura mâinii - mână	a) fixă	12 luni
		b) dinamică	12 luni

6.2.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
6.2.2. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta); termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.
6.3. Pentru membrul inferior

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Orteze de picior		12 luni
2	Orteze pentru gleznă - picior	fixă/mobilă	12 luni
3	Orteze de genunchi	a) fixă	12 luni
		b) mobilă	12 luni
		c) balant	2 ani
4	Orteze de genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) gambier cu scurtare	2 ani
		b) Kramer Peroneal Spring (orteză peronieră)	2 ani
		c) pentru scurtarea membrului pelvin	2 ani
5	Orteze de şold		12 luni
6	Orteze şold - genunchi		12 luni
7	Orteze de şold - genunchi - gleznă - picior		12 luni
		a) coxalgieră (aparat)	2 ani
		b) Hessing (aparat)	2 ani
8	Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii	a) ham Pavlik	*
		b) de abducţie	*
		c) Dr. Fettwies	*
		d) Dr. Behrens	*
		e) Becker	*
		f) Dr. Bernau	*
9	Orteze corectoare de statică a piciorului		
		a) susţinători plantari cu nr. până la 23 inclusiv	6 luni
		b) susţinători plantari cu nr. mai mare de 23,5	6 luni
		c) Pes Var/Valg	12 luni
		d) Hallux-Valgus	12 luni

6.3.1. Pentru ortezele corectoare de statică a piciorului, tipurile a), b) şi c) se prescriu numai perechi.
6.3.2. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă orteză înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
6.3.3. Orteze pentru luxaţii de şold congenitale la copii (*) se pot acorda, ori de câte ori este nevoie, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la ultima ortezare.
6.3.4. Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), cu excepţia celor prevăzute la pct. 6.3.1.; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.
7. Încălţăminte ortopedică

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Ghete	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) cu arc cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) cu arc cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări până la 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări până la 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		i) scurtări peste 10 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		j) scurtări peste 10 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
2	Pantofi	a) diformităţi cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		b) diformităţi cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		c) amputaţii de metatars şi falange cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		d) amputaţii de metatars şi falange cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		e) scurtări până la 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		f) scurtări până la 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni
		g) scurtări peste 8 cm, cu numere până la 23 inclusiv	6 luni
		h) scurtări peste 8 cm, cu numere mai mari de 23,5	6 luni

7.1. Pentru copiii în vârstă de până la 18 ani se poate acorda o altă pereche de încălţăminte înainte de termenul de înlocuire prevăzut în col. C4, la recomandarea medicului de specialitate, ca urmare a modificării datelor avute în vedere la acordarea ultimei perechi.
7.2. Se prescrie o pereche de ghete sau o pereche de pantofi.
7.3. Numerele utilizate sunt exprimate în sistemul metric.
8. Dispozitive pentru deficienţe vizuale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Lentile intraoculare*)	a) pentru camera anterioară	
		b) pentru camera posterioară	

*) Se poate acorda o lentilă intraoculară pentru celălalt ochi după cel puţin 6 luni.

9. Echipamente pentru oxigenoterapie şi ventilaţie noninvazivă

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical*)	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Aparat pentru administrarea continuă cu oxigen	concentrator de oxigen	
2	Aparat de ventilaţie noninvazivă	aparat de ventilaţie	

*) Aparatele se acordă numai prin închiriere, în condiţiile prevăzute în norme.

10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli salini

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Inhalator salin particule uscate de sare cu flux de aer sau oxigen*)		două luni

*) Se acordă copiilor cu mucoviscidoză cu vârsta până la 18 ani; dispozitivul include şi sistemul de eliberare automată.

11. Dispozitive de mers

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Baston		3 ani
2	Baston	cu 3/4 picioare	3 ani
3	Cârjă	a) cu sprijin subaxilar din lemn	un an
		b) cu sprijin subaxilar metalică	3 ani
		c) cu sprijin pe antebraţ metalică	3 ani
4	Cadru de mers		3 ani
5	Fotoliu rulant	perioadă nedeterminată	
		a) cu antrenare manuală/electrică	5 ani
		b) triciclu pentru copii	3 ani
		perioadă determinată	
		a) cu antrenare manuală	
		b) triciclu pentru copii	

Pentru un asigurat se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta) din cele prevăzute la pct. 1, 2 şi 3; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stânga-dreapta) este cel prevăzut în col. C4.

12. Proteză externă de sân

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Proteză externă de sân şi accesorii (sutien)		3 ani

Se acordă din anul 2015 pentru femei care au suferit intervenţii chirurgicale - mastectomie totală; se pot acorda două dispozitive medicale de acelaşi tip (stânga-dreapta), după caz; termenul de înlocuire pentru fiecare dispozitiv din cele două (stângadreapta) este cel prevăzut în col. C4.

13. Dispozitive pentru administrarea medicaţiei şi alimentaţiei artificiale

Nr. crt.	Denumirea dispozitivului medical*)	Tipul	Termenul de înlocuire
C1	C2	C3	C4
1	Dispozitiv pentru administrarea nutriţiei enterale	pompă de nutriţie	
2	Dispozitiv pentru administrare a analgeziei controlate de pacient	pompă de administrare a analgeziei controlate de pacient	

*) Aparatele se acordă în condiţiile prevăzute în norme.

CAPITOLUL III

Pachetul de servicii pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/ Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului şi pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii

A. ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. I lit. A pct. 1, subpct. 1.1 şi 1.2 şi la cap. II lit. A, pct. 1.1, subpct. 1.1.2.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la cap. II lit. A.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. A pct. 1 subpct. 1.1 şi 1.2 sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. A, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

B. ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE CLINICE

1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/ din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca 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. Pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. II lit. B.
2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, 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 nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. Pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 şi 1.2 şi la cap. II lit. B pct. 1 subpct. 1.2.
3. 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, pachetul de servicii este cel prevăzut la cap. II lit. B sau, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. B pct. 1 subpct. 1.1 şi 1.2, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. B, se acordă numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

C. ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA DE REABILITARE MEDICALĂ

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală de consultaţiile prevăzute la cap. II lit. C pct. 1 subpct. 1.1, devenite necesare pe timpul şederii temporare în România şi acordate pe baza biletelor de trimitere eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază, în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C. Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca 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.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. C, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

D. ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITATEA MEDICINA DENTARĂ

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, devenite necesare pe timpul şederii temporare în România.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate de medicină dentară de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. II lit. D sau de serviciile medicale de medicină dentară prevăzute la cap. I lit. E, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

E. ASISTENŢA MEDICALĂ AMBULATORIE DE SPECIALITATE PENTRU SPECIALITĂŢILE PARACLINICE

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/ Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E, pe baza biletelor de trimitere pentru investigaţii medicale paraclinice eliberate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din specialităţile clinice pentru situaţiile care se încadrează la cap. II lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.2, respectiv la cap. II lit. B pct. 1, subpct. 1.2.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E. Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca 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.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază în ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile paraclinice de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. E, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

F. ASISTENŢA MEDICALĂ SPITALICEASCĂ

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de serviciile prevăzute la cap. I lit. C. Pentru aceste servicii medicale, furnizorii de servicii medicale spitaliceşti nu solicită bilet de internare.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului CE nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului,

beneficiază în asistenţa medicală spitalicească de serviciile prevăzute la cap. II lit. F. Furnizorii de servicii medicale spitaliceşti acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca 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 insituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. I lit. C sau de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale. Serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. F se acordă pe baza biletului de internare în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România.

G. CONSULTAŢII DE URGENŢĂ LA DOMICILIU ŞI ACTIVITĂŢI DE TRANSPORT SANITAR NEASISTAT
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G pct. 1 şi 2, subpct. 2.1 şi 2.2.
2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G.
3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. G pct. 1 şi 2 subpct. 2.1 şi 2.2 sau cap. II lit. G, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

H. ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU ŞI ÎNGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu prevăzut la cap. II lit. H.
2. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, prevăzut la cap. II lit. H, în condiţiile stabilite de respectivele documente internaţionale.

I. ASISTENŢA MEDICALĂ DE REABILITARE MEDICALĂ ŞI RECUPERARE ÎN SANATORII ŞI PREVENTORII
1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca 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.
2. 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, se acordă serviciile medicale prevăzute la cap. II lit. I, numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

J. MEDICAMENTE CU ŞI FĂRĂ CONTRIBUŢIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU
1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari de card european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de medicamentele prevăzute la cap. II lit. J.
2. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, se acordă medicamente în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J.
3. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii se acordă medicamente în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv medicamentele prevăzute la cap. II lit. J, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

K. DISPOZITIVE MEDICALE DESTINATE RECUPERĂRII UNOR DEFICIENŢE ORGANICE SAU FUNCŢIONALE ÎN AMBULATORIU
1. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, se

acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitivele prevăzute la cap. II lit. K.
2. Pentru pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii se acordă dispozitive medicale în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, respectiv dispozitive medicale prevăzute la cap. II lit. K, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.

ANEXA Nr. 2

Contractul-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, din 13.05.2014

CAPITOLUL I

Asistenţa medicală primară

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 1. -
(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.
(2) Asistenţa medicală primară se asigură de către medicii care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare, în cabinete medicale organizate conform prevederilor legale în vigoare, inclusiv cabinete medicale care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, ca furnizori de servicii medicale în asistenţa medicală primară, autorizaţi şi evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.
(3) Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât şi pentru mediul rural, precum şi numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistenţa medicală primară, cu excepţia situaţiei furnizorilor care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie, se stabilesc pe unităţi administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, direcţiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului judeţean al medicilor de familie şi ai asociaţiei profesionale judeţene a medicilor de familie, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, şi un reprezentant al administraţiei publice locale, după caz.
(4) Comisia pentru stabilirea necesarului de medici cu liste proprii şi a numărului minim de persoane asigurate înscrise pe lista medicului de familie, prevăzută la alin. (3), se constituie prin act administrativ al preşedintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (3) de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.
(5) În localităţile urbane numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu excepţia zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie, zone stabilite de comisia prevăzută la alin. (3).
(6) Pentru medicii de familie al căror număr de persoane asigurate înscrise pe listele proprii se menţine timp de 6 luni consecutive la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim de persoane asigurate înscrise pe lista proprie, stabilit pentru unitatea administrativ-teritorială/zona respectivă de către comisia constituită potrivit alin. (3), în situaţia cabinetelor medicale individuale, contractul poate înceta, în condiţiile legii, prin denunţare unilaterală de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate. Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, medicii de familie respectivi pot fi excluşi din contract prin modificarea acestuia. Persoanele asigurate înscrise pe listele acestora pot opta pentru alţi medici de familie aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.
(7) Numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie care îşi desfăşoară activitatea în cabinete medicale care funcţionează în structura sau în coordonarea unor unităţi sanitare aparţinând ministerelor şi instituţiilor centrale cu reţea sanitară proprie se stabileşte prin normele proprii de aplicare a prezentului contract-cadru, adaptate la specificul organizării asistenţei medicale.

(8) Pentru asigurarea calităţii asistenţei medicale, numărul maxim de persoane înscrise pe lista medicului de familie este de 2.200. Condiţiile acordării şi decontării serviciilor medicale se stabilesc prin norme.
(9) Numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate la nivelul asistenţei medicale primare, care se ia în calcul pentru stabilirea necesarului de medici de familie pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană, este de 1.800.
(10) Cabinetele medicale aflate în contract cu casele de asigurări de sănătate vor funcţiona cu minimum un asistent medical/soră medicală/moaşă, indiferent de numărul de asiguraţi înscrişi pe listă.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 2. -
(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorul de servicii medicale şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
i) certificatul de membru al Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR) pentru asistentul medical/soră medicală/moaşă valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
j) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
k) copie a actului doveditor prin care personalul medicosanitar îşi exercită profesia la furnizor;
l) programul de activitate al cabinetului şi al punctului de lucru/punctului secundar de lucru;
m) programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar;
n) lista, în format electronic, cu persoanele înscrise pentru medicii nou-veniţi şi pentru medicii care au fost în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate în anul precedent; furnizorul prezintă lista cuprinzând persoanele înscrise la medicul de familie titular, în cazul cabinetelor medicale individuale, şi listele cuprinzând persoanele înscrise la fiecare medic de familie pentru care reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale, în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale;
o) declaraţie pe propria răspundere privind corectitudinea listei persoanelor înscrise la momentul încetării termenului de valabilitate a contractului anterior, din punctul de vedere al conformităţii şi valabilităţii acesteia; modelul unic de declaraţie este prevăzut în norme;
p) lista în format electronic a bolnavilor cu afecţiuni cronice conform evidenţei organizate la nivelul cabinetului.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 3. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;

d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;
f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate şi tratate în ambulatoriu; pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgenţă, medicul de familie eliberează o scrisoare medicală în acest sens;
g) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;
m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, de la data la care acestea se implementează;
n) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;
o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
p) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
q) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în hotărâre şi în norme;
s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;
ş) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
v) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă

conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menţionate anterior, de la data la care acestea se implementează;
w) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii decontate din Fond, pentru care nu este stabilită o reglementare în acest sens;
aa) să acorde servicii prevăzute în pachetul minimal de servicii şi pachetul de servicii de bază, în limita competenţei profesionale, comunicând caselor de asigurări de sănătate datele de identificare a persoanelor cărora li s-au acordat serviciile medicale;
ab) să actualizeze lista proprie cuprinzând persoanele înscrise ori de câte ori apar modificări în cuprinsul acesteia, în funcţie de mişcarea lunară, comunicând aceste modificări caselor de asigurări de sănătate, precum şi să actualizeze lista proprie în funcţie de comunicările transmise de casele de asigurări de sănătate;
ac) să înscrie din oficiu copiii care nu au fost înscrişi pe lista unui medic de familie, odată cu prima consultaţie a copilului bolnav în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestuia. Nou-născutul va fi înscris pe lista medicului de familie care a îngrijit gravida, imediat după naşterea copilului, dacă părinţii nu au altă opţiune exprimată în scris; înscrierea nou-născutului va fi efectuată în aplicaţia informatică a medicului şi va fi transmisă în sistemul informatic unic integrat odată cu înscrierea pe lista proprie în cazul medicilor care utilizează semnătura electronică;
ad) să înscrie pe lista proprie gravidele şi lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, la prima consultaţie în localitatea de domiciliu sau, după caz, de reşedinţă a acestora;
ae) să nu refuze înscrierea pe listă a copiilor, la solicitarea părinţilor sau a aparţinătorilor legali, şi nici înscrierea persoanelor din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004;
af) să respecte dreptul asiguratului de a-şi schimba medicul de familie după expirarea a cel puţin 6 luni de la data înscrierii pe lista acestuia; în situaţia în care nu se respectă această obligaţie, la sesizarea asiguratului, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul a încheiat contract de furnizare de servicii medicale va efectua actualizarea listei medicului de familie de la care asiguratul doreşte să plece, prin eliminarea asiguratului de pe listă. Schimbarea medicului de familie se face pe baza cererii de înscriere prin transfer, conform modelului şi condiţiilor prevăzute în norme.
Asiguratul îşi poate schimba medicul de familie înaintea expirării termenului de 6 luni, în următoarele situaţii: decesul medicului pe lista căruia se află înscris, medicul de familie nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate şi în situaţia în care a fost preluat praxisul medicului de familie pe lista căruia se afla înscris;
ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, unele materiale sanitare, precum şi investigaţii paraclinice numai ca o consecinţă a actului medical propriu. Excepţie fac situaţiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, iniţiată de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei reţete pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum şi situaţiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum şi medicul de medicina muncii sunt obligaţi să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situaţia în care în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital nu există menţiunea privind eliberarea prescripţiei medicale, la externarea din spital sau ca urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în norme şi/sau este eliberată de medici care nu desfăşoară activitate în relaţie contractuală/convenţie cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit prin norme. Pentru persoanele care se încadrează în Programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alţi medici aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale; în situaţia în care medicul de familie prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală la recomandarea altor medici, conform celor de mai sus, responsabilitatea prescrierii revine exclusiv medicului/medicilor care a/au indicat tratamentul prin scrisoare medicală.
În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asiguraţi a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare

din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru medicamentele aferente afecţiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme şi cu respectarea condiţiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;
ah) să recomande dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, numai ca urmare a scrisorii medicale/biletului de ieşire din spital comunicat de către medicul de specialitate care îşi desfăşoară activitatea în baza unei relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în norme;
ai) să întocmească bilet de trimitere către societăţi de turism balnear şi de recuperare şi să consemneze în acest bilet sau să ataşeze, în copie, rezultatele investigaţiilor efectuate în regim ambulatoriu, precum şi data la care au fost efectuate, pentru completarea tabloului clinic al pacientului pentru care face trimiterea; în situaţia ataşării la biletul de trimitere a rezultatelor investigaţiilor, medicul va menţiona pe biletul de trimitere că a anexat rezultatele investigaţiilor şi va informa asiguratul asupra obligativităţii de a le prezenta medicului căruia urmează să i se adreseze;
aj) să organizeze la nivelul cabinetului evidenţa bolnavilor cu afecţiuni cronice şi să raporteze în format electronic această evidenţă casei de asigurări de sănătate, atât la contractare - lista, cât şi modificările ulterioare privind mişcarea lunară a bolnavilor cronici. Condiţiile desfăşurării acestei activităţi şi lista afecţiunilor cronice se stabilesc prin norme;
ak) în cazul încetării/rezilierii contractului/convenţiei, respectiv al excluderii medicului/medicilor din contractul/convenţia încheiat/încheiată cu casa de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară sunt obligaţi să anunţe casele de asigurări de sănătate referitor la predarea documentelor medicale, conform prevederilor legale în vigoare, către medicii de familie pentru care au optat persoanele care au fost înscrise pe listele medicului/medicilor şi care nu se mai află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
al) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
am) să recomande servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor legale în vigoare;
an) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
ao) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în norme;
ap) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data prescrierii.

Art. 4. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:
a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;
b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 5. -

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate,

contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;
f) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
j) să actualizeze în format electronic - SIUI, la începutul contractului anual, lista persoanelor asigurate înscrise pe listă, iar lunar, în vederea actualizării listelor proprii, să actualizeze în format electronic - SIUI lista cu persoanele care nu mai îndeplinesc condiţiile de asigurat şi persoanele nou-asigurate intrate pe listă, în condiţiile legii;
k) să facă publică valoarea definitivă a punctului per capita şi pe serviciu, rezultată în urma regularizării trimestriale, valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita şi per serviciu, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total la nivel naţional de puncte realizate trimestrial, atât per capita, cât şi pe serviciu, afişat pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
l) să ţină evidenţa distinctă a persoanelor de pe listele medicilor de familie cu care au încheiate contracte de furnizare de servicii medicale, în funcţie de casele de asigurări de sănătate la care aceştia se află în evidenţă. Pentru asiguraţii care se află în evidenţa Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti şi care sunt înscrişi pe listele medicilor de familie care au contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, confirmarea calităţii de asigurat se face de Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic. Pentru persoanele beneficiare ale pachetelor de servicii medicale care se află în evidenţa caselor de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti şi care sunt înscrise pe listele medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, confirmarea dreptului de asigurare se face de către casele de asigurări de sănătate judeţene sau a municipiului Bucureşti, pe bază de tabel centralizator transmis lunar, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic;
m) să contracteze, respectiv să deconteze din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice numai dacă medicii de familie au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora şi au competenţa legală necesară, după caz;
n) să monitorizeze perioadele de absenţă a medicilor de familie pentru care înlocuirea se asigură pe bază de reciprocitate pentru perioada cumulată de maximum 60 de zile calendaristice pe an;
o) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
p) să aducă la cunoştinţa persoanelor înscrise pe listele medicilor de familie, ca urmare a punerii în aplicare a reglementărilor prevăzute la art. 12 alin. (1)-(3) din hotărâre posibilitatea de a opta pentru înscrierea pe listele altor medici de familie şi să pună la dispoziţia acestora lista medicilor de familie aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, precum şi a cabinetelor medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, inclusiv datele de contact ale acestora.

SECŢIUNEA a 5-a
Condiţii specifice

Art. 6. -
(1) Furnizorul, prin reprezentantul său legal, indiferent de forma sa de organizare, încheie pentru medicii de familie pe care îi reprezintă contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, după caz.
(2) Un medic de familie figurează într-un singur contract al unui furnizor de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi se poate regăsi în contract cu o singură casă de asigurări de sănătate.
(3) În cadrul relaţiei contractuale cu o casă de asigurări de sănătate, potrivit alin. (2), furnizorul de servicii medicale în asistenţă medicală primară încheie un singur contract.
(4) Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară, care au autorizaţie necesară efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografie generală - abdomen şi pelvis eliberată de Ministerul Sănătăţii şi Colegiul Medicilor din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii generale - abdomen şi pelvis - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite prin norme.
(5) Furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală primară pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - efectuare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate - din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară, în condiţiile stabilite prin norme.
Art. 7. -
Furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară acordă servicii medicale în cadrul programului de lucru stabilit de către aceştia, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.
Art. 8. -
Programul de activitate săptămânal al cabinetului medical individual, precum şi al fiecărui medic de familie cu listă proprie care îşi desfăşoară activitatea în alte forme de organizare a cabinetelor medicale, organizat în funcţie de condiţiile specifice din zonă, trebuie să asigure minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile şi ore fiind stabilită în funcţie de condiţiile specifice din zonă de către reprezentantul legal al cabinetului.
Art. 9. -
Pentru perioadele de absenţă a medicilor de familie se organizează preluarea activităţii medicale de către un alt medic de familie. Condiţiile de înlocuire se stabilesc prin norme.
Art. 10. -
(1) Medicul de familie nou-venit într-o localitate încheie convenţie de furnizare de servicii medicale, similară contractului de furnizare de servicii medicale, încheiată între reprezentantul legal al cabinetului medical şi casa de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă considerată necesară pentru întocmirea listei.
(2) Dacă la sfârşitul celor 3 luni medicul de familie nou-venit nu a înscris numărul minim de persoane asigurate pe listă stabilit potrivit art. 1 alin. (3) şi (5), casa de asigurări de sănătate încheie contract de furnizare de servicii medicale cu acesta pentru lista pe care şi-a constituit-o până la data încheierii contractului, cu obligaţia din partea medicului de familie nou-venit ca în termen de maximum 3 luni de la data încheierii contractului să înscrie numărul minim de persoane asigurate, stabilit potrivit art. 1 alin. (3) şi (5). În caz contrar, contractul încheiat între medicul de familie nou-venit şi casa de asigurări de sănătate poate înceta la expirarea celor 3 luni, în condiţiile art. 1 alin. (6).
Art. 11. -
(1) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie existent, în condiţiile legii, preia drepturile şi obligaţiile contractuale în aceleaşi condiţii ca şi deţinătorul anterior de praxis, la data preluării acestuia.
(2) Medicul de familie care preia un praxis de medicină de familie, pentru respectarea dreptului asiguraţilor cu privire la alegerea medicului de familie, are obligaţia să anunţe asiguraţii despre dreptul acestora de a opta să rămână sau nu pe lista sa, în primele 6 luni de la data încheierii contractului cu casa de asigurări de sănătate. Analiza cazurilor de preluare a unui praxis în ceea ce priveşte respectarea obligaţiei prevăzute mai sus se face de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3).
(3) Modificările ce pot interveni în activitatea unui cabinet medical din mediul rural, indiferent de forma de organizare a furnizorului, ca urmare a înfiinţării unui punct de lucru/punct de lucru secundar în mediul rural rezultat prin preluarea unui praxis pot face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului contract-cadru, la solicitarea reprezentantului legal al acestuia, numai pentru zonele rurale cu deficit din punctul de vedere al existenţei medicilor; stabilirea zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de familie se face de comisia constituită potrivit art. 1 alin (3).
(4) Preluarea unui praxis în alte condiţii decât cele prevăzute la alin. (3) poate face obiectul unui contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă această preluare are ca rezultat înfiinţarea unui cabinet medical care să îndeplinească toate condiţiile de contractare conform prevederilor legale în vigoare.

SECŢIUNEA a 6-a
Decontarea serviciilor medicale

Art. 12. -
Modalităţile de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală primară sunt:
a) tarif pe persoană asigurată - per capita;
b) tarif pe serviciu medical.
Art. 13. -
(1) Decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală primară se face prin:
a) plata prin tarif pe persoană asigurată; suma cuvenită se stabileşte în raport cu numărul de puncte, calculat în funcţie de numărul persoanelor asigurate înscrise pe lista proprie, conform structurii pe grupe de vârstă, ajustat în condiţiile prevăzute prin norme, numărul de puncte aferent fiecărei grupe de vârstă, ajustat în funcţie de gradul profesional şi de condiţiile în care se desfăşoară activitatea, şi cu valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, stabilite prin norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Numărul de puncte acordat pe durata unui an pentru fiecare persoană asigurată corespunde asigurării de către furnizorul de servicii medicale a unor servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii. Serviciile medicale care se asigură prin plata per capita şi condiţiile în care acestea se acordă se stabilesc prin norme. Numărul de puncte acordat pe durata unui an în funcţie de numărul de persoane asigurate înscrise pe lista proprie se ajustează, în condiţiile prevăzute în norme. Valoarea definitivă a unui punct per capita este unică pe ţară şi se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, prevăzută în norme şi asigurată pe durata valabilităţii contractului de furnizare de servicii medicale încheiat;
b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte; suma cuvenită se stabileşte în raport cu numărul de puncte, calculat în funcţie de numărul de servicii medicale, ajustat în funcţie de gradul profesional, şi cu valoarea minimă garantată a unui punct per serviciu. Numărul de puncte aferent serviciului medical, modalitatea de calcul al valorii definitive pentru un punct per serviciu şi nivelul valorii minime garantate pentru un punct per serviciu se stabilesc prin norme. Valoarea definitivă a unui punct per serviciu este unică pe ţară şi se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru. Această valoare nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu, prevăzută în norme şi asigurată pe durata valabilităţii contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.
(2) Pentru stabilirea valorii minime garantate a unui punct per capita şi a valorii minime garantate pentru un punct per serviciu, fondul aferent asistenţei medicale primare la nivel naţional pentru anii 2014-2015 are următoarea structură:
a) sume necesare pentru plata medicilor nou-veniţi într-o localitate care desfăşoară activitate în cabinete medicale în condiţiile stabilite prin norme;
b) 50% pentru plata per capita şi 50% pentru plata pe serviciu, după reţinerea sumelor prevăzute la lit. a).
(3) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per capita şi per serviciu, fondul anual aferent asistenţei medicale primare se defalchează trimestrial.
(4) Valoarea definitivă a unui punct per capita se stabileşte trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata per capita şi numărul de puncte per capita efectiv realizate, şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct per capita unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.
(5) Valoarea definitivă a unui punct per serviciu medical se stabileşte trimestrial până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent pentru trimestrul respectiv pentru plata pe serviciu prin tarif exprimat în puncte a medicilor de familie şi numărul de puncte per serviciu medical efectiv realizate, şi reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical unică pe ţară pentru trimestrul respectiv.
(6) Fondul trimestrial luat în calcul la stabilirea valorii definitive a unui punct per capita/per serviciu medical se determină astfel: din fondul aferent asistenţei medicale primare pentru trimestrul respectiv se scade venitul cabinetelor medicale în care îşi desfăşoară activitatea medicii de familie nou-veniţi într-o localitate, pentru o perioadă de maximum 3 luni, perioadă pentru care medicul de familie are încheiată o convenţie de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, prevăzută la art. 14 lit. a) şi b), şi se repartizează 50% pentru plata per capita şi 50% pentru plata per serviciu.
Art. 14. -
Medicul de familie nou-venit într-o localitate beneficiază lunar, în baza convenţiei de furnizare de servicii medicale, pentru o perioadă de maximum 3 luni, de un venit care este format din:
a) o sumă echivalentă cu media dintre salariul maxim şi cel minim prevăzute în sistemul sanitar bugetar pentru gradul profesional obţinut, la care se aplică ajustările prevăzute în norme;
b) o sumă necesară pentru cheltuielile de administrare şi funcţionare a cabinetului medical, inclusiv pentru cheltuieli de personal aferente personalului angajat, cheltuieli cu medicamentele şi materialele sanitare pentru trusa de urgenţă, egală cu venitul medicului respectiv, stabilită potrivit lit. a), înmulţit cu 1,5.
Art. 15. -

(1) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni contravaloarea serviciilor medicale furnizate potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale din asistenţa medicală primară şi casele de asigurări de sănătate, la valoarea minimă garantată pentru un punct per capita, respectiv la valoarea minimă garantată pentru un punct per serviciu. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per capita şi per serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, conform normelor.
(2) Furnizorii vor depune lunar, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate, documentele necesare decontării serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit normelor.

Art. 16. -

Raportarea eronată a unor servicii medicale se regularizează conform normelor, la regularizare avându-se în vedere şi serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

SECŢIUNEA a 7-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 17. -

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.
(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 3 lit. a)-c), e)-h), j)-u), w), y), aa)-ae), ah), aj), al) şi am), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, precum şi transcrierea de prescripţii medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală a asiguratului şi pentru unele materiale sanitare, precum şi de investigaţii paraclinice, care sunt consecinţe ale unor acte medicale prestate de alţi medici, în alte condiţii decât cele prevăzute la art. 3 lit. ag), se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.
(3) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care se înregistrează aceste situaţii.
(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 3 lit. ap), se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate;
b) la a doua constatare se diminuează cu 20% valoarea minimă garantată a unui punct per capita, respectiv suma stabilită potrivit art. 14 lit. a) şi b) în cazul medicilor nou-veniţi într-o localitate, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii de familie la care acestea au fost înregistrate.
(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 3 lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.
(6) Reţinerea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(7) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
(9) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic de familie.

Art. 18. -

Contractul de furnizare de servicii medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul căruia/cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 3 lit. z), af) şi art. 6 alin. (2);
j) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 17 alin. (1), (2) şi (4) pentru oricare situaţie, precum şi odată cu prima constatare, după aplicarea măsurii prevăzute la art. 17 alin. (3).

Art. 19. -

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:
a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;
a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 20 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului;
f) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind următoarea situaţie: în cazul în care numărul persoanelor asigurate înscrise la un medic de familie se menţine timp de 6 luni consecutiv la un nivel mai mic cu 20% din numărul minim stabilit pe unitate administrativ-teritorială/zonă urbană de către comisia constituită potrivit art. 1 alin. (3), pentru situaţiile în care se justifică această decizie.

Art. 20. -

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 2 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 3 lit. x), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;
e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

CAPITOLUL II
Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 21. -
(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.
(2) Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice se asigură de medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, precum şi cu personalul autorizat sau atestat, după caz, pentru efectuarea serviciilor de sănătate conexe actului medical, iar pentru acupunctură de către medicii care au obţinut competenţă/atestat de studii complementare de acupunctură, certificaţi de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în această activitate şi încheie contract cu casele de asigurări de sănătate în baza competenţei/atestatului de studii complementare şi se acordă, după caz, prin:
a) cabinete medicale organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor medicale, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;
d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv a spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;
e) unităţi sanitare fără personalitate juridică din structura spitalului;
f) centre de diagnostic şi tratament, centre medicale şi centre de sănătate multifuncţionale - unităţi medicale cu personalitate juridică, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.
Art. 22. -
(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii. În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi clinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care cabinetul medical este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător, stabilit prin contractul încheiat.
(2) Cabinetele medicale de planificare familială care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, precum şi cabinetele de planificare familială, altele decât cele din structura spitalelor în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi medici care au obţinut competenţă/atestat de studii complementare de planificare familială, certificaţi de Ministerul Sănătăţii, care lucrează exclusiv în aceste activităţi, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii de planificare familială.
(3) Numărul necesar de medici de specialitate şi numărul de norme necesare pentru fiecare specialitate clinică pe judeţe, pentru care se încheie contractul, se stabileşte de către comisia formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică, respectiv ai direcţiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizaţiilor patronale şi sindicale şi societăţilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice, reprezentative la nivel judeţean, după caz, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. Comisia stabileşte numărul necesar de medici şi numărul

necesar de norme. Pentru specialităţile clinice, prin normă se înţelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi şi, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialităţile clinice se ajustează în mod corespunzător.
(4) Comisia prevăzută la alin. (3) se constituie prin act administrativ al preşedintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (3), de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar, la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.
(5) Serviciile publice de sănătate conexe actului medical, furnizate în cabinetele de liberă practică organizate conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea şi funcţionarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice de sănătate conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, şi, după caz, organizate conform Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările ulterioare, se contractează de titularii acestor cabinete cu furnizorii de servicii medicale ambulatorii de specialitate.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 23. -
(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuţi la art. 21 alin. (2) şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului de lucru secundar, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
j) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici;
k) copie a actului doveditor prin care personalul medicosanitar îşi exercită profesia la furnizor;
l) programul de activitate al cabinetului şi punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz;
m) lista privind evidenţa bolnavilor cu afecţiunile cronice prevăzute în norme;
n) actul doveditor privind relaţia contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice şi furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă şi calitatea de prestator de servicii în cabinetul de practică organizat conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, şi, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare; pentru psihologi se va solicita şi certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare;
o) actele doveditoare care să conţină: datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică sau atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de lucru şi tipul serviciilor conform prevederilor din norme.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Drepturile şi obligaţiile furnizorilor

Art. 24. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi acupunctură au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate şi tratate în ambulatoriu; pentru urgenţele medico-chirurgicale şi pentru bolile cu potenţial endemoepidemic prezentate la nivelul cabinetului pentru care se consideră necesară internarea de urgenţă, medicul de specialitate eliberează o scrisoare medicală în acest sens; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope;
g) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.
În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică poate elibera prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru afecţiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate din specialităţile clinice, iar prescripţia se eliberează în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;
m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, de la data la care acestea se implementează;
n) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;
o) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;

p) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
q) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
r) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în prezenta hotărâre şi în norme;
s) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în prezenta hotărâre şi în norme; până la data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, urmare a interogării aplicaţiei instalate pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa http://www.cnas.ro/desprenoi/ interfata-siui-online, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăseşte în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligaţia de a lista şi arhiva rezultatul interogării;
ş) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;
t) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
ţ) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
u) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
v) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice, prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi prescripţia medicală care este formular cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond; să completeze formularele electronice menţionate anterior, de la data la care acestea se implementează;
x) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
aa) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
ab) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia: urgenţelor, afecţiunilor prevăzute în norme, precum şi a serviciilor de planificare familială. Lista cuprinzând afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialităţile clinice se stabileşte prin norme. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere, în aceleaşi condiţii ca 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. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu. 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 serviciile medicale din pachetul de servicii medicale de bază, 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;
ac) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de

concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;
ad) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice recomandate, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;
ae) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
af) să raporteze, în vederea contractării la casa de asigurări de sănătate, lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea acestora;
ag) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
ah) să solicite, începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia, în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
ai) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în norme;
aj) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activităţii realizate/până la data prevăzută în convenţia încheiată cu casa de asigurări de sănătate;
ak) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. aj), toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;
al) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere. În aceste situaţii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme.

Art. 25. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:
a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;
b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situaţii, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme;
f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 26. -

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi acupunctură, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă public, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate,

contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să acorde furnizorilor de servicii medicale sume care să ţină seama şi de condiţiile de desfăşurare a activităţii în zone izolate, în condiţii grele şi foarte grele, pentru care sunt stabilite drepturi suplimentare, potrivit prevederilor legale în vigoare;
f) să înmâneze, la data finalizării controlului, procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;
g) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
i) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
j) să facă publică valoarea definitivă a punctului, rezultată în urma regularizării trimestriale, prin afişare atât la sediul caselor de asigurări de sănătate, cât şi pe pagina electronică a acestora, începând cu ziua următoare transmiterii acesteia de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi numărul total la nivel naţional de puncte realizat trimestrial, prin afişare pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
l) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale clinice şi de acupunctură acordate de medici conform specialităţii clinice şi competenţă/atestat de studii complementare confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii şi care au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, după caz, în condiţiile prevăzute în norme;
m) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical şi tarif pe serviciu medical consultaţie/caz, în condiţiile stabilite prin norme.

SECŢIUNEA a 5-a
Condiţii specifice

Art. 27. -
(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ/punctul de lucru/punctul de lucru secundar, după caz, înregistrat şi autorizat furnizorul de servicii medicale, sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.
(2) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice şi acupunctură au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.
(3) Fiecare medic de specialitate din specialităţile clinice, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 21 alin. (2), îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-şi majora programul de activitate în condiţiile prevăzute la art. 30 alin. (2). Excepţie fac medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfăşura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform

prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăşi 17,5 ore/săptămână.
(4) Medicii de specialitate din specialităţile clinice pot desfăşura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncţional, programul de lucru al medicilor şi repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislaţiei muncii, de medicul-şef al centrului de sănătate multifuncţional, aprobate de managerul spitalului şi afişate la loc vizibil.
(5) Furnizorii de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, care au autorizaţiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice - ecografii, eliberate de Ministerul Sănătăţii şi Colegiul Medicilor din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice - ecografii din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii medicale de specialitate pentru specialităţile clinice, în condiţiile stabilite prin norme.

Art. 28. -

În cadrul asistenţei medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de specialitate, în condiţiile prevăzute în norme.

Art. 29. -

Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, în condiţiile prevăzute de aceeaşi ordonanţă, achitând lunar toate obligaţiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situaţia în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical/sorei medicale este obligatorie.
Pentru un program de lucru săptămânal de sub 35 de ore al medicului/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical/sorei medicale se poate face în raport cu programul de lucru al cabinetului.

Art. 30. -

(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice, indiferent de forma de organizare, îşi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraţilor pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit art. 22 alin. (3).
(2) În situaţia în care necesarul de servicii medicale de o anumită specialitate presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situaţia în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.
(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice, organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor şi în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică din structura spitalelor, intră în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:
a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, respectiv un program sub 35 de ore/săptămână, reprezentantul legal încheie contract pentru servicii medicale, acordate în ambulatoriu, care sunt decontate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate;
b) pentru cabinetele medicale de specialitate din specialităţile clinice din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor lit. a).
(4) Serviciile medicale din specialităţile clinice se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, şi conform programărilor pentru serviciile programabile, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 32 alin (3).
(5) Serviciile medicale de acupunctură se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, şi conform programărilor.

SECŢIUNEA a 6-a
Decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

Art. 31. -

Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical exprimat în puncte şi tariful pe serviciu medical - consultaţie/caz, exprimat în lei.

Art. 32. -

(1) Decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se face prin:
a) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru specialităţile clinice, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical, ajustat în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea, de gradul profesional al medicilor şi de valoarea unui punct, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme. Criteriile de încadrare a cabinetelor medicale în funcţie de condiţiile în care se desfăşoară activitatea se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Valoarea definitivă a punctului este unică pe ţară, se calculează de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin regularizare trimestrială, conform normelor, până la data de 25 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, şi nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct stabilită în norme;

b) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de sănătate conexe actului medical, contractate şi raportate de furnizorii de servicii medicale clinice, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi de valoarea unui punct, în condiţiile prevăzute în norme. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii pentru specialităţile clinice. Numărul de puncte aferente fiecărui serviciu de sănătate conex actului medical şi condiţiile acordării acestora sunt prevăzute în norme;
c) plata prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte, pentru serviciile de planificare familială, stabilită în funcţie de numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi de valoarea unui punct, stabilită în condiţiile prevăzute în norme. Numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical şi condiţiile de acordare a serviciilor medicale se stabilesc în norme;
d) plata prin tarif pe serviciu medical - consultaţie/caz, exprimat în lei, stabilit prin norme, pentru serviciile de acupunctură. Contravaloarea acestor servicii se suportă din fondul aferent asistenţei medicale de reabilitare.
(2) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate pe baza biletelor de trimitere eliberate în condiţiile stabilite prin norme de către:
a) medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate; medicii de specialitate din unităţile ambulatorii prevăzute la art. 21 alin. (2), cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (5);
b) medicii din cabinetele medicale şcolare/studenţeşti, numai pentru elevii/studenţii cu domiciliul în altă localitate decât cea în care se află unitatea de învăţământ respectivă;
c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale;
d) medicii care acordă asistenţă medicală din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap, aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecţiei Sociale şi Persoanelor Vârstnice, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
e) medicii care acordă asistenţă medicală din serviciile publice specializate sau organisme private autorizate, numai pentru copiii încredinţaţi ori daţi în plasament şi numai în condiţiile în care aceştia nu sunt înscrişi pe lista unui medic de familie;
f) medicii care acordă asistenţă medicală din alte instituţii de ocrotire socială, numai pentru persoanele instituţionalizate şi numai în condiţiile în care acestea nu sunt înscrise pe lista unui medic de familie;
g) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, numai pentru elevi, respectiv studenţi; medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate;
h) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.
(3) Fac excepţie de la prevederile alin. (2) urgenţele şi afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, prevăzute în norme şi serviciile de planificare familială. Pentru afecţiunile care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţile clinice şi pentru serviciile de planificare familială, medicii de specialitate au obligaţia de a solicita persoanelor respective documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, pe care le ataşează la fişa medicală. În cazul urgenţelor se vor solicita documentele justificative care atestă calitatea de asigurat numai în situaţia în care sunt acordate servicii din pachetul de servicii de bază.
(4) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (2) lit. b), d), e) şi f), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru serviciile medicale clinice. Pentru situaţia prevăzută la alin. (2) lit. g), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar. Pentru situaţia prevăzută la alin. (2) lit. h), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia, pentru serviciile medicale clinice. Medicii prevăzuţi la alin. (2) lit. b), d), e), f), g) şi h) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.
(5) 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, numai în situaţia în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului care eliberează biletul de trimitere respectiv.

Art. 33. -

(1) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, fondul aferent asistenţei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile clinice se defalcă trimestrial.
(2) Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Pentru serviciile medicale clinice decontarea lunară se face la valoarea minimă garantată pentru un punct, unică pe ţară şi prevăzută în norme. Regularizarea trimestrială se face la valoarea definitivă pentru un punct per

serviciu, până la data de 30 a lunii următoare încheierii trimestrului, pe baza documentelor prezentate de furnizori în luna următoare trimestrului pentru care se face plata, potrivit normelor, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale. Valoarea definitivă a unui punct nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată pentru un punct, prevăzută în norme şi asigurată pe durata valabilităţii contractului de furnizare de servicii medicale încheiat.

Art. 34. -

Raportarea eronată a unor servicii medicale clinice, a serviciilor de planificare familială, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte şi a serviciilor de acupunctură pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical - consultaţie/caz, exprimat în lei, se regularizează conform normelor. La regularizare se au în vedere şi serviciile medicale omise la raportare în perioadele în care au fost realizate sau raportate eronat în plus.

SECŢIUNEA a 7-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate

Art. 35. -

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au produs aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 24 lit. a)-c), e)-h), j)-u), v), x), z), ab)-ae) şi ag), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescriere de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare, avertisment scris;

b) la a doua constatare se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului, pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% valoarea minimă garantată a punctului pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, pentru medicii din ambulatoriu, pentru specialităţile clinice, inclusiv pentru planificare familială, la care se înregistrează aceste situaţii sau contravaloarea serviciilor de acupunctură aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.

(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 24 lit. ak) se reţine o sumă egală cu contravaloarea sumei suportată din fond aferentă prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.

(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 24 lit. ak) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului, respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.

(6) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, reţinerea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.

(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.

(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.

(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare, cu aceeaşi destinaţie.

(10) În cazul în care se constată nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale de specialitate din specialităţile clinice a obligaţiei prevăzute la art. 24 lit. af), consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

Art. 36. -

Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
f) refuzul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriu pentru specialităţile clinice, inclusiv de servicii de planificare familială şi acupunctură, de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor la care s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 27 alin. (3) şi la art. 24 lit. aa) şi al);
j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 35 alin. (1) şi (2), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 35 alin. (3).

Art. 37. -

Contractul de furnizare de servicii medicale încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;
a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 38 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

Art. 38. -

Contractul de furnizare de servicii medicale din ambulatoriu de specialitate se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 23 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 24 lit. y), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la

data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;
e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată despre decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

CAPITOLUL III
Asistenţa medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 39. -
(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de reabilitare medicală trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.
(2) Asistenţa medicală ambulatorie pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală se asigură de medici de specialitatea reabilitare medicală, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, şi se acordă prin:
a) cabinete medicale organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
b) unităţi sanitare ambulatorii de reabilitare medicală, inclusiv cele aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;
c) societăţi de turism balnear şi de reabilitare medicală, constituite conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care îndeplinesc condiţiile prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 152/2002 privind organizarea şi funcţionarea societăţilor comerciale de turism balnear şi de reabilitare medicală, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 143/2003, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
d) ambulatoriul de specialitate, ambulatoriul integrat, inclusiv centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura spitalului, inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti.
Art. 40. -
(1) Furnizorii de servicii medicale de specialitate reabilitare medicală încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii cu specialitatea de reabilitare medicală, confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.
(2) Numărul necesar de medici de specialitate reabilitare medicală şi numărul de norme necesare, pe judeţ, pentru care se încheie contractul se stabileşte de către comisia formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică, respectiv ai direcţiilor medicale ori ai structurilor similare din ministerele şi instituţiile centrale cu reţea sanitară proprie, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizaţiilor patronale şi sindicale şi ai societăţilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile clinice, reprezentative la nivel judeţean, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică. Pentru specialitatea clinică reabilitare medicală, prin normă se înţelege un program de lucru de 7 ore în medie pe zi şi, respectiv, de 35 de ore pe săptămână. Pentru un program de lucru mai mare sau mai mic de 7 ore în medie pe zi, programul de lucru la cabinet pentru specialitatea clinică reabilitare medicală se ajustează în mod corespunzător.
(3) Comisia prevăzută la alin. (2) se constituie prin act administrativ al preşedintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (2), de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar, la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 41. -
(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate prevăzuţi la art. 39 alin. (2) şi casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:

a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) lista cu tipul şi numărul de aparate aflate în dotare;
i) programul de lucru al furnizorului;
j) lista personalului medico-sanitar care îşi exercită profesia la furnizor şi programul de lucru al acestuia;
k) copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
l) certificat de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
m) documentul care atestă gradul profesional pentru medici;
n) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
o) copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali;
p) declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu alte case de asigurări de sănătate conform modelului din norme;
r) lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie;
s) certificat de liberă practică pentru fiziokinetoterapeuţi si kinetoterapeuţi, eliberat conform prevederilor legale.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor de servicii medicale

Art. 42. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate reabilitare medicală au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de reabilitare medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;
f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi clinice sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, de la data la care

acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate şi/sau tratate în ambulatoriu;
g) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie.
În situaţia în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secţie de acuţi/secţie de cronici în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de specialitate clinică reabilitare medicală poate elibera, după caz, prescripţie medicală pentru medicamentele şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi pentru afecţiunile cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, respectiv medicamentele ce pot fi prescrise numai de către medicul de specialitate de reabilitare medicală, prescripţia eliberându-se în condiţiile prezentării unui document eliberat de spital din care să reiasă că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit prin norme;
m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, de la data la care acesta se implementează;
n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor, fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
p) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în hotărâre şi în norme;
r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în hotărâre şi în norme; până la data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită numai dacă, în urma interogării aplicaţiei instalate pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăseşte în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligaţia de a lista şi arhiva rezultatul interogării;
s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;
ş) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;
v) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice şi de la data la care se implementează formularele electronice menţionate anterior, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În

cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/ medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
w) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
x) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
y) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
z) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
aa) să acorde servicii de asistenţă medicală ambulatorie de specialitate asiguraţilor numai pe baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu excepţia afecţiunilor prevăzute în norme. Lista cuprinzând afecţiunile ce permit prezentarea direct la medicul de specialitate din unităţile ambulatorii care acordă asistenţă medicală de specialitate pentru specialitatea clinică de reabilitare medicală se stabileşte prin norme. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul 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 acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca 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. 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 serviciile 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;
ab) să informeze medicul de familie, prin scrisoare medicală expediată direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul şi tratamentele efectuate şi recomandate; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală, după caz, a biletului de trimitere pentru investigaţii paraclinice, a certificatului de concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă, după caz, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru; scrisoarea medicală este un document tipizat, care se întocmeşte în două exemplare, dintre care un exemplar rămâne la medicul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; scrisoarea medicală conţine obligatoriu numărul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru furnizare de servicii medicale şi se utilizează numai de către medicii care desfăşoară activitate în baza acestui contract; modelul scrisorii medicale este prevăzut în norme;
ac) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
ad) să verifice biletele de trimitere cu privire la datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
ae) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
af) să solicite, începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
ag) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în norme;
ah) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activităţii realizate;
ai) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. ah), toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;
aj) să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situaţii furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme;
ak) să raporteze, în vederea contractării, la casa de asigurări de sănătate lista cu bolnavii cu afecţiuni cronice aflaţi în evidenţa proprie şi, lunar, mişcarea acestora.

Art. 43. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătăţii au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;
b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere; în aceste situaţii, furnizorii de servicii medicale pot elibera bilete de trimitere sau prescripţii medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme;
f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 44. -
În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de reabilitare medicală autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de servicii medicale, cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia regularizărilor trimestriale, motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;
k) să contracteze servicii medicale, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical-consultaţie/zi de tratament, în condiţiile stabilite prin norme;
l) să deconteze serviciile medicale de reabilitare medicală numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special unice pe ţară utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute în norme;
m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de reabilitare medicală, cu care au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală, contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, în condiţiile respectării prevederilor art. 45 alin. (2).

SECŢIUNEA a 5-a
Condiţii specifice

Art. 45. -
(1) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate şi autorizate furnizorul de servicii medicale şi/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. În acest sens, furnizorii de servicii de reabilitare medicală au obligaţia de a depune la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în norme.
(2) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii de reabilitare medicală cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, astfel:
a) dacă furnizorul are încheiat contract atât cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea, cât şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, fiecare casă de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor aflaţi în evidenţele proprii. Pentru asiguraţii aflaţi în evidenţa altor case de asigurări de sănătate, decontarea serviciilor medicale se face de către casa în a cărei rază administrativ-teritorială îşi desfăşoară activitatea furnizorul;
b) dacă furnizorul are încheiat contract numai cu o casă de asigurări de sănătate dintre cele prevăzute la lit. a), aceasta decontează contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul. În acest sens, furnizorii de servicii de reabilitare medicală au obligaţia de a depune la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în norme.
(3) Fiecare medic de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală, care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 39 alin. (2), îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu posibilitatea de a-şi majora programul de activitate în condiţiile prevăzute la 48 alin. (2). Excepţie fac situaţiile în care acelaşi furnizor are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, precum şi medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfăşura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, pentru un program ce nu poate depăşi 17,5 ore/săptămână.
(4) Medicii de specialitate din specialitatea reabilitare medicală pot desfăşura activitate în cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi în cabinetele organizate în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi spital, în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct; pentru cabinetele din cadrul centrului de sănătate multifuncţional, programul de lucru al medicilor şi repartizarea pe zile sunt stabilite, cu respectarea legislaţiei muncii, de medicul-şef al centrului de sănătate multifuncţional, aprobate de managerul spitalului şi afişate la loc vizibil.

Art. 46. -
În cadrul asistenţei medicale ambulatorii de specialitate se acordă servicii medicale de reabilitare medicală, în condiţiile prevăzute în norme.

Art. 47. -
Reprezentantul legal al cabinetului medical organizat conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, poate angaja medici, personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal, în condiţiile prevăzute de aceeaşi ordonanţă, achitând lunar toate obligaţiile prevăzute de lege pentru personalul angajat. În situaţia în care volumul de activitate al cabinetului medical conduce la un program de lucru săptămânal de minimum 35 de ore al mediculuI/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical este obligatorie. Pentru un program de lucru săptămânal de sub 35 de ore al mediculuI/medicilor de specialitate, încadrarea asistentului medical se poate face în raport cu programul de lucru al cabinetului.

Art. 48. -
(1) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică de reabilitare medicală, indiferent de forma de organizare, îşi stabilesc programul de activitate zilnic, astfel încât să asigure accesul asiguraţilor pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor stabilite de comisia constituită potrivit art. 40 alin. (2) din prezenta anexă.
(2) În situaţia în care necesarul de servicii medicale presupune prelungirea programului de lucru, medicii pot acorda servicii medicale în cadrul unui program majorat cu maximum 17,5 ore pe săptămână pentru fiecare medic. În situaţia în care programul nu acoperă volumul de servicii medicale necesare, se întocmesc liste de prioritate pentru serviciile programabile.
(3) Cabinetele medicale de specialitate din specialitatea clinică reabilitare medicală organizate în ambulatoriile integrate ale spitalelor şi în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică din structura spitalelor intră în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate astfel:
a) pentru cabinetele de specialitate care asigură un program de minimum 35 de ore pe săptămână în specialitatea respectivă, respectiv un program sub 35 de ore/săptămână, reprezentantul legal încheie contract pentru servicii medicale din specialitatea clinică de reabilitare medicală, care sunt decontate din fondul alocat asistenţei medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu;
b) pentru cabinetele medicale de specialitate, din specialitatea clinică reabilitare medicală din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor lit. a).
(4) Serviciile medicale din specialitatea clinică reabilitare medicală se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, şi conform programărilor pentru serviciile programabile, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 50 alin. (1).

SECŢIUNEA a 6-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

Art. 49. -
(1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii medicale de reabilitare medicală cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de servicii medicale-consultaţii, respectiv tariful pe consultaţie şi numărul de servicii medicale - zile de tratament, respectiv tariful pe zi de tratament. Pentru prestaţia medicului primar, tariful consultaţiei se majorează cu 20%. Suma contractată se stabileşte conform normelor şi se defalchează pe trimestre şi luni, ţinându-se cont şi de activitatea specifică sezonieră.
(2) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical - consultaţie/serviciu medical - zi de tratament, exprimate în lei.
(3) Contractarea serviciilor medicale de reabilitare medicală se face din fondul alocat asistenţei medicale de reabilitare.
Art. 50. -
(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale de reabilitare medicală, în condiţiile stabilite prin norme, numai pe baza biletelor de trimitere, care sunt formulare cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, eliberate de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriu sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia afecţiunilor care permit prezentarea direct la medicul de reabilitare medicală, stabilite în norme.
(2) Biletele de trimitere pentru tratament de reabilitare medicală în staţiunile balneoclimatice se eliberează de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu şi medicii din spital, aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade şi potrivit unui ritm stabilite de medicul de reabilitare medicală.
(3) 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 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.
Art. 51. -
Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale de reabilitare medicală a sănătăţii, furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii de reabilitare medicală şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

SECŢIUNEA a 7-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică reabilitare medicală

Art. 52. -
(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii, pentru fiecare dintre aceste situaţii.
(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 42 lit. a)-c), e-h), j)-u), w), y), aa)-ae), precum şi prescrieri de medicamente cu sau fără contribuţie personală din partea asiguratului şi de unele materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice, care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, inclusiv prescrieri de medicamente fără aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, acolo unde este cazul, completarea scrisorii medicale prin utilizarea unui alt formular decât cel prevăzut în norme sau neeliberarea acesteia, precum şi neeliberarea prescripţiei medicale ca urmare a actului medical propriu, pentru primele 30 de zile din perioada cuprinsă în scrisoarea medicală se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare se va diminua cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de reabilitare medicală aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei de la art. 42 lit. ai), se reţine o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din fond aferente prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.
(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunilor prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 42 lit. ai) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.
(6) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.
(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
(10) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 42 lit. ak) consultaţiile, respectiv serviciile raportate pentru asiguraţii cu afecţiuni care permit prezentarea direct la medicul de specialitate nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.

Art. 53. -

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală se reziliază de plin drept, printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acesteia;
d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora), cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
g) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
h) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor

medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
i) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 42 lit. z), aj) şi art. 45 alin. (3);
j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 52 alin. (1) şi (2), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 52 alin. (3).

Art. 54. -

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) furnizorul de servicii medicale de reabilitare medicală îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual;
a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale de reabilitare medicală sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 55 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

Art. 55. -

Contractul de furnizare de servicii medicale de reabilitare medicală se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 41 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 42 lit. x), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;
e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie.

CAPITOLUL IV
Asistenţa medicală dentară

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 56. -

(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de medicină dentară trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare, în termenele stabilite pentru contractare.
(2) Asistenţa medicală dentară se asigură de medici dentişti şi dentişti, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal şi se acordă prin:

a) cabinete medicale organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
b) unitatea medico-sanitară cu personalitate juridică înfiinţată potrivit prevederilor Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
c) unitatea sanitară ambulatorie de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţele sanitare proprii;
d) ambulatoriul de specialitate şi ambulatoriul integrat din structura spitalului, inclusiv al spitalului din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;
e) centre de sănătate multifuncţionale, cu sau fără personalitate juridică, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare, inclusiv cele aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie;
f) centre de diagnostic şi tratament şi centre medicale - unităţi medicale cu personalitate juridică, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.

Art. 57. -

(1) Furnizorii de servicii de medicină dentară încheie un singur contract pentru furnizarea de servicii de medicină dentară cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul cabinetul medical sau cu o casă de asigurări de sănătate limitrofă ori cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, după caz, în condiţiile stabilite prin norme.
(2) Furnizorii de servicii de medicină dentară care au autorizaţiile necesare efectuării serviciilor medicale paraclinice de radiologie, eliberate de Ministerul Sănătăţii, Comisia Naţională pentru Controlul Activităţilor Nucleare şi Colegiul Medicilor Dentişti din România, pot contracta cu casa de asigurări de sănătate servicii medicale paraclinice de radiologie - radiografii dentare retroalveolare şi panoramice din fondul alocat serviciilor medicale paraclinice, încheind în acest sens un act adiţional la contractul de furnizare de servicii de medicină dentară, în condiţiile stabilite prin norme.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 58. -

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii de medicină dentară prevăzuţi la art. 56 alin. (2) şi casa de asigurări de sănătate se încheie în baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal al reprezentantului legal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) certificat de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România, pentru fiecare medic dentist, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
i) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali, valabil la data încheierii contractului şi pe toată perioada derulării contractului;
j) documentul care atestă gradul profesional pentru medicii dentişti;
k) copia actului doveditor prin care personalul medico-sanitar îşi exercită profesia la furnizor;
l) programul de activitate al cabinetului, precum şi programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Obligaţiile şi drepturile furnizorilor

Art. 59. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale de medicină dentară furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi la persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală de medicină dentară, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;
f) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularelor electronice - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, de la data la care acestea se implementează; biletul de trimitere în vederea internării se eliberează pentru cazurile care nu pot fi diagnosticate, investigate şi/sau tratate în ambulatoriu;
g) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;
m) să asigure utilizarea formularului de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice, care este formular cu regim special unic pe ţară, şi să recomande investigaţiile paraclinice în concordanţă cu diagnosticul, ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului electronic de bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice de la data la care acestea se implementează;
n) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
o) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
p) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în hotărâre şi în norme;
q) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în hotărâre şi în norme; până la data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, drept urmare a interogării aplicaţiei instalate pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siui-online, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăseşte în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată, furnizorii de servicii medicale au obligaţia de a lista şi de a arhiva rezultatul interogării;
r) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
s) să asigure acordarea asistenţei medicale de medicină dentară necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde

asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
ş) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
t) să asigure acordarea serviciilor medicale de medicină dentară prevăzute în pachetul de servicii medicale;
ţ) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către alte specialităţi sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigaţiile paraclinice şi de la data la care se implementează formularele electronice menţionate anterior, precum şi prescripţia medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
u) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
v) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
x) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
y) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale de medicină dentară programabile, dacă este cazul;
z) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
aa) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001 privind semnătura electronică, republicată. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în norme;
ab) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activităţii realizate;
ac) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. ab), toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;
ad) să comunice casei de asigurări de sănătate epuizarea sumei contractate lunar; comunicarea se va face în ziua în care se înregistrează această situaţie.

Art. 60. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale de medicină dentară au următoarele drepturi:
a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;
b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 61. -

În relaţiile cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale de medicină dentară autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de servicii medicale de medicină dentară cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;
f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale de medicină dentară sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală şi materiale sanitare acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere şi/sau a prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
i) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale de medicină dentară şi contravaloarea investigaţiilor medicale paraclinice (radiografie dentară retroalveolară si radiografie panoramică), numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;
k) să contracteze servicii medicale de medicină dentară, respectiv să deconteze serviciile medicale de medicină dentară efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condiţiile stabilite prin norme.

SECŢIUNEA a 5-a
Condiţii specifice

Art. 62. -
(1) Casele de asigurări de sănătate cu care furnizorii de servicii de medicină dentară au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale decontează contravaloarea serviciilor acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul.
(2) Fiecare medic de medicină dentară care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 56 alin. (2) îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
Art. 63. -
În cadrul asistenţei medicale ambulatorii de medicină dentară se acordă servicii medicale de medicină dentară, în condiţiile prevăzute în norme.
Art. 64. -

(1) Cabinetele de medicină dentară îşi stabilesc programul de activitate în funcţie de volumul serviciilor de medicină dentară contractate, astfel încât programul de lucru/medic în contract cu casa de asigurări de sănătate să fie de 3 ore/zi la cabinet.
(2) Cabinetele medicale de specialitate din specialitate de medicină dentară, indiferent de forma de organizare, încheie contract cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile prevăzute în pachetele de servicii, care se decontează din fondul alocat asistenţei medicale dentare.
(3) Condiţiile decontării serviciilor de medicină dentară sunt stabilite prin norme.
(4) Pentru cabinetele medicale de medicină dentară din structura spitalelor, reprezentantul legal încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate pentru cabinetele organizate în ambulatoriul integrat al spitalelor şi în centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică, cu respectarea prevederilor alin. (2).

Art. 65. -

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu:
a) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia - numai pentru elevi şi studenţi - pentru investigaţii medicale de radiologie dentară şi pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar;
b) medicii dentişti, dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia - numai pentru persoanele private de libertate - pentru investigaţii medicale de radiologie dentară şi pentru specialităţile clinice, dacă este necesară rezolvarea cazului din punct de vedere oro-dentar.
(2) Medicii prevăzuţi la alin. (1) lit. a) încheie, direct sau prin reprezentantul legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, iar cei prevăzuţi la alin. (1) lit. b) încheie convenţie cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.

SECŢIUNEA a 6-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale de medicină dentară

Art. 66. -

(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate este tariful pe serviciu medical în lei.
(2) Suma cuvenită se stabileşte în funcţie de numărul de servicii medicale şi de tarifele aferente acestora. Condiţiile privind contractarea şi acordarea serviciilor medicale sunt cele prevăzute în hotărâre şi în norme, iar tarifele aferente serviciilor de medicină dentară sunt prevăzute în norme. Suma contractată de medicii dentişti pe an se defalcă pe luni şi trimestre şi se regularizează trimestrial, conform normelor.

SECŢIUNEA a 7-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale de medicină dentară

Art. 67. -

(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract, se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.
(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 59 lit. a)-c), e)-h), j)-t), u), w), y), precum şi prescrieri de medicamente cu şi fără contribuţie personală din partea asiguratului şi ale unor materiale sanitare şi/sau recomandări de investigaţii paraclinice (radiografii dentare) care nu sunt în conformitate cu reglementările legale în vigoare aplicabile în domeniul sănătăţii, se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor de medicină dentară aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(4) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 59 lit. ac) se reţine o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din Fond aferentă prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.
(5) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (4), nerespectarea obligaţiei de la art. 59 lit. ac) se constată de casele de asigurări de sănătate, trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv, prin compararea pentru fiecare

medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.
(6) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (4) depăşeşte prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.
(7) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(4), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.
(8) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(4) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(9) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(4) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Art. 68. -

Contractul de furnizare de servicii de medicină dentară se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă furnizorul de servicii de medicină dentară nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform prezentului contract, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, documentele solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
g) la a doua constatare, în urma controlului efectuat, a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate (cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora) - cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 59 lit. x);
i) dacă se constată nerespectarea programului de lucru prevăzut în contractul cu casa de asigurări de sănătate prin lipsa nejustificată a medicului timp de 3 zile consecutive, în cazul cabinetelor medicale individuale; în cazul celorlalte forme de organizare a cabinetelor medicale, inclusiv ambulatoriul integrat, contractul se modifică în mod corespunzător prin excluderea medicului/medicilor în cazul cărora s-a constatat nerespectarea nejustificată a programului de lucru timp de 3 zile consecutive;
j) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 67 alin. (1) şi (2), precum şi la prima constatare după aplicarea măsurii prevăzute la art. 67 alin. (3);

Art. 69. -

Contractul de furnizare de servicii medicale de medicină dentară încetează la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) furnizorul de servicii medicale de medicină dentară îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale de medicină dentară, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
a4) a survenit decesul titularului cabinetului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;
a5) medicul titular al cabinetului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor Dentişti din România;
b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 70 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

Art. 70. -

Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 58 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 59 lit. v), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;
e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor dentişti de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al cabinetului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, precum şi pentru unităţile sanitare ambulatorii, centrele de diagnostic şi tratament, centrele medicale, centrele de sănătate multifuncţionale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate şi care se află în această situaţie.

CAPITOLUL V
Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 71. -
(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii paraclinice trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.
(2) Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice se asigură de medici de specialitate, împreună cu alt personal de specialitate medico-sanitar şi alte categorii de personal şi se acordă prin:
a) laboratoare de investigaţii medicale paraclinice organizate conform Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
b) unităţi medico-sanitare cu personalitate juridică înfiinţate conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) unităţi sanitare ambulatorii de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
d) laboratoarele din centrele de sănătate multifuncţionale, fără personalitate juridică, şi laboratoarele din structura spitalelor, inclusiv ale celor din reţeaua ministerelor şi instituţiilor centrale din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti;
e) centre de diagnostic şi tratament, centre medicale şi centre de sănătate multifuncţionale - unităţi medicale cu personalitate juridică, autorizate şi evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare.

Art. 72. -
(1) Furnizorii de servicii medicale paraclinice încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru medicii pe care îi reprezintă, în baza specialităţii obţinute de către aceştia şi confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii. În situaţia în care un medic are mai multe specialităţi paraclinice confirmate prin ordin al ministrului sănătăţii, acesta îşi poate desfăşura activitatea în baza contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, putând acorda şi raporta servicii medicale aferente specialităţilor respective, în condiţiile în care furnizorul este înregistrat în registrul unic al cabinetelor pentru aceste specialităţi şi autorizat sanitar pentru acestea, cu respectarea unui program de lucru corespunzător.
(2) Numărul necesar de investigaţii medicale paraclinice pe total judeţ şi repartizarea fondului alocat pentru servicii paraclinice pe tipuri, respectiv analize de laborator, anatomie patologică, investigaţii de radiologie şi imagistică şi explorări funcţionale, se stabilesc de către comisia constituită din reprezentanţi ai casei de asigurări de sănătate, direcţiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai organizaţiilor patronale şi societăţilor profesionale ale medicilor de specialitate din asistenţa medicală ambulatorie pentru specialităţile paraclinice, reprezentative la nivel judeţean, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei

Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.
(3) Comisia prevăzută la alin. (2) se constituie prin act administrativ al preşedintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (2), după caz, de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulamentcadru de organizare şi funcţionare unitar, la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.
(4) Casele de asigurări de sănătate încheie cu furnizorii de servicii medicale paraclinice, pentru laboratoarele/punctele de lucru/punctele secundare de lucru ale acestora, organizate ca urmare a procedurii de externalizare sau organizate prin asociaţiune în participaţiune ori investiţională cu o unitate sanitară cu paturi aflată în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, contracte de furnizare de servicii - investigaţii medicale paraclinice în ambulatoriu, utilizând sume din fondurile aferente asistenţei medicale paraclinice.
(5) Pentru laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice organizate în cadrul centrelor de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică, casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează serviciile medicale paraclinice în condiţiile contractului-cadru şi ale normelor, serviciile realizate conform contractului încheiat fiind decontate din fondul aferent asistenţei medicale paraclinice.
(6) Pentru a intra în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, toţi furnizorii de servicii medicale paraclinice trebuie să îndeplinească criteriul de calitate prevăzut în norme.
(7) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ, filiale sau puncte de lucru înregistrate şi autorizate furnizorul de servicii medicale paraclinice şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. Furnizorii de servicii medicale paraclinice pot încheia contracte şi cu alte case de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute la alin. (8), cu obligaţia de a întocmi evidenţe distincte şi de a raporta distinct serviciile realizate conform contractelor încheiate. Prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare, prin urmare casele de asigurări de sănătate nu încheie contracte distincte cu punctele externe de recoltare ale furnizorilor de servicii medicale paraclinice. În acest sens, furnizorii de servicii medicale paraclinice au obligaţia de a depune la casa de asigurări de sănătate cu care încheie contract o declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în norme.
(8) În situaţia în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte judeţe, respectiv din municipiul Bucureşti. În acest sens, fiecare casă de asigurări de sănătate prezintă spre avizare la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate o listă a acestor servicii. Contractele încheiate de casele de asigurări de sănătate cu furnizori din alte judeţe, respectiv din municipiul Bucureşti încetează sau se modifică în mod corespunzător pentru acele servicii medicale paraclinice din lista avizată, pentru care casele de asigurări de sănătate încheie ulterior contracte cu furnizori din raza lor administrativ-teritorială.
(9) Pentru laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice organizate în cadrul spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu, reprezentantul legal încheie un singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice pentru laboratoarele din structura sa, inclusiv pentru cel din centrul de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică, în condiţiile prevăzute în norme.
(10) Furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator îşi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 7 ore pe zi, pentru fiecare laborator de analize medicale/laborator de analize medicale organizat ca punct de lucru din structura sa, cu excepţia laboratoarelor de anatomie patologică pentru care programul de activitate nu poate fi mai mic de 6 ore/zi. Furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală îşi stabilesc programul de activitate, care nu poate fi mai mic de 6 ore pe zi, pentru fiecare laborator de radiologie-imagistică medicală/laborator de radiologie-imagistică medicală organizat ca punct de lucru din structura sa.
(11) Fiecare medic de specialitate din specialităţile paraclinice care acordă servicii medicale de specialitate într-o unitate sanitară din ambulatoriul de specialitate dintre cele prevăzute la art. 71 alin. (2) îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate. Excepţie fac situaţiile în care acelaşi furnizor are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, precum şi medicii de specialitate cu integrare clinică într-un spital aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, care pot desfăşura activitate în afara programului de lucru din spital, inclusiv ambulatoriul integrat al spitalului, într-un cabinet organizat conform prevederilor Ordonanţei Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, astfel încât întreaga activitate desfăşurată în relaţie cu casa de asigurări de sănătate să respecte legislaţia muncii.
(12) Medicii de specialitate din specialităţile paraclinice pot desfăşura activitate în laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice ale spitalului care furnizează servicii medicale paraclinice în regim ambulatoriu şi în laboratoarele organizate în cadrul centrului de sănătate multifuncţional fără personalitate juridică din structura aceluiaşi spital, în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale paraclinice încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru distinct, cu respectarea legislaţiei muncii.

(13) Serviciile medicale din specialităţile paraclinice se acordă numai în baza biletului de trimitere, formular cu regim special, şi conform programărilor pentru serviciile programabile.
(14) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti este obligată să încheie contracte cu cel puţin un furnizor de servicii medicale paraclinice în localităţile/zonele în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraţilor la servicii medicale paraclinice.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 73. -
(1) Contractul de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale de specialitate paraclinice prevăzuţi la art. 71 alin. (2) şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal, pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, precum şi a punctului de lucru, după caz, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate, după caz;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) documentele necesare pentru încadrarea acestora în criteriile de selecţie conform condiţiilor stabilite prin norme;
i) buletinul de verificare periodică pentru aparatura de radiologie şi imagistică medicală, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz;
j) avizul de utilizare, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura second-hand din dotare;
k) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali, valabil la data încheierii contractului;
l) certificat de membru al Colegiului Farmaciştilor din România;
m) copie a documentului care atestă gradul profesional pentru medici, biologi, chimişti, biochimişti;
n) copie a actului doveditor prin care personalul medicosanitar îşi exercită profesia la furnizor;
o) programul de activitate al laboratorului/punctului de lucru/punctului secundar de lucru, după caz, programul personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
p) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România, pentru fiecare medic;
q) certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO/CEI 15189, însoţit de anexa care cuprinde lista analizelor medicale de laborator pentru care laboratorul este acreditat, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize de laborator;
r) certificat de acreditare în conformitate cu standardul SR EN ISO 9001/2008 sau alt standard adoptat în România, pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - radiologie şi imagistică medicală;
s) dovada participării la schemele de testare a competenţei pentru laboratoarele de analize medicale;
ş) declaraţie pe propria răspundere cu privire la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, al cărei model este prevăzut în norme;
t) certificat de membru al Ordinului Biochimiştilor, Biologilor, Chimiştilor în Sistemul Sanitar din România, pentru fiecare biolog, chimist, biochimist.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Drepturile şi obligaţiile furnizorilor

Art. 74. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice au următoarele obligaţii:

a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
k) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;
l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare;
m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
o) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
p) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
q) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
r) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază;
s) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
ş) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens pentru serviciile prevăzute în biletul de trimitere; să nu încaseze sume pentru acte medicale şi acte administrative necesare investigaţiei;
t) să transmită rezultatul investigaţiilor paraclinice medicului de familie care a făcut recomandarea şi la care este înscris asiguratul sau medicului de specialitate din ambulatoriu care a făcut recomandarea investigaţiilor medicale paraclinice, acesta având obligaţia de a transmite rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice, prin scrisoare medicală, medicului de familie pe lista căruia este înscris asiguratul; transmiterea rezultatelor se poate face şi prin intermediul asiguratului;
ţ) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, dacă este cazul;
u) să întocmească evidenţe distincte şi să raporteze distinct serviciile realizate, conform contractelor încheiate cu fiecare casă de asigurări de sănătate, după caz;
v) să efectueze investigaţiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice; investigaţiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate.
Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleaşi condiţii ca 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. Pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. 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 serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu;
w) să verifice biletele de trimitere în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
x) să utilizeze numai reactivi care intră în categoria dispozitivelor medicale in vitro şi au declaraţii de conformitate CE emise de producători şi să practice o evidenţă de gestiune cantitativ-valorică corectă şi la zi pentru reactivi în cazul furnizorilor de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator;
y) să facă mentenanţă şi întreţinerea aparatelor din laboratoarele de investigaţii medicale paraclinice - analize medicale de laborator conform specificaţiilor tehnice, iar controlul intern şi înregistrarea acestuia să se facă conform standardului de calitate SR EN ISO 15189;
z) să facă dovada îndeplinirii criteriului de calitate ca parte componentă a criteriilor de selecţie, în condiţiile prevăzute în norme, pe toată perioada de derulare a contractului; pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - analize medicale de laborator; analizele medicale prevăzute în pachetul de bază pentru care se solicită certificatul de acreditare se stabilesc prin norme;
aa) să pună la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative - facturi, certificate de conformitate UE, fişe tehnice - cu privire la tipul şi cantitatea reactivilor achiziţionaţi şi care au fost utilizaţi pentru toate investigaţiile medicale paraclinice efectuate în perioada pentru care se efectuează controlul, investigaţii medicale paraclinice de laborator raportate conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, precum şi pentru orice alte investigaţii de acelaşi tip efectuate în afara relaţiei contractuale cu casa de asigurări de sănătate în perioada pentru care se efectuează controlul; refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative anterior menţionate se sancţionează conform legii şi conduce la rezilierea de plin drept a contractului de furnizare de servicii medicale. În situaţia în care casa de asigurări de sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor, aceasta procedează la suspendarea contractului de furnizare de servicii medicale paraclinice şi sesizează mai departe instituţiile abilitate de lege să efectueze controlul unităţii respective;
ab) să asigure prezenţa unui medic cu specialitatea medicină de laborator sau biolog, chimist, biochimist cu grad de specialist în fiecare laborator de analize medicale/punct de lucru, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi - 7 ore - programul laboratorului/punctului de lucru să fie acoperit de medic/medici de laborator care îşi desfăşoară într-o formă legală profesia la laboratorul/punctul de lucru respectiv; să asigure prezenţa unui medic de radiologie şi imagistică medicală în fiecare laborator de radiologie şi imagistică medicală/punct de lucru din structura furnizorului, pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate pentru respectivul laborator/punct de lucru;
ac) să prezinte la contractare, respectiv pe parcursul derulării contractului de furnizare de servicii medicale: avizul de utilizare sau buletinul de verificare periodică, emis conform prevederilor legale în vigoare, pentru aparatura din dotare, după caz. Această prevedere reprezintă condiţie de eligibilitate pentru aparatul/aparatele respectiv(e), în vederea atribuirii punctajului conform metodologiei prevăzute în norme;
ad) să consemneze în buletinele care cuprind rezultatele investigaţiilor medicale paraclinice - analizelor medicale de laborator efectuate şi limitele de normalitate ale acestora;
ae) să stocheze în arhiva proprie imaginile rezultate ca urmare a investigaţiilor medicale paraclinice de radiologie şi imagistică medicală, în conformitate cu specificaţiile tehnice ale aparatului şi în condiţiile prevăzute în norme, pentru asiguraţii cărora le-au furnizat aceste servicii;
af) să nu încheie contracte cu alţi furnizori de servicii medicale paraclinice pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice contractate cu casele de asigurări de sănătate, cu excepţia furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi conform Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001;
ag) să transmită 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;
ah) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în prezenta hotărâre şi în norme;
ai) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
aj) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;

ak) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în formatul electronic pus la dispoziţie de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale paraclinice efectuate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate; nerespectarea transmiterii pe perioada derulării contractului la a treia constatare în cadrul unei luni conduce la rezilierea acestuia.

Art. 75. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 76. -

În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, inclusiv punctajele aferente tuturor criteriilor pe baza cărora s-a stabilit valoarea de contract, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de servicii medicale paraclinice cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din textul de hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale paraclinice şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, la casa de asigurări de sănătate;

f) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

g) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor, cu ocazia decontării lunare, motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;

h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cu care se află în relaţie contractuală numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;

i) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate în baza biletelor de trimitere utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;

j) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale paraclinice numai dacă medicii au competenţa legală necesară şi au în dotarea cabinetului aparatura medicală corespunzătoare pentru realizarea acestora, în condiţiile prevăzute în norme;

k) să contracteze servicii medicale paraclinice, respectiv să deconteze serviciile medicale efectuate, raportate şi validate, prevăzute în lista serviciilor medicale pentru care plata se efectuează prin tarif pe serviciu medical, în condiţiile stabilite prin norme;
l) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, cu condiţia ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti;
m) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare.

SECŢIUNEA a 5-a
Contractarea şi decontarea serviciilor medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

Art. 77. -
(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice este tariful pe serviciu medical, exprimat în lei.
(2) Suma cuvenită se stabileşte în funcţie de numărul de servicii medicale şi de tarifele aferente acestora. Condiţiile contractării şi condiţiile acordării serviciilor medicale sunt prevăzute în norme. Suma contractată de furnizorii de servicii medicale paraclinice pe an se defalchează pe luni şi se regularizează lunar, conform normelor. Casele de asigurări de sănătate contractează şi decontează servicii medicale paraclinice, la tarifele prevăzute în norme.
Art. 78. -
(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale ambulatorii de specialitate pentru specialităţile paraclinice pe baza biletelor de trimitere eliberate, în condiţiile stabilite prin norme, de către:
a) medicii de familie aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;
b) medicii de specialitate din unităţile ambulatorii, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;
c) medicii din cabinetele medicale de unitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale, aflaţi în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate;
d) medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti, numai pentru elevi, respectiv studenţi, medicii dentişti şi dentiştii din cabinetele stomatologice din penitenciare, numai pentru persoanele private de libertate, pentru radiografie dentară retroalveolară şi panoramică;
e) medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică.
(2) Pentru situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. d) şi e), casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii respectivi, în vederea recunoaşterii biletelor de trimitere eliberate de către aceştia pentru investigaţii medicale paraclinice. Medicii prevăzuţi la lit. d) şi e) încheie, direct sau prin reprezentant legal, după caz, convenţie cu o singură casă de asigurări de sănătate, respectiv cu cea în a cărei rază administrativ-teritorială se află cabinetul/unitatea în care aceştia îşi desfăşoară activitatea, cu excepţia dentiştilor/medicilor dentişti din cabinetele stomatologice din penitenciare care încheie convenţie cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti pentru investigaţii paraclinice de radiologie dentară.
(3) Casele de asigurări de sănătate decontează furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile respectării prevederilor art. 74 lit. v) şi numai în condiţiile în care furnizorul respectiv nu are contract încheiat şi cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.
Art. 79. -
Casele de asigurări de sănătate au obligaţia să deconteze lunar, în termen de maximum 20 de zile calendaristice de la încheierea fiecărei luni, contravaloarea serviciilor medicale furnizate în luna anterioară, potrivit contractelor încheiate între furnizorii de servicii medicale ambulatorii şi casele de asigurări de sănătate, pe baza documentelor prezentate de furnizori până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale.

SECŢIUNEA a 6-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractului de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice

Art. 80. -
(1) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea, din motive imputabile furnizorului/medicului, a programului de lucru prevăzut în contract:

a) la prima constatare se diminuează cu 5% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice, aferente lunii în care s-au produs aceste situaţii.
(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 74 lit. a)-c), e)-g), i)-r), t), ţ), u), w), x), y), ag)-ah) şi aj), se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare avertisment scris;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(3) În cazul în care, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate, serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% contravaloarea serviciilor paraclinice aferente lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(4) Reţinerea sumelor potrivit prevederilor alin. (1)-(3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(5) Pentru cazurile prevăzute la alin. (1)-(3), casele de asigurări de sănătate ţin evidenţa distinct pe fiecare medic/furnizor, după caz.
(6) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1)-(3) se face prin plată directă sau executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(7) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Art. 81. -

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală ambulatorie de specialitate se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a caselor de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă furnizorul de servicii medicale nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;
b) dacă din motive imputabile furnizorului acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
e) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate ca urmare a cererii în scris a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu excepţia situaţiilor în care vina este exclusiv a medicului/medicilor, caz în care contractul se modifică prin excluderea acestuia/acestora, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
h) odată cu prima constatare după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 80 alin. (1) şi (2), precum şi odată cu prima constatare după aplicarea măsurii de la art. 80 alin. (3) pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea operează odată cu prima constatare după aplicarea la nivelul furnizorului a măsurilor prevăzute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare filială, respectiv punct de lucru din structura furnizorului; dacă la nivelul furnizorului de servicii medicale paraclinice se aplică măsurile prevăzute la art. 80 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi filială sau de către acelaşi punct de lucru din structura sa, rezilierea contractului operează numai pentru filiala, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;
i) în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 74 lit. ab); pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe laboratoare, puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare - în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate, pentru care au încheiat contract cu aceasta, rezilierea contractului operează numai pentru laboratorul, respectiv numai pentru punctul de lucru la care se înregistrează această situaţie şi se modifică corespunzător contractul;
j) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 72 alin. (11) şi a obligaţiilor prevăzute la art. 74 lit. ş), z), ac)-af);
k) refuzul furnizorului de a pune la dispoziţia organelor de control ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate documentele justificative menţionate la art. 74 lit. aa);
l) furnizarea de servicii medicale paraclinice în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de către filialele/punctele de lucru excluse din contractele încheiate între furnizorii de servicii medicale paraclinice şi casele de asigurări de sănătate după data excluderii acestora din contract.
(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru - prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare - aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta,

condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la alin. (1) lit. e), g) şi l) şi art. 74 lit. e), f), i) şi o) - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre filialele/punctele de lucru la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea acestora din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Art. 82. -

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorilor de servicii medicale, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

a4) a survenit decesul titularului laboratorului medical individual, iar cabinetul nu poate continua activitatea în condiţiile legii;

a5) medicul titular al laboratorului medical individual renunţă sau pierde calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;

c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale paraclinice sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 83 alin. (1) lit. a) - cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de încetare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru după caz.

Art. 83. -

(1) Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 73 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 74 lit. s), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;

b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;

d) nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;

e) de la data la care casa de asigurări de sănătate este înştiinţată de decizia colegiului teritorial al medicilor de suspendare din calitatea de membru sau suspendare din exerciţiul profesiei a medicului titular al laboratorului medical individual; pentru celelalte forme de organizare a laboratoarelor medicale aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, suspendarea se aplică corespunzător numai medicului aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate care se află în această situaţie;

f) în situaţia în care casa de asigurări de sănătate/Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sesizează neconcordanţe între investigaţiile medicale efectuate în perioada verificată şi cantitatea de reactivi achiziţionaţi conform facturilor şi utilizaţi în efectuarea investigaţiilor.

(2) Pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice cu mai multe filiale/puncte de lucru (prin punct de lucru nu se înţelege punct extern de recoltare) aflate în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate şi pentru care au încheiat contract cu aceasta, condiţiile de suspendare prevăzute la alin. (1) se aplică furnizorului de servicii medicale paraclinice, respectiv filialelor/punctelor de lucru, după caz.

CAPITOLUL VI
Servicii medicale în unităţi sanitare cu paturi

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate în asistenţa medicală spitalicească

Art. 84. -
(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.
(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu spitalele numai pentru secţiile/compartimentele care îndeplinesc condiţiile de desfăşurare a activităţii în conformitate cu actele normative în vigoare elaborate de Ministerul Sănătăţii cu privire la personalul de specialitate, corespunzător specialităţii secţiei/compartimentului, şi cu privire la dotările necesare pentru funcţionare.
Art. 85. -
Spitalele încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea asistenţei medicale cu cel puţin două linii de gardă, dintre care cel puţin o linie de gardă asigurată la sediul unităţii sanitare cu paturi, organizate şi aprobate în conformitate cu prevederile legale în vigoare, cu excepţia spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice şi penitenciarelor-spital pentru care nu este obligatorie condiţia menţionată anterior. Spitalele de specialitate şi penitenciarele-spital încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prezentului contract-cadru, dacă la data intrării în vigoare a prevederilor prezentei hotărâri asigură continuitatea activităţii medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 86. -
(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre unităţile sanitare cu paturi şi casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor întro formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) lista afecţiunilor care nu pot fi diagnosticate, investigate şi tratate în ambulatoriu/spitalizare de zi şi care impun internarea în regim de spitalizare continuă prezentată de fiecare furnizor în format electronic şi pe suport hârtie;
i) lista medicamentelor - denumiri comune internaţionale, denumite în continuare DCI, şi formă farmaceutică - utilizate pe perioada spitalizării pentru afecţiunile pe care spitalul le tratează în limita specialităţilor din structură, care are ca scop asigurarea tratamentului pacienţilor internaţi şi monitorizarea consumului de medicamente pentru întocmirea decontului de cheltuieli ce se eliberează pacientului - prezentată de fiecare furnizor în format electronic şi pe suport hârtie;
j) lista investigaţiilor paraclinice care nu pot fi efectuate în ambulatoriu pentru rezolvarea cazurilor şi care impun internarea pentru spitalizarea de zi, prezentată de fiecare furnizor în format electronic şi pe suport hârtie;
k) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;
l) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului mediu pe caz rezolvat, a tarifului pe zi de spitalizare, a tarifului pe caz pentru serviciile acordate în regim de spitalizare de zi, documente care se stabilesc prin norme;
m) indicatorii specifici stabiliţi prin norme, precum şi nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari, numiţi prin ordin al ministrului sănătăţii, în cazul spitalelor publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii, sau, în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, prin act administrativ al instituţiilor respective;
n) declaraţia pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică protocoalele de practică medicală elaborate conform prevederilor legale în vigoare;

o) declaraţia autentică din partea unităţilor sanitare publice şi private cu paturi, prin reprezentantul lor legal, referitoare la asumarea obligaţiilor de acoperire a costurilor efectiv realizate de către acestea pentru cazurile transferate din public în privat şi din privat în public, fie direct, fie prin intermediul unei asigurări;
p) copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea spitalului;
q) documentul prin care spitalul face dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin două linii de gardă, dintre care cel puţin o linie de gardă asigurată la sediul unităţii sanitare cu paturi, organizate şi aprobate conform prevederilor legale în vigoare, cu excepţia spitalelor pentru bolnavi cu afecţiuni cronice şi penitenciarelor-spital; pentru spitalele de specialitate şi pentru penitenciarele-spital, documentul privind dovada asigurării continuităţii asistenţei medicale cu cel puţin o linie de gardă organizată şi aprobată în conformitate cu prevederile legale;
r) declaraţie pe propria răspundere pentru medicii care se vor afla sub incidenţa contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate că îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia situaţiilor prevăzute la art. 87 alin. (2);
s) copie a actului doveditor prin care personalul medicosanitar îşi exercită profesia la furnizor;
ş) documentul prin care se face dovada că spitalul a fost acreditat/a solicitat acreditarea în condiţiile legii;
t) declaraţie pe propria răspundere a managerului spitalului că aplică criteriile de internare pentru lista de afecţiuni prevăzută la lit. h), precum şi că asigură managementul listei de aşteptare pentru internările programabile, conform nivelului de competenţă al spitalului;
ţ) declaraţie pe propria răspundere a managerului spitalului privind estimarea procentelor serviciilor medicale corespunzătoare spitalizărilor continue evitabile care se transferă pentru tratament în ambulatoriu/spitalizare de zi;
u) decizia managerului spitalului privind aprobarea metodologiei proprii de rambursare, la cererea asiguraţilor, a cheltuielilor efectuate pe perioada internării în situaţiile prevăzute la art. 98.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Condiţii specifice

Art. 87. -
(1) Reprezentantul legal încheie contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. Spitalele din reţeaua apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti numai cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, avându-se în vedere la contractare şi decontare activitatea medicală acordată asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă. Spitalele din reţeaua Ministerului Transporturilor încheie contracte de furnizare de servicii medicale spitaliceşti cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi au sediul, avându-se în vedere la contractare şi decontare activitatea medicală acordată asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă.
(2) Fiecare medic de specialitate care acordă servicii medicale de specialitate într-un spital îşi desfăşoară activitatea în baza unui singur contract de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate, cu excepţia zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate, situaţie în care un medic poate acorda servicii medicale spitaliceşti în cadrul a două spitale sau poate acorda servicii medicale spitaliceşti în cadrul unui spital şi într-un centru de sănătate multifuncţional cu personalitate juridică pentru activitatea desfăşurată în regim de spitalizare de zi, cu respectarea legislaţiei muncii.
(3) Stabilirea zonelor/localităţilor deficitare din punctul de vedere al existenţei medicilor de o anumită specialitate se face de către o comisie formată din reprezentanţi ai caselor de asigurări de sănătate, ai direcţiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor şi ai administraţiei publice locale, pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condiţiile legii se publică pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate şi a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.
(4) Comisia prevăzută la alin. (3) se constituie prin act administrativ al preşedintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanţilor instituţiilor menţionate la alin. (3) de către conducătorii acestora, şi funcţionează în baza unui regulament-cadru de organizare şi funcţionare unitar la nivel naţional, aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Regulamentul-cadru aprobat în condiţiile legii se publică pe pagina web a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătăţii şi a direcţiilor de sănătate publică.
Art. 88. -

(1) Serviciile medicale spitaliceşti sunt preventive, curative, de recuperare şi paliative şi cuprind: consultaţii, investigaţii, stabilirea diagnosticului, tratamente medicale şi/sau chirurgicale, îngrijire, recuperare, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare şi masă.
(2) În unităţile sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii, inclusiv în centrele de sănătate multifuncţionale cu personalitate juridică, se pot acorda servicii medicale de tip spitalicesc - spitalizare de zi pentru asiguraţii care nu necesită internare continuă, suportate din fondurile aferente asistenţei medicale spitaliceşti, şi decontate prin tarif pe serviciu medical şi/sau tarif pe caz rezolvat, stabilite prin norme şi în condiţiile prevăzute în norme.

Art. 89. -

(1) Serviciile medicale spitaliceşti se acordă asiguraţilor pe baza biletului de internare eliberat de medicul de familie, medicul de specialitate din unităţile sanitare ambulatorii, indiferent de forma de organizare, medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii. Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu unităţile medico-sociale, cu spitalele pentru dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate şi care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi cu cabinetele de medicina muncii organizate conform prevederilor legale în vigoare, în vederea recunoaşterii biletelor de internare eliberate de către medicii care îşi desfăşoară activitatea în aceste unităţi.
(2) Fac excepţie de la prevederile alin. (1):
- naşterea;
- urgenţele medico-chirurgicale;
- bolile cu potenţial endemoepidemic, care necesită izolare şi tratament;
- internările bolnavilor aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul Penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelorspital;
- cazurile care au recomandare de internare într-un spital ca urmare a unei scrisori medicale acordate de medicii din ambulatoriul integrat al spitalului respectiv aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- transferul intraspitalicesc în situaţia în care se schimbă tipul de îngrijire şi transferul interspitalicesc;
- spitalizare de zi dacă se acordă servicii de: chimioterapie, radioterapie şi administrare de medicamente pentru care este necesară aprobarea comisiilor de experţi constituite la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
- situaţiile în care pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană beneficiază de servicii medicale spitaliceşti programate şi acordate cu autorizarea prealabilă a instituţiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spaţiul Economic European/Confederaţia Elveţiană, respectiv de servicii medicale spitaliceşti acordate pe baza cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, precum şi serviciile medicale spitaliceşti 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, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
- monitorizarea bolnavilor cu HIV/SIDA;
- administrarea tratamentului pentru profilaxia rabiei.
(3) Pacienţii care prezintă un bilet de internare vor putea fi programaţi pentru internare, în funcţie de afecţiune şi de gravitatea semnelor şi simptomelor prezentate şi de disponibilitatea serviciilor unităţii spitaliceşti solicitate.

Art. 90. -

(1) Modalităţile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale se stabilesc prin norme.
(2) Valoarea totală contractată de casele de asigurări de sănătate cu spitalele se constituie din următoarele sume, după caz:
a) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif pe caz rezolvat - sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, finanţată din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tariful pe caz rezolvat - sistem DRG se stabileşte pe baza indicelui de complexitate a cazurilor, denumit în continuare ICM, şi a tarifului pe caz ponderat, denumit în continuare TCP. Metodologia de stabilire a ICM-ului şi TCP-ului utilizate la contractarea serviciilor medicale spitaliceşti este prevăzută în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate în condiţiile prevăzute în norme şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;
b) suma aferentă serviciilor medicale spitaliceşti a căror plată se face pe bază de tarif/zi de spitalizare pentru spitalele/secţiile care nu se încadrează în prevederile lit. a), finanţată din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească. Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;

c) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, finanţată din fondul alocat pentru programele naţionale cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabileşte prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, care face obiectul unui contract distinct, al cărui model se stabileşte prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
e) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie şi în cabinetele de boli infecţioase care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinetele de specialitate din ambulatoriul integrat al spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialităţile clinice;
f) sume pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în laboratoarele din centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, în condiţiile stabilite prin norme, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice;
g) sume pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical, respectiv prin tarif pe caz rezolvat;
h) sume pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile prevăzute prin norme, a căror plată se face prin tarif pe zi de spitalizare. Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme;
i) sume pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin hotărâre şi prin norme, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
(3) Cheltuielile ocazionate de activităţile desfăşurate în camerele de gardă şi în structurile de urgenţă din cadrul spitalelor pentru care finanţarea nu se face din bugetul Ministerului Sănătăţii, cazurile care sunt internate prin spitalizare continuă, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în aceste structuri din cadrul spitalelor sunt considerate cazuri rezolvate în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă şi sunt contractate distinct şi decontate prin tarif/caz rezolvat. Sumele contractate pentru cazurile rezolvate în regim de spitalizare de zi în cadrul acestor structuri se evidenţiază distinct în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate.
(4) Cheltuielile ocazionate de serviciile medicale acordate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi în structurile organizate în cadrul unei unităţi sanitare cu paturi, a căror plată se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte/tarif pe caz rezolvat, sunt cuprinse în structura tarifului pe caz rezolvat/tarifului mediu pe caz rezolvat aferent spitalizării continue, în situaţiile în care cazurile sunt internate în aceeaşi unitate sanitară prin spitalizare continuă şi în aceeaşi zi în care asiguratul a beneficiat de servicii medicale în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Cazurile pentru care se acordă servicii medicale în ambulatoriul unităţii sanitare cu paturi şi decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte sau în regim de spitalizare de zi decontate prin tarif pe caz rezolvat sunt considerate cazuri rezolvate în ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi numai pentru cazurile neinternate prin spitalizare continuă.
(5) Numărul de cazuri şi tariful aferent serviciilor de spitalizare de zi se negociază cu casele de asigurări de sănătate, fiind suportate din fondul aferent asistenţei medicale spitaliceşti, în condiţiile prevăzute în norme.

Art. 91. -

(1) La contractarea serviciilor medicale spitaliceşti, casele de asigurări de sănătate vor avea în vedere 90% din fondurile aprobate cu această destinaţie la nivelul casei de asigurări de sănătate.
(2) Diferenţa de 10% din fondul cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti ce nu a fost contractată iniţial se utilizează astfel:
a) 9% pentru decontarea cazurilor externate prevăzute la art. 100 şi pentru situaţii justificate ce pot apărea în derularea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv regularizări trimestriale, în condiţiile prevăzute în norme, după caz;
b) 1% pentru complexitatea suplimentară a cazurilor în ceea ce priveşte comorbiditatea şi numărul de zile de îngrijiri acordate în cadrul secţiilor/compartimentelor de terapie intensivă, în condiţiile stabilite prin norme.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile şi drepturile spitalelor

Art. 92. -

(1) În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa medicală, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
f) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
g) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
h) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
i) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
j) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
k) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
l) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;
m) să asigure acordarea asistenţei medicale în caz de urgenţă medico-chirurgicală, ori de câte ori se solicită în timpul programului de lucru, în limita competenţei şi a dotărilor existente;
n) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
o) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
p) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
q) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în prezenta hotărâre şi în norme;
r) să solicite documentele justificative care atestă calitatea de asigurat, documente stabilite în conformitate cu prevederile legale în vigoare, în condiţiile prevăzute în hotărâre şi în norme; până la data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, documentele justificative care atestă calitatea de asigurat se solicită, numai dacă, drept urmare a interogării aplicaţiei instalate pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate la adresa http://www.cnas.ro/despre-noi/interfata-siuionline, persoana respectivă apare ca neasigurată sau nu se regăseşte în baza de date. În cazul în care persoana apare ca asigurată furnizorii de servicii medicale au obligaţia de a lista şi arhiva rezultatul interogării;
s) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;
ş) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
t) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
ţ) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
u) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetele de servicii medicale;
v) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru serviciile medicale spitaliceşti de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare; să încaseze de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, al cărei cuantum este prevăzut în norme;

w) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
x) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
z) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
aa) să informeze medicul de familie al asiguratului ori, după caz, medicul de specialitate din ambulatoriu, prin scrisoare medicală sau bilet de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, transmise direct sau prin intermediul asiguratului, cu privire la diagnosticul stabilit, controalele, investigaţiile, tratamentele efectuate şi cu privire la alte informaţii referitoare la starea de sănătate a asiguratului; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandarea de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;
ab) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz. În acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate pe fiecare secţie numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: numărul cazurilor programate aflate la începutul trimestrului, numărul cazurilor programate intrate în cursul trimestrului, numărul cazurilor programate ieşite în cursul trimestrului şi numărul cazurilor programate aflate la sfârşitul trimestrului;
ac) să transmită instituţiilor abilitate datele clinice la nivel de pacient, codificate conform reglementărilor în vigoare;
ad) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
ae) să raporteze lunar casei de asigurări de sănătate numărul cazurilor prezentate la structurile de primiri urgenţe, cu evidenţierea numărului cazurilor internate, în condiţiile stabilite prin norme;
af) să raporteze corect şi complet consumul de medicamente conform prevederilor legale în vigoare şi să publice pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum suportată din bugetul Fondului şi al Ministerului Sănătăţii; spitalul care nu are pagină web proprie informează despre acest lucru casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, care va posta pe site-ul propriu suma totală aferentă acestui consum;
ag) să monitorizeze gradul de satisfacţie al asiguraţilor prin realizarea de sondaje de opinie în ceea ce priveşte calitatea serviciilor medicale furnizate asiguraţilor conform unui chestionar standard, prevăzut în norme;
ah) să respecte pe perioada derulării contractului protocoalele de practică medicală elaborate şi aprobate conform prevederilor legale;
ai) să afişeze lunar pe pagina web creată în acest scop de Ministerul Sănătăţii, până la data de 20 a lunii curente pentru luna anterioară, cu avizul ordonatorului principal de credite, conform machetelor aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al ministrului finanţelor publice, situaţia privind execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli al spitalului public şi situaţia arieratelor înregistrate;
aj) să deconteze, la termenele prevăzute în contractele încheiate cu terţii, contravaloarea medicamentelor pentru nevoi speciale;
ak) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi, care nu se află în stare critică, cu autospecialele pentru transportul pacienţilor din parcul auto propriu; dacă unitatea spitalicească nu are în dotare astfel de autospeciale sau dacă este depăşită capacitatea de transport a acestora, se poate asigura transportul acestor pacienţi pe baza unui contract încheiat cu unităţi specializate, autorizate şi evaluate; pentru spitalele publice, încheierea acestor contracte se va realiza cu respectarea prevederilor legale referitoare la achiziţiile publice;
al) să asigure transportul interspitalicesc pentru pacienţii internaţi sau transferaţi care reprezintă urgenţe sau se află în stare critică numai cu autospeciale sau mijloace de transport aerian ale sistemului public de urgenţă prespitalicească;
am) să solicite începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
an) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în norme;

ao) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activităţii realizate;
ap) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia de la lit. ao), toate prescripţiile medicale electronice prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line;
aq) să afişeze pe pagina web a Ministerului Sănătăţii, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii curente, cheltuielile efectuate în luna precedentă, conform machetei prevăzute în norme;
ar) să asigure utilizarea formularelor cu regim special unice pe ţară - bilet de trimitere către unităţile sanitare de reabilitare medicală şi recuperare cu paturi în vederea internării sau în ambulatoriu, conform prevederilor actelor normative referitoare la sistemul de asigurări sociale de sănătate, şi să le elibereze ca o consecinţă a actului medical propriu şi numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate;
as) să respecte metodologia aprobată prin decizia managerului spitalului privind rambursarea cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi;
aş) să elibereze pentru asiguraţii internaţi cu boli cronice confirmate care sunt în tratament pentru boala/bolile cronice cu medicamente, altele decât medicamentele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, cu medicamente şi materialele sanitare din programele naţionale de sănătate şi cu medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, documentul al cărui model este prevăzut în norme; documentul stă la baza eliberării prescripţiei medicale în regim ambulatoriu de către medicul de familie şi medicul de specialitate din ambulatoriu în perioada în care asiguratul este internat în spital.
(2) În situaţia în care pacientul nu poate dovedi calitatea de asigurat, spitalul acordă serviciile medicale de urgenţă necesare, având obligaţia să evalueze situaţia medicală a pacientului şi să externeze pacientul dacă starea de sănătate a acestuia nu mai reprezintă urgenţă. La solicitarea pacientului care nu are calitatea de asigurat, se poate continua internarea, cu suportarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale de către acesta. Spitalul are obligaţia de a anunţa casa de asigurări de sănătate cu care a încheiat contract de furnizare de servicii medicale despre internarea acestor pacienţi, lunar, printr-un centralizator separat, cu justificarea medicală a internării de urgenţă. În această situaţie, casele de asigurări de sănătate decontează spitalului contravaloarea serviciilor medicale în condiţiile stabilite prin norme.
(3) Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se raportează distinct la casele de asigurări de sănătate şi se decontează de către acestea la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferenţa fiind suportată de asigurat.
(4) Unităţile sanitare cu paturi din reţeaua Ministerului Sănătăţii au obligaţia ca în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate să facă demersurile pentru efectuarea auditului public intern vizând activităţile financiare sau cu implicaţii financiare, plăţile asumate prin angajamente bugetare şi legale, precum şi alocarea creditelor bugetare, astfel încât până la sfârşitul anului 2014 să prezinte Ministerului Sănătăţii raportul de audit pentru anul 2013.
(5) Unităţile sanitare publice cu paturi, altele decât cele prevăzute la alin. (4), au obligaţia ca, în termen de 90 de zile calendaristice de la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate, să solicite ordonatorului principal de credite efectuarea unui audit public intern pentru activitatea anului 2013.
(6) Punerea în aplicare a dispoziţiilor menţionate la alin. (4) şi (5) are ca scop preîntâmpinarea înregistrării de arierate la nivelul unităţilor sanitare publice cu paturi.
(7) Ministerul Sănătăţii analizează trimestrial execuţia bugetului de venituri şi cheltuieli ale unităţilor sanitare publice cu paturi, în vederea luării măsurilor ce se impun, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 93. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate unităţile sanitare cu paturi au următoarele drepturi:
a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate şi validate de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti şi casele de asigurări de sănătate în limita valorii de contract stabilite, precum şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în norme;
b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să încaseze sumele reprezentând coplata pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, conform prevederilor legale în vigoare;
f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 5-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 94. -
În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publice în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale şi îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale şi recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme;
j) să ţină evidenţa externărilor pe asigurat, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă acesta;
k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale spitaliceşti; în cazul serviciilor medicale spitaliceşti acordate în baza biletelor de internare, acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
l) să monitorizeze activitatea desfăşurată de spitale în baza contractului încheiat, astfel încât decontarea cazurilor externate şi raportate să se încadreze în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform normelor;
m) să verifice prin acţiuni de control respectarea criteriilor de internare pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă, precum şi respectarea protocoalelor de practică medicală;
n) să monitorizeze internările de urgenţă, în funcţie de tipul de internare, aşa cum este definit prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările şi completările ulterioare, cu evidenţierea cazurilor care au fost înregistrate la nivelul structurilor de primiri urgenţe din cadrul spitalului;
o) să monitorizeze lunar/trimestrial internările prin spitalizare continuă şi prin spitalizare de zi în vederea reducerii internărilor nejustificate, conform normelor;

p) să verifice respectarea de către furnizori a metodologiei proprii de rambursare a cheltuielilor suportate de asiguraţi pe perioada internării, în regim de spitalizare continuă şi de zi.

SECŢIUNEA a 6-a
Decontarea serviciilor medicale spitaliceşti

Art. 95. -
(1) Modalităţile de plată a serviciilor medicale spitaliceşti contractate cu casele de asigurări de sănătate se stabilesc prin norme şi pot fi, după caz:
a) tarif pe caz rezolvat: sistem DRG sau tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi stabilit în condiţiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);
b) tarif pe zi de spitalizare pe bază de indicatori specifici, stabiliţi prin norme, pentru spitalele/secţiile la care nu se aplică prevederile lit. a), inclusiv pentru secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condiţiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b), respectiv lit. h);
c) tarif pe caz rezolvat/tarif pe serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc acordate în regim de spitalizare de zi, prevăzute în actele normative în vigoare.
(2) Spitalele beneficiază, de asemenea, şi de:
a) sume aferente Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
b) sume pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, pe baza unor contracte distincte încheiate cu casele de asigurări de sănătate, ale căror modele se stabilesc prin normele tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;
c) sume pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, boli infecţioase şi în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalului, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale ambulatorii de specialitate, pentru specialităţile clinice, în condiţiile stabilite prin norme;
d) sume pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale fără personalitate juridică organizate în structura spitalelor, finanţate din fondul alocat asistenţei medicale paraclinice, în condiţiile stabilite prin norme;
e) sume pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin prezenta hotărâre şi prin norme, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
(3) Sumele prevăzute la alin. (2) lit. c), d) şi e) se alocă prin încheierea de contracte distincte corespunzătoare tipului de asistenţă medicală, încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate.

Art. 96. -
(1) Casele de asigurări de sănătate decontează serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate, în funcţie de realizarea indicatorilor negociaţi conform normelor, în următoarele condiţii:
a) pentru spitalele în care serviciile medicale furnizate se decontează pe bază de tarif pe caz rezolvat (DRG) sau de tarif mediu pe caz rezolvat pe specialităţi, decontarea se face în funcţie de numărul de cazuri externate, raportate şi validate de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în norme. Tariful mediu pe caz rezolvat pe specialităţi este cel stabilit în condiţiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. a);
b) pentru spitalele/secţiile în care serviciile medicale furnizate se decontează prin tarif pe zi de spitalizare pe baza indicatorilor specifici, care sunt aceiaşi cu cei avuţi în vedere la contractare, cu condiţia respectării criteriilor de internare şi în condiţiile stabilite prin norme, în limita valorii de contract stabilite şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii; numărul de cazuri externate se raportează şi se validează de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi de casele de asigurări de sănătate. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condiţiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. b);
c) suma aferentă Programului naţional cu scop curativ pentru medicamente şi materiale sanitare specifice se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei prevăzute prin program pentru medicamente şi materiale sanitare specifice;
d) suma pentru serviciile de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliu, transportul lunar al medicamentelor şi al materialelor sanitare specifice dializei peritoneale

la domiciliul pacienţilor, acordate în cadrul Programului naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică din cadrul Programului naţional cu scop curativ, se decontează la nivelul realizărilor, în limita sumei contractate cu această destinaţie;
e) sumele pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în oncologie medicală, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, boli infecţioase şi în cabinetele de planificare familială în care îşi desfăşoară activitatea medici cu specialitatea obstetrică-ginecologie, efectuate în regim ambulatoriu, precum şi în cabinetele de specialitate integrate ale spitalului şi cabinetele de specialitate din centrele de sănătate multifuncţionale organizate în structura spitalului, se decontează în condiţiile specifice ambulatoriului de specialitate;
f) suma pentru investigaţii paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale organizate în structura spitalelor, se decontează în condiţiile prevederilor specifice ambulatoriului pentru specialităţi paraclinice, în limita sumei contractate;
g) suma pentru serviciile medicale de tip spitalicesc, efectuate în regim de spitalizare de zi, inclusiv cele efectuate în centrele multifuncţionale organizate în structura spitalelor, validate de Şcoala Naţională de Sănătate Publică, Management şi Perfecţionare în Domeniul Sanitar Bucureşti, conform regulilor de validare specifice, stabilite prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi de casele de asigurări de sănătate, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile prevăzute prin norme, se decontează în limita sumei contractate;
h) suma pentru serviciile medicale paliative efectuate în regim de spitalizare continuă, dacă acestea nu pot fi efectuate în condiţiile asistenţei medicale la domiciliu, finanţate din fondul alocat pentru asistenţa medicală spitalicească, în condiţiile prevăzute prin norme, în limita sumei contractate. Tariful pe zi de spitalizare este cel stabilit în condiţiile prevăzute la art. 90 alin. (2) lit. h);
i) suma pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în condiţiile stabilite prin prezenta hotărâre şi prin norme, finanţate din fondul alocat pentru servicii de îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.
(2) Cazurile internate în regim de spitalizare continuă care nu au îndeplinit criteriile de internare nu se decontează de casele de asigurări de sănătate. Cazurile care fac obiectul internării prin spitalizare de zi şi au fost rezolvate prin spitalizare continuă la solicitarea asiguratului se decontează de casele de asigurări de sănătate la tariful pe serviciu medical/caz rezolvat aferent spitalizării de zi, diferenţa fiind suportată de asigurat.
(3) Decontarea cazurilor externate care se reinternează în aceeaşi unitate sanitară sau într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la externare, se realizează în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, în condiţiile stabilite prin norme.
(4) Decontarea cazurilor transferate într-o altă unitate sanitară, în acelaşi tip de îngrijire - acut-acut sau cronic-cronic - pentru patologie de acelaşi tip, într-un interval de 48 de ore de la internare, se realizează - la unitatea sanitară de la care a fost transferat cazul - în procent de 50% din tariful pe caz rezolvat - DRG, din tariful mediu pe caz rezolvat, respectiv în procent de 50% din tariful pe zi de spitalizare, în condiţiile stabilite prin norme.

Art. 97. -

Spitalele au obligaţia să asigure din sumele obţinute potrivit prevederilor art. 96, cu excepţia sumelor pentru medicamente şi materiale sanitare specifice, acoperite prin Programul naţional cu scop curativ şi pentru servicii de hemodializă şi dializă peritoneală, toate cheltuielile, potrivit legii, inclusiv pentru:
a) investigaţiile paraclinice pentru bolnavii internaţi, efectuate în alte unităţi spitaliceşti sau în unităţi ambulatorii de specialitate, în situaţiile în care spitalul respectiv nu deţine dotarea necesară ori aparatura existentă în dotarea acestuia nu este funcţională, în condiţiile stabilite prin norme; pentru investigaţiile paraclinice efectuate în alte unităţi sanitare, spitalele întocmesc evidenţa distinctă şi raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste investigaţii, precum şi unitatea sanitară unde au fost efectuate, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;
b) consultaţii interdisciplinare pentru pacienţii internaţi, efectuate în ambulatoriul/ambulatoriul integrat al spitalului respectiv sau al altei unităţi sanitare cu paturi, pe baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective. Pentru consultaţiile efectuate în alte unităţi sanitare, spitalele întocmesc evidenţa distinctă şi raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste consultaţii, precum şi unitatea sanitară unde au fost efectuate, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;
c) transport interspitalicesc pentru asiguraţii internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, cu excepţia transportului efectuat de serviciile publice de ambulanţă pentru pacienţii care nu se află în stare critică şi care se află în unităţile sau compartimentele de primiri urgenţe şi care necesită transport la o altă unitate sanitară ori la o altă clădire aparţinând unităţii sanitare respective, în vederea internării, investigării sau efectuării unui consult de specialitate, acesta fiind suportat de către Ministerul Sănătăţii din fondul alocat serviciilor de ambulanţă. Pentru transportul interspitalicesc al asiguraţilor internaţi care necesită condiţii suplimentare de stabilire a diagnosticului din punctul de vedere al consultaţiilor şi investigaţiilor paraclinice, spitalele întocmesc evidenţa distinctă şi raportează lunar către casele de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte aceste servicii, precum şi unitatea autorizată care a efectuat aceste servicii, utilizând în acest scop formularul prevăzut în norme;
d) servicii hoteliere standard - cazare şi masă, pentru însoţitorii copiilor bolnavi în vârstă de până la 3 ani, precum şi pentru însoţitorii persoanelor cu handicap grav sau accentuat, în condiţiile stabilite prin norme.

Art. 98. -

(1) Spitalele sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare continuă şi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare şi investigaţii paraclinice, cu excepţia medicamentelor şi materialelor sanitare pentru afecţiunile din programele naţionale de sănătate şi medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum şi toate cheltuielile necesare pentru situaţiile prevăzute la art. 97 lit. a), b) şi c).
(2) În situaţia în care asiguraţii, pe perioada internării în spital, în baza unor documente medicale întocmite de medicul curant din secţia în care aceştia sunt internaţi, suportă cheltuieli cu medicamente, materiale sanitare şi investigaţii paraclinice la care ar fi fost îndreptăţiţi fără contribuţie personală, în condiţiile prezentului contract-cadru, spitalele rambursează contravaloarea acestor cheltuieli la cererea asiguraţilor.
(3) Rambursarea cheltuielilor prevăzute la alin. (2) reprezintă o obligaţie exclusivă a spitalelor şi se realizează numai din veniturile acestora, pe baza unei metodologii proprii aprobate prin decizie a conducătorului instituţiei.
(4) Unităţile sanitare care acordă servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi autorizate de Ministerul Sănătăţii sunt obligate să suporte pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare de zi toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea cazurilor respective, inclusiv pentru medicamente - în limita listei prezentate la contractare - materiale sanitare şi investigaţii paraclinice, cu excepţia medicamentelor şi materialelor sanitare pentru afecţiunile din programele naţionale de sănătate, medicamentelor pentru bolile pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate. Această prevedere se aplică şi centrelor de sănătate multifuncţionale pentru asiguraţii internaţi în regim de spitalizare de zi.

Art. 99. -

(1) Spitalele încasează de la asiguraţi suma corespunzătoare coplăţii astfel:
a) pentru serviciile medicale acordate în regim de spitalizare continuă, în secţiile/compartimentele cu paturi din unităţile sanitare cu paturi organizate conform prevederilor legale în vigoare şi aflate în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate;
b) pentru serviciile medicale spitaliceşti, acordate în regim de spitalizare continuă, prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază. Excepţie fac serviciile medicale spitaliceşti acordate în secţiile/compartimentele de îngrijiri paliative, serviciile medicale spitaliceşti pentru internările bolnavilor aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare, şi în cazurile dispuse prin ordonanţă a procurorului pe timpul judecării sau urmăririi penale, care necesită izolare ori internare obligatorie şi tratamentul persoanelor private de libertate pentru care instanţa de judecată a dispus executarea pedepsei într-un penitenciar-spital, serviciile medicale spitaliceşti de lungă durată - ani şi serviciile medicale spitaliceşti pentru care criteriul de internare este urgenţa, precum şi tratamentul pacienţilor din penitenciare ale căror afecţiuni necesită monitorizare şi reevaluare în cadrul penitenciarelor-spital;
c) pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă, nivelul minim al coplăţii este de 5 lei, iar nivelul maxim este de 10 lei. Valoarea coplăţii este stabilită de fiecare unitate sanitară cu paturi pe bază de criterii proprii, cu avizul consiliului de administraţie al unităţii sanitare respective.
(2) Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti pentru care se încasează coplată.
(3) Categoriile de asiguraţi scutite de coplată, prevăzute la art. 213^1 din Legea nr. 95/2006, 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 norme.
(4) Spitalele încasează de la asiguraţi contravaloarea serviciilor hoteliere - cazare şi/sau masă - cu un grad ridicat de confort, peste confortul standard, acordate la cererea acestora, în condiţiile şi la un tarif maxim stabilite prin norme.
(5) Spitalele aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate nu pot încasa o altă plată din partea asiguratului pentru serviciile medicale spitaliceşti acordate în regim de spitalizare continuă în afara celor prevăzute la alin. (1) şi (4). Nerespectarea acestei obligaţii conduce la aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 102 alin. (1).

Art. 100. -

Casele de asigurări de sănătate decontează cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională, în condiţiile respectării criteriilor de internare prevăzute la cap. II lit. F pct. 3 din anexa nr. 1 şi în condiţiile în care cazurile externate sunt persoane asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Casele de asigurări de sănătate nu decontează mai mult de 25% din cazurile externate din unităţile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii - boli profesionale şi din secţiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor.

Art. 101. -

(1) În cazul reorganizării unităţilor sanitare cu paturi, prin desfiinţarea lor şi înfiinţarea concomitentă a unor noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate şi aflate în derulare se preiau de drept de către noile unităţi sanitare înfiinţate, corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente noilor structuri, cu condiţia ca unităţile nou-înfiinţate să aibă acelaşi regim juridic de proprietate cu cele preluate.
(2) În cazul reorganizării unei unităţi sanitare cu paturi, prin excluderea unor structuri şi înfiinţarea unei noi unităţi sanitare cu paturi distincte, cu personalitate juridică, care preia structurile excluse, contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de

asigurări de sănătate şi aflat în derulare se modifică în mod corespunzător pentru activitatea din structurile care se exclud din contract. Noua unitate sanitară cu paturi înfiinţată încheie contract cu casa de asigurări de sănătate corespunzător drepturilor şi obligaţiilor aferente structurii aprobate/avizate de Ministerul Sănătăţii, în limita sumelor diminuate din contractul unităţii sanitare cu paturi din cadrul căreia au fost excluse respectivele structuri, cu condiţia ca unitatea nou-înfiinţată să aibă acelaşi regim juridic de proprietate cu unitatea sanitară cu paturi din cadrul căreia au fost excluse respectivele structuri.

SECŢIUNEA a 7-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, modificare şi încetare a contractelor de furnizare de servicii medicale spitaliceşti

Art. 102. -
(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor sanitare cu paturi prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. a)-ae), ag)-al), aq)-aş) atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:
a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;
b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;
c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.
(2) Nerespectarea de către unităţile sanitare cu paturi a obligaţiei prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. af) atrage aplicarea unor sancţiuni, după cum urmează:
a) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărei luni, prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul fiecărui trimestru, a 3% la valoarea de contract aferentă lunii respective;
b) reţinerea unei sume calculate după încheierea fiecărui trimestru prin aplicarea, pentru fiecare lună neraportată în cadrul trimestrului respectiv, a 7% la valoarea de contract aferentă lunii respective suplimentar faţă de procentul prevăzut la lit. a).
(3) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. ap), se reţine o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din Fond, aferentă prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.
(4) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (3), nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 92 alin. (1) lit. ap) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.
(5) Reţinerea sumei potrivit alin. (1)-(3) se face din prima plată care urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(6) Recuperarea sumei potrivit alin. (1)-(3) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(7) Casele de asigurări de sănătate, prin Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, anunţă Ministerul Sănătăţii, ministerele şi instituţiile cu reţea sanitară proprie, respectiv autorităţile publice locale, în funcţie de subordonare, odată cu prima constatare, despre situaţiile prevăzute la alin. (1) şi (2).
(8) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1)-(3) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Art. 103. -
(1) Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:
a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;
b) încetarea termenului de valabilitate la nivelul secţiei/secţiilor a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;
c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative.
(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1) lit. a)-d), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Art. 104. -
Contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:
a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
b) acordul de voinţă al părţilor;
c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

CAPITOLUL VII
Consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 105. -
(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile specializate private trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizate conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluate potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare în termenele stabilite pentru contractare.
(2) Valabilitatea contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat nu poate depăşi valabilitatea autorizaţiei de funcţionare emise de direcţia de sănătate publică în conformitate cu prevederile legale în vigoare.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului

Art. 106. -
(1) Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) lista cu personalul angajat;
i) lista cu tipurile de mijloace specifice de intervenţie din dotare;
j) autorizaţia de funcţionare emisă de direcţia de sănătate publică, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
k) actul de înfiinţare/organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară;
l) structura organizatorică avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii;
m) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe solicitare/pe kilometru efectiv parcurs pentru mediul urban/rural/pe milă parcursă, în condiţiile prevăzute prin norme;
n) buletine de verificare periodică pentru dispozitivele medicale din dotarea ambulanţelor, după caz, emise conform prevederilor legale în vigoare.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal pe fiecare pagină.

(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Obligaţiile furnizorilor de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

Art. 107. -
(1) În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile specializate private, autorizate şi evaluate, care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale beneficiarului de servicii medicale referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi şi persoane beneficiare ale pachetului minimal, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate, în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă raportarea se face numai în format electronic;
f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
g) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
h) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
i) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat ori de câte ori se solicită;
j) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
k) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
l) să afişeze într-un loc vizibil numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
m) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
n) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
o) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
p) să asigure acordarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat prevăzute în pachetele de servicii medicale;
q) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
r) să asigure consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat, utilizând mijlocul de intervenţie şi transport şi echipamentul corespunzător situaţiei respective, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
s) să elibereze certificate constatatoare de deces, după caz, conform normelor;
ş) să introducă monitorizarea apelurilor, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
t) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens.

(2) Serviciile de ambulanţă private au obligaţia să asigure, la solicitarea serviciilor publice de ambulanţă, consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate direct cu casa de asigurări de sănătate, în conformitate cu protocolul de colaborare încheiat între serviciul public de ambulanţă şi serviciile de ambulanţă private, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 108. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile specializate private, autorizate şi evaluate, care acordă consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat au următoarele drepturi:

a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract;

b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;

d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;

e) să încaseze contravaloarea serviciilor la cerere;

f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea, în format electronic, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 109. -

În relaţiile contractuale cu unităţile specializate private, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:

a) să încheie contracte numai cu unităţi specializate private, autorizate şi evaluate şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;

b) să deconteze unităţilor medicale specializate, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de lista certificată de serviciul public de ambulanţă cuprinzând solicitările care au fost asigurate în luna anterioară şi de documentele justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;

c) să informeze furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casa de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a casei de asigurări de sănătate;

d) să informeze, în prealabil în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;

e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;

f) să deconteze furnizorului consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat acordate beneficiarilor;

g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea, cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

SECŢIUNEA a 5-a
Contractarea şi decontarea consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi activităţilor de transport sanitar neasistat

Art. 110. -
(1) Reprezentantul legal al unităţii specializate private încheie un singur contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială îşi are sediul lucrativ/filiale/puncte de lucru şi/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti, înregistrate, autorizate şi evaluate.
(2) Modalităţile de contractare de către casele de asigurări de sănătate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.
Art. 111. -
(1) Casele de asigurări de sănătate decontează numai consultaţiile de urgenţă la domiciliu şi activităţile de transport sanitar neasistat contractate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, efectuate de unităţile specializate private autorizate şi evaluate, pe baza apelurilor primite prin sistemul 112, dispecerizate de dispeceratul medical public sau cel integrat.
(2) Modalităţile de plată sunt:
a) pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu, prin tarif pe solicitare;
b) pentru serviciile de transport sanitar neasistat, prin tarif pe kilometru efectiv parcurs în mediul urban/rural sau milă parcursă, după caz.
(3) Tariful pe solicitare pentru consultaţiile de urgenţă la domiciliu acordate de unităţile specializate private se negociază între aceştia şi casa de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal stabilit prin norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează consultaţiile de urgenţă la domiciliu cu toţi furnizorii, în condiţiile stabilite prin norme.
(4) Tariful pentru serviciile de transport sanitar neasistat acordate de unităţile specializate private se negociază între aceştia şi casa de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme, şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal stabilit prin norme. Tariful minim negociat devine tariful la care se contractează serviciile de transport sanitar neasistat cu toţi furnizorii, în condiţiile stabilite prin norme.
(5) Sumele aferente serviciilor contractate cu unităţile specializate private au în vedere toate cheltuielile aferente care, potrivit legii, sunt suportate din Fond.
Art. 112. -
Modalităţile şi condiţiile în care se face decontarea de către casele de asigurări de sănătate a consultaţiilor de urgenţă la domiciliu şi a activităţilor de transport sanitar neasistat se stabilesc prin norme.

SECŢIUNEA a 6-a
Sancţiuni, condiţii de suspendare, încetare şi reziliere a contractelor de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat

Art. 113. -
(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile unităţilor medicale specializate private prevăzute la art. 107 atrage aplicarea unor sancţiuni pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii, după cum urmează:
a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 1% la valoarea de contract aferentă lunii respective;
b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 3% la valoarea de contract lunară;
c) la a treia constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unui procent de 9% la valoarea de contract lunară.
(2) La prima constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se reţine o sumă calculată prin aplicarea unui procent de 10% la valoarea de contract lunară.
(3) Reţinerea sumelor potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(4) Recuperarea sumelor potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau prin executare silită pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
Art. 114. -
Contractul de furnizare de servicii medicale se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) încetarea termenului de valabilitate a autorizaţiei de funcţionare sau suspendarea acesteia, respectiv încetarea dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea autorizaţiei de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;
b) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;

c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz pe bază de documente justificative.

Art. 115. -

Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:

a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:

a1) furnizorul îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;

a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului, după caz;

a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) acordul de voinţă al părţilor;

c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;

d) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere.

Art. 116. -

Contractul de furnizare de consultaţii de urgenţă la domiciliu şi activităţi de transport sanitar neasistat se reziliază printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, conform prevederilor legale în vigoare, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:

a) dacă furnizorul nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului de furnizare de servicii medicale;

b) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;

c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;

d) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;

e) nerespectarea termenelor de depunere a facturilor însoţite de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;

f) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;

g) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate cu recuperarea contravalorii acestor servicii;

h) odată cu prima constatare, după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 113 alin. (1).

CAPITOLUL VIII
Îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 117. -

(1) Îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice, autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu.

(2) Condiţiile acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc în norme.

(3) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate şi echipamente/instrumentar specific aflate în dotare, în condiţiile stabilite prin norme.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 118. -
(1) Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu dintre furnizorul de servicii şi casa de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare sau codul numeric personal - copia buletinului/cărţii de identitate al/a reprezentantului legal, după caz;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) lista cu personalul de specialitate autorizat;
i) lista cu echipamentele şi/sau instrumentarul specific aflate în dotare şi documentele care atestă modalitatea de deţinere a acestora, conform legii;
j) copie de pe actul constitutiv;
k) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz;
l) certificatul de membru al Colegiului Medicilor din România pentru fiecare medic;
m) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistenţii medicali, valabil la data încheierii contractului;
n) copie a actului doveditor prin care personalul îşi exercită profesia la furnizor;
o) copie a actului de identitate pentru medici şi asistenţii medicali;
p) programul de activitate al furnizorului, programul de activitate al medicilor şi al personalului medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, care se completează pentru fiecare în parte: nume, prenume, CNP, programul de lucru/zi, profesia.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Obligaţiile furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative la domiciliu

Art. 119. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii în asistenţa de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;
f) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

g) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
h) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
i) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
j) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu asiguraţilor fără nicio discriminare;
k) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;
l) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
m) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
n) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
o) să asigure acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu prevăzute în pachetul de servicii de bază;
p) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
q) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetul de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
r) să acorde asiguraţilor servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, conform recomandărilor medicilor aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, ca o consecinţă a actului medical propriu, în condiţiile stabilite prin norme. Modelul formularului de recomandare este stabilit prin norme. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu se face în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea activităţilor zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini, în condiţiile prevăzute în norme. Medicii care recomandă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu nu trebuie să se afle în niciuna dintre situaţiile de incompatibilitate prevăzute în norme. În cazul nerespectării acestei prevederi contractul cu furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi de îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază; casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu;
s) să nu modifice sau să nu întrerupă din proprie iniţiativă schema de îngrijire recomandată, pentru furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu;
ş) să comunice direct, în scris, atât medicului care a recomandat îngrijirile medicale la domiciliu şi îngrijirile paliative la domiciliu, cât şi medicului de familie al asiguratului evoluţia stării de sănătate a acestuia;
t) să ţină evidenţa serviciilor de îngrijiri medicale şi îngrijiri paliative la domiciliu furnizate la domiciliul asiguratului, în ceea ce priveşte tipul serviciului acordat, data şi ora acordării, durata, evoluţia stării de sănătate;
ţ) să urmărească prezentarea la controlul medical a asiguratului pe care l-a îngrijit, în situaţia în care acest lucru a fost solicitat de medicul care a făcut recomandarea, şi să nu depăşească din proprie iniţiativă perioada de îngrijire la domiciliu, care nu poate fi mai mare decât cea stabilită prin norme;
u) să acorde servicii conform unui plan de îngrijiri în conformitate cu recomandările stabilite, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale, în condiţiile stabilite prin norme;
v) să solicite, începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
w) medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, conform prevederilor legale în vigoare, în condiţiile stabilite prin norme.

Art. 120. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu au următoarele drepturi:
a) să primească la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate;
b) să fie informaţi de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;

c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
f) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 121. -
În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu autorizaţi şi evaluaţi, pentru serviciile pentru care fac dovada funcţionării cu personal de specialitate, şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu contractate, efectuate, raportate şi validate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza.

SECŢIUNEA a 5-a
Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

Art. 122. -
Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu depune la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de documentele justificative, până la data prevăzută în contract.
Art. 123. -
(1) Modalitatea de plată a furnizorilor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu este tariful pe caz. Prin caz se înţelege totalitatea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor pentru un episod de îngrijire. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu sunt prevăzute la cap. II lit. H din anexa nr. 1 la hotărâre, iar tarifele se stabilesc prin norme.

(2) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi.
(3) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.
(4) Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în norme.

SECŢIUNEA a 6-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere şi modificare a contractului de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu

Art. 124. -
(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 119 lit. a)-c), e)-o), ş), t) şi v) se aplică următoarele sancţiuni:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(2) În cazul în care în derularea contractului se constată, în urma controlului efectuat de către serviciile specializate ale caselor de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate - cu recuperarea contravalorii acestor servicii, se diminuează cu 10% suma cuvenită pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(3) Reţinerea sumei potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
Art. 125. -
Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă, din motive imputabile furnizorului, acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare/autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv de la încetarea valabilităţii acestora;
c) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
d) nerespectarea termenelor de depunere/transmitere a facturilor însoţite de copiile fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi de documentele justificative privind activităţile realizate conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor realizate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidenţă financiar-contabilă a serviciilor furnizate conform contractelor încheiate între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
f) la a doua constatare a faptului că serviciile raportate conform contractului în vederea decontării acestora nu au fost efectuate, cu recuperarea contravalorii acestor servicii;
g) odată cu prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 124 alin. (1) şi (2), pentru fiecare situaţie;
h) în cazul nerespectării obligaţiilor prevăzute la art. 119 lit. q), r), s) şi u).
Art. 126. -
Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încetează în următoarele situaţii:
a) de drept la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;

b) din motive imputabile furnizorului, prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condiţiile art. 127 lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.

Art. 127. -

Contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se suspendă la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 118 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 119 lit. p), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
d) nerespectarea de către furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu a obligaţiei de plată a contribuţiei la Fond, constatată de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.

CAPITOLUL IX
Asistenţa medicală de reabilitare medicală şi recuperare în sanatorii şi preventorii

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate a furnizorilor de servicii medicale

Art. 128. -

(1) În vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie autorizaţi conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.
(2) Asistenţa medicală se asigură în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului de furnizare de servicii medicale

Art. 129. -

(1) Contractele de furnizare de servicii medicale dintre furnizorii de servicii medicale şi casele de asigurări de sănătate se încheie de către reprezentantul legal pe baza următoarelor documente:
a) dovada de evaluare a furnizorului, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
b) contul deschis la Trezoreria Statului sau la bancă, potrivit legii;
c) codul de înregistrare fiscală - codul unic de înregistrare;
d) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;

f) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii, pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
g) cererea/solicitarea pentru intrare în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
h) structura organizatorică aprobată sau avizată, după caz, de Ministerul Sănătăţii, în vigoare la data încheierii contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate;
i) documentele necesare pentru fundamentarea tarifului pe zi de spitalizare, documente care se stabilesc prin norme;
j) indicatorii specifici stabiliţi prin norme, precum şi nivelul indicatorilor de performanţă ai managementului spitalului public asumaţi prin contractul de management, cu excepţia spitalelor care au manageri interimari, numiţi prin ordin al ministrului sănătăţii, în cazul spitalelor publice din reţeaua Ministerului Sănătăţii, sau, în cazul ministerelor şi instituţiilor cu reţea sanitară proprie, prin act administrativ al instituţiilor respective, după caz;
k) declaraţia pe propria răspundere a managerului că foloseşte protocoalele terapeutice elaborate şi aprobate conform prevederilor legale, după caz;
l) actul de înfiinţare sau de organizare în concordanţă cu tipurile de activităţi pe care le desfăşoară, după caz;
m) copie a ordinului ministrului sănătăţii privind clasificarea unităţii sanitare, după caz.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Obligaţiile furnizorilor de servicii medicale

Art. 130. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de servicii medicale au următoarele obligaţii:
a) să respecte criteriile de calitate a serviciilor medicale furnizate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
b) să informeze asiguraţii cu privire la obligaţiile furnizorului şi ale asiguratului referitoare la actul medical;
c) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
d) să factureze lunar, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, activitatea realizată conform contractelor de furnizare de servicii medicale; factura este însoţită de documentele justificative privind activităţile realizate în mod distinct, conform prevederilor prezentului contract-cadru şi ale normelor de aplicare a acestuia, atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, factura şi documentele justificative se transmit numai în format electronic;
e) să raporteze caselor de asigurări de sănătate datele necesare pentru urmărirea desfăşurării activităţii, potrivit formularelor de raportare stabilite conform reglementărilor legale în vigoare; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea se face numai în format electronic;
f) să completeze corect şi la zi formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv pe cele privind evidenţele obligatorii, pe cele cu regim special şi pe cele tipizate;
g) să respecte dreptul la libera alegere de către asigurat a medicului şi a furnizorului;
h) să respecte programul de lucru şi să îl comunice caselor de asigurări de sănătate, în baza unui formular al cărui model este prevăzut în norme, program asumat prin contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
i) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
j) să asigure respectarea prevederilor actelor normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
k) să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală electronică pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală din sistemul asigurărilor sociale de sănătate şi să îl elibereze, ca o consecinţă a actului medical propriu, numai pentru serviciile medicale care fac obiectul contractului cu casa de asigurări de sănătate; să asigure utilizarea formularului de prescripţie medicală, care este formular cu regim special unic pe ţară, pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope; să furnizeze tratamentul, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, şi să prescrie medicamentele cu şi fără contribuţie personală de care beneficiază asiguraţii, corespunzătoare denumirilor comune internaţionale aprobate prin hotărâre a Guvernului, informând în prealabil asiguratul despre tipurile şi efectele terapeutice ale medicamentelor pe care urmează să i le prescrie;
l) să asigure acordarea serviciilor medicale asiguraţilor fără nicio discriminare, folosind formele cele mai eficiente de tratament;
m) să acorde cu prioritate asistenţă medicală femeilor gravide şi sugarilor;
n) să afişeze într-un loc vizibil programul de lucru, numele casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală, precum şi datele de contact ale acesteia: adresă, telefon, fax, e-mail, pagină web;

o) să asigure eliberarea actelor medicale, în condiţiile stabilite în prezenta hotărâre şi în norme;
p) să respecte protocoalele terapeutice pentru prescrierea şi decontarea tratamentului în cazul unor afecţiuni, conform dispoziţiilor legale;
q) să utilizeze sistemul de raportare în timp real, începând cu data la care acesta va fi pus în funcţiune;
r) să asigure acordarea de asistenţă medicală necesară beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să acorde asistenţă medicală pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
s) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor;
ş) să asigure acordarea serviciilor medicale prevăzute în pachetul de servicii medicale;
t) să încaseze sumele reprezentând contribuţia personală pentru unele serviciile medicale de care au beneficiat asiguraţii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
ţ) să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate - bilet de trimitere către unităţile sanitare de recuperare/reabilitare cu paturi sau în ambulatoriu şi prescripţia medicală electronică în ziua externării pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligaţii, casele de asigurări de sănătate recuperează de la furnizori contravaloarea serviciilor medicale recomandate/medicamentelor cu şi fără contribuţie personală prescrise, ce au fost efectuate/eliberate de alţi furnizori în baza acestor formulare şi decontate de casele de asigurări de sănătate din Fond;
u) să recomande asiguraţilor tratamentul, cu respectarea condiţiilor privind modalităţile de prescriere a medicamentelor, conform prevederilor legale în vigoare;
v) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a furnizorului, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor;
w) să completeze dosarul electronic de sănătate al pacientului, de la data implementării acestuia;
x) să informeze medicul de familie al asiguratului, prin scrisoare medicală sau biletul de ieşire din spital, cu obligaţia ca acesta să conţină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală, trimise direct sau prin intermediul asiguratului, despre tratamentul efectuat şi despre orice alte aspecte privind starea de sănătate a acestuia; scrisoarea medicală sau biletul de ieşire din spital este un document tipizat care se întocmeşte la data externării, într-un singur exemplar, transmis medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului; să finalizeze actul medical efectuat, inclusiv prin eliberarea în ziua externării a prescripţiei medicale pentru medicamente cu sau fără contribuţie personală şi, după caz, pentru unele materiale sanitare, recomandări de dispozitive medicale, respectiv eliberarea de concedii medicale pentru incapacitate temporară de muncă, în situaţia în care concluziile examenului medical impun acest lucru;
y) să nu încaseze sume pentru serviciile medicale furnizate prevăzute în pachetele de servicii pentru care nu este prevăzută o reglementare în acest sens;
z) să verifice biletele de internare în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
aa) să întocmească liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile, pentru eficientizarea serviciilor medicale, după caz; în acest sens, odată cu raportarea ultimei luni a fiecărui trimestru, se depun la casa de asigurări de sănătate, pe fiecare secţie, numărul cazurilor programate aferente trimestrului respectiv, după cum urmează: număr cazuri programate aflate la începutul trimestrului, număr cazuri programate intrate în cursul trimestrului, număr cazuri programate ieşite în cursul trimestrului şi număr cazuri programate aflate la sfârşitul trimestrului;
ab) să solicite, începând cu data implementării cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, acest document titularilor acestuia în vederea acordării serviciilor medicale; serviciile medicale acordate în alte condiţii decât cele menţionate anterior nu se decontează furnizorilor de către casele de asigurări de sănătate;
ac) să utilizeze prescripţia medicală electronică on-line şi în situaţii justificate prescripţia medicală electronică off-line pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, cu respectarea tuturor prevederilor legale în vigoare; asumarea prescripţiei electronice de către medicii prescriptori se face prin semnătură electronică extinsă, potrivit dispoziţiilor Legii nr. 455/2001, republicată. În situaţia în care medicii prescriptori nu deţin semnătură electronică, prescripţia medicală se va lista pe suport hârtie şi va fi completată şi semnată de medicul prescriptor în condiţiile prevăzute în norme;
ad) să introducă în sistemul informatic toate prescripţiile medicale prescrise off-line până în ultima zi a lunii în care s-a făcut prescrierea off-line sau cel târziu până la data prevăzută în contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale pentru raportarea lunară a activităţii realizate;
ae) să introducă în sistemul informatic, în situaţia în care nu a fost îndeplinită obligaţia prevăzută la lit. ad), toate prescripţiile medicale prescrise off-line, până cel târziu în ultima zi a fiecărui trimestru în care s-a făcut prescrierea off-line.

Art. 131. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, unităţile sanitare au dreptul:

a) să primească contravaloarea serviciilor medicale realizate şi validate de casele de asigurări de sănătate, în limita valorii de contract stabilite, precum şi în conformitate cu actele normative elaborate de Ministerul Sănătăţii, în condiţiile prevăzute în norme;
b) să fie informate de către casele de asigurări de sănătate cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale care nu se decontează de casele de asigurări de sănătate din Fond, conform prevederilor legale în vigoare;
d) să negocieze, în calitate de parte contractantă, clauzele suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare;
e) să încaseze sumele reprezentând contribuţia personală pentru unele servicii medicale de care au beneficiat asiguraţii, conform prevederilor legale în vigoare;
f) să încaseze contravaloarea serviciilor medicale la cerere;
g) să primească din partea caselor de asigurări de sănătate motivarea în format electronic cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 132. -
În relaţiile contractuale cu furnizorii de servicii medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte numai cu furnizorii de servicii medicale autorizaţi şi evaluaţi şi să facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, lista nominală a acestora, cuprinzând denumirea şi valoarea de contract a fiecăruia, şi să actualizeze permanent această listă în funcţie de modificările apărute, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării acestora, conform legii;
b) să deconteze furnizorilor de servicii medicale, la termenele prevăzute în contract, pe baza facturii însoţite de documente justificative prezentate atât pe suport hârtie, cât şi în format electronic, în formatul solicitat de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate şi validate conform normelor, în limita valorii de contract; pentru furnizorii care au semnătură electronică extinsă, raportarea în vederea decontării se poate face numai în format electronic;
c) să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de contractare a serviciilor medicale suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, precum şi la eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate; să informeze furnizorii de servicii medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
d) să informeze în prealabil, în termenul prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, furnizorii de servicii medicale cu privire la condiţiile de acordare a serviciilor medicale şi cu privire la orice intenţie de schimbare în modul de acordare a acestora, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative;
e) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de servicii medicale sau, după caz, să le comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
f) să recupereze de la furnizorii care au acordat servicii medicale sumele reprezentând contravaloarea acestor servicii, precum şi contravaloarea unor servicii medicale, medicamente cu şi fără contribuţie personală, materiale sanitare, dispozitive medicale îngrijiri la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu acordate de alţi furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în baza biletelor de trimitere/ recomandărilor medicale şi/sau prescripţiilor medicale eliberate de către aceştia, în situaţia în care nu au fost îndeplinite condiţiile pentru ca asiguraţii să beneficieze de aceste servicii la data emiterii biletelor de trimitere, prescripţiilor medicale si recomandărilor. Sumele astfel obţinute se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
g) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
h) să comunice în format electronic furnizorilor motivarea cu privire la erorile de raportare şi refuzul decontării anumitor servicii; să comunice în format electronic furnizorilor cu ocazia regularizărilor trimestriale motivarea sumelor decontate; în situaţia în care se constată ulterior că refuzul decontării unor servicii a fost nejustificat, sumele neachitate se vor regulariza;
i) să deconteze, în primele 10 zile ale lunii următoare celei pentru care se face plata, contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraţilor în luna precedentă, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti, cu încadrarea în sumele contractate. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor

contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare depuse până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii medicale spitaliceşti; trimestrial se fac regularizări, în condiţiile prevăzute în norme;
j) să ţină evidenţa serviciilor medicale acordate de furnizori, în funcţie de casa de asigurări de sănătate la care sunt luaţi în evidenţă aceştia;
k) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale în cazul serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare; acestea se decontează dacă biletele de internare sunt cele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

SECŢIUNEA a 5-a
Decontarea serviciilor medicale

Art. 133. -
(1) Modalitatea de plată este tariful pe zi de spitalizare, stabilit pe baza unor indicatori specifici prevăzuţi în norme pentru serviciile medicale acordate în sanatorii/secţii sanatoriale din spitale pentru adulţi şi copii, inclusiv cele balneare, şi în preventorii. Tariful pe zi de spitalizare se stabileşte prin negociere între furnizori şi casele de asigurări de sănătate şi nu poate fi mai mare decât tariful maximal prevăzut în norme. Contravaloarea acestor servicii este suportată din fondul aferent asistenţei medicale acordate în sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare ori au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.
(2) În cadrul sumelor negociate şi contractate, casele de asigurări de sănătate vor deconta în primele 10 zile ale lunii următoare sumele aferente lunii precedente. Pentru fiecare lună, casele de asigurări de sănătate pot efectua până la data de 20 decontarea lunii curente pentru perioada 1-15 a lunii, în baza indicatorilor specifici realizaţi şi în limita sumelor contractate, pe baza facturii şi a documentelor însoţitoare. Trimestrial se fac regularizări, în condiţiile stabilite prin norme.
(3) În cazul sanatoriilor balneare, sumele negociate şi contractate cu casele de asigurări de sănătate sunt diminuate cu partea de contribuţie suportată de asiguraţi, în funcţie de tipul de asistenţă medicală balneară şi de durata tratamentului, în condiţiile stabilite în norme.

Art. 134. -
Casele de asigurări de sănătate decontează numai contravaloarea serviciilor medicale acordate în baza biletelor de internare utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

SECŢIUNEA a 6-a
Sancţiuni, condiţii de modificare şi încetarea contractelor de furnizare de servicii medicale

Art. 135. -
(1) Nerespectarea oricăreia dintre obligaţiile contractuale de către furnizorii de servicii medicale prevăzute la art. 130 lit. a)-u) şi w)-ac) atrage diminuarea valorii de contract, după cum urmează:
a) la prima constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 1% la valoarea de contract aferentă lunii în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b) la a doua constatare, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 3% la valoarea de contract lunară;
c) la a treia constatare şi la următoarele constatări după aceasta, reţinerea unei sume calculate prin aplicarea unei cote de 9% la valoarea de contract lunară.
(2) În cazul în care în derularea contractului se constată nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 130 lit. ae) se reţine o sumă egală cu contravaloarea sumei suportate din Fond aferente prescripţiilor medicale electronice off-line neintroduse în sistemul informatic, prescrise şi eliberate în cadrul trimestrului.
(3) Pentru punerea în aplicare a sancţiunii prevăzute la alin. (2), nerespectarea obligaţiilor de la art. 130 lit. ae) se constată de casele de asigurări de sănătate trimestrial şi cumulat de la începutul anului până la sfârşitul trimestrului respectiv prin compararea, pentru fiecare medic prescriptor aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, a componentei prescriere cu componenta eliberare pentru toate prescripţiile medicale electronice off-line.
(4) Reţinerea sumelor potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. În situaţia în care suma prevăzută la alin. (2) depăşeşte prima plată, recuperarea sumei se realizează prin plată directă sau executare silită, în condiţiile legii.
(5) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plata directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(6) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.

Art. 136. -
(1) Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate se modifică în sensul suspendării sau excluderii unor servicii din obiectul contractului, printr-o notificare scrisă, în următoarele situaţii:

a) una sau mai multe secţii nu mai îndeplinesc condiţiile de contractare; suspendarea se face până la îndeplinirea condiţiilor obligatorii pentru reluarea activităţii;
b) încetarea termenului de valabilitate, la nivelul secţiei/secţiilor, a autorizaţiei sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare, cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestora; suspendarea se face până la obţinerea noii autorizaţii sanitare de funcţionare sau a documentului similar, respectiv a dovezii de evaluare;
c) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
d) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative.
(2) În situaţiile prevăzute la alin. (1), pentru perioada de suspendare, valorile lunare de contract se reduc proporţional cu numărul de zile calendaristice pentru care operează suspendarea.

Art. 137. -

Contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate încetează în următoarele situaţii:
a) de drept la data la care a intervenit una din următoarele situaţii:
a1) furnizorul de servicii medicale îşi încetează activitatea în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetare prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare, desfiinţare sau reprofilare a furnizorului de servicii medicale, după caz;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
b) acordul de voinţă al părţilor;
c) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului, cu indicarea motivului şi a temeiului legal.

CAPITOLUL X
Medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 138. -

(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se eliberează de către farmaciile autorizate de Ministerul Sănătăţii, evaluate conform reglementărilor legale în vigoare, în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate.
(2) Toate farmaciile care deţin autorizaţie de funcţionare în vigoare pentru distribuţie cu amănuntul şi sunt evaluate conform reglementărilor legale în vigoare sunt eligibile în ceea ce priveşte încheierea contractului de furnizare de medicamente cu casele de asigurări de sănătate, dacă deţin dovada respectării Regulilor de bună practică farmaceutică pe baza certificatului eliberat de Colegiul Farmaciştilor din România, avizat în ultimul an calendaristic. În cazul sancţiunii de suspendare a autorizaţiei de funcţionare, Ministerul Sănătăţii şi Colegiul Farmaciştilor din România, după caz, au obligaţia de a notifica în scris caselor de asigurări de sănătate aplicarea acestei sancţiuni.
(3) Contractele se încheie de reprezentantul legal al societăţii comerciale farmaceutice cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află sediul social al societăţii respective şi/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. În situaţia în care în cadrul aceleiaşi societăţi comerciale farmaceutice funcţionează mai multe farmacii, situate în judeţe diferite, reprezentantul legal al societăţii comerciale încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti, în a căror rază teritorială se află amplasate farmaciile respective şi/sau cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti. În situaţia în care o societate comercială farmaceutică are deschise oficine locale de distribuţie, înfiinţate conform prevederilor legale în vigoare, în alte judeţe, aceasta va încheia contract cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ-teritorială se află oficina locală de distribuţie, în condiţiile stabilite prin norme. Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult 2 furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate. Un farmacist îşi poate desfăşura activitatea la cel mult 3 furnizori aflaţi în relaţie contractuală cu casa/casele de asigurări de sănătate în situaţia în care, la unul dintre furnizori, asigură numai programul de continuitate în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii.
(4) Reprezentanţii legali ai furnizorilor care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti încheie contracte cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti.
(5) În cazul farmaciei aflate în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate. care, pe durata contractului de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, îşi

schimbă deţinătorul autorizaţiei de funcţionare, iar noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, această farmacie va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data notificării casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia şi depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu condiţia ca aceasta să îşi desfăşoare activitatea la acelaşi sediu şi în aceleaşi condiţii avute în vedere la contractare. Noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare are obligaţia de a depune în termen de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii autorizaţiei de funcţionare de către Ministerul Sănătăţii toate documentele necesare continuării relaţiei contractuale, actualizate în mod corespunzător. Nerespectarea acestei obligaţii conduce la excluderea farmaciei din contractul noului deţinător al autorizaţiei de funcţionare cu casa de asigurări de sănătate.
(6) În situaţia prevăzută la alin. (5), în cazul în care farmacia îşi mută sediul, aceasta va fi introdusă de drept în contractul pe care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare îl are cu casa de asigurări de sănătate, începând cu data depunerii la casa de asigurări de sănătate a dovezii de evaluare a farmaciei la noul sediu împreună cu notificarea casei de asigurări de sănătate a transferului acesteia şi depunerii documentelor de transfer al farmaciei, cu respectarea condiţiilor prevăzute la alin. (5).
(7) În cazul în care noul deţinător al autorizaţiei de funcţionare a farmaciei nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate la data transferului farmaciei, introducerea acesteia în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate se realizează cu respectarea reglementărilor privind procedura de contractare, conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 139. -

Lista cuprinzând DCI-uri ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asiguraţii pe bază de prescripţie medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, denumită în continuare listă, se elaborează în conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele pe baza cărora se încheie contractele

Art. 140. -

(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanţii legali ai societăţilor comerciale farmaceutice pentru farmaciile autorizate şi evaluate pe care aceştia le reprezintă, precum şi cu cei ai farmaciilor care funcţionează în structura unor unităţi sanitare din ambulatoriul de specialitate aparţinând ministerelor şi instituţiilor din domeniul apărării, ordinii publice, siguranţei naţionale şi autorităţii judecătoreşti, pe baza următoarelor documente:
a) certificatul de înmatriculare la registrul comerţului/actul de înfiinţare, după caz;
b) codul unic de înregistrare;
c) contul deschis la Trezoreria Statului/bancă;
d) dovada de evaluare a farmaciei valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
e) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic - farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
g) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
h) cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
i) certificatul de membru al Colegiului Farmaciştilor din România, avizat anual, pentru farmaciştii înregistraţi în contractul cu casa de asigurări de sănătate;
j) certificatul de Reguli de bună practică farmaceutică, eliberat de Colegiul Farmaciştilor din România - filiala judeţeană;
k) program de lucru atât pentru farmacii, cât şi pentru oficinele locale de distribuţie;
l) lista personalului de specialitate care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi durata timpului de lucru a acestuia (număr de ore/zi şi număr de ore/săptămână);
m) autorizaţia de funcţionare eliberată de Ministerul Sănătăţii;
n) certificatul de membru al OAMGMAMR pentru asistentul medical, valabil la data încheierii contractului.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Drepturile şi obligaţiile furnizorilor de medicamente

Art. 141. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente evaluaţi au următoarele obligaţii:
a) să se aprovizioneze continuu cu medicamentele corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în listă, cu prioritate cu medicamentele al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă - pentru medicamentele din sublistele A, B şi C - secţiunile C1 şi C3;
b) să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceleiaşi DCI, cu prioritate la preţurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, în maximum 24 de ore pentru bolile acute şi subacute şi 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie; solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie sa facă dovada demersurilor efectuate în acest sens;
c) să deţină documente justificative privind intrările şi ieşirile pentru medicamentele şi materialele sanitare eliberate în baza prescripţiilor medicale raportate spre decontare;
d) să verifice prescripţiile medicale în ceea ce priveşte datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, în vederea eliberării acestora şi a decontării contravalorii medicamentelor; medicamentele cuprinse în prescripţiile medicale electronice/prescripţiile cu regim special pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, care nu conţin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripţie medicală, nu se eliberează de către farmacii şi nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.
e) să verifice dacă au fost respectate condiţiile prevăzute în norme cu privire la eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi durata terapiei în funcţie de tipul de afecţiune: acut, subacut, cronic;
f) să transmită caselor de asigurări de sănătate datele solicitate, utilizând platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de medicamente evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;
g) să întocmească şi să prezinte caselor de asigurări de sănătate, în condiţiile stabilite prin norme, documentele necesare în vederea decontării medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu - factura şi alte documente justificative prevăzute în norme. Sumele prevăzute în factură şi medicamentele şi materialele sanitare din documentele justificative însoţitoare, prezentate caselor de asigurări de sănătate de furnizorii de medicamente în vederea decontării acestora, trebuie să corespundă cu datele raportate în Sistemul unic integrat şi cu datele raportate conform prevederilor lit. v);
h) să respecte modul de eliberare a medicamentelor cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în condiţiile stabilite prin norme; să nu elibereze medicamente pentru care este necesară prescripţie medicală, în lipsa acesteia;
i) să funcţioneze cu personal farmaceutic autorizat conform legii;
j) să informeze asiguraţii cu privire la drepturile şi obligaţiile ce decurg din calitatea de asigurat privind eliberarea medicamentelor, precum şi la modul de utilizare a acestora, conform prescripţiei medicale; să afişeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi puse la dispoziţie de către aceasta;
k) să respecte prevederile Codului deontologic al farmacistului, aprobat prin Decizia Adunării generale naţionale a Colegiului Farmaciştilor din România nr. 2/2009 privind aprobarea Statutului Colegiului Farmaciştilor din România şi a Codului deontologic al farmacistului, în relaţiile cu asiguraţii;
l) să îşi stabilească programul de funcţionare, pe care să îl afişeze la loc vizibil în farmacie, să participe la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii, şi să afişeze la loc vizibil lista farmaciilor care asigură continuitatea furnizării de medicamente, publicată pe pagina web a casei de asigurări de sănătate. Acest program se stabileşte în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
m) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale asiguraţilor, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidenţă asiguratul, în condiţiile în care furnizorul de medicamente are contract cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate cu care medicul care a eliberat prescripţia medicală a încheiat contract sau convenţie în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale eliberate, în situaţiile prevăzute în norme;
n) să anuleze, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea menţiunii "anulat", DCI-urile/medicamentele care nu au fost eliberate, în faţa primitorului, pe exemplarele prescripţiei medicale electronice off-line şi pentru prescripţiile medicale eliberate pentru substanţele şi preparatele psihotrope şi stupefiante, în condiţiile stabilite prin norme, nefiind permisă eliberarea altor medicamente din farmacie în cadrul sumei respective;
o) să nu elibereze medicamentele din prescripţiile medicale care şi-au încetat valabilitatea;
p) să păstreze la loc vizibil în farmacie condica de sugestii şi reclamaţii; condica va fi numerotată de farmacie şi ştampilată de casa/casele de asigurări de sănătate cu care furnizorul se află în relaţie contractuală;

q) să asigure prezenţa unui farmacist în farmacie şi la oficinele locale de distribuţie pe toată durata programului de lucru declarat şi prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
r) să depună, în luna următoare celei pentru care s-au eliberat medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, documentele necesare în vederea decontării pentru luna respectivă, până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de medicamente;
s) să se informeze asupra condiţiilor de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu;
ş) să elibereze medicamentele din sublistele A, B şi C - secţiunile C1 şi C3, ale căror preţuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu preţul de referinţă, cu excepţia cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială sau la cererea asiguratului. În cazul în care medicamentele eliberate au preţ pe unitatea terapeutică mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceleiaşi DCI au preţul de vânzare cu amănuntul mai mare decât preţul de referinţă, farmacia trebuie să obţină acordul informat şi în scris al asiguratului/primitorului pe prescripţie - componenta eliberare;
t) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
ţ) să anunţe casa de asigurări de sănătate cu privire la modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de medicamente în tratamentul ambulatoriu, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
u) să acorde medicamentele prevăzute în lista cu medicamente de care beneficiază asiguraţii cu sau fără contribuţie personală, care se aprobă prin hotărâre a Guvernului, şi să nu încaseze contribuţie personală pentru medicamentele la care nu sunt prevăzute astfel de plăţi;
v) să transmită zilnic caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, situaţia medicamentelor eliberate de farmaciile care din motive justificate, cu avizul casei de asigurări de sănătate, nu eliberează medicamente în sistem on-line, precum şi situaţia substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope eliberate de farmacii, conform formularelor de raportare aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate; nerespectarea nejustificată a acestei obligaţii pe perioada derulării contractului conduce la rezilierea acestuia la a patra constatare;
w) să nu elibereze prescripţiile medicale care nu conţin toate datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă, precum şi dacă nu au fost respectate condiţiile prevăzute în norme privind eliberarea prescripţiilor medicale, referitoare la numărul de medicamente şi la durata terapiei, excepţie făcând situaţiile prevăzute la art. 143 lit. c);
x) să utilizeze sistemul de raportare în timp real începând cu data la care acesta este pus în funcţiune;
y) să reînnoiască pe toată perioada de derulare a contractului dovada de evaluare a farmaciei şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor - farmacii/oficine, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul farmaceutic: farmaciştii şi asistenţii de farmacie, care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;
z) să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate titularilor cardului european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să elibereze medicamentele din prescripţiile medicale eliberate de medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
aa) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului 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 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare, la preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;
ab) să întocmească evidenţe distincte pentru medicamentele acordate şi decontate din bugetul Fondului 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 medicamente cu sau fără contribuţie personală acordate pe teritoriul României, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la medicamente şi, după caz, de documentele justificative/documente însoţitoare, la preţurile de referinţă stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;
ac) să nu elibereze medicamente cu sau fără contribuţie personală în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, prin farmaciile/oficinele locale de distribuţie excluse din contractele încheiate între societăţile comerciale farmaceutice şi casa de asigurări de sănătate, după data excluderii acestora din contract, sau prin alte puncte de desfacere de medicamente, farmacii/oficine locale de distribuţie decât cele prevăzute în contract.

Art. 142. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de medicamente au următoarele drepturi:
a) să primească de la casa de asigurări de sănătate, la termenele prevăzute în contract, contravaloarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală eliberate conform facturilor emise şi documentelor însoţitoare, în condiţiile prevăzute în norme;
b) să se informeze şi să fie informaţi asupra modalităţii de furnizare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să cunoască condiţiile de contractare a furnizării de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, suportate din Fond şi decontate de casele de asigurări de sănătate, în conformitate cu prevederile legale în vigoare, precum şi eventualele modificări ale acestora survenite ca urmare a apariţiei unor noi acte normative;
d) să încaseze de la asiguraţi contribuţia personală reprezentând diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A şi B asupra preţului de referinţă, respectiv diferenţa dintre preţul de vânzare cu amănuntul şi preţul de referinţă al medicamentelor, decontată de casele de asigurări de sănătate;
e) să negocieze în calitate de parte contractantă clauze suplimentare la contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate, conform şi în limita prevederilor legale în vigoare.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 143. -
În relaţiile contractuale cu furnizorii de medicamente, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai cu furnizorii de medicamente autorizaţi şi evaluaţi conform reglementărilor legale în vigoare şi să facă publice, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, prin afişare pe pagina web, lista acestora, pentru informarea asiguraţilor; să actualizeze pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate, modificările intervenite în lista acestora, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;
b) Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranţei Naţionale şi Autorităţii Judecătoreşti este obligată să încheie contracte cu cel puţin o farmacie în localităţile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraţilor la medicamente;
c) să nu deconteze contravaloarea prescripţiilor medicale care nu conţin datele obligatorii privind prescrierea şi eliberarea acestora; casele de asigurări de sănătate decontează prescripţii medicale care nu conţin toate datele, dar numai pentru afecţiuni acute şi dacă se pot identifica medicul şi asiguratul şi dacă se specifică faptul că tratamentul este prescris pentru afecţiune acută. În această situaţie casele de asigurări de sănătate atenţionează medicii care prescriu reţete fără toate datele obligatorii necesare în vederea eliberării acestora şi încasează de la medicii respectivi valoarea decontată pentru fiecare prescripţie medicală la care s-au constatat astfel de deficienţe. Sumele obţinute din aceste încasări se utilizează conform prevederilor legale în vigoare;
d) să deconteze furnizorilor de medicamente cu care au încheiat contracte contravaloarea medicamentelor eliberate cu şi fără contribuţie personală, la termenele prevăzute în prezentul contract-cadru, în condiţiile prevăzute în norme;
e) să urmărească lunar, în cadrul aceleiaşi DCI, raportul dintre consumul de medicamente, al căror preţ pe unitate terapeutică/preţ de vânzare cu amănuntul, după caz, este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, şi total consum medicamente; să urmărească lunar evoluţia consumului de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, comparativ cu fondul alocat cu această destinaţie, luând măsurile ce se impun;
f) să informeze furnizorii de medicamente în prealabil, într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre, cu privire la condiţiile de contractare şi la modificările apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de medicamente cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;
g) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de medicamente sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
h) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente numele şi codul de parafă ale medicilor care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, cel mai târziu la data încetării relaţiilor contractuale dintre casa de asigurări de sănătate şi medicii respectivi; să publice şi să actualizeze în timp real, pe site-ul casei de asigurări de sănătate, numele şi codul de parafă ale medicilor care sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
i) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;

j) să publice pe pagina web proprie lista farmaciilor cu care se află în relaţie contractuală şi care participă la sistemul organizat pentru asigurarea continuităţii privind furnizarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu în zilele de sâmbătă, duminică şi de sărbători legale, precum şi pe timpul nopţii;
k) să aducă la cunoştinţa furnizorilor de medicamente, prin publicare zilnică pe pagina web proprie, situaţia fondurilor lunare aprobate şi a fondurilor disponibile de la data publicării până la sfârşitul lunii în curs pentru eliberarea medicamentelor;
l) să publice lunar, pe pagina web proprie, totalul plăţilor efectuate în luna anterioară către furnizorii de medicamente.

SECŢIUNEA a 5-a
Modalităţile de prescriere, eliberare şi decontare

Art. 144. -
(1) Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra preţului de referinţă.
(2) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista A este de 90% din preţul de referinţă, a celor din sublista B este de 50% din preţul de referinţă, iar a celor din secţiunile C1 şi C3 din sublista C este de 100% din preţul de referinţă.
(3) Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublista B este de 90% din preţul de referinţă, din care 50% se suportă din bugetul Fondului şi 40% din transferuri din bugetul Ministerului Sănătăţii către bugetul Fondului, pentru prescripţiile a căror contravaloare la nivelul preţului de referinţă/prescripţie este de până la 330 lei/lună şi de care beneficiază pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.
(4) Preţul de referinţă pentru medicamentele cu şi fără contribuţie personală prescrise în tratamentul ambulatoriu se defineşte pentru fiecare sublistă pe baza unei metode de calcul care să asigure creşterea accesului asiguraţilor la medicamente în condiţiile utilizării eficiente a Fondului, luând în calcul următoarele elemente: grupele terapeutice sau DCI, după caz, formele farmaceutice asimilabile, doza zilnică standard stabilită conform regulilor Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii sau cantitatea de substanţă activă, după caz.
(5) Lista preţurilor de referinţă pe unitate terapeutică aferente medicamentelor - denumiri comerciale din catalogul naţional al preţurilor medicamentelor de uz uman autorizate de punere pe piaţă (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătăţii, elaborată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, şi metoda de calcul pentru sublistele A, B şi C - secţiunile C1 şi C3 din sublistă se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. În listă se cuprind preţurile de referinţă aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Pentru medicamentele autorizate, care au primit preţ şi au fost listate în CANAMED, deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă este obligat să asigure medicamentul pe piaţă în cantităţi suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienţilor, de la data avizării preţului.
(6) În situaţia în care se constată că deţinătorul de autorizaţie de punere pe piaţă nu a asigurat prezenţa medicamentelor pe piaţă conform prevederilor legale, medicamentele se exclud din lista prevăzută la alin. (5) în maximum 30 de zile de la data comunicării lipsei medicamentelor de pe piaţă de către instituţiile abilitate sau de la sesizarea Agenţiei Naţionale a Medicamentelor şi Dispozitivelor Medicale.
(7) Denumirile comerciale corespunzătoare medicamentelor biologice, similare unor medicamente biologice de referinţă, se includ în lista prevăzută la alin. (5) numai după emiterea raportului de sinteză de evaluare a tehnologiilor medicale favorabil, elaborat de structurile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi transmis Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.
(8) Denumirile comerciale corespunzătoare medicamentelor generice care au primit autorizaţie de punere pe piaţă, fără a avea medicament originator pe piaţa din România, se includ în lista prevăzută la alin. (5) numai după emiterea unui raport de sinteză de evaluare a tehnologiilor medicale favorabil de structurile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii şi transmiterea acestuia Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate cu 10 zile anterior actualizării CANAMED.
(9) Decontarea pentru activitatea curentă a anilor 2014- 2015 se efectuează în ordine cronologică, până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripţiilor medicale eliberate asiguraţilor şi acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoţesc de către casa de asigurări de sănătate.
(10) Durata maximă de verificare a prescripţiilor medicale prevăzute la alin. (9) nu poate depăşi 30 de zile calendaristice de la data depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

Art. 145. -
(1) Modalităţile de prescriere, de eliberare şi de decontare a medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se stabilesc prin norme. Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaţionale - DCI, iar în cazuri justificate medical, precum şi în cazul produselor biologice prescrierea se face pe denumirea comercială, cu precizarea pe prescripţie şi a denumirii comune internaţionale - DCI corespunzătoare. Cu excepţia cazurilor în care medicul recomandă o anumită denumire comercială, recomandarea farmacistului pentru denumirile comerciale aferente DCI prescrise de medic se face în ordinea crescătoare a preţului, începând cu medicamentul cel mai ieftin din cadrul DCI respective. Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu şi fără contribuţie personală, cu respectarea următoarelor condiţii:

a) pentru sublistele A şi B - o prescripţie/mai multe prescripţii lunar, care să nu depăşească cumulativ 7 medicamente diferite pe toate prescripţiile aferente unei luni. Valoarea totală a medicamentelor din sublista B, calculată la nivelul preţului de referinţă, este de până la 330 lei pe lună;
b) în situaţia în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul preţului de referinţă, mai mare de 330 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă şi alte medicamente din sublista B;
c) o singură prescripţie din sublista B lunar pentru pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, a cărei contravaloare la nivelul preţului de referinţă este de până la 330 lei pe lună/prescripţie, şi un număr de maximum 3 medicamente, situaţie în care nu beneficiază de medicamente din sublista B în condiţiile prevăzute la lit. a) şi b), cu compensare de 90% din preţul de referinţă. În acest caz, se pot prescrie maximum 7 medicamente din sublistele A şi B;
d) pentru sublista C secţiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripţie/maxim două prescripţii lunar, cu maximum 3 medicamente;
e) pentru sublista C secţiunea C3 - o singură prescripţie lunar, cu maximum 4 medicamente.
(2) Prin excepţie, în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, cu modificările şi completările ulterioare, se pot emite pentru acelaşi asigurat mai multe prescripţii, conform reglementărilor legale în vigoare.
(3) Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoştinţa furnizorilor de servicii medicale cazurile în care nu au fost respectate prevederile alin. (1) lit. a), precum şi cazurile în care s-a eliberat o prescripţie medicală/maximum două prescripţii pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secţiunea C1, şi mai mult de o prescripţie medicală pe lună, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secţiunea C3; în această situaţie, asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar, cu excepţia situaţiei prevăzute la alin. (2).
(4) Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condiţiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor al căror preţ pe unitatea terapeutică este mai mic sau egal cu preţul de referinţă, corespunzătoare medicamentelor cuprinse în sublistele pentru care se calculează preţ de referinţă pentru forme farmaceutice asimilabile, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.
(5) Pe acelaşi formular de prescripţie se pot înscrie medicamente din subliste diferite. Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidenţă distinctă pentru fiecare sublistă, cu excepţia medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experţi ai Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, precum şi a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripţii în condiţiile prevăzute la art. 144 alin. (3), în condiţiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripţie distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.
(6) Copiii cu vârsta cuprinsă între 0 şi 12 luni beneficiază de medicamente gratuite, fără plafonare valorică şi cantitativă. Valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecţiunilor copiilor cu vârsta cuprinsă între 0 şi 12 luni se suportă din Fond, conform prevederilor legale în vigoare.
(7) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de până la 3-7 zile în afecţiuni acute, de până la 8-10 zile în afecţiuni subacute şi de până la 30-31 de zile pentru bolnavii cu afecţiuni cronice. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate şi cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie/medicii de specialitate din specialităţile clinice aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor şi asiguratul beneficiar al prescripţiei medicale. Asiguraţii respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripţie medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripţia medicală.

Art. 146. -

(1) Medicamentele cu şi fără contribuţie personală pentru tratamentul în ambulatoriu se acordă pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate.
(2) Pentru elevii şi studenţii care urmează o formă de învăţământ în altă localitate decât cea de reşedinţă, în caz de urgenţă medicală, medicul din cabinetul şcolar sau studenţesc poate prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligaţia să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul şi tratamentul prescris; scrisoarea medicală va fi un document tipizat care se întocmeşte în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, iar un exemplar este expediat medicului de familie, direct sau prin intermediul asiguratului. Medicii dentişti din cabinetele stomatologice şcolare şi studenţeşti pot prescrie medicamente numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, dacă nu sunt înscrişi în lista unui medic de familie. Medicii din instituţiile de asistenţă socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Ministerului Muncii, Familiei, Protecţiei Sociale şi Persoanelor Vârstnice pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecţiuni acute din aceste instituţii, în situaţia în care persoanele instituţionalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie. Medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecţiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile

comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările şi completările ulterioare. Casele de asigurări de sănătate încheie convenţii cu medicii/medicii dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituţiile aflate în coordonarea Autorităţii Naţionale pentru Persoanele cu Handicap, cu unităţile sanitare pentru medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală şi staţionar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unităţi fără personalitate juridică, şi cu medicii din unităţile şi compartimentele de primire a urgenţelor din cadrul spitalelor ce sunt finanţate din bugetul de stat, în vederea recunoaşterii prescripţiilor medicale pentru medicamente cu şi fără contribuţie personală eliberate de către aceştia. Modelul convenţiei este cel prevăzut în norme. Prin medici/medici dentişti din cabinetele şcolare şi studenţeşti se înţelege medicii din cabinetele medicale şi stomatologice din şcoli şi unităţi de învăţământ superior, finanţate de la bugetul de stat.

SECŢIUNEA a 6-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, suspendare şi încetare a contractelor

Art. 147. -
(1) În cazul în care se constată nerespectarea nejustificată a programului de lucru comunicat casei de asigurări de sănătate şi prevăzut în contract, se aplică următoarele măsuri:
a) la prima constatare, diminuarea cu 5% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(2) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 141 lit. a)-f), h), j)-x) şi z)-ab), se aplică următoarele măsuri:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii. Pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 141 lit. b) nu se aplică diminuări ale sumei cuvenite pentru luna în care s-a înregistrat această situaţie, dacă vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate printr-o declaraţie scrisă.
(3) Reţinerea sumei potrivit alin. (1) şi (2) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(4) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) şi (2) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(5) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) şi (2) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
Art. 148. -
(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri, ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) dacă farmacia evaluată nu începe activitatea în termen de cel mult 30 de zile calendaristice de la data semnării contractului;
b) dacă, din motive imputabile farmaciei evaluate, aceasta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice;
c) în cazul expirării perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a autorizaţiei de funcţionare;
d) la expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a farmaciei;
e) dacă farmacia evaluată înlocuieşte medicamentele şi/sau materialele sanitare neeliberate din prescripţia medicală cu orice alte medicamente sau produse din farmacie;
f) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1); pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, odată cu prima constatare, după aplicarea la nivelul societăţii a măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către fiecare farmacie/oficină locală de distribuţie din structura societăţii farmaceutice; dacă la nivelul societăţii comerciale se aplică măsurile prevăzute la art. 147 alin. (1) pentru nerespectarea programului de lucru de către aceeaşi farmacie/aceeaşi oficină locală de distribuţie din structura sa, la prima constatare rezilierea contractului operează numai pentru farmacia/oficina locală de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii şi se modifică corespunzător contractul;
g) în cazul nerespectării termenelor de depunere a facturilor însoţite de borderouri şi prescripţii medicale privind eliberarea de medicamente conform contractului, în vederea decontării de către casele de asigurări de sănătate, pentru o perioadă de două luni consecutive în cadrul unui trimestru, respectiv 3 luni într-un an;
h) odată cu prima constatare, după aplicarea măsurilor prevăzute la art. 147 alin. (2); pentru nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 141 lit. b) nu se reziliază contractul în situaţia în care vina nu este exclusiv a farmaciei, fapt adus la cunoştinţa casei de asigurări de sănătate de către aceasta printr-o declaraţie scrisă;
i) în cazul refuzului furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate actele de evidenţă financiar-contabilă a medicamentelor şi/sau materialelor sanitare eliberate conform

contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
j) la prima constatare în cazul nerespectării obligaţiei prevăzute la art. 141 lit. ac)
(2) Pentru societăţile comerciale farmaceutice în cadrul cărora funcţionează mai multe farmacii/oficine locale de distribuţie, condiţiile de reziliere a contractelor prevăzute la art. 148 alin. (1) lit. f), g), h) şi j) - pentru nerespectarea prevederilor art. 141 lit. f), g), r), ţ) şi v), ac) - se aplică la nivel de societate; restul condiţiilor de reziliere prevăzute la alin. (1) se aplică corespunzător pentru fiecare dintre farmaciile/oficinele locale de distribuţie la care se înregistrează aceste situaţii, prin excluderea lor din contract şi modificarea contractului în mod corespunzător.

Art. 149. -

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu se suspendă cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricărui act dintre documentele prevăzute la art. 140 alin. (1) lit. a)-d) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 141 lit. y), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile lucrătoare de la data încetării valabilităţii/revocării acestuia;
b) în cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
c) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
d) nerespectarea de către furnizorii de medicamente a termenelor de plată a contribuţiei la Fond de la data constatării acestui fapt de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi ori până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor.
(2) Prevederile referitoare la condiţiile de suspendare se aplică societăţii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

Art. 150. -

(1) Contractul de furnizare de medicamente cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu încetează în următoarele situaţii:
a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) furnizorul de medicamente se mută din raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală;
a2) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de medicamente;
a3) încetarea definitivă a activităţii casei de asigurări de sănătate;
b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;
d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al farmaciei sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterioare datei de la care se doreşte încetarea contractului;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului în condiţiile art. 149 alin. (1) lit. a), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului.
(2) Prevederile referitoare la condiţiile de încetare se aplică societăţii comerciale farmaceutice sau farmaciilor, respectiv oficinelor locale de distribuţie, după caz.

CAPITOLUL XI
Dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu

SECŢIUNEA 1
Condiţii de eligibilitate

Art. 151. -

Dispozitivele medicale se acordă, pentru o perioadă determinată ori nedeterminată, de către furnizorii de dispozitive medicale care, în vederea intrării în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:
a) să fie avizaţi de Ministerul Sănătăţii, conform prevederilor legale în vigoare;
b) să fie evaluaţi potrivit dispoziţiilor legale în vigoare;
c) să depună, în vederea încheierii contractului, toate documentele necesare la termenele stabilite pentru contractare.

SECŢIUNEA a 2-a
Documentele necesare încheierii contractului

Art. 152. -
(1) Contractul de furnizare de dispozitive medicale se încheie între furnizorul de dispozitive medicale avizat, evaluat, prin reprezentantul legal sau împuternicitul legal al acestuia, după caz, şi casa de asigurări de sănătate, pe baza următoarelor documente:
a) certificatul de înregistrare cu cod unic de înregistrare şi certificatul de înscriere de menţiuni cu evidenţierea reprezentantului legal şi a codurilor CAEN pentru toate categoriile de activităţi pentru care se solicită intrarea în contract cu casa de asigurări de sănătate, dacă este cazul, sau actul de înfiinţare conform prevederilor legale în vigoare;
b) contul deschis la Trezoreria Statului/bancă;
c) dovada de evaluare, pentru sediul social lucrativ şi pentru punctele de lucru, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
d) certificatul/certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale, emis/emise de Ministerul Sănătăţii, şi/sau declaraţia/declaraţiile de conformitate CE, emisă/emise de producător - traduse de un traducător autorizat, după caz;
e) avizul de funcţionare emis, după caz, de Ministerul Sănătăţii;
f) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru furnizor, valabilă la data încheierii contractului, cu obligaţia furnizorului de a o reînnoi pe toată perioada derulării contractului;
g) lista preţurilor de vânzare cu amănuntul şi/sau a sumelor de închiriere pentru dispozitivele prevăzute în contractul de furnizare de dispozitive medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
h) dovada plăţii la zi a contribuţiei la Fond pentru asigurări sociale de sănătate, precum şi a contribuţiei pentru concedii şi indemnizaţii pentru cei care au această obligaţie legală, efectuată conform prevederilor legale în vigoare şi care trebuie prezentată casei de asigurări de sănătate până cel târziu în ultima zi a perioadei de contractare comunicată de casa de asigurări de sănătate;
i) cerere/solicitare pentru intrarea în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate;
j) dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia, valabilă la data încheierii contractului; furnizorul are obligaţia de a funcţiona cu personalul asigurat pentru răspundere civilă în domeniul medical pe toată perioada derulării contractului;
k) programul de lucru:
1. sediul social lucrativ;
2. punctul de lucru;
l) copie de pe actul constitutiv;
m) împuternicire legalizată pentru persoana desemnată ca împuternicit legal în relaţia cu casa de asigurări de sănătate, după caz;
n) copie de pe buletin/cartea de identitate al/a reprezentantului legal/împuternicitului furnizorului şi datele de contact ale acestuia.
(2) Documentele necesare încheierii contractelor, depuse în copie, sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura reprezentantului legal, pe fiecare pagină.
(3) Documentele solicitate în procesul de contractare, precum şi în cel de evaluare a furnizorului şi existente la nivelul casei de asigurări de sănătate nu vor mai fi depuse la încheierea contractelor, cu excepţia celor modificate sau cu perioadă de valabilitate expirată.

SECŢIUNEA a 3-a
Drepturile şi obligaţiile furnizorilor de dispozitive medicale

Art. 153. -
În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale evaluaţi au următoarele obligaţii:
a) să respecte prevederile legale privind condiţiile de introducere pe piaţă, de comercializare şi de punere în funcţiune a dispozitivelor medicale;
b) să livreze dispozitivul medical în conformitate cu recomandarea medicului şi să asigure service pentru dispozitivul medical livrat, conform prevederilor legale în vigoare, în cazul dispozitivelor medicale care necesită service;
c) să livreze dispozitivele medicale şi să desfăşoare activităţi de protezare numai la sediul social lucrativ sau la punctul/punctele de lucru pentru care deţin dovada de evaluare;
d) să verifice la livrare, după caz, adaptabilitatea şi buna funcţionare a dispozitivului medical;
e) să livreze dispozitivul medical comandat la termenul specificat în nota de comandă, astfel încât datele avute în vedere de către medicul specialist la emiterea recomandării medicale să nu sufere modificări, în condiţiile în care asiguratul respectă programarea pentru probă şi predarea dispozitivului medical la comandă;
f) să transmită Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, în vederea calculării preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere, preţurile de vânzare cu amănuntul şi sumele de închiriere ale dispozitivelor medicale, care trebuie să fie aceleaşi cu cele prevăzute la art. 152

alin. (1) lit. g), însoţite de certificatele de înregistrare a dispozitivelor medicale emise de Ministerul Sănătăţii şi/sau de declaraţiile de conformitate CE emise de producători, după caz;
g) să respecte confidenţialitatea tuturor datelor şi informaţiilor privitoare la asiguraţi, precum şi intimitatea şi demnitatea acestora; să asigure securitatea în procesul de transmitere a tuturor datelor cu caracter personal;
h) să emită, în vederea decontării, şi să depună la casa de asigurări de sănătate, până la data prevăzută în contractul de furnizare de dispozitive medicale, facturile însoţite de: copia certificatului de garanţie, declaraţie privind dispozitivele cu scopuri speciale pentru dispozitivele fabricate la comandă, după caz, conform prevederilor legale în vigoare, audiogramele efectuate după protezarea auditivă de către un furnizor autorizat şi evaluat, taloanele lunare pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, fotoliile rulante şi aparatele pentru administrare continuă cu oxigen, după caz, dovada verificării tehnice, după caz, confirmarea primirii dispozitivului medical sub semnătura beneficiarului ori a aparţinătorului acestuia: membru al familiei - părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, împuternicit legal, cu specificarea domiciliului, a actului de identitate şi a codului numeric personal/codul unic de asigurare sau a documentelor ce confirmă expedierea prin poştă, curierat, transport propriu ori închiriat şi primirea la domiciliu. Cheltuielile cu transportul dispozitivului medical la domiciliul asiguratului nu se decontează de casele de asigurări de sănătate; împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor;
i) să respecte dreptul asiguratului de a alege furnizorul de dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu;
j) să anunţe casa de asigurări de sănătate, în cazul dispozitivelor medicale la comandă, despre primirea deciziilor de aprobare, în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data primirii acestora;
k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate. În situaţia în care se utilizează un alt sistem informatic, acesta trebuie să fie compatibil cu sistemele informatice din platforma informatică din asigurările de sănătate, caz în care furnizorii sunt obligaţi să asigure confidenţialitatea în procesul de transmitere a datelor. Începând cu data implementării sistemului de raportare în timp real, acesta va fi utilizat de furnizorii de dispozitive medicale evaluaţi pentru îndeplinirea acestei obligaţii;
l) să anunţe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condiţiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de dispozitive medicale, în maximum 5 zile lucrătoare de la data producerii modificării, şi să îndeplinească în permanenţă aceste condiţii pe durata derulării contractelor;
m) să respecte toate prevederile legale în vigoare privind certificarea dispozitivelor medicale, prezentând în acest sens casei de asigurări de sănătate cu care încheie contract documentele justificative;
n) să reînnoiască, pe toată perioada de derulare a contractului, dovada de evaluare a furnizorului şi dovada asigurării de răspundere civilă pentru furnizor - atât pentru sediul social lucrativ, cât şi pentru punctele de lucru, precum şi dovada asigurării de răspundere civilă în domeniul medical pentru personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea la furnizor într-o formă prevăzută de lege şi care urmează să fie înregistrat în contract şi să funcţioneze sub incidenţa acestuia;
o) să asigure acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, beneficiarilor formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, în aceleaşi condiţii ca şi persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România; să asigure, după caz, acordarea dispozitivelor medicale, în baza prescripţiei medicale eliberate de medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale;
p) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi;
q) să întocmească evidenţe distincte pentru dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului 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, şi să raporteze lunar/trimestrial în vederea decontării caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală facturile, însoţite de copii ale documentelor care au deschis dreptul la dispozitive medicale şi, după caz, de documentele justificative/documentele însoţitoare, la preţurile de referinţă/sumele de închiriere stabilite pentru cetăţenii români asiguraţi.

Art. 154. -

În relaţiile contractuale cu casele de asigurări de sănătate, furnizorii de dispozitive medicale au următoarele drepturi:
a) să primească de la casa de asigurări de sănătate contravaloarea dispozitivelor medicale furnizate, conform facturilor emise şi documentelor însoţitoare, inclusiv sumele de închiriere, în termen de 30 de zile de la data validării documentelor necesar a fi depuse în vederea decontării. Validarea documentelor de către casele de asigurări de sănătate se face în termen de 10 zile lucrătoare de la data depunerii acestora;
b) să fie informaţi ori de câte ori este nevoie asupra modalităţii de încheiere a contractelor de furnizare a dispozitivelor medicale, prin publicare pe pagina web a caselor de asigurări de sănătate;
c) să încaseze contribuţie personală de la asiguraţi, în condiţiile prevăzute în norme.

SECŢIUNEA a 4-a
Obligaţiile caselor de asigurări de sănătate

Art. 155. -
În relaţiile contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate au următoarele obligaţii:
a) să încheie contracte cu furnizorii de dispozitive medicale autorizaţi şi evaluaţi, astfel încât să se asigure punerea în aplicare a prevederilor prezentului contract-cadru, şi să se facă publică în termen de maximum 10 zile lucrătoare de la data încheierii contractelor, inclusiv pe site-ul casei de asigurări de sănătate, lista, în ordine alfabetică, a acestora, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ şi punctul de lucru, pentru informarea asiguratului; să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale;
b) să informeze în prealabil într-un număr de zile similar celui prevăzut la art. 10 alin. (1) din hotărâre furnizorii de dispozitive medicale asupra condiţiilor de contractare, precum şi în cazul modificărilor apărute ulterior ca urmare a modificării actelor normative, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate, precum şi prin e-mail la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepţia situaţiilor impuse de actele normative; să informeze furnizorii de dispozitive medicale cu privire la documentele comunitare în vigoare, precum şi despre acordurile, înţelegerile, convenţiile sau protocoalele internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, prin intermediul paginii web a casei de asigurări de sănătate;
c) să emită decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivului medical, conform prevederilor legale şi în limita bugetului aprobat; modelul deciziei pentru aprobarea procurării/închirierii de dispozitive medicale este prevăzut în norme;
d) să precizeze în decizia de procurare/închiriere a dispozitivului medical preţul de referinţă/suma de închiriere suportat/suportată de casa de asigurări de sănătate din Fond pentru dispozitivul medical şi să specifice pe versoul deciziei, în ordine alfabetică, lista furnizorilor de dispozitive medicale care furnizează dispozitivul medical aprobat în decizie, cu care casa de asigurări de sănătate se află în relaţii contractuale, cu indicarea datelor de contact pentru sediul social lucrativ şi punctul de lucru pentru informarea asiguratului;
e) să respecte dreptul asiguratului de a-şi alege furnizorul de dispozitive medicale;
f) să efectueze decontarea dispozitivelor medicale pentru care au fost validate documentele justificative, pe baza facturilor emise de către furnizor şi a documentelor obligatorii care le însoţesc. Validarea documentelor justificative se efectuează în termen de 10 zile lucrătoare de la data primirii documentelor;
g) să verifice dacă emitentul prescripţiei medicale se află în relaţii contractuale cu o casă de asigurări de sănătate. Prin emitent se înţelege furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale;
h) să deducă spre soluţionare organelor abilitate situaţiile în care se constată neconformitatea documentelor depuse de către furnizori, pentru a căror corectitudine furnizorii depun declaraţii pe propria răspundere;
i) să înmâneze la data finalizării controlului procesele-verbale de constatare furnizorilor de dispozitive medicale sau, după caz, să comunice acestora notele de constatare întocmite în termen de maximum o zi lucrătoare de la data finalizării controlului; în cazul în care controlul este efectuat de către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sau cu participarea acesteia, notificarea privind măsurile dispuse se transmite furnizorului de către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 10 zile calendaristice de la data primirii raportului de control de la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate la casa de asigurări de sănătate;
j) să publice pe pagina web proprie fondul anual alocat la nivelul casei de asigurări de sănătate cu destinaţia dispozitive medicale în ambulatoriu, precum şi orice modificare a acestuia pe parcursul anului;
k) să actualizeze toate modificările făcute la contracte prin acte adiţionale, pe perioada derulării contractelor, prin afişare pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate a listei acestora şi a datelor de contact, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data încheierii actelor adiţionale.

SECŢIUNEA a 5-a
Decontarea dispozitivelor medicale

Art. 156. -
Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond pentru fiecare dispozitiv medical sau tip de dispozitiv medical este preţul de referinţă ori, după caz, suma de închiriere. Preţul de referinţă şi suma de închiriere se stabilesc conform unei metodologii care se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Preţurile de referinţă şi sumele de închiriere aplicabile pentru anii 2014-2015 sunt cele prevăzute în Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 188/2013 pentru aprobarea metodologiei de stabilire a preţurilor de referinţă şi a sumelor de închiriere corespunzătoare categoriilor şi tipurilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau funcţionale în ambulatoriu, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Dispozitivele medicale care se acordă pentru o perioadă determinată, prin închiriere, se stabilesc prin norme. Suma de închiriere este suma pe care o decontează casele de asigurări de sănătate pentru dispozitivele acordate pentru o perioadă determinată.
Art. 157. -

(1) Casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical, dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă. Dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, şi factură.
(2) Casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, diferenţa se suportă de asigurat prin contribuţie personală şi se achită direct furnizorului, care eliberează chitanţă sau bon fiscal ori, la cererea asiguratului, şi factură.
(3) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât preţul de referinţă al acestui dispozitiv medical, casa de asigurări de sănătate decontează contravaloarea dispozitivului medical la preţul cel mai mic de vânzare cu amănuntul. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical preţurile de vânzare cu amănuntul ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât preţul de referinţă, casele de asigurări de sănătate decontează integral preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical dacă acesta este mai mic decât preţul de referinţă, respectiv preţul de referinţă, dacă preţul de vânzare cu amănuntul al dispozitivului medical este mai mare decât preţul de referinţă.
(4) Pentru persoanele prevăzute în legi speciale, care beneficiază de gratuitate din Fond în condiţiile prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mari decât suma de închiriere a acestui dispozitiv medical, stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casa de asigurări de sănătate decontează suma de închiriere cea mai mică. În situaţia în care pentru un dispozitiv medical sumele de închiriere ale tuturor furnizorilor de dispozitive medicale aflaţi în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate sunt mai mici sau mai mari decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate decontează integral suma de închiriere a dispozitivului medical, dacă aceasta este mai mică decât suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv suma de închiriere stabilită conform metodologiei aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, dacă suma de închiriere a dispozitivului medical este mai mare.
(5) Casele de asigurări de sănătate decontează parţial suma de închiriere a dispozitivului medical, proporţional cu numărul de zile calendaristice de utilizare a dispozitivului medical din luna respectivă.

Art. 158. -

(1) Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de dispozitive medicale şi asigurarea accesului asiguraţilor la toate categoriile de dispozitive medicale, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea procurării/închirierii dispozitivelor medicale emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi, pe categorii de dispozitive medicale.
(2) Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate şi de nivelul de urgenţă, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a casei de asigurări de sănătate.

Art. 159. -

(1) Dispozitivele medicale se acordă în baza prescripţiei medicale eliberate de medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, direct sau prin reprezentantul legal, şi a cererii scrise întocmite de asigurat, de către unul dintre membrii de familie: părinte, soţ/soţie, fiu/fiică, de către o persoană împuternicită legal în acest sens de către asigurat sau de către reprezentantul legal al asiguratului. Împuternicitul legal al asiguratului nu poate fi reprezentant legal, asociat, administrator, angajat sau persoană care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală de exercitare a profesiei la furnizorul de dispozitive medicale ori la furnizorul de servicii medicale la care îşi desfăşoară activitatea medicul prescriptor. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul care eliberează prescripţia medicală se află în relaţie contractuală şi numărul contractului. Prescripţia medicală va fi întocmită în limita competenţei medicului prescriptor. Cererea se înregistrează la casa de asigurări de sănătate în ale cărei evidenţe se află asiguratul. Medicul sau reprezentantul legal al medicului reprezintă furnizorul de servicii medicale, şi nu cel de dispozitive medicale.
(2) Pentru dispozitivele de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar, recomandarea se poate face şi de către medicul de familie pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relaţie contractuală cu aceeaşi casă de asigurări de sănătate unde este în evidenţă şi asiguratul, în baza scrisorii medicale, conform modelului prevăzut în norme, sau a biletului de ieşire din spital transmise de către medicul de specialitate aflat în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Prescripţia medicală va conţine în mod obligatoriu în acest caz şi numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieşire din spital se află în relaţie contractuală şi numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal.

(3) Modul de prescriere, procurare/închiriere şi decontare a dispozitivelor medicale se stabileşte prin norme.
(4) Medicii de specialitate aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care prescriu dispozitive medicale şi îşi desfăşoară activitatea în cadrul unei unităţi sanitare autorizate şi evaluate, trebuie să respecte prevederile art. 383 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, în relaţia cu furnizorii de dispozitive medicale.

SECŢIUNEA a 6-a
Sancţiuni, condiţii de reziliere, încetare şi suspendare a contractelor de furnizare de dispozitive medicale

Art. 160. -
(1) În cazul în care se constată nerespectarea obligaţiilor prevăzute la art. 153 lit. a)-e), g)-m) şi o)-q) se aplică următoarele măsuri:
a) la prima constatare, avertisment scris;
b) la a doua constatare, diminuarea cu 10% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii;
c) la a treia constatare, diminuarea cu 16% a sumei cuvenite pentru luna în care s-au înregistrat aceste situaţii.
(2) Reţinerea sumei potrivit alin. (1) se face din prima plată ce urmează a fi efectuată, pentru furnizorii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.
(3) Recuperarea sumei potrivit prevederilor alin. (1) se face prin plată directă sau executare silită, pentru furnizorii care nu mai sunt în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate.
(4) Sumele încasate la nivelul caselor de asigurări de sănătate în condiţiile alin. (1) se utilizează conform prevederilor legale în vigoare cu aceeaşi destinaţie.
Art. 161. -
Contractul de furnizare de dispozitive medicale se suspendă începând cu data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a) pentru cazurile de forţă majoră confirmate de autorităţile publice competente, până la încetarea cazului de forţă majoră, dar nu mai mult de 6 luni, sau până la data ajungerii la termen a contractului;
b) la solicitarea furnizorului sau la constatarea casei de asigurări de sănătate, pentru motive obiective, independente de voinţa furnizorilor şi care determină imposibilitatea desfăşurării activităţii furnizorului pe o perioadă limitată de timp, după caz, pe bază de documente justificative;
c) nerespectarea de către furnizori a termenelor de plată a contribuţiei la Fond, de la data constatării de către casele de asigurări de sănătate ca urmare a controalelor efectuate de către acestea la furnizori, până la data la care aceştia îşi achită obligaţiile la zi sau până la data ajungerii la termen a contractului; suspendarea se face după 30 de zile calendaristice de la data la care casa de asigurări de sănătate a efectuat ultima plată către furnizor;
d) încetarea valabilităţii sau revocarea de către autorităţile competente a oricăruia dintre documentele prevăzute la art. 152 alin. (1) lit. a)-c) şi nerespectarea obligaţiei prevăzute la art. 153 lit. n), cu condiţia ca furnizorul să facă dovada demersurilor întreprinse pentru actualizarea/dobândirea acestuia; suspendarea operează pentru o perioadă de maximum 30 de zile calendaristice de la data încetării valabilităţii/retragerii/revocării acestuia.
Art. 162. -
Contractul de furnizare de dispozitive medicale se reziliază de plin drept printr-o notificare scrisă a casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile calendaristice de la data aprobării acestei măsuri ca urmare a constatării următoarelor situaţii:
a) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la retragerea de către organele în drept a avizului de funcţionare a furnizorului de dispozitive medicale;
b) expirarea perioadei de 30 de zile calendaristice de la revocarea de către organele în drept a dovezii de evaluare a furnizorului;
c) furnizarea de dispozitive medicale pentru care furnizorul nu deţine certificat de înregistrare a dispozitivului medical, emis de Ministerul Sănătăţii, şi/sau declaraţia de conformitate CE emisă de producător, după caz;
d) la prima constatare după aplicarea sancţiunilor prevăzute la art. 160 alin. (1);
e) refuzul furnizorilor de a pune la dispoziţia organelor de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi ale caselor de asigurări de sănătate toate documentele justificative şi pe cele de evidenţă financiar-contabilă privind livrarea, punerea în funcţiune şi service-ul dispozitivelor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind decontarea din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
f) dacă din motive imputabile furnizorului de dispozitive medicale acesta îşi întrerupe activitatea pe o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice.
Art. 163. -
Contractul de furnizare de dispozitive medicale încetează în următoarele situaţii:
a) de drept, la data la care a intervenit una dintre următoarele situaţii:
a1) încetarea prin faliment, dizolvare cu lichidare, lichidare a furnizorului de dispozitive medicale;
a2) încetarea definitivă a activităţii caselor de asigurări de sănătate;
b) din motive imputabile furnizorului prin reziliere;
c) acordul de voinţă al părţilor;

d) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al furnizorului de dispozitive medicale sau al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă şi motivată, în care se va preciza temeiul legal, cu 30 de zile calendaristice anterior datei de la care se doreşte încetarea contractului;
e) denunţarea unilaterală a contractului de către reprezentantul legal al casei de asigurări de sănătate, printr-o notificare scrisă privind expirarea termenului de suspendare a contractului, în condiţiile art. 161 lit. d), cu excepţia revocării dovezii de evaluare a furnizorului şi a retragerii avizului de funcţionare a furnizorului.

CAPITOLUL XII
Dispoziţii finale

Art. 164. -
Centrele de sănătate cu personalitate juridică înfiinţate de Ministerul Sănătăţii, care au în structură paturi de spital şi ambulatoriu, încheie contract direct cu casele de asigurări de sănătate pentru activitatea medicală desfăşurată în calitate de furnizor de servicii medicale. Aceste centre de sănătate sunt asimilate cu spitalele comunale. Pentru serviciile medicale acordate se aplică aceleaşi prevederi prevăzute în prezentul contract-cadru şi în norme, referitoare la serviciile medicale spitaliceşti şi serviciile medicale ambulatorii.
Art. 165. -
Pentru centrele de sănătate cu paturi, fără personalitate juridică, înfiinţate de Ministerul Sănătăţii, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate şi activitatea medicală desfăşurată în centrul de sănătate, considerat secţie a spitalului respectiv.
Art. 166. -
Pentru centrele de sănătate fără paturi şi fără personalitate juridică, înfiinţate de Ministerul Sănătăţii, care se află în structura unui spital, reprezentantul legal al spitalului respectiv ia în calcul la încheierea contractului de furnizare de servicii medicale cu casa de asigurări de sănătate şi activitatea medicală desfăşurată în centrul de sănătate.
Art. 167. -
(1) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte cu reprezentanţii legali ai centrelor de sănătate multifuncţionale înfiinţate ca unităţi cu personalitate juridică, separat pentru fiecare tip de asistenţă medicală potrivit structurii aprobate, conform prevederilor contractului-cadru şi ale normelor.
(2) Casele de asigurări de sănătate încheie contracte/acte adiţionale de furnizare de servicii medicale cu reprezentanţii legali ai spitalelor pentru centrele de sănătate multifuncţionale fără personalitate juridică din structura acestora, separat pentru fiecare tip de asistenţă medicală potrivit structurii aprobate pentru centrul de sănătate multifuncţional, conform prevederilor contractului-cadru şi ale normelor.
Art. 168. -
Începând cu data intrării în vigoare a dispoziţiilor prezentei hotărâri, contractele de furnizare de servicii medicale, de medicamente, cu şi fără contribuţie personală, în tratamentul ambulatoriu şi de dispozitive medicale se încheie până la data de 31 decembrie 2015. Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor şi a dispozitivelor medicale aferente lunii decembrie a anului în curs se poate efectua în luna decembrie pentru serviciile efectuate şi facturate până la data prevăzută în documentele justificative depuse în vederea decontării, în limita bugetului aprobat, urmând ca diferenţa reprezentând servicii realizate şi nedecontate să se deconteze în luna ianuarie a anului următor.
Art. 169. -
Contractele încheiate cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente şi de dispozitive medicale pentru anii 2013-2014 se prelungesc prin acte adiţionale până la încheierea noilor contracte. Suma înscrisă în actul adiţional va fi consemnată distinct ca sumă inclusă în valoarea totală în contractul pe anii 2014-2015. Condiţiile acordării asistenţei medicale în baza actului adiţional sunt cele prevăzute în actele normative în vigoare pe perioada derulării actelor adiţionale.
Art. 170. -
(1) Sunt incluse în lista de medicamente - denumiri comerciale - de care beneficiază asiguraţii în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care se aprobă prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, numai medicamentele cu studii de bioechivalenţă, cu excepţia situaţiilor în care medicamentul respectiv nu este inclus în lista medicamentelor care necesită studii de bioechivalenţă, conform normelor în vigoare, şi a situaţiilor în care pentru o anumită denumire comună internaţională nu există medicamente care deţin astfel de studii.
(2) Criteriile prevăzute la alin. (1) se aplică şi în cazul medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecţiunilor persoanelor prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi pentru femeile gravide şi lăuze.
Art. 171. -
Pentru furnizorii de servicii medicale se recomandă respectarea ghidurilor şi protocoalelor de practică medicală elaborate conform dispoziţiilor legale în vigoare.
Art. 172. -

(1) Este interzisă eliberarea în cadrul cabinetelor medicale aflate în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, indiferent de forma lor de organizare, a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, cu excepţia situaţiilor expres prevăzute de legislaţia în vigoare. În urma oricăror sesizări privind eliberarea în cadrul cabinetelor medicale a medicamentelor, cu excepţia celor prevăzute de legislaţia în vigoare, reprezentanţii Colegiului Farmaciştilor din România au dreptul de a participa la verificările făcute de organele de control ale Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate.
(2) În cazul nerespectării prevederilor alin. (1) de către cabinetele medicale individuale, contractul de furnizare de servicii medicale încetează cu data la care casa de asigurări de sănătate constată această situaţie.
(3) Pentru celelalte forme de organizare a cabinetelor medicale, în cazul nerespectării prevederilor alin. (1), contractul de furnizare de servicii medicale se modifică prin excluderea din contract a medicilor la care se înregistrează această situaţie, începând cu data la care situaţia este constatată de către casa de asigurări de sănătate.
(4) Este interzisă eliberarea fără prescripţie medicală a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările şi completările ulterioare, cu excepţia situaţiilor expres prevăzute de legislaţia în vigoare.

Art. 173. -

Furnizorii de servicii medicale sunt obligaţi să transmită direcţiilor de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti datele de identificare ale persoanelor înregistrate la aceştia, pentru cazurile prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 589/2007 privind stabilirea metodologiei de raportare şi de colectare a datelor pentru supravegherea bolilor transmisibile şi de Ordinul ministrului sănătăţii publice nr. 1.466/2008 pentru aprobarea circuitului informaţional al fişei unice de raportare a bolilor transmisibile.

Art. 174. -

Casele de asigurări de sănătate sunt obligate:
a) să raporteze Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate datele solicitate privind activitatea desfăşurată de furnizorii de servicii medicale, pe baza contractelor încheiate cu aceştia, precum şi evidenţa asiguraţilor şi a documentelor justificative utilizate în formatul şi la termenele prevăzute;
b) să respecte termenele de raportare stabilite de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate; să raporteze Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, până la data de 15 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, datele solicitate în vederea calculării valorilor definitive ale punctelor;
c) să monitorizeze pe baza codului numeric personal/codului unic de asigurare al fiecărui asigurat numărul serviciilor medicale acordate de furnizorii cu care se află în relaţie contractuală şi să afişeze lunar pe pagina web un raport privind neregulile constatate în acest sens;
d) să monitorizeze lunar consumul de medicamente cu şi fără contribuţie personală, pe medic şi pe asigurat, pe baza raportărilor validate de aceasta;
e) să ţină evidenţa deciziilor de aprobare a dispozitivelor medicale şi a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative pe fiecare asigurat, precum şi evidenţa dispozitivelor medicale/zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative decontate pe fiecare asigurat;
f) să controleze actele de evidenţă financiar-contabilă ale serviciilor medicale furnizate conform contractelor încheiate şi documentele justificative privind sumele decontate din Fond, precum şi documentele medicale şi administrative existente la nivelul entităţii controlate şi necesare actului de control;
g) să verifice prescrierea medicamentelor şi recomandarea investigaţiilor paraclinice de către furnizorii de servicii medicale, în conformitate cu reglementările în vigoare, şi să afişeze lunar pe pagina web informaţii semnificative în acest sens, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
h) să verifice activitatea furnizorilor de dispozitive medicale conform contractelor încheiate cu aceştia;
i) să efectueze controlul serviciilor medicale acordate asiguraţilor conform contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale;
j) să controleze furnizorii de medicamente privind modul de desfăşurare a activităţii ce face obiectul contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate;
k) să utilizeze platforma informatică din asigurările de sănătate;
l) să afişeze pe pagina web proprie toate formularele tipizate, fără regim special, conform modelelor standardizate prevăzute în norme;
m) să organizeze evidenţa contractelor pe care furnizorii din ambulatoriul de specialitate clinic le au încheiate cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical, organizaţi în baza Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 83/2000, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001, şi, după caz, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările ulterioare, respectiv cu furnizorii de servicii de sănătate conexe actului medical care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice;
n) să respecte prevederile Planului naţional de paturi pentru perioada 2014-2016;
o) să ţină evidenţa distinctă pentru serviciile medicale, medicamentele şi dispozitivele medicale acordate şi decontate din bugetul Fondului 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, după caz, precum şi din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale acordate pe teritoriul României;

p) să transmită direcţiilor de sănătate publică judeţene, respectiv a municipiului Bucureşti programul de activitate a furnizorilor de servicii medicale prezentat la contractare, precum şi modificările ulterioare;
q) să deconteze contravaloarea serviciilor medicale, medicamentelor şi materialelor sanitare în tratamentul ambulatoriu, respectiv dispozitivelor medicale în ambulatoriu, acordate, după caz, posesorilor de card european de asigurări sociale de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarilor de formulare/documente emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum şi pacienţilor din alte state cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice şi să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, instituţiilor competente din statele ai căror asiguraţi sunt;
r) să afişeze lunar/trimestrial pe pagina web proprie, pe furnizori, sumele decontate din Fond conform contractelor încheiate, pentru serviciile medicale, medicamentele cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi dispozitivele medicale în ambulatoriu.

Art. 175. -

Casele de asigurări de sănătate şi furnizorii de servicii medicale, de medicamente în tratamentul ambulatoriu, precum şi de dispozitive medicale au obligaţia de a respecta prevederile Legii nr. 677/2001 pentru protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 176. -

Lista de servicii medicale acordate la nivel regional, precum şi modalitatea de încheiere a contractelor de furnizare de servicii medicale cu mai multe case de asigurări de sănătate dintr-o anumită regiune se stabilesc prin norme de la data implementării acesteia.

Art. 177. -

Orice împrejurare independentă de voinţa părţilor, intervenită în termenele de depunere a cererilor însoţite de documentele prevăzute de actele normative în vigoare, necesare încheierii şi negocierii contractelor, sau după data semnării contractului/convenţiei şi care împiedică executarea acestuia/acesteia, este considerată forţă majoră şi exonerează de răspundere partea care o invocă. În înţelesul prezentului contract-cadru, prin forţă majoră se înţelege: război, revoluţie, cutremur, marile inundaţii, embargo. Partea care invocă forţa majoră trebuie să anunţe cealaltă parte, în termen de 5 zile calendaristice de la data apariţiei respectivului caz de forţă majoră, şi să prezinte un act confirmativ eliberat de autoritatea competentă din propriul judeţ, respectiv municipiul Bucureşti, prin care să se certifice realitatea şi exactitatea faptelor şi împrejurărilor care au condus la invocarea forţei majore.

Art. 178. -

Documentele justificative privind raportarea activităţii realizate se stabilesc prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

Art. 179. -

(1) În vederea acordării serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale, începând cu data implementării sistemului cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, furnizorii au obligaţia de a solicita acest document titularilor acestuia.
(2) Până la data utilizării de către asiguraţi şi furnizori a cardului naţional de asigurări sociale de sănătate, dovedirea calităţii de asigurat se face conform prevederilor legale în vigoare.

Art. 180. -

În vederea exercitării atribuţiilor şi respectării prevederilor art. 16 alin. (1^1) din Legea nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, se constituie, prin ordin comun al ministrului sănătăţii şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, o comisie care prezintă ministrului sănătăţii şi preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate analize referitoare la evoluţia serviciilor medicale acordate în sistemul de asigurări sociale de sănătate prin prelucrarea datelor din Platforma informatică din asigurările de sănătate, ori de câte ori este necesar.